UNIPOLSAI AUTONOMIA COSTANTE

LTC - Assicurazione di rendita vitalizia in caso di Non Autosufficienza a premio annuo costante (tariffa U40001C)

SET INFORMATIVO U40001C-07/2021.1 composto da:

- DIP VITA (Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi)
- DIP AGGIUNTIVO VITA (Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi)
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE comprensive di Glossario (redatte in conformità alle Linee guida del Tavolo tecnico sulla semplificazione dei contratti)
- Facsimile del modulo di Proposta

mod. U40001C ed. 07/2021

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna - www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

LTC - Assicurazione di rendita vitalizia in caso di Non Autosufficienza a premio annuo costante

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)

Compagnia: UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: UNIPOLSAI AUTONOMIA COSTANTE (Tariffa U40001C)

Il presente DIP è stato realizzato in data 06/07/2021 ed è l'ultimo aggiornamento pubblicato disponibile

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?
È un'assicurazione di rendita vitalizia in caso di Non Autosufficienza dell'Assicurato a premio annuo costante.

Che cosa è assicurato / Quali sono le prestazioni?

L'assicurazione prevede le seguenti prestazioni:

Prestazioni in caso di perdita di autosufficienza

- ✓ in caso di riconoscimento da parte di UnipolSai Assicurazione S.p.A. (di seguito "Società") dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, la Società paga al Beneficiario designato una rendita di importo costante, erogabile mensilmente in rate posticipate fino a quando l'Assicurato è in vita, purché permanga in stato di Non Autosufficienza. L'importo della rata di rendita mensile assicurata è indicata in Polizza;
- ✓ insieme alla prima rata di rendita mensile, la Società paga un'ulteriore Rata Aggiuntiva, il cui importo è pari a sei volte la rata di rendita mensile stessa.

Lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato è determinato dall'impossibilità, presumibilmente permanente e irreversibile, di svolgere autonomamente almeno 4 delle 6 attività di vita quotidiana di seguito elencate:

- ✓ Lavarsi
- ✓ Vestirsi e svestirsi
- ✓ Andare al bagno ed usarlo
- ✓ Spostarsi
- ✓ Continenza
- ✓ Alimentarsi

Per approfondimenti si rinvia all'Art. 2 delle Condizioni di Assicurazione.

L'importo mensile della rendita assicurata non può superare € 4.000,00 e non può essere inferiore a € 500,00.

La prestazione di rendita può essere aumentata nel corso della durata del contratto tramite un Adeguamento Volontario ("A.V.") del contratto, aderendo ad un'assicurazione A.V. proposta dalla Società.

Che cosa NON è assicurato?

L'assicurazione non prevede le prestazioni nei seguenti casi:

- × in caso di vita dell'Assicurato, con mantenimento dell'autosufficienza;
- × in caso di decesso dell'Assicurato;
- × in caso invalidità dell'Assicurato.

Ci sono limiti di copertura?

- ! È previsto un periodo di carenza, nel quale la copertura assicurativa non è piena. La garanzia per lo stato di Non Autosufficienza, dovuto ad una causa diversa da shock anafilattico o da Infortunio, è soggetta ad un periodo di carenza di un anno dall'entrata in vigore dell'assicurazione o dalla data di riattivazione accordata dalla Società, periodo esteso a tre anni per i casi dovuti a malattie neurologiche, nervose o mentali, dovute a causa organica. Qualora si verifichi lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, determinato da una causa diversa da shock anafilattico o da Infortunio, durante il suddetto periodo di carenza, il contratto si risolve e la Società rimborsa al Contraente una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto del costo di emissione.
- ! Ai fini dell'operatività della copertura assicurativa lo stato di Non Autosufficienza deve perdurare almeno 90 giorni decorrenti dalla data di denuncia (periodo di franchigia).
- ! Non è coperto lo stato di Non Autosufficienza causato dal dolo del Contraente o dei Beneficiari; in questo caso il contratto si risolve ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società.

È inoltre escluso dalla garanzia lo stato di Non Autosufficienza causato direttamente o indirettamente da determinate cause elencate nella corrispondente rubrica del DIP Aggiuntivo Vita.

Dove vale la copertura?

Il rischio di Non Autosufficienza è coperto senza limiti territoriali.

Che obblighi ho?

Il contratto richiede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti sanitari. È tuttavia possibile, a determinate condizioni, limitarsi alla compilazione di un questionario.
Per Assicurandi con più di 60 anni di età assicurativa alla decorrenza è sempre obbligatoria la visita medica con eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società.
Il Contraente è tenuto a comunicare alla Società modifiche di professione o attività dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto ai sensi dell'Art. 1926 del Codice Civile.

Quando e come devo pagare?

Il presente contratto prevede il pagamento di un premio annuo anticipato di importo costante fino a che l'Assicurato è in vita o fino alla data di denuncia dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, purché riconosciuto dalla Società.
In caso di denuncia dello stato di Non Autosufficienza, il Contraente deve comunque continuare il pagamento dei premi fino al riconoscimento da parte della Società dello stato di Non Autosufficienza; a seguito del riconoscimento, la Società, oltre a corrispondere la rendita assicurata, rimborsa al Contraente i premi pagati successivamente alla denuncia stessa.
Il premio è determinato in relazione all'ammontare delle garanzie prestate, all'età assicurativa dell'Assicurato, nonché al suo stato di salute e alle sue abitudini di vita (professione, sport), che possono comportare l'applicazione di sovrappremi.
L'età assicurativa è calcolata in anni interi, arrotondata per eccesso se la frazione di anno supera 6 mesi oppure per difetto in caso contrario.
Il premio annuo può essere anche frazionato in rate semestrali o mensili, previa maggiorazione del suo importo; nella tabella seguente sono indicate le misure della relativa maggiorazione:

Frazionamento	Maggiorazione del premio annuo, se corrisposto con frazionamento
semestrale	2,00%
mensile	4,50%

A condizione che siano trascorsi almeno cinque anni dalla data di decorrenza del contratto o dalla precedente revisione, la Società si riserva la facoltà di rivedere l'importo del premio dovuto.
Purché siano state versate le prime otto annualità di premio, il Contraente può sospendere il loro pagamento mantenendo il diritto alla prestazione ridotta. Se, invece, il Contraente non paga interamente le prime otto annualità di premio, il contratto si risolve e i premi versati restano acquisiti dalla Società.
Il premio annuo può essere modificato nel corso della durata contrattuale per l'adesione da parte del Contraente all'Adeguamento Volontario ("A.V.") del contratto eventualmente proposto dalla Società (Assicurazione A.V.).

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto è "a vita intera": la durata non è prefissata in quanto coincide con la vita dell'Assicurato ed ha inizio con la data di decorrenza.
Il contratto è concluso nel giorno in cui la Polizza, firmata dalla Società, viene sottoscritta dal Contraente e dall'Assicurato, oppure, il Contraente, a seguito della sottoscrizione della Proposta, riceve dalla Società la Polizza debitamente firmata o altra comunicazione scritta attestante l'assenso della Società stessa.
L'assicurazione entra in vigore alle ore 24 della data di decorrenza indicata in Polizza, purché il contratto sia già concluso e sia stato versato il primo premio. Nel caso in cui la conclusione del contratto e/o il versamento del primo premio siano avvenuti successivamente alla decorrenza, l'assicurazione entra in vigore alle ore 24 del giorno del versamento o del giorno, se successivo, di conclusione del contratto.
Il contratto cessa alla data di decesso o recupero dell'autosufficienza e negli altri casi indicati nelle Condizioni di Assicurazione.

Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Fino a quando il contratto non è concluso, il proponente può revocare la Proposta già sottoscritta.
Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso.
Il Contraente può risolvere il contratto sospendendo il pagamento dei premi.
Si rinvia alla corrispondente rubrica del DIP Aggiuntivo Vita per gli aspetti di dettaglio.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☒SI ☐NO

Non è consentito il diritto al riscatto, ma è prevista la riduzione della prestazione.
In caso di sospensione del pagamento dei premi il contratto può essere riattivato pagando le rate di premio arretrate.
Si rinvia alla corrispondente rubrica del DIP Aggiuntivo Vita per gli aspetti di dettaglio.

LTC - Assicurazione di rendita vitalizia in caso di Non Autosufficienza a premio annuo costante

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)

Compagnia: UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: UNIPOLSAI AUTONOMIA COSTANTE (tariffa U40001C)

Il presente DIP è stato realizzato in data 06/07/2021 ed è l'ultimo aggiornamento pubblicato disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A., in breve UnipolSai S.p.A. (di seguito "Società"), Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046, Sede Legale Via Stalingrado, 45; CAP 40128; Bologna (Italia); tel. +39 051.5077111; fax 051.7096584, siti internet: www.unipolsai.com – www.unipolsai.it; e-mail: assistenzavita@unipolsai.it; PEC: unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it. La Società è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984; numero di Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione presso l'IVASS: Sez. I n. 1.00006.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2020, il patrimonio netto della Società è pari ad € 6.450,9 milioni con capitale sociale pari ad € 2.031,46 milioni e totale delle riserve patrimoniali, pari ad € 3.605,9 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria della Società (SFCR), disponibile sul sito www.unipolsai.com, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2020, è pari ad € 2.989,3 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 1.345,2 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 9.509,9 milioni e ad € 8.642,6 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2020, pari a 3,18 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati sulla base del Modello Interno Parziale, al cui utilizzo la Società è stata autorizzata dall'IVASS in data 7 febbraio 2017, a decorrere dal 31 dicembre 2016.

Al presente contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato / Quali sono le prestazioni?

L'assicurazione qui descritta è un'assicurazione di rendita vitalizia in caso di Non Autosufficienza dell'Assicurato a premio annuo costante.
L'assicurazione prevede le seguenti prestazioni:
Prestazioni in caso di perdita di autosufficienza
Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione di quanto indicato nel DIP VITA, è escluso dalla garanzia lo stato di Non Autosufficienza causato direttamente o indirettamente da:

- patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi ecc.);
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti criminali;
- atto intenzionale dell'Assicurato, malattie intenzionalmente procurate, mutilazioni volontarie, conseguenze di un tentativo di suicidio;
- atti compiuti dall'Assicurato quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- Infortunio correlato con lo stato di ebbrezza che sia caratterizzato da un tasso alcolico uguale o superiore al tasso autorizzato dal codice della strada in vigore alla data del sinistro;
- malattie/Infortuni correlate all'abuso di alcool, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- rifiuto di seguire le prescrizioni mediche; negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- incidente aereo tranne se in qualità di passeggero di una linea aerea debitamente abilitata al trasporto pubblico dei passeggeri; in ogni caso è escluso lo stato di non autosufficienza se l'Assicurato viaggia come membro dell'equipaggio;

- contaminazione nucleare o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno), partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato, anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile e la perdita di autosufficienza avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altra patologia collegata allo stato di positività all'HIV;
- pratica delle seguenti attività sportive; alpinismo, arrampicata libera, speleologia, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), hockey, rugby, football americano, arti marziali, pugilato, atletica pesante, immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idroscì, sci o idroscì acrobatico, bob;
- partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- svolgimento di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati, addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili.

Nei suddetti casi il contratto si risolve e la Società rimborsa al Contraente una somma pari al 50,00% dei premi pagati fino alla data di accertamento dello stato di Non Autosufficienza.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia di sinistro

Qualora l'Assicurato manifesti uno stato di Non Autosufficienza deve esserne fatta denuncia alla Società entro 60 giorni successivi, mediante raccomandata A.R. per chiedere il pagamento della rendita. La data della denuncia è il giorno di ricevimento da parte della Società della raccomandata completa di tutta la documentazione richiesta.

Per ogni tipologia di liquidazione deve essere presentata alla Società la richiesta di liquidazione compilata e sottoscritta da ciascun avente diritto, redatta su carta semplice oppure sull'apposito modulo predisposto dalla Società, disponibile presso gli Intermediari incaricati.

Nella richiesta di liquidazione devono essere indicati tutti i dati identificativi dell'avente diritto e deve essere allegata tutta la documentazione, specificata nel modulo stesso, con l'eccezione di quella già prodotta e ancora in corso di validità.

Nella richiesta di liquidazione, deve essere fornita alla Società tramite il competente Intermediario incaricato oppure inviata mediante raccomandata direttamente a:

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Direzione Vita e Soluzioni Welfare Integrate
Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna

specificando gli elementi identificativi del contratto.

Si rinvia all'Allegato A delle Condizioni di Assicurazione in cui è riportato l'elenco dei documenti per ciascuna tipologia di liquidazione prevista dal contratto.

Prescrizione

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione sulla vita - ad eccezione del diritto alle rate di premio - si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (Art. 2952 del Codice Civile).

La normativa vigente prevede che gli importi dovuti dalla Società che non siano reclamati entro il termine di prescrizione del relativo diritto, se non adeguatamente sospeso o interrotto, siano devoluti ad un apposito Fondo costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze (L. 266/2005 e successive modificazioni ed integrazioni).

Liquidazione della prestazione

La Società accerta lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato mediante un medico di sua fiducia che può prescrivere ulteriori visite mediche ed esami clinici. Ultimati i controlli la Società comunica per iscritto all'Assicurato se riconosce o meno lo stato di Non Autosufficienza e il diritto alla prestazione. Per approfondimenti si rinvia all'Art.10 delle Condizioni di Assicurazione.

L'Assicurato in stato di Non Autosufficienza è obbligato a sottoporsi - su richiesta della Società e non più di una volta all'anno - alle visite e agli esami medici necessari per accertare il permanere di tale stato.

Qualora non sussista più lo stato di Non Autosufficienza o, comunque, nel caso in cui l'Assicurato o il Contraente non adempiano ai precedenti obblighi, la Società cessa la corresponsione della rendita.

L'Assicurato è comunque tenuto a comunicare alla Società l'eventuale recupero dello stato di autosufficienza. In caso di recupero dell'autosufficienza, il contratto si risolve e la Società cessa l'erogazione della rendita.

I pagamenti vengono effettuati entro 30 giorni dalla data in cui è sorto il relativo obbligo, purché a tale data - definita in relazione all'evento che causa il pagamento - sia stata ricevuta tutta la documentazione necessaria, finalizzata a verificare l'esistenza dell'obbligo stesso, individuare gli aventi diritto e adempiere gli obblighi di natura fiscale oppure derivanti dalla normativa; altrimenti, la Società effettuerà il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione completa.

Dichiarazioni inesatte o reticenti

Fermo che l'inesatta indicazione dei dati anagrafici dell'Assicurato comporta la rettifica delle somme dovute dalla Società in base ai dati reali, si evidenzia che le dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato debbono essere veritiere, esatte e complete per evitare il rischio di successive, legittime contestazioni da parte della Società che potrebbero anche pregiudicare il diritto al pagamento delle prestazioni.
Per approfondimenti si rinvia all' Art. 9 delle Condizioni di Assicurazione.

Quando e come devo pagare?

Premio

Fermo restando che le parti possono contrattualmente stabilire modalità specifiche per il pagamento del premio, ogni versamento deve essere intestato o girato alla Società oppure al competente intermediario incaricato, purché espressamente in tale sua qualità, e deve essere corrisposto, a scelta del Contraente, con una delle seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare non trasferibile;
- bonifico SCT (Sepa Credit Transfer) su conto corrente bancario o postale, altri mezzi di pagamento bancario o postale oppure, ove previsti, sistemi di pagamento elettronico. In tali casi il giorno di pagamento del premio coincide con la data di valuta del relativo accredito riconosciuta alla Società o all'Intermediario incaricato.

In ogni caso il primo versamento deve essere effettuato tramite una modalità di pagamento diversa da Addebito diretto SDD.
In caso di frazionamento mensile del premio annuo, qualora il Contraente abbia richiesto, alla sottoscrizione del contratto, che il pagamento venga effettuato tramite Addebito diretto SDD, le prime tre rate mensili devono essere corrisposte in via anticipata e in unica soluzione tramite una modalità di pagamento diversa da Addebito diretto SDD.
Il pagamento di un premio di importo superiore a € 500.000,00 deve essere effettuato esclusivamente tramite bonifico SCT sul conto corrente che sarà appositamente indicato dalla Società.
L'intermediario incaricato ha il divieto di ricevere denaro contante a titolo di pagamento del premio.
È facoltà della Società offrire al Contraente l'opportunità di aderire - agli anniversari della data di decorrenza del contratto - ad un Adeguamento Volontario ("A.V."), aumentando l'importo complessivo della prestazione assicurata e del premio annuo dovuto per la durata residua del contratto stesso. L'Adeguamento Volontario avviene mediante l'adesione ad un'assicurazione A.V. nella stessa forma tariffaria dell'assicurazione principale.

Rimborso

È previsto il rimborso del premio in caso di revoca della Proposta e in caso di recesso dal contratto, in questo ultimo caso, diminuito delle eventuali imposte, della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e dei costi di emissione. Per maggiori informazioni vedi la rubrica "Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?"
È previsto il rimborso dei premi pagati dalla data di denuncia fino al riconoscimento da parte della Società dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato come indicato nella rubrica "Quando e come devo pagare?", inserita nel DIP Vita, a cui si rimanda per maggiori informazioni.
È previsto il rimborso anche in caso Non Autosufficienza intervenuto durante il periodo di carenza come indicato nella rubrica "Ci sono limiti di copertura?", inserita nel DIP Vita, a cui si rimanda per maggiori informazioni.

Sconti

Il contratto non prevede l'applicazione di sconti di premio.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

Sospensione

Se il Contraente ha versato meno di otto annualità di premio, il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza, comporta la sospensione di tutte le garanzie e, se queste non vengono riattivate, il contratto si risolve ed i premi già pagati restano acquisiti dalla Società.
Le garanzie sospese a seguito del mancato pagamento dei premi possono essere riattivate entro 90 giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, pagando le rate di premio arretrate.
Trascorso tale periodo ed entro un anno della prima rata di premio non pagata, la riattivazione può essere effettuata dietro richiesta ed accettazione scritta da parte, rispettivamente, del Contrante e della Società.

Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Revoca

Prima della conclusione del contratto, il proponente può revocare la Proposta già sottoscritta, dandone comunicazione mediante raccomandata A.R. inviata direttamente alla Società:

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Direzione Vita e Soluzioni Welfare Integrate
Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna

contenente gli elementi identificativi della Proposta sottoscritta.
Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca, la Società provvede al rimborso dell'intero ammontare del premio eventualmente già versato.

Recesso	Il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dal momento in cui il contratto è concluso dandone comunicazione mediante raccomandata A.R. inviata direttamente alla Società, all'indirizzo sopra riportato, contenente gli elementi identificativi del contratto. Il recesso libera le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto, a decorrere dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione di recesso, quale risulta dal timbro postale della raccomandata. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio eventualmente corrisposto, al netto di eventuali imposte, della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e dei costi di emissione indicati nella rubrica "Quali costi devo sostenere?".
Risoluzione	Qualora il Contraente non abbia ancora versato le prime otto annualità di premio, il mancato pagamento anche di una sola rata di premio comporta, in assenza di riattivazione, la risoluzione del contratto ed i premi già pagati restano acquisiti dalla Società, come previsto alla rubrica "Quando comincia la copertura e quando finisce"?.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☒SI ☐NO

Valori di riscatto e riduzione	A condizione che siano stati versate le prime otto annualità di premio, il Contraente ha la facoltà di sospendere il pagamento dei premi, mantenendo il diritto alla prestazione ridotta (rata di rendita mensile ridotta). La rata di rendita mensile ridotta è pari al 95% della rata di rendita mensile assicurata moltiplicata per il coefficiente di riduzione. Il coefficiente di riduzione è pari al minore tra uno e il risultato del rapporto tra il numero di premi annui pagati, comprese le eventuali frazioni di premio annuo, e la differenza tra 95 e l'età assicurativa dell'Assicurato alla data di decorrenza. La prestazione ridotta, entro 90 giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, può essere riattivata pagando le rate di premio arretrate. Trascorso tale periodo ed entro un anno della prima rata di premio non pagata, la riattivazione può essere effettuata dietro richiesta ed accettazione scritta da parte, rispettivamente, del Contrante e della Società. La prestazione ridotta può essere inferiore ai premi versati. Non è consentito il diritto al riscatto.
Richiesta di informazioni	È possibile ottenere informazioni relative al valore di riduzione, inoltrando richiesta scritta a: UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Direzione Vita e Soluzioni Welfare Integrate Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna Fax 051.7096616 – e-mail: riscattivita@unipolsai.it - Tel. 800.551.144 Le informazioni sono reperibili anche presso l'Intermediario cui è assegnato il contratto.

A chi è rivolto questo prodotto?

La presente tariffa a condizioni agevolate è riservata ai destinatari delle Convenzioni sottoscritte dalla Società che richiamano esplicitamente la tariffa stessa.
L'assicurazione è destinata ad Assicurati che, alla decorrenza del contratto, abbiano età assicurativa compresa tra 18 e 70 anni.
Il prodotto si rivolge sia a persone fisiche che a soggetti giuridici diversi dalle persone fisiche che hanno come esigenza principale la protezione contro il rischio di Non Autosufficienza dell'Assicurato mediante la corresponsione allo stesso di una rendita vitalizia, erogabile mensilmente, di importo costante.

Quali costi devo sostenere?

TABELLA DEI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

Costi di emissione del contratto da corrispondere in aggiunta alla prima rata di premio	€ 30,00
Costi fissi prelevati da ciascun premio annuo:	€ 30,00
Costi in percentuali (a titolo di acquisizione, gestione e incasso) prelevati da ciascun premio annuo, al netto dei costi fissi:	20,00%
Costi di emissione trattenuti, in luogo dei precedenti costi, in caso di recesso:	€ 30,00

TABELLA SUI COSTI PER L'EROGAZIONE DELLA RENDITA

L'importo della rendita assicurata derivante dal versamento del premio è già al netto delle seguenti spese per il servizio di erogazione della rendita.

Spese, in percentuale della rendita, per la sua erogazione in rate mensili:	5,00%

COSTI DI INTERMEDIAZIONE

Quota-parte percepita in media dagli intermediari con riferimento ai costi posti a carico del Contraente: 40,49%.

In caso di visita medica e di eventuali ulteriori accertamenti sanitari, laddove previsti, i relativi costi sono totalmente a carico del Contraente.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

Eventuali reclami riguardanti il prodotto, la gestione del rapporto contrattuale, un servizio assicurativo o il comportamento della Società o dell'Agente o dell'Intermediario assicurativo a titolo accessorio (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori) devono essere inoltrati per iscritto a:

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Reclami e Assistenza Specialistica Clienti
Via della Unione Europea n. 3/B, 20097 San Donato Milanese (MI)
Fax: 02.51815353 e-mail: reclami@unipolsai.it

Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unipolsai.it.
I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela.
È possibile anche inviare il reclamo direttamente all'Agente o dell'Intermediario assicurativo a titolo accessorio se riguarda il suo comportamento o quello dei relativi dipendenti e collaboratori.
I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B o D del Registro Unico Intermediari (Broker/Mediatore o Banche) nonché degli Intermediari assicurativi iscritti nell'elenco annesso devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.
Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet della Società www.unipolsai.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto.
Una volta ricevuto il reclamo, la funzione Reclami e Assistenza Specialistica Clienti di UnipolSai deve fornire riscontro al reclamante/proponente nel termine massimo di 45 giorni, oppure 60 giorni nel caso il reclamo riguardi il comportamento dell'Agente o all'Intermediario assicurativo a titolo accessorio (e relativi dipendenti e collaboratori).

All'IVASS

Nel caso in cui il reclamo abbia esito insoddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine previsto è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it.
I reclami indirizzati all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito Internet dell'IVASS e della Società, contengono:
a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
d) copia del reclamo presentato alla Società o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione

Interpellando, tramite un avvocato di fiducia, un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Negoziazione assistita

Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società, con le modalità indicate nel Decreto Legge 12 settembre 2014 n.132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n.162).

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

- Procedura di arbitrato: arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sul riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato e sugli esiti del riesame di tale stato, possono essere demandate dalle parti per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato; l'onere delle competenze per il terzo medico rimane sempre a carico della parte soccombente. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.
Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le parti anche qualora uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

- Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/banking-and-finance/consumer-finance-and-payments/consumer-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto

Trattamento fiscale dei premi
I premi assicurativi vita non sono soggetti ad alcuna imposta.
I premi versati a copertura del rischio di Non Autosufficienza danno diritto alla detrazione d'imposta ai fini IRPEF alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge [art. 15 del D.P.R. 917/86].

Trattamento fiscale delle somme corrisposte
Le somme percepite dal Beneficiario in caso di Non Autosufficienza dell'Assicurato in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita, a copertura del rischio demografico, sono esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche.

Le eventuali imposte relative al contratto sono a carico del Contraente o degli aventi diritto.

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERE, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.

LEGGERE ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA, ANCHE AI FINI DELLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO, OVE PREVISTO. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE SARA' POSSIBILE CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

UNIPOLSAI AUTONOMIA COSTANTE

LTC - Assicurazione di rendita vitalizia in caso di Non Autosufficienza a premio annuo costante (tariffa U40001C)

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE comprensive di Glossario

Documento redatto in conformità alle Linee guida del Tavolo tecnico sulla semplificazione dei contratti

Data ultimo aggiornamento: 06/07/2021

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna - www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

Presentazione

UNIPOLSAI AUTONOMIA COSTANTE, la soluzione di protezione assicurativa di UnipolSai illustrata nel presente Set Informativo, è regolata dalle Condizioni di Assicurazione che seguono e che disciplinano il contratto, insieme alla Polizza ed eventuali appendici sottoscritte tra le parti.

Per facilitare la lettura sono stati inseriti all'interno delle Condizioni di Assicurazione dei box di consultazione, a fini esemplificativi senza alcun valore contrattuale, in cui sono riportate rappresentazioni pratiche o numeriche, a maggior comprensione di alcuni passaggi.

Le Condizioni di Assicurazione sono inoltre corredate da un Glossario che riporta la spiegazione dei termini tecnici che possono ricorrere nei contratti di Assicurazione sulla Vita.

Per tutte le comunicazioni che riguardano il contratto, diverse da quelle per cui è richiesta una specifica modalità nel Set Informativo, il Contraente potrà interessare l'Intermediario incaricato dalla Società a cui è stato assegnato il contratto, oppure potrà scrivere, specificando gli elementi identificativi del contratto, direttamente alla Società:

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Direzione Vita e Soluzioni Welfare Integrate
Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna

L'elenco degli intermediari incaricati è disponibile presso la Direzione della Società ed è riportato sul sito www.unipolsai.it.

INDICE

CHE COSA È ASSICURATO? QUALI SONO LE PRESTAZIONI? ***4***

ART. 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO 4
ART. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATE E DEFINIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA 4
ART. 3 - EROGAZIONE DELLA RENDITA 4
ART. 4 - ASSICURAZIONI A.V. (ADEGUAMENTO VOLONTARIO) 4
ART. 5 - RIVEDIBILITA' DEL PREMIO O DELLA PRESTAZIONE 5
ART. 6 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO PER CAMBIAMENTO DI PROFESSIONE O DI ATTIVITÀ DELL'ASSICURATO 5

CI SONO LIMITI DI COPERTURA? ***5***

ART. 7 - ESCLUSIONI 5
ART. 8 - LIMITAZIONI 6

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA? ***6***

ART. 9 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO 6
ART. 10 - DENUNCIA ED ACCERTAMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA 6
ART. 11 - RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA 7
ART. 12 - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ 7

QUANDO E COME DEVO PAGARE? ***7***

ART. 13 - PREMIO 7

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE? ***8***

ART. 14 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO 8
ART. 15 - ENTRATA IN VIGORE DELL'ASSICURAZIONE 9
ART. 16 - DURATA DEL CONTRATTO 9
ART. 17 - MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI: SOSPENSIONE DELLE GARANZIE E RISOLUZIONE DELL'ASSICURAZIONE 9
ART. 18 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE 9

COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO? ***9***

ART. 19 - DIRITTO DI RECESSO 9

SONO PREVISTI RISCATTI E RIDUZIONI? ***10***

ART. 20 - RIDUZIONE E RISCATTO 10

COME POSSO RISOLVERE LE CONTROVERSIE? ***10***

ART. 21 - ARBITRATO IRRITUALE 10

ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI ***10***

ART. 22 - BENEFICIARI 10
ART. 23 - DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO 10
ART. 24 - NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRABILITÀ 11
ART. 25 - LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO 11
ART. 26 - IMPOSTE E TASSE 11
ART. 27 - FORO COMPETENTE 11

ALLEGATO A – DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE ALLA SOCIETÀ IN RELAZIONE ALLA CAUSA DEL PAGAMENTO ***12***

ALLEGATO B – GLOSSARIO ***13***

CHE COSA È ASSICURATO? QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

ART. 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO

Il contratto è un'assicurazione di rendita vitalizia pagabile in caso di Non Autosufficienza dell'Assicurato, a premio annuo costante (tariffa U40001C), le cui prestazioni assicurate sono descritte all'Art. 2.
Il contratto può essere successivamente soggetto, su proposta della Società, ad Adeguamento Volontario (Assicurazioni A.V.).

ART. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATE E DEFINIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

2.1 Prestazioni assicurate

La Società paga al Beneficiario designato, qualora si verifichi lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato - come definito al par.2.2 **e purché riconosciuto dalla Società** - in qualsiasi epoca esso avvenga:

- una rendita di importo costante, erogabile mensilmente in rate posticipate fino a quando permane lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, e, in tali condizioni, fino a quando l'Assicurato è in vita;
- un'ulteriore Rata Aggiuntiva, insieme alla prima rata di rendita mensile, il cui importo è pari a sei volte la rata della rendita mensile stessa.

L'importo della rata di rendita mensile assicurata è indicato in Polizza, fatto salvo quanto stabilito all'Art. 5.
Il rischio è coperto senza limiti territoriali, qualunque sia la causa, **salvo quanto stabilito agli Artt. 7 e 8.**
Se non si verifica lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, il contratto si risolve con il decesso dell'Assicurato **senza corresponsione di alcuna prestazione ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società a fronte del rischio corso.**

2.2 Definizione di stato di Non Autosufficienza

Lo stato di Non Autosufficienza - accertato ai sensi dell'Art. 10 - è determinato dall'impossibilità, derivante dallo stato di salute dell'Assicurato, di compiere in autonomia almeno 4 delle 6 attività di vita quotidiana di seguito elencate in maniera presumibilmente permanente e irreversibile:

1) Lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia);
2) Vestirsi e svestirsi: la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed eventualmente anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici senza l'assistenza di una terza persona;
3) Andare al bagno ed usarlo: la capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale (ad esempio lavarsi, radersi, pettinarsi, ecc.);
4) Spostarsi: la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa senza l'aiuto di una terza persona;
5) Continenza: la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente;
6) Alimentarsi: la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona.

ART. 3 - EROGAZIONE DELLA RENDITA

3.1 Termini per la corresponsione della rendita

Il diritto alla prestazione di rendita decorre a partire dalla data di denuncia, effettuata ai sensi dell'Art. 10, dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato (data di decorrenza della rendita). La scadenza di pagamento delle rate di rendita è stabilita ad ogni ricorrenza mensile della data di decorrenza della rendita. La Società effettua il pagamento della prima rata di rendita entro trenta giorni dalla comunicazione di riconoscimento, ai sensi dell'Art. 10, dello stato di Non Autosufficienza. Unitamente alla prima rata saranno corrisposte anche le eventuali rate arretrate e la Rata Aggiuntiva definita all'Art. 2.

3.2 Costi per l'erogazione della rendita

L'importo della rendita assicurata derivante dal versamento dei premi è già al netto delle seguenti spese per il servizio di erogazione della rendita in rate mensili:
Spese in percentuale: 5,00% della rendita assicurata.

ART. 4 - ASSICURAZIONI A.V. (ADEGUAMENTO VOLONTARIO)

La Società può proporre al Contraente di aderire - agli anniversari della data di decorrenza del contratto - ad un Adeguamento Volontario ("A.V."), aumentando l'importo complessivo della prestazione assicurata e del premio annuo dovuto per la durata residua del contratto stesso.
L'Adeguamento Volontario avviene mediante l'adesione ad un'assicurazione A.V. nella stessa forma tariffaria dell'assicurazione principale e comporta la sottoscrizione, da parte del Contraente e dell'Assicurato, di un'apposita appendice di adeguamento firmata dal Contraente e dalla Società.
L'adesione all'assicurazione A.V. è subordinata al buono stato di salute dell'Assicurato, **attestato mediante dichiarazione da quest'ultimo sottoscritta**.
In caso di adesione, le garanzie relative all'assicurazione A.V. entrano in vigore alle ore 24 dell'anniversario considerato (decorrenza dell'assicurazione A.V.) o del giorno, se successivo, di versamento della prima rata del premio annuo relativo all'assicurazione A.V. stessa.

Ciascuna assicurazione A.V. è disciplinata dalle presenti Condizioni di Assicurazione dell'assicurazione principale di cui diventa parte integrante ed indivisibile. L'appendice di adeguamento riporta l'ammontare della prestazione assicurata e del premio annuo, la data di decorrenza e la durata dell'assicurazione A.V. stessa.

ART. 5 - RIVEDIBILITA' DEL PREMIO O DELLA PRESTAZIONE

La Società si riserva la facoltà di rivedere l'importo del premio, qualora le rilevazioni statistiche nazionali o internazionali sulla popolazione (di fonte ISTAT o altro ente qualificato) oppure le rilevazioni statistiche condotte su portafogli assicurativi, evidenzino una variazione delle probabilità, prese a base per il calcolo del premio, tale da renderne necessaria la revisione.

Nel caso in cui la revisione comporti un aumento del premio, la Società invierà al Contraente la comunicazione del nuovo importo di premio con un preavviso di almeno 180 giorni rispetto all'anniversario della data di decorrenza del contratto dal quale avrà effetto la revisione.

In caso di non accettazione da parte del Contraente - mediante comunicazione scritta con un preavviso di 90 giorni rispetto all'anniversario considerato - o di assenza di riscontro nel suddetto termine da parte dello stesso, l'importo della rendita sarà ricalcolato e comunicato per iscritto al Contraente. In tal caso il contratto resterà in vigore rimanendo invariato l'importo del premio in corso.

Nel caso in cui il Contraente, ai sensi dell'Art. 17, abbia sospeso il pagamento dei premi annui, mantenendo il diritto alla prestazione ridotta, la Società invierà al Contraente la comunicazione del nuovo importo di rendita ridotta con un preavviso di almeno 180 giorni rispetto all'anniversario della data di decorrenza del contratto dal quale avrà effetto la revisione.

Ogni eventuale revisione potrà avvenire - con le modalità sopra riportate - a condizione che siano trascorsi almeno cinque anni dalla data di decorrenza del contratto o dalla precedente revisione.

ART. 6 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO PER CAMBIAMENTO DI PROFESSIONE O DI ATTIVITÀ DELL'ASSICURATO

L'Assicurato e il Contraente sono tenuti a comunicare tempestivamente alla Società ogni cambiamento di professione o di attività dell'Assicurato stesso che possa comportare un aggravamento del rischio, mediante **comunicazione scritta** all'Intermediario cui è assegnato il contratto oppure **mediante lettera raccomandata** inviata direttamente alla Società.

Qualora il cambiamento di professione o di attività comporti un aggravamento del rischio tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito alla conclusione del contratto, la Società non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, la Società stessa si riserva di applicare quanto previsto dall'Art. 1926 del Codice Civile.

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze riguardanti la professione o l'attività dell'Assicurato, oppure il suo eventuale cambiamento, la Società si riserva di applicare quanto previsto dagli Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

ART. 7 - ESCLUSIONI

È escluso dalla garanzia lo stato di Non Autosufficienza causato direttamente o indirettamente da:

a) dolo del Contraente o del Beneficiario;
b) patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi ecc.);
c) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti criminali;
d) atto intenzionale dell'Assicurato, malattie intenzionalmente procurate, mutilazioni volontarie, conseguenze di un tentativo di suicidio;
e) atti compiuti dall'Assicurato quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
f) Infortunio correlato con lo stato di ebbrezza che sia caratterizzato da un tasso alcolico uguale o superiore al tasso autorizzato dal codice della strada in vigore alla data del sinistro;
g) malattie/Infortuni correlate all'abuso di alcool, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
h) rifiuto di seguire le prescrizioni mediche; negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
i) incidente aereo tranne se in qualità di passeggero di una linea aerea debitamente abilitata al trasporto pubblico dei passeggeri; in ogni caso è escluso lo stato di non autosufficienza se l'Assicurato viaggia come membro dell'equipaggio;
j) contaminazione nucleare o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno), partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato, anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile e la perdita di autosufficienza avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
k) sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altra patologia collegata allo stato di positività all'HIV;
l) pratica delle seguenti attività sportive; alpinismo, arrampicata libera, speleologia, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), hockey, rugby, football americano, arti marziali, pugilato, atletica pesante, immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idroscì, sci o idroscì acrobatico, bob;
m) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;

n) svolgimento di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati, addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili.

In questi casi il contratto si risolve e, ad eccezione del caso indicato alla lettera a) per il quale non è previsto alcun rimborso, la Società rimborsa al Contraente una somma pari al 50,00% dei premi pagati fino alla data di accertamento dello stato di Non Autosufficienza.

ART. 8 - LIMITAZIONI

8.1 Periodo di carenza

La copertura assicurativa è subordinata alla circostanza che l'Assicurato abbia compilato il questionario sanitario e, quando richiesto, si sia preventivamente sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società, accettandone modalità ed oneri. La mancata sottoposizione a visita medica non implica in alcun modo rinuncia da parte della Società ad accertare quali erano le effettive condizioni di salute dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto. Per tale ragione in caso di stato di Non Autosufficienza dovrà essere fatta pervenire alla Società la documentazione prevista all' Art. 12.

La garanzia per lo stato di Non Autosufficienza dovuto ad una causa diversa da shock anafilattico o da Infortunio (fermo quanto disposto all'Art. 7) è soggetta ad un periodo di carenza di un anno che decorre dalla data di entrata in vigore dell'assicurazione o dalla data di riattivazione accordata dalla Società ai sensi dell'Art. 18, periodo esteso a tre anni per i casi dovuti a malattie neurologiche, nervose o mentali dovute a causa organica (come ad esempio Alzheimer, Parkinson, demenza senile, sclerosi multipla, etc.).

Per Infortunio si intende un trauma prodotto all'organismo da causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili.

Qualora si verifichi lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, determinato da una causa diversa da shock anafilattico o da Infortunio, durante il suddetto periodo di carenza, il contratto si risolve e la Società rimborsa al Contraente una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto del costo di emissione.

Qualora il contratto fosse emesso in sostituzione di uno o più precedenti contratti, espressamente richiamati in Polizza, l'applicazione dei periodi di carenza terrà conto dell'entità, forma e durata effettiva, a partire dalle corrispondenti date di entrata in vigore dei contratti sostituiti.

Esempi di applicazione della carenza

Esempio 1: L'Assicurato diventa Non Autosufficiente a causa di Alzheimer nei primi tre anni dalla data di entrata in vigore dell'assicurazione.
La Società non paga la rendita assicurata, il contratto si risolve e la Società rimborsa al Contraente una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto del costo di emissione.

Esempio 2: Durante il periodo di carenza di un anno, l'Assicurato diventa Non Autosufficiente a causa di Infortunio.
Il contratto paga la rendita assicurata perché lo stato di Non Autosufficienza, nonostante si sia verificato durante il periodo di carenza, è stato procurato da una delle cause per le quali non si applica il periodo di carenza.

8.2 Periodo di franchigia

Ai fini dell'operatività della copertura assicurativa lo stato di Non Autosufficienza deve perdurare almeno 90 giorni decorrenti dalla data di denuncia (periodo di franchigia).

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

ART. 9 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato **devono essere veritiere, esatte e complete.**

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il consenso alla stipulazione del contratto; pertanto, **le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete.**

In caso di dichiarazioni inesatte e reticenze si applicano gli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta comunque, al momento del pagamento, la rettifica delle somme dovute dalla Società in base all'età reale.

Eventuali dichiarazioni rese o informazioni comunque fornite e/o acquisite relativamente a contratti di assicurazione infortuni e/o malattia o altre assicurazioni vita stipulate con la Società stessa, non dispensano **dall'obbligo di rappresentare in modo veritiero**, **esatto e completo la reale entità del rischio con riferimento al presente contratto.**

ART. 10 - DENUNCIA ED ACCERTAMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Qualora l'Assicurato manifesti uno stato di Non Autosufficienza, come definito all'Art. 2, deve esserne fatta denuncia alla Società entro i 60 giorni successivi, **mediante raccomandata A.R.** per chiedere il pagamento della rendita ai sensi dell'Art. 12.

La data della denuncia è il giorno di ricevimento da parte della Società della raccomandata completa di tutta la documentazione richiesta.
La Società accerta lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato mediante un medico di sua fiducia che può prescrivere ulteriori visite mediche ed esami clinici. I costi relativi agli accertamenti sanitari sono a totale carico della Società, **ad eccezione di quelli previsti alla lettera a) dell'Allegato A**.
La Società si impegna ad accertare lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato entro 120 giorni dalla data di denuncia o, comunque, dalla data di ricevimento dell'eventuale ulteriore documentazione richiesta ai sensi dell'Art.12, inclusa quella relativa agli eventuali accertamenti medici effettuati su richiesta della Società.
In caso di decesso dell'Assicurato prima che sia completato l'accertamento dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato:

- **se il decesso avviene durante il periodo di franchigia di cui all'Art. 8, par. 8.2, il contratto si risolve, la Società non effettua alcun pagamento ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società;**
- **se il decesso avviene dopo tale periodo di franchigia, lo stato di Non Autosufficienza si considera riconosciuto, fatto salvo quanto stabilito all' Art. 7, purché il decesso sia provocato dalla causa a cui è dovuto lo stato di Non Autosufficienza dichiarato in denuncia.**

Ultimati i controlli la Società comunica per iscritto all'Assicurato se riconosce o meno lo stato di Non Autosufficienza e il diritto alla prestazione.

ART. 11 - RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA
L'Assicurato riconosciuto in stato di Non Autosufficienza è obbligato a sottoporsi - su richiesta della Società e non più di una volta all'anno - **alle visite e agli esami medici necessari per accertare il permanere di tale stato. L'Assicurato e il Contraente sono inoltre tenuti a fornire in modo veritiero e completo le dichiarazioni e le prove richieste dalla Società per il suddetto accertamento.** I costi relativi agli accertamenti sanitari sono a totale carico della Società.
Qualora non sussista più lo stato di Non Autosufficienza o, comunque, nel caso in cui l'Assicurato o il Contraente non adempiano ai precedenti obblighi, la Società cessa la corresponsione della rendita.
L'Assicurato è **comunque tenuto a comunicare alla Società, entro 60 giorni, l'eventuale recupero dello stato di autosufficienza**. In caso di recupero dell'autosufficienza e in caso di decesso dell'Assicurato, il contratto si risolve e la Società cessa l'erogazione della rendita. In entrambi i casi, dovranno essere restituite alla Società le rate di rendita eventualmente corrisposte con scadenza successiva al verificarsi di tali eventi.

ART. 12 - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ
Tutti i pagamenti della Società in esecuzione del contratto vengono effettuati **presso il domicilio della stessa o quello del competente Intermediario incaricato**, contro rilascio di regolare quietanza da parte degli aventi diritto, oppure **mediante accredito sul conto corrente bancario dell'avente diritto.**
I pagamenti vengono effettuati **previa consegna da parte degli aventi diritto di tutta la documentazione necessaria** - fatta eccezione per quella già prodotta in precedenza e ancora in corso di validità - **indicata nell'Allegato A con riferimento alla relativa causa del pagamento.**
La documentazione deve essere fornita alla Società **tramite il competente Intermediario incaricato oppure mediante raccomandata inviata direttamente alla Società specificando gli elementi identificativi del contratto.**
Qualora l'esame della suddetta documentazione evidenzi situazioni particolari o dubbie tali da non consentire la verifica dell'obbligo di pagamento o l'individuazione degli aventi diritto o l'adempimento agli obblighi di natura fiscale oppure derivanti dalla normativa, la Società richiederà tempestivamente l'ulteriore documentazione necessaria in relazione alle particolari esigenze istruttorie.
Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la somma corrispondente viene messa a disposizione degli aventi diritto entro 30 giorni dalla data in cui è sorto l'obbligo stesso, purché a tale data, come definita nelle presenti Condizioni di Assicurazione in relazione all'evento che causa il pagamento, la Società abbia ricevuto tutta la documentazione necessaria. In caso contrario, la somma viene messa a disposizione entro 30 giorni dal ricevimento da parte della Società della suddetta documentazione completa. Decorso il termine di 30 giorni previsto per i pagamenti della Società - compreso il pagamento dell'importo da rimborsare in caso di recesso - ed a partire dal suddetto termine di 30 giorni, sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto. Gli interessi moratori sono calcolati secondo i criteri della capitalizzazione semplice, al tasso annuo pari al saggio legale tempo per tempo in vigore, anche agli eventuali fini ed effetti di cui all'Art. 1224, 2° co., del Codice Civile.

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

ART. 13 - PREMIO
13.1 Premio e modalità di pagamento
Il presente contratto prevede **il pagamento di un premio annuo anticipato di importo costante**.
Il premio annuo **deve essere corrisposto dal Contraente anticipatamente ad ogni anniversario della decorrenza del contratto** (data di scadenza del premio) fino a che l'Assicurato è in vita o fino alla data di denuncia, ai sensi dell'Art. 10, dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, purché riconosciuto dalla Società.

In caso di denuncia dello stato di Non Autosufficienza, il Contraente deve comunque continuare il pagamento dei premi fino al riconoscimento da parte della Società dello stato di Non Autosufficienza; a seguito del riconoscimento, la Società, oltre a corrispondere la rendita assicurata, rimborsa al Contraente i premi pagati successivamente alla denuncia stessa.
Il pagamento del premio, a scelta del Contraente, può essere frazionato in rate mensili o semestrali; in tal caso sono applicati i costi di frazionamento indicati al par. 13.2.
Il Contraente ha la facoltà di cambiare il frazionamento del premio all'anniversario della data di decorrenza del contratto. Tale scelta deve essere comunicata con un **preavviso di novanta giorni** qualora il pagamento del premio venga effettuato tramite Addebito diretto SDD (Sepa Direct Debit).
Fermo restando che le parti possono contrattualmente stabilire modalità specifiche per il pagamento del premio, ogni versamento **deve essere intestato o girato alla Società oppure al competente Intermediario incaricato, purché espressamente in tale sua qualità, e deve essere corrisposto**, a scelta del Contraente, **con una delle seguenti modalità:**

- assegno bancario, postale o circolare non trasferibile;
- bonifico SCT (Sepa Credit Transfer) su conto corrente bancario o postale, altri mezzi di pagamento bancario o postale oppure, ove previsti, sistemi di pagamento elettronico. In tali casi il giorno di pagamento del premio coincide con la data di valuta del relativo accredito riconosciuta alla Società o all'Intermediario incaricato.

In ogni caso il primo versamento deve essere effettuato tramite una modalità di pagamento diversa da Addebito diretto SDD.
In caso di frazionamento mensile del premio annuo, qualora il Contraente abbia richiesto, alla sottoscrizione del contratto, che il pagamento venga effettuato tramite Addebito diretto SDD, le prime tre rate mensili **devono essere corrisposte in via anticipata e in unica soluzione** tramite una modalità di pagamento diversa da **Addebito diretto SDD.**
Il pagamento di un premio di importo **superiore a € 500.000,00 deve essere effettuato esclusivamente tramite bonifico SCT** sul conto corrente che sarà appositamente indicato dalla Società.
L'intermediario incaricato ha il **divieto di ricevere denaro contante a titolo di pagamento del premio.**
A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

13.2 Costi sul premio
In aggiunta alla prima rata di premio è dovuto l'importo di € 30,00 per **costi di emissione del contratto.**
I costi prelevati da ciascuno premio annuo sono i seguenti:

- **costo fisso:** € 30,00;
- **costo in percentuale:** 20,00% del premio annuo al netto dei costi fissi;
- **costi di frazionamento**: in base al frazionamento prescelto sono applicati sulla base della tabella seguente e calcolati sul premio annuo in aggiunta ad esso:

Frazionamento	Costo
semestrale	2,00%
mensile	4,50%

Il premio è comprensivo dei costi per l'erogazione della rendita indicati all'Art. 3, par. 3.2.

ESEMPIO - Costi di frazionamento

Premio annuo:	€ 600
Frazionamento prescelto:	semestrale
Aliquota costi di frazionamento mensile:	2,00%
Rata di premio maggiorata dei costi di frazionamento:	€ 600 *2% = € 12
Rata di premio:	**(€ 600 + € 12)/2 = € 306**
Costi di emissione:	€ 30
Prima rata di premio maggiorata dei costi di frazionamento:	**€ 306 + € 30 = € 336**

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

ART. 14 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO
Il contratto è concluso nel giorno in cui:

- la Polizza, firmata dalla Società, viene sottoscritta dal Contraente e dall'Assicurato,

oppure,

- il Contraente, a seguito della sottoscrizione della Proposta, riceve dalla Società la Polizza debitamente firmata o altra comunicazione scritta attestante l'assenso della Società stessa.

ART. 15 - ENTRATA IN VIGORE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione entra in vigore alle ore 24 della data di decorrenza indicata in Polizza, **a condizione che a tale data il contratto sia stato concluso e sia stata versata la prima rata di premio**. Nel caso in cui la conclusione del contratto e/o il versamento della prima rata di premio siano avvenuti successivamente alla data di decorrenza, l'assicurazione entra in vigore alle ore 24 del giorno del versamento o del giorno, se successivo, di conclusione del contratto.

In ogni caso sono fatti salvi i periodi di carenza delle garanzie esplicitamente previsti.

ESEMPIO - Data di entrata in vigore dell'assicurazione

	Esempio 1	Esempio 2	Esempio 3	Esempio 4
Data di decorrenza Data di conclusione del contratto Data di versamento del premio	05/06/2021 05/06/2021 05/06/2021	10/06/2021 05/06/2021 05/06/2021	05/06/2021 05/06/2021 09/06/2021	01/06/2021 07/06/2021 05/06/2021
Entrata in vigore dell'assicurazione:	05/06/2021	10/06/2021	09/06/2021	07/06/2021

ART. 16 - DURATA DEL CONTRATTO

Il contratto è "a vita intera": la durata non è prefissata in quanto coincide con la vita dell'Assicurato ed ha inizio con la data di decorrenza riportata in Polizza.

ART. 17 - MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI: SOSPENSIONE DELLE GARANZIE E RISOLUZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza, comporta - a partire dalle ore 24 di quest'ultima data - le seguenti conseguenze:

- **se il Contraente ha versato almeno otto annualità di premio, il contratto resta in vigore per la prestazione ridotta, ai sensi dell'Art. 20, ma senza pagamento di ulteriori premi, salva la possibilità di riattivazione;**
- **se, invece, il Contraente ha versato meno di otto annualità di premio, le garanzie restano sospese e, se non vengono riattivate, ai sensi dell'Art. 18, il contratto si risolve ed i premi già pagati restano acquisiti dalla Società a fronte del rischio corso.**

ART. 18 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE

Entro 90 giorni dalla riduzione o sospensione delle garanzie per mancato pagamento dei premi, il Contraente può riattivarle **pagando le rate di premio arretrate in un'unica soluzione.**

Trascorsi 90 giorni ed **entro un anno dalla riduzione o sospensione delle garanzie, la riattivazione può essere concessa dalla Società alle seguenti condizioni:**

- **richiesta scritta del Contraente e compilazione dell'apposito questionario sullo stato di salute dell'Assicurato**;
- accettazione scritta della Società che, prima di dare il proprio consenso, ha il diritto di verificare lo stato di salute dell'Assicurato e di richiedere anche eventuali nuovi accertamenti sanitari.

La riattivazione ripristina, con effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento delle rate di premio arretrate, la rendita assicurata per il medesimo importo che si sarebbe ottenuto qualora non si fosse verificato il mancato pagamento dei premi, **fatte salve le esclusioni e le limitazioni esplicitamente previste per le garanzie.**

Alle dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato ai fini della riattivazione del contratto si applica quanto stabilito dall'Art. 9.

COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO?

ART. 19 - DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente può recedere dal contratto **entro trenta giorni** dal momento in cui il contratto è concluso dandone comunicazione **mediante raccomandata A.R. inviata direttamente alla Società.**

Il recesso libera entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio da questi eventualmente corrisposto, al netto dell'eventuale imposta sulle assicurazioni e della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, nonché diminuito **dei costi di emissione del contratto indicati all'Art. 13.**

SONO PREVISTI RISCATTI E RIDUZIONI?

ART. 20 - RIDUZIONE E RISCATTO

20.1 Riduzione

A condizione che siano stati versate le prime otto annualità di premio, il Contraente ha la facoltà di sospendere il pagamento dei premi, mantenendo il diritto alla prestazione ridotta (rata di rendita mensile ridotta).

La rata di rendita mensile ridotta è pari al 95% della rata di rendita mensile assicurata moltiplicata per il coefficiente di riduzione.

Il coefficiente di riduzione è pari al minore tra uno e il risultato del rapporto tra il numero di premi annui pagati, comprese le eventuali frazioni di premio annuo, e la differenza tra 95 e l'età assicurativa dell'Assicurato alla data di decorrenza.

ESEMPIO - Calcolo della prestazione ridotta

	Esempio 1	Esempio 2
Età assicurativa dell'Assicurato alla decorrenza del contratto:	45 anni	45 anni
Rendita mensile assicurata (**R**):	€ 1.500	€ 1.500
Numero di annualità pagate (comprese frazioni) (**A**):	15	52
Differenza tra 95 e l'età assicurativa dell'Assicurato alla data di decorrenza (**B**)	95 - 45 = 50	95 - 45 = 50
Rapporto (**C**) : **A / B**.	15 / 50 = 0,3	52 / 50 = 1,04
Coefficiente di riduzione (**D**): Se **C** è minore di 1, il coefficiente di riduzione **D** è uguale a **C**. Se **C** è maggiore di 1, il coefficiente di riduzione **D** è uguale a 1.	**C** è minore di 1. **D** = 0,3	**C** è maggiore di 1. **D** = 1
Importo della rata di rendita mensile ridotta: 95% * R * D	**95% * € 1.500 * 0,3 = € 427,5**	**95% * € 1.500 * 1 = € 1.425**

20.2 Riscatto

Non è previsto il diritto al riscatto.

COME POSSO RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

ART. 21 - ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sul riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato e sugli esiti del riesame di tale stato, possono essere demandate dalle parti per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. **Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato; l'onere delle competenze per il terzo medico rimane sempre a carico della parte soccombente.** Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e **sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali**. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. **Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le parti anche qualora uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale**; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI

ART. 22 - BENEFICIARI

Il Beneficiario della prestazione di rendita è l'Assicurato.

ART. 23 - DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO

Il Beneficiario del contratto di assicurazione sulla vita acquista, per effetto della designazione fatta a suo favore dal Contraente, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione (Art. 1920 del Codice Civile).

ART. 24 - NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRABILITÀ
Le somme dovute dalla Società in dipendenza dei contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili fatte salve, rispetto ai premi pagati, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni (Art. 1923 del Codice Civile).

ART. 25 - LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO
Per tutto quanto non disciplinato dal contratto valgono le norme della legge italiana.

ART. 26 - IMPOSTE E TASSE
Eventuali imposte e tasse relative al contratto sono a carico del Contraente o degli aventi diritto.

ART. 27 - FORO COMPETENTE
Per le controversie relative al presente contratto, è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o domicilio del Contraente, del Beneficiario ovvero degli aventi diritto.

ALLEGATO A – DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE ALLA SOCIETÀ IN RELAZIONE ALLA CAUSA DEL PAGAMENTO

I pagamenti vengono effettuati **previa consegna da parte degli aventi diritto di tutta la documentazione sotto elencata in relazione alla causa del pagamento**, fatta eccezione per quella già prodotta in precedenza e ancora in corso di validità. Qualora l'esame della documentazione evidenzi situazioni particolari o dubbie tali da non consentire la verifica dell'obbligo di pagamento o l'individuazione degli aventi diritto o l'adempimento agli obblighi di natura fiscale oppure derivanti dalla normativa, la Società richiederà tempestivamente l'ulteriore documentazione necessaria in relazione alle particolari esigenze istruttorie.

Documenti per la denuncia dello stato di Non Autosufficienza

- richiesta di liquidazione compilata e sottoscritta dall'avente diritto o da altra persona che lo rappresenti, redatta su carta semplice oppure sull'apposito modulo predisposto dalla Società (disponibile presso gli Intermediari incaricati), nella quale siano indicati tutti i dati identificativi dell'avente diritto stesso;
- fotocopia fronte retro di un documento d'identità valido e del codice fiscale di ciascun avente diritto o del Legale Rappresentante se l'avente diritto è persona giuridica;
- relazione di visita di un medico fiduciario della Società.
- documentazione necessaria alla verifica dell'effettivo potere di rappresentanza nel caso in cui l'avente diritto sia persona giuridica;

(i seguenti documenti dovranno essere prodotti in originale o copia conforme all'originale):

a) certificato attestante la perdita di autosufficienza dell'Assicurato e relazione medica, redatta su apposito modulo predisposto dalla Società (disponibile presso gli Intermediari incaricati) oppure redatta su carta semplice fornendo tutte le informazioni previste dal modulo stesso, sulle cause della perdita di autosufficienza, compilati dal medico curante o dal medico specialista che ha in cura l'Assicurato, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato. Qualora l'incapacità a svolgere gli atti della vita quotidiana sia dovuta a deficit cognitivo, malattia di Alzheimer o Parkinson è necessario che lo stato di Non Autosufficienza sia accertato e certificato da un neurologo e/o geriatra mediante test quali i Mini-Mental State Examination (MMSE, Test di Folstein).

b) Decreto del Giudice Tutelare che autorizza la riscossione e dispone sul reimpiego delle somme, con esonero della Società da ogni responsabilità al riguardo, nel caso di avente diritto minore o di incapace (ottenibile con ricorso al Giudice Tutelare del luogo di residenza del minore o incapace).

Documenti per il pagamento della rendita

- certificato di esistenza in vita dell'Assicurato redatto in data non antecedente ai 30 giorni che precedono ogni anniversario della data di liquidazione della rendita, quando la modalità di erogazione della rendita prevede l'accredito diretto in un conto corrente bancario. La presentazione di tale documento non si rende necessaria qualora il pagamento della rendita avvenga tramite assegno bancario intestato all'avente diritto; sarà infatti l'Agenzia di competenza che, consegnando *brevi manu* l'assegno e facendo sottoscrivere la relativa quietanza, accerta direttamente l'esistenza in vita dell'Assicurato.

ALLEGATO B – GLOSSARIO

Appendice: Documento che forma parte integrante del contratto, sottoscritto insieme ad esso o in un momento successivo, per modificarne o integrarne alcuni aspetti, in base a quanto concordato tra la Società ed il Contraente.

Assicurato: Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto: le prestazioni sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita. Può coincidere con il Contraente e/o con il Beneficiario.

Assicurazione: Vedi "Contratto di assicurazione sulla vita".

Assicurazione di rischio: Assicurazione finalizzata alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato (ad esempio il decesso o l'invalidità), che prevede il pagamento della prestazione esclusivamente al verificarsi di tali eventi.

Beneficiario: Persona fisica o giuridica, designata dal Contraente, che riceve la prestazione contrattuale quando si verifica l'evento previsto. Può coincidere con il Contraente stesso e/o con l'Assicurato.

Carenza: Periodo durante il quale le garanzie del contratto non sono efficaci o hanno efficacia limitata. Se l'evento oggetto del contratto avviene in tale periodo, la Società non corrisponde la prestazione assicurata o corrisponde una somma inferiore.

Contraente: Persona fisica o giuridica che stipula il contratto con la Società e si impegna al versamento dei premi. Può coincidere con l'Assicurato e/o con il Beneficiario.

Contratto di assicurazione sulla vita: Contratto con il quale la Società, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

Convenzione: Contratto che il Contraente stipula con la Società per concludere assicurazioni sulla vita o capitalizzazioni in forma di collettiva.

Costi di frazionamento/ Interessi di frazionamento: In caso di rateazione del premio annuo, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio.

Garanzia complementare o accessoria: Garanzia di rischio abbinata facoltativamente o obbligatoriamente alla Garanzia principale.

Intermediario o Intermediario assicurativo: Persona fisica o giuridica, diversa da un'impresa di assicurazione o riassicurazione o da un dipendente della stessa e diversa da un intermediario assicurativo a titolo accessorio, che avvii o svolga a titolo oneroso l'attività di distribuzione assicurativa

IVASS (ex ISVAP): Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nel settore assicurativo sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo. A far data dal 1° gennaio 2013 l'IVASS è succeduto in tutti i poteri, competenze e funzioni di vigilanza precedentemente affidati all'ISVAP.

Liti transfrontaliere: Controversie tra un Contraente di uno Stato membro ed un'impresa di assicurazione avente sede legale in un altro Stato membro.

Perfezionamento del contratto: Momento in cui avviene il pagamento del primo premio pattuito.

Polizza / Proposta di Polizza: Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.

Premio: Importo che il Contraente si impegna a corrispondere alla Società - in unica soluzione o secondo un piano di versamenti prestabilito - quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.

Prescrizione: Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.

Prestazione: Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario al verificarsi dell'evento previsto dal contratto.

Proposta: Documento sottoscritto dal potenziale Contraente con il quale egli manifesta alla Società la volontà di concludere il contratto in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Quietanza: Documento che prova l'avvenuto pagamento (esempio: quietanza di premio rilasciata dalla Società al Contraente a fronte del versamento del premio; quietanza di liquidazione rilasciata dal Beneficiario alla Società a fronte del pagamento della prestazione).

Recesso: Diritto del Contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

Revoca della Proposta: Possibilità di impedire la conclusione del contratto, prima che la Società comunichi la propria accettazione alla Proposta ricevuta, che determina il diritto alla restituzione di quanto eventualmente pagato. La revoca della Proposta non è prevista in caso di Proposta di Polizza.

Riattivazione: Facoltà del Contraente di riprendere, nei termini indicati nelle Condizioni di Assicurazione, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi.

Rischio demografico: Rischio di un evento futuro e incerto (ad es. morte) relativo alla vita dell'Assicurato, al verificarsi del quale la Società si impegna ad erogare le corrispondenti coperture assicurative previste dal contratto.

Riserva matematica: Importo che deve essere accantonato dalla Società per fare fronte agli impegni assunti contrattualmente. La legge impone alle Società particolari obblighi relativi a tale riserva e all'attività finanziaria in cui essa viene investita.

Sinistro: Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto (ad esempio il decesso dell'Assicurato), per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata.

Sovrappremio: Maggiorazione di premio richiesta dalla Società per le assicurazioni con garanzie di rischio, nel caso in cui l'Assicurato superi i normali livelli di rischio, in relazione alle proprie condizioni di salute (sovrappremio sanitario) o in relazione alle attività professionali o sportive svolte (sovrappremio professionale o sportivo).

UnipolSai Autonomia Costante

modulo di Proposta (ultimo aggiornamento: 31/03/2021)

Proposta n. | **Tariffa**

Agenzia

Agenzia | Cod. Agenzia | Cod. Subagenzia | Cod. Produttore

Contraente persona giuridica

Ragione Sociale | Cod. Fiscale

Attività

Indirizzo

CAP | Località | Provincia

Codice IBAN

Indirizzo email | Recapito telefonico

Contraente persona fisica

Cognome e Nome | Sesso | Data di nascita ___/___/_____

Luogo di nascita | Professione

Indirizzo del domicilio

CAP | Località | Provincia

Indirizzo di residenza (se diverso dal domicilio)

C.A.P. | Località | Provincia

Codice IBAN

Codice Fiscale | Documento di riconoscimento | Numero

Rilasciato da | Località di rilascio | Data di rilascio ___/___/_____

Indirizzo email | Recapito telefonico

Legale Rappresentante

Cognome e Nome | Sesso | Data di nascita ___/___/_____

Luogo di nascita | Professione

Indirizzo del domicilio

CAP | Località | Provincia

Indirizzo di residenza (se diverso dal domicilio)

C.A.P. | Località | Provincia

Codice Fiscale | Documento di riconoscimento | Numero

Rilasciato da | Località di rilascio | Data di rilascio ___/___/_____

Indirizzo email | Recapito telefonico

FAC SIMILE

UnipolSai ASSICURAZIONI

Segue Proposta n.

Assicurando (nel caso in cui sia diverso dal Contraente)

Cognome e Nome | Sesso | Data di nascita (__/__/____)

Luogo di nascita | Professione

Indirizzo del domicilio

CAP | Località | Provincia

Indirizzo di residenza (se diverso dal domicilio)

CAP | Località | Provincia

Codice Fiscale | Documento di riconoscimento | Numero

Rilasciato da | Località di rilascio | Data di rilascio (__/__/____)

Indirizzo email | Recapito telefonico

Beneficiari (in caso di vita dell'Assicurando)

L'ASSICURATO

Tipologia del contratto

I successivi importi si intendono espressi in Euro.

Percentuale di Potenziamento caso morte / Garanzie complementari / Garanzie accessorie

☐ Potenziamento ☐ 50% ☐ 100%

☐ Garanzia accessoria "Garanzia di Famiglia"

☐ Garanzia complementare infortuni

☐ Garanzia complementare infortuni da incidente stradale

Premio 1ª rata da versare

Garanzia base	Sovrappremi	Garanzia complementare	Premio netto
Interessi di frazionamento	**Imposte su complementare**	**Costi di emissione**	**Premio lordo**

Rate successive – a partire dal

Garanzia base	Sovrappremi	Garanzia complementare	Premio netto
Interessi di frazionamento	**Imposte su complementare**	**Costi di emissione**	**Premio lordo**

Rate successive – a partire dall'anniversario della data di decorrenza in cui l'Assicurato raggiunge l'età assicurativa di anni 71 *(la sezione si applica esclusivamente al prodotto **UnipolSai Autonomia**)*

Il premio annuo sarà determinato moltiplicando l'importo della rendita mensile assicurata per il coefficiente sotto riportato (rivedibile ogni 5 anni a partire dalla decorrenza in caso di modifica delle basi statistiche) e aggiungendo eventuali sovrappremi e il costo fisso di € 30,00:

- **2,380090** per tariffa in versione base;
- **2,350349** per tariffa in versione convenzione.

La rata di premio da corrispondere sarà calcolata in base al frazionamento prescelto, applicando i relativi interessi.

Spese trattenute in caso di rimborso del premio | Costi di emissione trattenuti in caso di recesso

Decorrenza e durata del contratto, periodicità e frazionamento del premio

Decorrenza	Durata (anni)	Periodicità	Frazionamento	Durata pagamento premi	Decrescenza

Prestazione/Attivazione addebito diretto SDD (Sepa Direct Debit)/Liquidazione delle maggiorazioni di capitale

Capitale/Rata di Rendita	Rateazione Rendita	Percentuale reversibilità rendita
	Mensile	

☐ Richiesta di attivazione SDD

☐ Richiesta di liquidazione delle maggiorazioni di capitale

Convenzione

Codice Conv.	Cod. pag.	Descrizione	Azienda	Matricola

FACSIMILE

Segue Proposta n. _____

Questionario Sanitario

Avvertenze relative alla compilazione del questionario

- **Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurando o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;**
- **prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurando o il soggetto di cui al punto precedente deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;**
- **anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica, con relative spese a totale suo carico per certificare l'effettivo stato di salute;**
- si invita a leggere attentamente l'articolo relativo alle carenze riportato nelle Condizioni di Assicurazione.

L'Assicurando:

1. Fuma?

No ☐ Che cosa? | Da Quando?

Sì ☐ Quantitativo giornaliero

2. Fruisce di pensione di invalidità / inabilità o ha presentato domanda per ottenerla?

No ☐ Per quale causa?

Sì ☐ Grado di invalidità | Da quando?

3. Costituzione fisica

Altezza (cm) | Peso (Kg)

4. Il suo peso ha subito variazioni negli ultimi 12 mesi?

No ☐ Di quanto? (Kg) | In aumento o diminuzione?

Sì ☐ Motivo | Per quale causa?

5. Ha mai sofferto, soffre o ha mai ricevuto cure per malattie:

dell'apparato cardiovascolare?
ictus, angina pectoris, infarto, ipertensione arteriosa non controllata dalla terapia o qualsiasi altro problema del sistema circolatorio

No ☐ Quali? | Quando?

Sì ☐ Durata | Precisazioni (Trattamento / esito)

tumorali?
cancro, tumori o neoplasie

No ☐ Quali? | Quando?

Sì ☐ Durata | Precisazioni (Trattamento / esito)

dell'apparato respiratorio?
asma (escluso rinite stagionale), bronchite cronica, enfisema, tubercolosi o altri disturbi del sistema respiratorio (escluso adenoidi operate e guarite, faringiti, laringiti, sinusiti, otiti, tutte se guarite da almeno 3 mesi)

No ☐ Quali? | Quando?

Sì ☐ Durata | Precisazioni (Trattamento / esito)

dell'apparato osteoarticolare / muscoloscheletrico?
osteoporosi, artriti, artrosi, infortuni con postumi o altri disturbi del sistema osteoarticolare / muscoloscheletrico

No ☐ Quali? | Quando?

Sì ☐ Durata | Precisazioni (Trattamento / esito)

neurologiche?
morbo di Parkinson, malattia di Alzheimer, sindrome demenziale, sclerosi multipla, malattia di motoneuroni (es. sclerosi laterale amiotrofica), epilessia o qualsiasi altro disturbo progressivo debilitante

No ☐ Quali? | Quando?

Sì ☐ Durata | Precisazioni (Trattamento / esito)

degli occhi?
glaucoma, cataratta, disturbi visivi o qualsiasi altro problema oculare (escluso congiuntivite guarita da almeno 3 mesi, semplici difetti visivi quali miopia o presbiopia corretti con lenti)

No ☐ Quali? | Quando?

Sì ☐ Durata | Precisazioni (Trattamento / esito)

nervose?
depressione, stati d'ansia, psicosi, disturbi psichiatrici o altri

No ☐ Quali? | Quando?

Sì ☐ Durata | Precisazioni (Trattamento / esito)

FACSIMILE

dell'apparato digerente?
colite ulcerosa, morbo di Crohn, malattia del fegato (cirrosi, epatiti) o qualsiasi altro disturbo dell'apparato digerente (escluso appendicite, calcolosi colecistica, ernie inguinali e ombelicali – tutte se operate e guarite – ed emorroidi se operate e guarite senza recidive)

No ☐	Quali?	Quando?	
Sì ☐	Durata	Precisazioni (Trattamento / esito)	

dell'apparato genitourinario?
incontinenza o disturbi renali o della vescica, altri disturbi dell'apparato genitourinario (escluso fimosi e varicocele, se operati e guariti)

No ☐	Quali?	Quando?	
Sì ☐	Durata	Precisazioni (Trattamento / esito)	

del sistema endocrino?
diabete, malattie della tiroide, surrene o altre ghiandole endocrine

No ☐	Quali?	Quando?	
Sì ☐	Durata	Precisazioni (Trattamento / esito)	

Altre?
perdite di conoscenza, convulsioni, vertigini, test positivi per HIV

No ☐	Quali?	Quando?	
Sì ☐	Durata	Precisazioni (Trattamento / esito)	

6. **Negli ultimi 5 anni ha consultato medici, subito ricoveri o le è stato prescritto un trattamento per qualsiasi malattia disturbo o infortunio non menzionato nel suddetto elenco?**

No ☐	Quali?	Quando?	
Sì ☐	Durata	Precisazioni	

7. **È in attesa di effettuare o ricevere esiti di esami diagnostici oppure è in attesa di un intervento?**

No ☐	Quali?	Quando?	
Sì ☐	Motivazione		

8. **Attualmente assume qualche trattamento farmacologico?**

No ☐	Farmaco	Dosaggio	
Sì ☐			

9. **Fa uso di alcolici (escluso fino a due bicchieri di vino a pasto)?**

No ☐	Quali?	Consumi e precisazioni	
Sì ☐	Da quando?		

10. **Usa una sedia a rotelle, le stampelle o il bastone oppure altro ausilio ai movimenti?**

No ☐	Dettagli	
Sì ☐		

11. **Necessita di assistenza nello svolgimento delle attività quotidiane quali alzarsi dal letto e coricarsi, lavarsi, vestirsi, muoversi all'interno della casa, alimentarsi, andare in bagno, sedersi o alzarsi da una sedia, uscire a passeggio o a fare la spesa?**

No ☐	Dettagli	
Sì ☐		

12. **Nella sua parentela consanguinea (padre, madre, fratelli o sorelle) ci sono stati casi di una o più delle seguenti malattie prima dell'età di 65 anni?**
malattia di Alzheimer, demenza, morbo di Parkinson, Malattia di Huntington, malattia dei motoneuroni, sclerosi multipla

No ☐	Quali?		
Sì ☐	A quali persone?	Età	

13. **Soffre o ha sofferto di amnesia, stato confusionale, perdita di memoria, vertigini, perdita di equilibrio, debolezza, svenimenti o affaticamento cronico?**

No ☐	Dettagli	
Sì ☐		

FACSIMILE

Segue Proposta n. _____

Dichiarazioni dell'Assicurando

1.	**Nell'esercizio della sua professione è esposto a rischi particolari?** (alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni, lavori sotterranei, subacquei o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi e stive, lavori con macchine azionate a motore, guida di autocarri ed autotreni, ecc.)	**No** ☐	Quali?	
		Sì ☐	Frequenza	Precisazioni
2.	**Pratica degli sport pericolosi?** (pilotaggio aereo, deltaplano, paracadutismo, alpinismo, nuoto subacqueo, motorismo, vela, pugilato, ecc.)	**No** ☐	Quali?	Frequenza
		Sì ☐	Gare	Precisazioni
3.	**Può fornire altre notizie rilevanti ai fini assicurativi?** (prossimi viaggi in luoghi pericolosi per condizioni climatiche o politico-militari, ecc.)	**No** ☐	Quali?	Frequenza
		Sì ☐	Precisazioni	
4.	**Pratica altri sport diversi da quelli indicati al precedente punto 2?**	**No** ☐	Quali?	Frequenza
		Sì ☐	Precisazioni	
5.	**Stato Civile**			
6.	**Ha in corso o in attesa di perfezionamento altre proposte Long Term Care con altre compagnie di assicurazione?**	**No** ☐		
		Sì ☐	Capitale/Rendita	

Revoca della Proposta e diritto di recesso

Il Contraente ha diritto di revocare la presente Proposta finché il contratto non sia concluso; ha inoltre diritto di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla conclusione dello stesso. Il diritto di revoca o di recesso deve essere esercitato per iscritto mediante raccomandata A.R. da inviare a UnipolSai Assicurazioni S.p.A. – Direzione Vita e Soluzioni Welfare Integrate - Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna, contenente gli elementi identificativi, rispettivamente, della Proposta o del contratto. La Società rimborserà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, il premio complessivo eventualmente versato al netto della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, dei costi di emissione trattenuti in caso di recesso e delle eventuali imposte.

Modalità di pagamento del premio dell'emittendo contratto

Il versamento del premio deve essere effettuato solo al momento della stipulazione del contratto, pertanto nessun soggetto è autorizzato a incassare il premio con la sottoscrizione della presente Proposta. Ogni versamento di premio dovrà essere effettuato, a scelta del Contraente, tramite: assegno, circolare o bancario o postale, munito della clausola di non trasferibilità, bonifico SCT (Sepa Credit Transfer) su conto corrente bancario o postale oppure altri mezzi di pagamento bancario o postale, oppure, ove previsti, sistemi di pagamento elettronico. Per le modalità di pagamento diverse da assegno, il giorno di pagamento del premio coincide con la data di valuta del relativo accredito riconosciuta alla Società o all'Intermediario incaricato.
Tali mezzi di pagamento dovranno essere intestati o girati alla Società ovvero all'Intermediario in tale qualità.
Periodicità del Premio: _____.

Consenso al trattamento dei dati personali, appartenenti a categorie particolari, per finalità assicurative

Il/I sottoscritto/i dichiara/no di avere ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali, anche nell'interesse degli altri eventuali soggetti interessati indicati nel contratto, e di acconsentire al trattamento delle categorie particolari dei propri dati personali (in particolare, sulla salute), ove necessari per il perseguimento delle finalità indicate nell'informativa.

Firma del Contraente
(ovvero il Legale rappresentante)

_____

Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente)
(ovvero il Legale rappresentante)

_____

FACSIMILE

Segue Proposta n. _____

Dichiarazioni conclusive

Io sottoscritto:

- **DICHIARO** ad ogni effetto di legge che le indicazioni fornite nella presente Proposta, nonché nel Questionario per la raccolta di informazioni del Cliente n. _____ e nel questionario sanitario, necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, esatte e complete e che non ho taciuta, omessa od alterata alcuna circostanza in relazione alle domande riportate all'interno, assumendo ogni responsabilità delle risposte stesse, anche se scritte da altri.
- **PROSCIOLGO** dal segreto professionale e legale medici ed Enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, ed acconsento che tali informazioni siano dall'esecutore stesso o da chi per lui comunicate ad altre persone ed Enti per le necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

Il Contraente dichiara:

- di impegnarsi a consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali agli altri soggetti interessati indicati nel contratto;
- di aver ricevuto dal distributore o visionato sul suo sito internet o nei suoi locali, prima della sottoscrizione della presente Proposta, i documenti precontrattuali contenenti le informazioni sul distributore, le informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo NON-IBIP collocato e le regole di comportamento del distributore, previsti dal Reg. IVASS n. 40 del 2/8/2018;
- **di aver ricevuto, letto e compreso, prima della sottoscrizione della presente Proposta:**
  - **il Set Informativo _____;**
  - **il Documento Informativo relativo all'operazione di trasformazione, in caso di operazione di trasformazione;**

Firma del Contraente (ovvero il Legale rappresentante)	Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente) (ovvero il Legale rappresentante)
_____	_____

Dichiaro che i dati relativi alla presente Proposta sono stati da me raccolti, di aver verificato l'identità del Contraente e dell'Assicurato, se diverso dal Contraente, e che la/e firma/e in calce alla presente proposta è/sono stata/e apposta/e in mia presenza.

Firma dell'Intermediario autorizzato

_____ , ____/____/_____ _____

(Luogo) *(data)*

FAC-SIMILE

pagina intenzionalmente in bianco

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Gentile Cliente, ai sensi degli Artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento"), La informiamo che, per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

QUALI DATI RACCOGLIAMO. Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e cellulare e indirizzo di posta elettronica, coordinate bancarie, sinistri con altre Compagnie, informazioni socio-economiche quali dati reddituali, proprietà di beni immobili e mobili registrati, informazioni sulla Sua eventuale attività d'impresa, informazioni sull'affidabilità creditizia) che Lei stesso o altri soggetti[1] ci fornite; tra questi ci possono essere anche categorie particolari di dati personali[2], ove necessari per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI. I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa, quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi ed elaborazione dei dati (esclusi quelli particolari) a fini tariffari e statistici, secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, informazioni commerciali e creditizie (relative alla Sua affidabilità e puntualità nei pagamenti).
In relazione alle finalità di cui al punto (i), il trattamento dei Suoi dati risulta dunque necessario sia per l'esecuzione delle attività precontrattuali da Lei richieste (tra cui il rilascio del preventivo e la quantificazione del premio), nonché per il perfezionamento ed esecuzione del contratto assicurativo[3], sia per l'adempimento dei collegati obblighi legali e normativi previsti in ambito assicurativo, ivi incluse le disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza[4]. Il trattamento dei Suoi dati è inoltre necessario per il perseguimento, da parte della nostra Società, delle altre Società del nostro Gruppo e dei terzi destinatari nell'ambito della catena assicurativa (si veda nota 7), dei legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv). Potremo invece trattare eventuali Suoi dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso[5].
Il conferimento dei Suoi dati per le predette finalità è quindi necessario per la stipula della polizza e per fornirLe i servizi richiesti, ed in alcuni casi risulta obbligatorio per contratto o per legge. Per cui, il mancato rilascio dei dati necessari e/o obbligatori per le suddette finalità, potrebbe impedire il perfezionamento del contratto o la fornitura delle prestazioni contrattuali da Lei richieste. Mentre il rilascio di taluni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti, indicato come facoltativi, può risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio, ma non incide sulle prestazioni richieste. La informiamo inoltre che alcuni dei dati personali da Lei forniti (nome, cognome, numero di polizza, indirizzo e-mail) saranno trattati dalla nostra Società al fine di identificarLa ed inviarLe comunicazioni inerenti le modalità di accesso all'area personale a Lei riservata per la fruizione di alcuni servizi a Lei dedicati. I medesimi dati potranno essere utilizzati, in caso di attività di assistenza tecnica, per la gestione delle problematiche relative all'accesso o alla consultazione della suddetta area. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.
I Suoi indirizzi (di residenza e di posta elettronica) potranno essere eventualmente utilizzati anche per inviarLe, via posta cartacea o elettronica, comunicazioni commerciali e promozionali relative a nostri prodotti e servizi assicurativi, analoghi a quelli da Lei acquistati, salvo che Lei non si opponga, subito o anche successivamente, alla ricezione di tali comunicazioni (si vedano le indicazioni riportate in **Quali sono i Suoi diritti**).

A CHI COMUNICHIAMO I SUOI DATI. I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere conosciuti solo dal personale autorizzato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa. Tali soggetti operano quali responsabili del trattamento per nostro conto [6].
I Suoi dati potranno essere comunicati ad altre società del Gruppo Unipol[7] a fini amministrativi interni e per il perseguimento di legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di cui ai predetti punti (ii), (iii) e (iv). Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i dati potranno essere comunicati anche a società assicurative, non appartenenti al Gruppo, ove indispensabili per il perseguimento da parte della nostra Società e/o di queste ultime società di legittimi interessi correlati a tali esigenze o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale. I Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa[8] (si veda anche nota 4).

COME TRATTIAMO E QUANTO CONSERVIAMO I SUOI DATI. I Suoi dati personali saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e custoditi mediante adozione di adeguate misure organizzative, tecniche e di sicurezza e conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 10 anni), nonché in caso di eventuali contestazioni e controversie, per i termini di prescrizione dei relativi diritti.

QUALI SONO I SUOI DIRITTI. La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione o la portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20). La normativa sulla privacy Le attribuisce altresì il diritto di richiedere la limitazione del trattamento dei dati, se ne ricorrono i presupposti, e l'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, nonché il diritto di revocare il Suo consenso prestato per le finalità di trattamento che lo richiedono (come l'utilizzo di dati relativi alla salute), ferma restando la liceità del trattamento effettuato sino al momento della revoca. Titolare del trattamento dei Suoi dati è UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna. Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UnipolSai Assicurazioni S.p.A., al recapito privacy@unipolsai.it, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati (si veda nota 8). Inoltre, collegandosi al sito www.unipolsai.it nella sezione Privacy, ovvero recandosi presso il Suo agente/intermediario di fiducia, troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni commerciali e promozionali sui nostri prodotti o servizi assicurativi. Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

USA_Info_Cont_01 – ed. 03.11.2020

Note

1) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.), da cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; organismi associativi (es. ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, altre banche dati e soggetti pubblici; soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali e creditizie - in particolare tramite società terze che gestiscono Sistemi di Informazioni Creditizie - SIC, relativi cioè a richieste e rapporti di finanziamento, a cui partecipano banche e società finanziarie.
2) Quali ad esempio i dati idonei a rivelare lo stato di salute, acquisiti ai fini della stipula di polizze (vita, infortuni, malattia) che richiedono la verifica delle condizioni di salute di una persona o nell'ambito del rimborso di spese mediche o della liquidazione di sinistri con danni alla persona, ma anche eventuali dati idonei a rivelare convinzioni religiose o filosofiche, opinioni politiche, appartenenza sindacale. In casi specifici, ove strettamente necessario per finalità autorizzate a livello normativo e sulla base dei presupposti sopra indicati, possono essere raccolti e trattati dalla nostra Società anche dati relativi ad eventuali condanne penali o reati.
3) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi (compresi quelli attuativi di forme pensionistiche complementari, nonché l'adesione individuale o collettiva a Fondi Pensione istituiti dalla Società), per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la prevenzione e l'accertamento, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tariffarie.
4) Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali (ad esempio in forza della Legge n. 95/2015 di (a) ratifica dell'Accordo tra Stati Uniti d'America e Repubblica italiana in materia di recepimento della normativa FATCA – Foreign Account Tax Compliance Act e (b) ratifica degli accordi tra Italia ed altri Stati esteri per l'attuazione di uno scambio automatico di informazioni finanziarie a fini fiscali tra gli stessi tramite lo standard di comunicazione "Common Reporting Standard" o "CRS"), (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni e la Banca Dati SITA ATRC sugli Attestati di Rischio gestita da ANIA. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per la protezione dei dati.
5) Resta fermo l'eventuale trattamento di tali dati, ove indispensabile per lo svolgimento di investigazioni difensive e per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti illeciti o fraudolenti.
6) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.
7) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. Le società facenti parte del Gruppo Unipol cui possono essere comunicati i dati sono ad esempio Linear S.p.A., Unisalute S.p.A., ecc. Per ulteriori informazioni, si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it.
8) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da UnipolSai Assicurazioni S.p.A., da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it) e da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti (ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali, investigatori privati; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7096584
Capitale sociale i.v. Euro 2.031.456.338,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00818570012 e P. IVA 03740811207 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione
Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it