



## UNIPOLSAI VITA

Assicurazione temporanea in caso di morte a capitale e premio annuo costanti  
(tariffa U20017) – per Assicurati Fumatori e Non Fumatori

### SET INFORMATIVO U20017-01/2019

composto da:

- Documento informativo precontrattuale (DIP) Vita;
- DIP aggiuntivo Vita;
- Condizioni di Assicurazione comprensive del glossario;
- Facsimile del modulo di Proposta;

mod. U20017 ed. 01/2019

# Assicurazione temporanea in caso di morte a capitale e premio annuo costanti

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

Compagnia: UnipolSai Assicurazioni S.p.A.  
Prodotto: UNIPOLSAI VITA (Tariffa U20017)



Il presente DIP è stato realizzato in data 01/01/2019 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?

E' un'assicurazione temporanea in caso di morte a capitale ed a premio annuo costanti per tutta la durata del contratto, a condizioni tariffarie differenziate in base all'abitudine al fumo dell'Assicurato.



## Che cosa è assicurato / Quali sono le prestazioni?

L'assicurazione prevede le seguenti prestazioni:  
Prestazione principale:

- ✓ Prestazione in caso di decesso: la Società si impegna a corrispondere il capitale assicurato in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza.

Il capitale assicurato può essere aumentato nel corso della durata del contratto tramite un Adeguamento Volontario (A.V.) del contratto, aderendo ad un'assicurazione A.V. proposta dalla Società.

La garanzia principale può essere integrata mediante le seguenti garanzie integrative.

Garanzie complementari:

- ✓ Ulteriore capitale in caso di morte per Infortunio (formula "duplice protezione")
- ✓ Ulteriore capitale in caso di morte derivante da Infortunio con possibilità di raddoppio se l'Infortunio è conseguente ad incidente stradale (formula "triplice protezione")

Garanzia Accessoria - "Garanzia di Famiglia" ("G.F."):

- ✓ Ulteriore capitale in caso di morte anche di un Secondo Assicurato (es. coniuge), a beneficio dei figli della coppia.

Per informazioni integrative si rimanda alla corrispondente rubrica del DIP Aggiuntivo Vita.



## Dove vale la copertura?

Il rischio di morte è coperto senza limiti territoriali.



## Che obblighi ho?

Il Contraente è tenuto a comunicare alla Società modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto ai sensi dell'Art.1926 del Codice Civile.

Se l'Assicurato, dichiaratosi non fumatore, inizi o ricominci a fumare in corso di contratto anche sporadicamente, è tenuto, insieme al Contraente, a darne comunicazione scritta tramite lettera raccomandata alla Società.

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.



## Che cosa NON è assicurato?

L'assicurazione non prevede le seguenti prestazioni:

- ✗ In caso di vita dell'Assicurato
- ✗ In caso invalidità dell'Assicurato
- ✗ In caso di malattia grave/perdita di autosufficienza/inabilità di lunga durata dell'Assicurato.



## Ci sono limiti di copertura?

! E' previsto un periodo di carenza, nel quale la copertura assicurativa prevista per la Prestazione principale non è piena, nel caso in cui l'Assicurato, previo assenso della Società, abbia scelto di non sottoporsi a visita medica e di limitarsi alla compilazione di un questionario. La garanzia per il decesso dovuto ad infezione – inclusa la sieropositività - da HIV o AIDS e patologie collegate è soggetta ad un periodo di carenza più lungo. Durante il periodo di carenza, in caso di morte dell'Assicurato non direttamente conseguente alle cause indicate all'Art. 12 delle Condizioni di Assicurazione, cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio, il contratto si risolve e la Società rimborsa al Contraente una somma pari all'ammontare dei premi versati per la garanzia principale.

! Non è coperto dalla garanzia principale né dalle Garanzie accessorie e complementari il decesso causato dal dolo del Contraente o dei Beneficiari, nonché dell'Assicurato nel caso di decesso del Secondo Assicurato della Garanzia Accessoria; in questo caso il contratto si risolve ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società.

È inoltre escluso dalle garanzie il decesso dovuto direttamente o indirettamente da determinate cause elencate nella corrispondente rubrica del DIP Aggiuntivo Vita.



### Quando e come devo pagare?

Il presente contratto prevede il pagamento di un premio annuo anticipato di importo costante - comprensivo del premio supplementare relativo alle eventuali Garanzie Complementari e/o Garanzia Accessoria, se abbinate - per tutta la durata del contratto e comunque non oltre la morte dell'Assicurato. Il premio, il cui ammontare non può essere inferiore a € 150,00, è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età dell'Assicurato, nonché al suo stato di salute, al livello degli accertamenti sanitari compiuti, al suo comportamento relativamente al fumo ed alle sue abitudini di vita (professione, sport), che possono comportare l'applicazione di sovrappremi. Il premio annuo può essere anche frazionato in rate semestrali o mensili, senza applicazione di costi di frazionamento. Il premio annuo relativo alla Prestazione principale 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?

Per durata del contratto si intende l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza dello stesso. La durata del contratto può essere fissata da un minimo di 5 anni ad un massimo di 30 anni, con un'età assicurativa massima dell'Assicurato a scadenza di 75 anni, tenuto altresì conto che:

- le Garanzie Complementari saranno prestate dalla Società su richiesta del Contraente a condizione che l'età assicurativa dell'Assicurato alla decorrenza delle garanzie stesse non sia superiore a 70 anni;
- la Garanzia Accessoria sarà prestata dalla Società su richiesta del Contraente a condizione che l'età assicurativa dell'Assicurato e del Secondo Assicurato alla scadenza non sia superiore a 65 anni e che a tale data la differenza di età tra Assicurato e Secondo Assicurato non sia superiore a 25 anni.

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 contratto viene concluso - contestualmente o successivamente alla sottoscrizione della Proposta - al momento in cui il Contraente 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 scadenza 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 sia concluso, il proponente può revocare la Proposta già sottoscritta. Si rinvia al DIP Aggiuntivo Vita per gli aspetti di dettaglio.

Il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dal momento in cui il contratto è concluso. Si rinvia al DIP Aggiuntivo Vita per gli aspetti di dettaglio.

È facoltà del Contraente sospendere il pagamento dei premi con l'effetto che, se il premio non viene pagato entro i trenta giorni successivi alla data di scadenza dello stesso, il contratto, se non riattivato, si risolve di diritto. Si rinvia al DIP Aggiuntivo Vita per gli aspetti di dettaglio.



### Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Il contratto non prevede riscatto o riduzione.

# Assicurazione temporanea in caso di morte a capitale e premio annuo costanti

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 VITA (Tariffa U20017)



Il presente DIP è stato realizzato in data 01/01/2019 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](http://www.unipolsai.com) – [www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it); e-mail: [assistenzaavita@unipolsai.it](mailto:assistenzaavita@unipolsai.it); PEC: [unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it](mailto: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.

Per tutte le comunicazioni alla Società concernenti il contratto in corso, diverse dalle comunicazioni per le quali è richiesta una modalità specifica indicata nel presente Set Informativo, il Contraente potrà avvalersi anche del tramite dell'Intermediario incaricato dalla Società al quale è assegnata la competenza sul contratto (l'elenco degli intermediari incaricati è disponibile presso la Direzione della Società ed è riportato sul sito Internet della stessa), oppure potrà inviare le stesse a mezzo lettera raccomandata direttamente a:

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. – Direzione Vita  
Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna

specificando gli elementi identificativi del contratto.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2017, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 5.752,83 milioni con capitale sociale pari ad € 2.031,46 milioni e totale delle riserve patrimoniali, pari ad € 3.223,47 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito [www.unipolsai.com](http://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 2017, è pari ad € 2.925,92 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 1.316,66 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 7.693,45 milioni e ad € 7.060,99 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2017, pari a 2,63 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati sulla base del Modello Interno Parziale, al cui utilizzo la compagnia 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 temporanea in caso di morte a capitale ed a premio annuo costanti per tutta la durata del contratto, a condizioni tariffarie differenziate in base all'abitudine al fumo dell'Assicurato.

Il Contraente beneficerà dell'applicazione di condizioni tariffarie migliori qualora l'Assicurato sia in grado di dichiarare di essere non fumatore secondo quanto stabilito all'Art. 2 delle Condizioni di Assicurazione.

Ciò premesso, in base al capitale complessivamente assicurato (intendendo per tale il cumulo di capitali assicurati anche con altri contratti Vita con valutazione del rischio stipulati con la Società) il contratto richiede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica, sempre obbligatoria per coloro che hanno più di 60 anni alla sottoscrizione della Proposta o che avranno più di 70 anni alla scadenza del contratto, ed accertamenti sanitari diversificati.

Fermo che, a determinate condizioni, la Società può consentire la stipulazione dell'assicurazione con la semplice compilazione di un questionario, il Contraente potrà beneficiare dell'applicazione di condizioni tariffarie migliori qualora siano presentati alla Società accertamenti sanitari di livello superiore rispetto a quello minimo necessario, in relazione all'importo del capitale complessivamente assicurato. Si rimanda per i dettagli all'Allegato A delle Condizioni di Assicurazione.

L'assicurazione prevede le seguenti prestazioni:

#### Prestazione principale

**Prestazione in caso di decesso:** la Società si impegna a corrispondere il capitale assicurato ai Beneficiari designati in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza.

Il capitale assicurato può essere aumentato nel corso della durata del contratto tramite un adeguamento volontario ("A.V.") del contratto, aderendo ad un'assicurazione A.V., proposta dalla Società e regolata dal contratto.

La garanzia principale può essere integrata mediante le seguenti garanzie integrative:

#### Garanzie Complementari:

**Capitale in caso di morte derivante da Infortunio (formula "duplice protezione"):** in caso di decesso dell'Assicurato, prima della scadenza, dovuto a Infortunio, la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati un ulteriore capitale, indicato in Polizza, pari a quello assicurato dalla garanzia principale.

**Capitale in caso di morte derivante da Infortunio o da Infortunio conseguente a incidente stradale (formula "triplice protezione"):** in caso di decesso dell'Assicurato, prima della scadenza, dovuto a Infortunio, la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati un ulteriore capitale, indicato in Polizza, pari a quello assicurato dalla garanzia principale, che viene raddoppiato qualora l'Infortunio sia conseguente ad incidente stradale.

#### Garanzia Accessoria: "Garanzia di Famiglia" ("G.F.")

**Capitale in caso di morte anche di un Secondo Assicurato:** la Società si impegna a corrispondere un ulteriore capitale, indicato in polizza, ai figli superstiti della coppia costituita dall'Assicurato e dal Secondo Assicurato qualora, contemporaneamente o successivamente alla morte dell'Assicurato oppure nelle 24 ore immediatamente precedenti la morte dell'Assicurato, ma comunque entro la scadenza, si verifichi il decesso della persona designata in polizza quale Secondo Assicurato, purchè a tale momento sopravviva almeno uno dei figli della coppia. Tale capitale è pari al capitale assicurato dalla garanzia principale con il limite massimo di € 150.000,00.



#### 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 Prestazione principale il decesso causato direttamente o indirettamente da:

- partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, insurrezione, sommossa, tumulto popolare, missioni di pace o qualsiasi operazione militare;
- atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, o di guerra civile, a cui l'Assicurato non ha preso parte attiva:
  1. nel caso in cui tali situazioni fossero già esistenti al momento dell'arrivo dell'Assicurato nel territorio di accadimento oppure
  2. nel caso in cui l'Assicurato si trovasse nel territorio di accadimento all'inizio delle ostilità ed il decesso avvenisse dopo 14 giorni dall'inizio delle stesse;
- eventi causati da: contaminazioni chimiche, armi nucleari, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche ed esposizione a particelle ionizzanti;
- partecipazione a gare e corse di velocità, e relative prove e allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, salvo il caso di guida con possesso di patente scaduta da non più di dodici mesi;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo; in ogni caso è esclusa la morte causata da incidente di volo se l'Assicurato viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- intossicazione provocata da assunzione di bevande alcoliche, dall'uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dell'eventuale riattivazione del contratto;
- atti contro la persona dell'Assicurato – compreso il rifiuto, comprovato da documentazione sanitaria, di sottoporsi a cure, terapie o interventi prescritti da medici - da lui volontariamente compiuti o consentiti, se avvenuti nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dell'eventuale riattivazione del contratto;
- trattamenti medici o chirurgici non resi necessari da Infortunio o malattia ovvero per i quali non esista prova di prescrizione o di consiglio di un medico.

Nei suddetti casi il contratto si risolve, comprese le eventuali Garanzie complementari e/o Garanzia Accessoria abbinate, e la Società rimborsa al Contraente una somma pari all'ammontare dei premi versati per l'assicurazione relativa alla Prestazione Principale.

Dalle Garanzie Complementari sono esclusi tutti i casi di decesso derivanti direttamente o indirettamente dalle cause sopra indicate e da quelle riportate nell'Art. 25 delle Condizioni di Assicurazione. In caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad una di tali cause escluse, la prestazione delle Garanzie Complementari non è dovuta; l'assicurazione stessa si risolve ed i relativi premi pagati restano acquisiti dalla Società.

Dalla Garanzia Accessoria sono esclusi tutti i casi di decesso del Secondo Assicurato derivanti direttamente o indirettamente dalle cause riportate nell'Art. 26 delle Condizioni di Assicurazione. In caso di decesso del Secondo Assicurato dovuto ad una di tali cause escluse, la prestazione della Garanzia Accessoria non è dovuta; l'assicurazione stessa si risolve ed i relativi premi pagati restano acquisiti dalla Società.



### Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

#### **Cosa fare** Denuncia di sinistro

**in caso** Ad integrazione di quando scritto nel DIP Vita, la richiesta di liquidazione, deve essere fornita alla Società tramite  
**di evento?** il competente intermediario incaricato oppure inviata mediante raccomandata direttamente a:

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. – Direzione Vita  
Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna

specificando gli elementi identificativi del contratto.

Si rinvia all'Art. 21 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**

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 antiriciclaggio; altrimenti, la Società effettuerà il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione completa.

**Dichiarazioni inesatte o reticenti** Fermo che l'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta la rettifica delle somme dovute dalla Società in base all'età reale, 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.6 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 premio versato dovrà essere corrisposto tramite una modalità di pagamento diversa da Addebito diretto SDD.

È comunque fatto divieto all'intermediario incaricato di ricevere denaro contante a titolo di pagamento del premio.

La parte del premio annuo relativa alle Garanzie Complementari è comprensiva dell'imposta sulle assicurazioni; per approfondimenti si rinvia alla rubrica "Regime fiscale".

Limitatamente alla Prestazione principale descritta in rubrica "Che cosa è assicurato / Quali sono le prestazioni?", è facoltà della Società offrire al Contraente l'opportunità di effettuare l'Adeguamento Volontario (A.V.) del contratto agli anniversari della data di decorrenza, mediante adesione ad un'Assicurazione A.V. nella stessa forma tariffaria, aumentando l'importo complessivo del premio annuo dovuto per la durata residua del contratto in relazione al relativo capitale assicurato.

<b>Rimborso</b>	<p>È previsto il rimborso del premio in caso di revoca della Proposta e in caso di recesso dal contratto, in questo ultimo caso, al netto delle spese. Per maggiori informazioni vedi la rubrica “Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?”</p> <p>È previsto il rimborso del premio anche in caso di decesso intervenuto durante il periodo di carenza o causato direttamente o indirettamente da una delle cause escluse, come indicato nella rubrica “Ci sono limiti di copertura?”, inserita nel DIP Vita e nel presente documento, a cui si rimanda per maggiori informazioni.</p>
<b>Sconti</b>	Il contratto non prevede l’applicazione di sconti di premio.



#### Quando comincia la copertura e quando finisce?

<b>Durata</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
<b>Sospensione</b>	<p>Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza, comporta l’automatica sospensione delle garanzie e, se queste non vengono riattivate, il contratto si risolve ed i premi già pagati restano acquisiti dalla Società.</p> <p>Le garanzie sospese a seguito del mancato pagamento dei premi possono essere riattivate entro i 180 giorni successivi a ciascuna scadenza. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all’Art.16 delle Condizioni di Assicurazione.</p> <p>Trascorsi 180 giorni ed entro un anno dalla scadenza del primo premio o rata di premio non pagata la riattivazione del contratto può essere effettuata dietro richiesta ed accettazione scritta da parte, rispettivamente, del Contraente e della Società, secondo quanto stabilito all’Art. 16 delle Condizioni di Assicurazione.</p>



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

<b>Revoca</b>	<p>Prima della conclusione del contratto, il proponente può revocare la Proposta già sottoscritta, dandone comunicazione alla Società a mezzo lettera raccomandata direttamente a:</p> <p style="text-align: center;">UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Direzione Vita Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna</p> <p>contenente gli elementi identificativi della Proposta sottoscritta.</p> <p>Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca, la Società provvede al rimborso dell’intero ammontare del premio eventualmente già versato.</p>
<b>Recesso</b>	<p>Il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dal momento in cui il contratto è concluso dandone comunicazione alla Società a mezzo lettera raccomandata, all’indirizzo sopra riportato, contenente gli elementi identificativi del contratto.</p> <p>Il recesso ha l’effetto di liberare 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.</p> <p>Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio 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, al netto dei costi di emissione indicati nella Proposta e riportati nella rubrica “Quali costi devo sostenere?”.</p>
<b>Risoluzione</b>	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 – la sospensione delle garanzie e, se queste non vengono riattivate, il contratto si risolve ed i premi già pagati restano acquisiti dalla Società.



#### A chi è rivolto questo prodotto?

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 decesso dell’Assicurato mediante la corresponsione ai Beneficiari designati di un capitale assicurato relativo ad una Prestazione principale che può essere integrata mediante l’abbinamento con eventuali Garanzie complementari e/o Garanzia Accessoria.



#### Quali costi devo sostenere?

##### TABELLA DEI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

Costo fisso prelevato da ciascun premio annuo:	€ 50,00
Costi in percentuali (a titolo di acquisizione, gestione e incasso) prelevati da ciascun premio annuo, in percentuale del premio al netto del costo fisso:	16,00%
Costi di emissione trattenuti, in luogo dei precedenti costi, in caso di recesso:	€ 50,00

##### COSTI DI INTERMEDIAZIONE

Quota-parte percepita in media dagli intermediari con riferimento ai costi posti a carico del Contraente: 38,19%.

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



Sono previsti riscatti o riduzioni?  SI  NO

Valori di riscatto e riduzione

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

Richiesta di informazioni

-

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

Eventuali reclami riguardanti il prodotto, la gestione del rapporto contrattuale, o il comportamento della Società o dell'Agente (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](mailto:reclami@unipolsai.it)  
Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito [www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it).  
I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela.  
E' possibile anche inviare il reclamo direttamente all'Agente 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 o Banche) 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](http://www.unipolsai.it) e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste.

All'IVASS

Nel caso in cui il reclamo presentato alla Società abbia esito insoddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni ovvero di 60 giorni se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori) è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: [ivass@pec.ivass.it](mailto:ivass@pec.ivass.it). Info su: [www.ivass.it](http://www.ivass.it).  
I reclami indirizzati all'IVASS 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.  
Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.

**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](http://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

Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet [http://ec.europa.eu/internal\\_market/fin-net/members\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm) 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 ad eccezione dell'eventuale componente di premio destinata a copertura di garanzie integrative soggetta all'imposta sulle assicurazioni del 2,5%.

I premi versati a copertura del caso morte, danno diritto alla detrazione d'imposta ai fini IRPEF alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge [art. 15, comma 1, lett. f) e comma 2 del D.P.R. 917/86].

Tassazione delle somme corrisposte

I capitali percepiti in caso di morte in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita, a copertura del rischio demografico, sono esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche.

Le somme percepite in caso di morte dell'Assicurato sono esenti dall'imposta sulle successioni.

Le somme percepite nell'esercizio di attività commerciali concorrono alla formazione del reddito di impresa e non sono soggette ad imposta sostitutiva.

Le 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, L'ESTRATTO CONTO 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 NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON SARA' POSSIBILE GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.**

**ASSICURAZIONE TEMPORANEA IN CASO DI MORTE A CAPITALE E PREMIO ANNUO COSTANTI  
(Tariffa U20017)**

**Data ultimo aggiornamento: 01/01/2019**

**Premessa****Disciplina del contratto**

Il presente contratto è disciplinato:

- dalle Condizioni di Assicurazione che seguono;
- da quanto stabilito nel documento di polizza e nelle eventuali appendici firmate dalle parti;
- dalle disposizioni della legge italiana.

Il presente contratto prevede condizioni tariffarie differenziate in base all'abitudine al fumo dell'Assicurato.

Il Contraente potrà beneficiare dell'applicazione di condizioni tariffarie migliori qualora:

- ✓ l'Assicurato si dichiara non fumatore ai sensi dell'Art. 2;
- ✓ in presenza di un capitale complessivamente assicurato inferiore a 400.000,00 euro, siano presentati alla Società accertamenti sanitari delle condizioni di salute dell'Assicurato di livello superiore, in quanto più approfonditi a parità di capitale complessivamente assicurato, rispetto a quelli richiesti dalla Società per la valutazione del rischio.

La combinazione tariffaria applicata al contratto secondo i parametri dettagliati all'Allegato A delle presenti Condizioni di Assicurazione sarà indicata in Polizza.

**ART. 1 OGGETTO DEL CONTRATTO. PRESTAZIONI ASSICURATE**

Il contratto ha per oggetto l'assicurazione temporanea in caso di morte a capitale e premio annuo costanti per tutta la durata del contratto.

La Società si impegna a corrispondere il capitale assicurato ai Beneficiari designati nel caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale.

In caso di vita dell'Assicurato alla scadenza del contratto non è prevista la liquidazione di alcuna prestazione: il contratto si estingue ed i premi pagati restano acquisiti alla Società a fronte del rischio corso.

Il capitale assicurato è indicato nel documento di polizza ed è stabilito, alla data di decorrenza del contratto, in funzione dell'età, dello stato di salute, delle abitudini di vita e dell'abitudine al fumo dell'Assicurato, del premio e della durata contrattuale.

L'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto è determinata in anni interi, con riferimento alla stessa data di decorrenza del contratto ed all'anniversario di nascita più vicino, trascurando la frazione di anno inferiore o pari a sei mesi e considerando come anno intero la frazione di anno superiore al semestre.

La prestazione prevista dall'assicurazione principale per il caso di premorienza dell'Assicurato, descritta nel presente articolo, può essere integrata, su richiesta del Contraente, da quelle complementari ed accessorie previste dall'Art. 25 e dall'Art. 26.

**ART. 2 DEFINIZIONE DI NON FUMATORE**

Ai fini del presente contratto è considerato non fumatore colui che non ha mai fumato o fatto uso di tabacco nei 24 mesi che precedono la sottoscrizione della Proposta o la data della comunicazione, in corso di contratto, dell'eventuale passaggio dallo stato di fumatore a quello di non fumatore di cui all'Art. 5 delle presenti Condizioni.

**Lo stato di non fumatore risulta indicato in Proposta, mediante apposita dichiarazione sottoscritta dal Contraente e dall'Assicurato**

Alle dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato si applica quanto stabilito dal successivo Art. 6.

**ART. 3 VERIFICA DELLO STATO DI NON FUMATORE IN CASO DI MORTE**

In caso di morte dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la Società si riserva la facoltà di verificare l'effettiva permanenza dello stato di non fumatore dell'Assicurato, richiedendo, ai fini del pagamento ai Beneficiari del capitale assicurato, la documentazione di carattere sanitario che fosse necessaria per la suddetta verifica. A tal fine l'Assicurato deve preventivamente consentire alla Società tutte le indagini che essa ritenga necessarie, sciogliendo al tempo stesso dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Qualora venga accertato che, nel corso della durata contrattuale, si sia verificata la perdita dello stato di non fumatore dell'Assicurato senza che il medesimo ed il Contraente abbiano adempiuto l'obbligo della relativa comunicazione, la Società agirà come previsto dall'Art. 1898 del Codice Civile.

**ART. 4 PASSAGGIO DALLO STATO DI NON FUMATORE A QUELLO DI FUMATORE**

Se l'Assicurato, dichiaratosi non fumatore, ai sensi del precedente Art. 2, inizia o ricomincia a fumare, anche sporadicamente, il medesimo ed il Contraente sono tenuti a darne comunicazione scritta entro trenta giorni all'Intermediario cui è assegnato il contratto oppure tramite lettera raccomandata a:

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. – Direzione Vita  
Via Stalingrado 45 – 40128 Bologna

In tale caso la Società provvederà a rideterminare il premio annuo o il capitale assicurato.

Il nuovo premio, o il nuovo capitale assicurato, viene calcolato applicando le corrispondenti condizioni tariffarie, relative agli Assicurati fumatori, in base all'età e alla durata iniziale del contratto in essere.

La variazione dell'importo del premio, o dell'ammontare del capitale assicurato, ha effetto a partire dalla data di scadenza del primo premio o premio di rata successivi alla data di ricevimento della comunicazione del cambio di stato e risulterà da appendice contrattuale. Con effetto dalla medesima data di scadenza il contratto si risolverà di diritto, se decorso un mese dal ricevimento della comunicazione l'appendice contrattuale non è stata sottoscritta dalle parti.

In caso di mancata comunicazione del cambiamento delle abitudini al fumo dell'Assicurato, la Società in caso di sinistro agirà come previsto dall'Art. 1898 del Codice Civile.

**ART. 5 PASSAGGIO DALLO STATO DI FUMATORE A QUELLO DI NON FUMATORE**

Se l'Assicurato, dichiaratosi fumatore, passa allo stato di non fumatore ai sensi del precedente Art. 2, il medesimo ed il Contraente possono darne comunicazione scritta all'Intermediario cui è assegnato il contratto oppure tramite lettera raccomandata indirizzata a:

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. – Direzione Vita  
Via Stalingrado 45 – 40128 Bologna

In tale caso la Società provvederà a rideterminare il premio annuo da corrispondersi per garantire la copertura prevista.

La variazione ha effetto a partire dal primo premio o premio di rata aventi scadenza successiva alla data di ricevimento della comunicazione del cambio di stato e risulterà da appendice contrattuale.

Nel caso di successiva perdita dello stato di non fumatore, vale quanto espresso nel precedente Art. 4.

**ART. 6 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO**

Le dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato debbono 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 stipulati con la stessa Società, non dispensano dall'obbligo di rappresentare in modo veritiero, esatto e completo la reale entità del rischio, con riferimento al presente contratto di assicurazione sulla vita.

**ART. 7 BENEFICIARI**

Il Contraente può designare uno o più Beneficiari e revocare o modificare in qualsiasi momento tale designazione. La designazione dei Beneficiari può essere fatta dal Contraente al momento della sottoscrizione del contratto con apposita clausola, inserita in polizza, o con successiva dichiarazione scritta comunicata alla Società o per testamento ed è revocabile o modificabile nelle stesse forme precisando i Beneficiari ed il contratto per i quali viene effettuata la revoca o la modifica.

In caso di disposizione testamentaria la designazione o variazione dei Beneficiari del contratto potrà essere altresì effettuata mediante attribuzione ai medesimi delle somme assicurate.

La designazione dei Beneficiari non può tuttavia essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio (c.d. beneficio accettato);
- dopo la morte del Contraente;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi le operazioni di pegno e vincolo di polizza richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

La designazione effettuata genericamente o, comunque, in favore di più beneficiari attribuisce **in parti uguali** tra i medesimi il beneficio, salva diversa ed espressa indicazione da parte del Contraente.

**Diritto proprio del Beneficiario**

Il Beneficiario di un contratto di assicurazione sulla vita acquista, per effetto della designazione fatta a suo favore dal Contraente, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione. Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario (Art. 1920 del Codice Civile).

**ART. 8 DATA DI DECORRENZA DEL CONTRATTO. ENTRATA IN VIGORE DELL'ASSICURAZIONE**

La data di decorrenza del contratto è indicata in polizza ed è la data in cui ha inizio la durata contrattuale.

L'assicurazione entra in vigore a condizione che sia stato pagato il premio o il primo premio di rata:

- dalle ore 24.00 del giorno di conclusione del contratto, ovvero
- dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza quale data di decorrenza, se la stessa sia successiva a quella in cui il contratto è concluso.

Qualora il versamento del premio venisse effettuato dopo le date di cui ai due punti precedenti, l'assicurazione entrerà in vigore alle ore 24.00 del giorno del versamento del premio.

In ogni caso sono fatti salvi i periodi di carenza delle garanzie previsti al successivo Art. 12.

**ART. 9 DURATA DEL CONTRATTO**

Per durata del contratto si intende l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza dello stesso.

Il contratto si estingue nei seguenti casi:

- a) esercizio del diritto di recesso
- b) decesso dell'Assicurato, e, nel caso di abbinamento della garanzia accessoria, anche del Secondo Assicurato
- c) mancato pagamento dei premi
- d) scadenza.

Il contratto estinto non può più essere riattivato, fatto salvo, per il punto c), quanto indicato al successivo Art. 16.

**ART. 10 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E DIRITTO DI RECESSO**

Il contratto è concluso nel momento in cui il Contraente ha ricevuto comunicazione scritta dell'accettazione della Proposta dalla Società o, in mancanza, nel momento in cui la polizza è stata sottoscritta da entrambe le parti ovvero la Società abbia consegnato al Contraente la polizza dalla stessa sottoscritta.

Il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dal momento in cui il contratto è concluso dandone comunicazione a:

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Direzione Vita  
Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna

a mezzo lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi del contratto.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle

ore 24.00 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, diminuito di 50,00 euro a fronte dei costi effettivamente sostenuti per l'emissione del contratto, indicati nella Proposta e al successivo Art. 14.

#### **ART. 11 RISCHIO DI MORTE. ESCLUSIONI**

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, salvo quanto di seguito indicato.

È escluso dalla garanzia il decesso causato direttamente o indirettamente da:

- a) dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- b) partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, insurrezione, sommossa, tumulto popolare, missioni di pace o qualsiasi operazione militare;
- d) atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, o di guerra civile, a cui l'Assicurato non ha preso parte attiva:
  3. nel caso in cui tali situazioni fossero già esistenti al momento dell'arrivo dell'Assicurato nel territorio di accadimento  
oppure
  4. nel caso in cui l'Assicurato si trovasse nel territorio di accadimento all'inizio delle ostilità ed il decesso avvenisse dopo 14 giorni dall'inizio delle stesse;
- e) eventi causati da: contaminazioni chimiche, armi nucleari, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche ed esposizione a particelle ionizzanti;
- f) partecipazione a gare e corse di velocità, e relative prove e allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- g) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, salvo il caso di guida con possesso di patente scaduta da non più di dodici mesi;
- h) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo; in ogni caso è esclusa la morte causata da incidente di volo se l'Assicurato viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- i) intossicazione provocata da assunzione di bevande alcoliche, dall'uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dell'eventuale riattivazione del contratto;
- j) atti contro la persona dell'Assicurato – compreso il rifiuto, comprovato da documentazione sanitaria, di sottoporsi a cure, terapie o interventi prescritti da medici - da lui volontariamente compiuti o consentiti, se avvenuti nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dell'eventuale riattivazione del contratto;
- k) trattamenti medici o chirurgici non resi necessari da infortunio o malattia ovvero per i quali non esista prova di prescrizione o di consiglio di un medico.

In questi casi, ad eccezione di quanto indicato alla lettera a), per il quale non è previsto alcun rimborso, il contratto si risolve, si risolvono parimenti le eventuali garanzie complementari e/o accessorie e la Società rimborsa al Contraente una somma pari all'ammontare dei premi versati per l'assicurazione principale.

#### **ART. 12 CARENZE PER LE ASSICURAZIONI PER IL CASO DI MORTE**

La piena copertura assicurativa è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società, accettandone modalità ed oneri.

Nel caso in cui l'Assicurato, previo assenso della Società, decida di non sottoporsi a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti, viene applicato un periodo di carenza - che decorre dalla data di entrata in vigore dell'assicurazione o di riattivazione del contratto - secondo quanto previsto ai successivi punti 12.1 e 12.2 del presente articolo.

Si sottolinea che la mancata sottoposizione a visita medica non implica in alcun modo rinuncia da parte della Società ad accertare le effettive condizioni di salute dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto. Per tale ragione in caso di decesso dovrà essere fatta pervenire alla Società la documentazione prevista al

successivo Art. 21.

Qualora il contratto fosse emesso in sostituzione di uno o più precedenti contratti, espressamente richiamati nel testo della polizza stessa, l'applicazione dei periodi di carenza di cui ai successivi punti 12.1 e 12.2 del presente articolo, avverrà tenendo conto dell'entità, forma e durata effettiva, a partire dalle corrispondenti date di entrata in vigore dei contratti sostituiti.

**12.1. ASSICURAZIONE CASO MORTE SENZA VISITA MEDICA – Clausola 02 (valida unicamente se espressamente richiamata nel testo di polizza)**

La copertura assicurativa risulta esclusa per un periodo di carenza di 180 giorni, che decorre dalla data di entrata in vigore dell'assicurazione o dalla data di riattivazione.

Il periodo di carenza non si applica qualora la morte dell'Assicurato avvenga per conseguenza diretta:

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la data di decorrenza del periodo di carenza: tifo, paratifo, tetano, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro spinale epidemica, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A, B e C, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post vaccinica, ebola;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo la data di decorrenza del periodo di carenza;
- c) di infortunio avvenuto dopo la data di decorrenza del periodo di carenza, intendendo per infortunio (fermo quanto disposto al precedente Art. 11) l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Il periodo di carenza viene esteso a cinque anni dalla data di entrata in vigore dell'assicurazione o dalla data di riattivazione qualora la morte sia dovuta ad infezione - inclusa la sieropositività - da qualsiasi virus di immunodeficienza umana (HIV) o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e patologie collegate.

Durante il periodo di carenza, in caso di morte dell'Assicurato, il contratto si risolve e la Società rimborsa al Contraente una somma pari all'ammontare dei premi versati per l'assicurazione principale.

**12.2. ASSICURAZIONE CASO MORTE CON VISITA MEDICA IN ASSENZA DEL TEST HIV – Clausola 11 (valida unicamente se espressamente richiamata nel testo di polizza)**

Nei casi in cui l'Assicurato, pur essendosi sottoposto a visita medica, abbia rifiutato di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, rimane convenuto che se il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sette anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o dalla data di riattivazione e sia dovuto ad infezione - inclusa la sieropositività - da qualsiasi virus di immunodeficienza umana (HIV) o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e patologie collegate, il contratto si risolve e la Società rimborsa al Contraente una somma pari all'ammontare dei premi versati per l'assicurazione principale.

**ART. 13 PAGAMENTO DEL PREMIO**

Il presente contratto prevede il pagamento di un premio annuo di importo costante, il cui ammontare non può essere inferiore a 150,00 euro.

Il premio annuo convenuto alla stipulazione dovrà essere corrisposto anticipatamente all'inizio di ogni anno assicurativo, contro quietanza emessa dalla Società, per tutta la durata del contratto e comunque non oltre la morte dell'Assicurato.

Il pagamento del premio, a scelta del Contraente, può essere frazionato in rate mensili o semestrali, senza applicazione di costi di frazionamento.

Il Contraente ha la facoltà di cambiare il frazionamento del premio all'anniversario della data di decorrenza del contratto. Tale scelta dovrà 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 può 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 ogni caso il primo premio versato dovrà essere corrisposto tramite una modalità di pagamento diversa da Addebito diretto SDD.

È comunque fatto divieto all'intermediario incaricato di ricevere denaro contante a titolo di pagamento del premio.

In caso di frazionamento mensile del premio, qualora il Contraente abbia richiesto, alla sottoscrizione del contratto, che il pagamento venga effettuato tramite Addebito diretto SDD, le prime tre rate mensili dovranno essere corrisposte in via anticipata e in unica soluzione tramite una modalità di pagamento diversa da Addebito diretto SDD.

Il premio annuo può essere modificato nel corso della durata contrattuale per l'adesione da parte del Contraente all'adeguamento volontario del contratto eventualmente proposto dalla Società (assicurazioni A.V.), di cui al successivo Art. 24.

La Società non è tenuta ad inviare avvisi di scadenza né a provvedere all'incasso al domicilio del Contraente.

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.

#### **ART. 14 COSTI SUL PREMIO**

I costi trattenuti dal premio e posti a carico del Contraente sono i seguenti:

- costo fisso annuo a titolo di gestione: pari a 50,00 euro
- costi in percentuale a titolo di acquisizione, gestione e incasso: è applicato al premio annuo relativo alla prestazione principale (al netto del costo fisso), pari a 16,00%
- costi di emissione trattenuti, in luogo dei precedenti costi, in caso di recesso: 50,00 euro.

#### **ART. 15 MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO: RISOLUZIONE**

Il mancato pagamento dei premi, o dei premi di rata, determina, trascorsi trenta giorni dalla relativa scadenza, la risoluzione di diritto del contratto con effetto dalle ore 24,00 di quest'ultima data e i premi pagati restano acquisiti alla Società.

#### **ART. 16 RIPRESA DEL PAGAMENTO DEL PREMIO: RIATTIVAZIONE**

Entro 180 giorni dalla scadenza del primo premio di rata o del primo premio non pagato, il Contraente ha diritto di riattivare il contratto pagando i premi di rata o i premi arretrati.

Trascorso tale periodo ed entro un anno dalla scadenza del primo premio o premio di rata non pagato, la riattivazione è possibile alle seguenti condizioni:

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

Qualora la Società accetti di riattivare il contratto senza visita medica si applicherà un periodo di carenza come previsto al precedente Art. 12.

Alle dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato in sede di riattivazione del contratto si applica quanto stabilito dal precedente Art. 6.

L'operazione di riattivazione comporta il pagamento di tutti i premi di rata arretrati in un'unica soluzione.

La riattivazione del contratto ripristina – con effetto dalle ore 24.00 del giorno in cui viene effettuato il pagamento dell'ammontare dovuto – i valori contrattuali delle prestazioni come se non si fosse verificata l'interruzione del piano di versamento dei premi.

Trascorso un anno dalla scadenza del primo premio o del primo premio di rata non pagato, il contratto non può più essere riattivato, e si intenderà estinto alla data stabilita dal precedente Art. 15.

#### **ART. 17 RISCATTO E RIDUZIONE**

Non sono previsti valori di riscatto e riduzione.

#### **ART. 18 OPZIONI**

Non sono previste opzioni.

#### **ART. 19 PRESTITI**

Il presente contratto non consente la concessione di prestiti.

**ART. 20 CESSIONE, PEGNO E VINCOLO**

Il Contraente può cedere ad altri il contratto solo previo espresso consenso della Società, così come può darlo in pegno o vincolare le somme assicurate.

Tali atti, per avere efficacia nei confronti della Società, devono risultare dalla polizza o appendice alla stessa ed essere firmati dalle parti interessate.

Nel caso di pegno o vincolo, le operazioni di liquidazione richiedono il consenso scritto del creditore pignoratizio o vincolatario.

**ART. 21 PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ**

Le richieste di liquidazione devono essere consegnate alla Società anche attraverso l'Intermediario al quale è assegnata la competenza sul contratto, o inviate direttamente tramite raccomandata a:

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. – Direzione Vita  
Via Stalingrado 45 – 40128 Bologna

In caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza del contratto dovranno essere presentati alla Società i documenti di seguito specificati – fatta eccezione per quelli già prodotti in precedenza e ancora in corso di validità - , necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e a individuare con esattezza gli aventi diritto:

- 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 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;
- comunicazione di svincolo redatta e sottoscritta dal vincolatario o benestare del creditore pignoratizio, solo nel caso in cui il contratto risulti vincolato o ceduto in pegno, che autorizzi il pagamento all'avente diritto o, viceversa, comunicazione che indichi l'ammontare del debito residuo vantato;
- 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):

- certificato di morte dell'Assicurato;
- in caso di decesso a seguito di malattia:
  - relazione medica sulle cause del decesso, 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;
  - cartelle cliniche e accertamenti sanitari effettuati, relativi a eventuali ricoveri in ospedale o case di cura, con particolare riferimento al documento contenente la diagnosi della malattia sulla causa che ha portato al decesso dell'Assicurato;
    - in caso di decesso dovuto a causa diversa da malattia:
  - documento rilasciato dall'autorità competente ed eventuale chiosa istruttoria (provvedimento di archiviazione o rinvio a giudizio) da cui si desumano le precise circostanze del decesso, in caso di morte violenta (infortunio, suicidio, omicidio);
    - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (ottenibile presso gli uffici del Comune di residenza ovvero presso un Notaio) dal quale risulti se è stato redatto o meno testamento e se quest'ultimo, di cui deve essere rimesso l'atto notarile di pubblicazione, è l'unico o l'ultimo conosciuto, valido e non impugnato. Se sul contratto risultano indicati, quali aventi diritto, gli eredi legittimi dell'Assicurato, la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dovrà riportare l'elenco di tutti gli eredi legittimi dell'Assicurato, con l'indicazione delle generalità complete, dell'età, del loro rapporto di parentela, nonché dell'eventuale stato di gravidanza della vedova. Nel caso che, quali aventi diritto, siano designati in via generica soggetti diversi dagli eredi legittimi, la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dovrà indicare i dati anagrafici degli aventi diritto medesimi;
  - Decreto del Giudice Tutelare che autorizza la riscossione e dispone sul reimpiego delle somme, con esonero della Società assicuratrice da ogni responsabilità al riguardo, nel caso di beneficio a favore di minore o di incapace (ottenibile con ricorso al Giudice Tutelare del luogo di residenza del minore o incapace).

Eventuali ulteriori documenti potranno essere richiesti solo nel caso in cui quelli precedentemente elencati non risultassero sufficienti a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento, dell'adempimento degli obblighi di natura fiscale o derivanti dalla normativa antiriciclaggio e/o ad individuare con esattezza gli aventi diritto.



La Società provvede alla liquidazione dell'importo dovuto contro rilascio di regolare quietanza da parte degli aventi diritto, verificata l'effettiva esistenza di tale obbligo e l'adempimento degli obblighi di natura fiscale, entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione completa o dal completamento della stessa.

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, 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., c.c.

Ogni pagamento viene effettuato presso la sede o il competente Intermediario incaricato dalla Società o tramite accredito su conto corrente bancario dell'avente diritto.

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).

#### **Non pignorabilità e non sequestrabilità**

Le somme dovute dall'assicuratore in dipendenza dei contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili fatte salve, rispetto ai premi pagati, le disposizioni relative all'azione revocatoria degli atti compiuti in pregiudizio ai creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni (Art. 1923 del Codice Civile).

#### **ART. 22 IMPOSTE E TASSE**

Eventuali imposte e tasse relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto.

#### **ART. 23 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.

#### **- ART. 24 ASSICURAZIONI A.V. (adeguamento volontario)**

La Società può proporre al Contraente di aderire - agli anniversari della data di decorrenza - ad un adeguamento volontario del contratto, aumentando l'importo complessivo del capitale assicurato dalla garanzia principale e del relativo premio annuo dovuto per la durata residua del contratto stesso.

L'adeguamento volontario del contratto avviene mediante l'adesione ad un'assicurazione A.V. e comporta la sottoscrizione, da parte del Contraente e dell'Assicurato, di un'apposita appendice di adeguamento firmata dalla Società. L'appendice di adeguamento viene emessa nella stessa forma tariffaria dell'assicurazione principale.

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 24,00 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, fermo il riferimento alle prestazioni, al premio, alla decorrenza e alla durata dell'assicurazione A.V. stessa, quali risultano dalla relativa appendice di adeguamento. In ogni caso, il premio dell'assicurazione A.V. diventa parte integrante del premio complessivamente dovuto dal Contraente.

#### **- ART. 25 GARANZIE COMPLEMENTARI**

##### ***(Assicurazione complementare valida solo se espressamente richiamata in Polizza)***

Il Contraente può chiedere alla Società l'abbinamento alla garanzia principale di una delle garanzie complementari per il caso di morte dell'Assicurato a seguito di infortunio, sotto descritta:

1. Garanzia Complementare per morte derivante da Infortunio (duplice protezione): la Società pagherà ai Beneficiari, insieme al capitale assicurato dalla garanzia principale, un ulteriore capitale, pari al capitale assicurato dalla garanzia principale, indicato in polizza, al decesso dell'Assicurato se l'evento - verificatosi nel

periodo compreso fra la data di entrata in vigore e la data di scadenza del contratto - sarà conseguente ad infortunio;

2. Garanzia Complementare per morte derivante da Infortunio o da Infortunio conseguente a incidente stradale (triplice protezione): la Società pagherà ai Beneficiari, insieme al capitale assicurato dalla garanzia principale, un ulteriore capitale, pari al capitale assicurato dalla garanzia principale, indicato in polizza, immediatamente dopo il decesso dell'Assicurato se l'evento - verificatosi nel periodo compreso fra la data di entrata in vigore e la data di scadenza del contratto – sarà conseguente ad Infortunio. Qualora l'infortunio mortale dell'Assicurato sia conseguente ad incidente stradale, tale capitale aggiuntivo viene raddoppiato. Per Infortunio conseguente ad incidente stradale va inteso quello direttamente causato da veicoli e/o mezzi meccanici in circolazione - esclusi quelli ferroviari - che avvenga su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate.

Il capitale assicurato con le presenti garanzie è di ammontare costante e non è soggetto agli adeguamenti eventualmente applicati alle prestazioni dell'assicurazione principale di cui al precedente Art. 24.

L'abbinamento di una delle garanzie complementari comporta per il Contraente il versamento di un premio annuo supplementare costante, non soggetto agli adeguamenti eventualmente applicati al premio annuo dell'assicurazione principale di cui al precedente Art. 24.

Il Contraente verserà il corrispondente premio supplementare annuo non oltre la data dell'eventuale premorienza dell'Assicurato.

Il Contraente ha facoltà di interrompere i pagamenti dei premi supplementari annui risolvendo la presente garanzia complementare dandone comunicazione alla Società con lettera raccomandata entro i 90 giorni che precedono un anniversario della data di decorrenza del contratto. La garanzia cessa con effetto dalle ore 24,00 dell'anniversario considerato.

Alla scadenza del contratto, senza che si sia verificato l'Infortunio, l'assicurazione relativa alle garanzie complementari si estinguerà e nulla sarà dovuto dalla Società alla quale resteranno i premi supplementari versati.

Numero, decorrenza, durata e scadenza del contratto al quale la presente assicurazione complementare è abbinata, identità del Contraente, dell'Assicurato e del Beneficiario, importo del capitale aggiuntivo assicurato coincidono con quelli indicati in polizza. Il premio supplementare dovuto è già incluso nei premi di rata esposti su detto documento.

### **25.1 Definizione di Infortunio**

È considerato Infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali siano causa diretta ed esclusiva della morte dell'Assicurato.

### **25.2 Decesso successivo all'infortunio**

La somma assicurata viene corrisposta per l'evento mortale che si verifichi non oltre un anno dalla data dell'Infortunio purché questo ne sia la causa diretta ed esclusiva e sull'esito letale non abbiano influito condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute all'Infortunio, e sempre che a tale data sia in vigore l'assicurazione complementare.

### **25.3 Rischi esclusi**

Sono esclusi dalla presente garanzia complementare tutti i casi di decesso derivanti direttamente o indirettamente da quanto previsto al precedente Art. 11, nonché da:

- stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti ed allucinogeni, partecipazione a risse o ad azioni delittuose;
- pratica di sport o attività pericolosi (ad esempio: paracadutismo e sport aerei in genere, pugilato, atletica pesante, lotta, tiro con armi da fuoco, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, sci acrobatico, discesa libera, bob, slittino, speleologia, alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, arrampicata libera, downhill, bungee-jumping, canoa fluviale, rafting, torrentismo, sport subacquei in genere, rugby, football americano, hockey su ghiaccio, sport equestri in genere, ecc.), anche se svolti a carattere ricreativo.

In caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad una di tali cause escluse, la corrispondente prestazione non è dovuta; l'assicurazione stessa si risolve ed i relativi premi pagati restano acquisiti dalla Società.

#### **25.4 Estinzione della garanzia complementare**

L'assicurazione complementare si estingue:

- in caso di risoluzione dell'assicurazione principale o di mancato pagamento del premio ad essa relativo;
- in caso di mancato pagamento dei premi supplementari relativi alla garanzia complementare nei termini sopra previsti.

#### **25.5 Connessione all'Assicurazione principale**

Alle garanzie complementari, per quanto non disciplinato dal presente Art. 25, si applicano le disposizioni previste dalle Condizioni di Assicurazione che disciplinano l'assicurazione principale prevista dal presente contratto, in quanto compatibili e non derogate dalle norme di cui al presente articolo.

#### **ART. 26 GARANZIA ACCESSORIA – GARANZIA DI FAMIGLIA ("G.F.")**

***(Assicurazione accessoria valida solo se espressamente richiamata in Polizza)***

Il Contraente può chiedere alla Società l'abbinamento alla garanzia principale della garanzia accessoria "Garanzia di Famiglia" (G.F.), con cui la Società garantisce, insieme al capitale assicurato per l'assicurazione principale, la corresponsione di un capitale, indicato in polizza, al momento in cui si verifichi il decesso della persona indicata quale Secondo Assicurato in polizza, purché:

- il decesso sia avvenuto contemporaneamente o successivamente alla morte dell'Assicurato oppure nelle 24 ore immediatamente precedenti la morte dell'Assicurato, e mentre è in vigore l'assicurazione accessoria,
- al momento del decesso del Secondo Assicurato sopravviva almeno uno dei figli della coppia costituita dall'Assicurato e dal Secondo Assicurato stesso

altrimenti, alla scadenza contrattuale l'assicurazione accessoria si risolve ed i relativi premi pagati restano acquisiti alla Società.

Per il capitale assicurato con la presente garanzia il beneficio è attribuito, in parti uguali, ai figli nati e nati di nascitura della coppia sopra definita.

Il capitale assicurato con la presente garanzia, pari al capitale assicurato per l'assicurazione principale con il limite massimo di 150.000,00 euro, è di ammontare costante e non è soggetto agli adeguamenti eventualmente applicati alle prestazioni dell'assicurazione principale di cui al precedente Art. 24.

L'abbinamento della garanzia accessoria comporta per il Contraente il versamento di un premio annuo supplementare costante non soggetto agli adeguamenti eventualmente applicati al premio annuo dell'assicurazione principale di cui al precedente Art. 24.

Il corrispondente premio supplementare annuo è dovuto purché siano contemporaneamente in vita l'Assicurato e il Secondo Assicurato.

Il Contraente ha facoltà di interrompere i pagamenti dei premi supplementari annui dandone comunicazione alla Società con lettera raccomandata entro i 90 giorni che precedono un anniversario della data di decorrenza del contratto. La garanzia cessa con effetto dalle ore 24,00 dell'anniversario considerato.

Numero, decorrenza, durata e scadenza del contratto al quale la presente assicurazione accessoria è abbinata, identità del Contraente, dell'Assicurato e del Beneficiario, importo del capitale aggiuntivo assicurato coincidono con quelli indicati in polizza. Il premio supplementare dovuto è già incluso nei premi di rata esposti su detto documento.

#### **26.1 Rischi esclusi**

Sono esclusi dalla presente garanzia accessoria tutti i casi di decesso del Secondo Assicurato derivanti direttamente o indirettamente da:

- malattie o lesioni che siano la conseguenza diretta o indiretta di stati patologici o condizioni morbose manifestatisi, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente l'entrata in vigore dell'assicurazione;
- dolo del Contraente o dei Beneficiari o dell'Assicurato;
- partecipazione del Secondo Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva del Secondo Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, insurrezione, sommossa, tumulto popolare, missioni di pace o qualsiasi operazione militare;
- atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, o di guerra civile, a cui il Secondo Assicurato non ha preso parte attiva:

- 1) nel caso in cui tali situazioni fossero già esistenti al momento dell'arrivo del Secondo Assicurato nel territorio di accadimento,  
oppure
  - 2) nel caso in cui il Secondo Assicurato si trovasse nel territorio di accadimento all'inizio delle ostilità ed il decesso avvenisse dopo 14 giorni dall'inizio delle stesse;
- eventi causati da: contaminazioni chimiche, armi nucleari, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche ed esposizione a particelle ionizzanti;
  - partecipazione a gare e corse di velocità, e relative prove e allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
  - guida di veicoli e natanti a motore per i quali il Secondo Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, salvo il caso di guida con possesso di patente scaduta da non più di dodici mesi;
  - incidente di volo, se il Secondo Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo; in ogni caso è esclusa la morte causata da incidente di volo se il Secondo Assicurato viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
  - intossicazione provocata da assunzione di bevande alcoliche, dall'uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dell'eventuale riattivazione del contratto;
  - atti contro la persona del Secondo Assicurato – compreso il rifiuto, comprovato da documentazione sanitaria, di sottoporsi a cure, terapie o interventi prescritti da medici - da lui volontariamente compiuti o consentiti, se avvenuti nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dell'eventuale riattivazione del contratto;
  - trattamenti medici o chirurgici non resi necessari da infortunio o malattia ovvero per i quali non esista prova di prescrizione o di consiglio di un medico;
  - lo svolgimento di un'attività sportiva diversa da: atletica leggera (mezzofondo, fondo, marcia, maratona, corsa campestre, velocità, lanci, salti, eptathlon, decathlon), badminton, baseball, biathlon, biliardo sportivo, bocce, bowling, curling, birilli, bridge dama, scacchi; caccia, calcio, calcio a cinque, calcio a sette, calcio a otto, rugby, hockey e ciclismo senza partecipazioni a gare e tornei, canoa, canottaggio, cultura fisica, danza, equitazione, ginnastica artistica, ginnastica ritmica, twirling, golf, nuoto, nuoto sincronizzato, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, beach volley, pattinaggio sul ghiaccio, pattinaggio a rotelle, pattinaggio artistico ed altre specialità di figure, pentathlon moderno, pesca sportiva esclusa altura, pesistica, scherma, sci esclusi percorsi fuori tracciato, sci di fondo, snowboard esclusi percorsi fuori tracciato, softball, squash, tamburello, tennis, tennis da tavolo, triathlon, escursionismo alpino, footing, cricket, vela, tutte esercitate in forma dilettantistica;
  - lo svolgimento di un'attività professionale diversa da: addetto alla portineria, addetto ad impresa di pulizie, agente di assicurazioni, agente di commercio, agricoltore, allevatore, agronomo, albergatore o operatore turistico, ambulante, amministratore, architetto, artista/letterario, attore, autista bus privati, autoferrotranviere, autotrasportatore (escluso il trasporto di infiammabili/esplosivi/tossici), avvocato, barbiere/parrucchiere, barista, benestante, bidello, biologo, calzolaio, capo-mastro, capo operaio, carrozziere, casalinga, chimico addetto alla fabbricazione di materie non esplosive, collaboratore domestico, commercialista, commerciante (escluso il commercio di materiali esplosivi), commesso/cameriere, conciatore, consulente, cuoco/pizzaiolo, dirigente, elettrauto, elettricista impianti domestici, elettrotecnico, esercente, estetista, fabbro, falegname, farmacista, fisico non esposto a radiazioni, fisioterapista, fonditore, fotografo, funzionario, geometra, gestore/addetto carburanti, grafico, hostess/steward di terra, idraulico, impiegato, imprenditore, infermiere non operativo in reparto infettivi, ingegnere non minerario, insegnante, lavoratore edile con qualifica di sorvegliante, libero professionista, macchinista ferroviere, macellaio, magistrato/procuratore, meccanico, medico/medico chirurgo, medico dentista, medico radiologo, ministro del culto, musicista, negoziante, notaio, odontotecnico, operatore ecologico, ostetrica, panettiere/pasticciere, pensionato, pittore, postino, ristoratore, sarto, scenografo, studente, tappezziere, taxista, tipografo, titolare d'azienda, veterinario, artigiano o operaio senza uso di macchine mordenti, macchine utensili a moto circolare uniforme (ad esempio: trapano, fresalesatrice, tornio), macchine utensili a moto rettilineo alternato (ad esempio: rettificatrice per piani, piallatrice, limatrice, stozzatrice), artigiano o operaio senza accesso a tetti, impalcature, ponteggi, tralicci, pozzi o miniere e senza contatto con materiali esplosivi, appartenente alle forze armate che non naviga né vola e che svolge la propria attività all'interno del territorio della Repubblica italiana (con esclusione di consolati ed ambasciate), appartenenti alla Pubblica Sicurezza/Carabinieri/Guardia di

Finanza/Vigili Urbani/Guardia carceraria/Guardia forestale quando svolgono mansioni amministrative o di pattugliamento.

In caso di decesso del Secondo Assicurato dovuto ad una di tali cause escluse, la corrispondente prestazione non è dovuta; l'assicurazione stessa si risolve ed i relativi premi pagati restano acquisiti dalla Società.

### **26.2 Estinzione della garanzia accessoria**

L'assicurazione accessoria si estingue:

- in caso di risoluzione dell'assicurazione principale o di mancato pagamento del premio ad essa relativo, salvo il caso in cui il pagamento stesso termina in conseguenza del decesso dell'Assicurato;
- in caso di mancato pagamento dei premi supplementari relativi alla garanzia accessoria nei termini sopra previsti.

### **26.3 Connessione all'Assicurazione principale**

Alla garanzia accessoria, per quanto non disciplinato dal presente Art. 26, si applicano le disposizioni previste dalle Condizioni di Assicurazione che disciplinano l'assicurazione principale prevista dal presente contratto, in quanto compatibili e non derogate dalle norme di cui al presente articolo.

**ALLEGATO A**

Sulla Polizza sarà indicata la combinazione tariffaria derivante dai seguenti 3 parametri:

1. stato tabagico dell'Assicurato (Fumatore o Non Fumatore)
2. capitale complessivamente assicurato (intendendo per tale il cumulo di capitali assicurati anche con altri contratti Vita con valutazione del rischio stipulati con la Società)
3. livello accertamenti sanitari scelto dal Contraente (laddove il capitale complessivamente assicurabile sia in una fascia inferiore a 400.000,00 euro) o previsto dalla Compagnia.

Livello accertamenti sanitari	Assicurati Fumatori (tariffa US20017F)			Assicurati Non Fumatori (tariffa US20017NF)		
	Capitale complessivamente Assicurato (euro)			Capitale complessivamente Assicurato (euro)		
	Fino a 250.000,00	Da 250.000,01 a 399.999,99	Da 400.000,00	Fino a 250.000,00	Da 250.000,01 a 399.999,99	Da 400.000,00
	COMBINAZIONE					
<b>Argento</b>	Argento Fumatore	-	-	Argento Non Fumatore	-	-
<b>Oro</b>	Oro Fumatore	Oro Fumatore	-	Oro Non Fumatore	Oro Non Fumatore	-
<b>Platino</b>	Platino Fumatore	Platino Fumatore	Platino Fumatore	Platino Non Fumatore	Platino Non Fumatore	Platino Non Fumatore

dove:

	Accertamenti sanitari richiesti dalla Società per la valutazione del rischio
<b>Argento (Livello 1)</b>	<p><b>Visita medica e test HIV</b></p> <p><b>Nel caso in cui l'Assicurato, previo assenso della Società, decida di non sottoporsi a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti:</b></p> <p><b>Questionario sanitario</b> (con i periodi di carenza previsti dall'Art. 12 delle presenti Condizioni di Assicurazione)</p> <p>Per assicurati con età assicurabile di ingresso in assicurazione superiore a 60 anni e/o età a scadenza superiore ad anni 70: è sempre <b>obbligatoria</b> la <b>visita medica</b>.</p>
<b>Oro (Livello 2)</b>	<b>Visita medica + accertamenti sanitari relativi al Livello 2</b> (elenco di accertamenti fornito dalla Società)
<b>Platino (Livello 3)</b>	<b>Visita medica + accertamenti sanitari relativi al Livello 3</b> (elenco di accertamenti fornito dalla Società)

## GLOSSARIO

**Anno:** Periodo di tempo pari a 365 giorni, o a 366 giorni in caso di anno bisestile.

**Anno assicurativo:** Periodo calcolato in anni interi a partire dalla data di decorrenza.

**Appendice:** Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Società ed il Contraente.

**Assicurato:** Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o no con il Contraente e con il Beneficiario. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

**Assicurazione temporanea caso morte:** Contratto di assicurazione sulla vita che garantisce il pagamento di un capitale in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale.

**Beneficiario:** Persona fisica o giuridica designata dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso e con l'Assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.

**Capitale:** Vedi "prestazione".

**Carenza:** Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione sono limitate.

**Contraente:** Persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Società.

**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.

**Costi:** Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Società.

**Detraibilità fiscale (del premio versato):** Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.

**Dichiarazioni:** Informazioni fornite dal Contraente e/o dall'Assicurato prima della stipulazione o nel corso del contratto di assicurazione, che consentono alla Società di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione.

**Durata contrattuale:** L'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza del contratto e quella di scadenza dello stesso.

**Esclusioni:** Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

**Garanzia complementare e/o accessoria:** Garanzia di puro rischio abbinata facoltativamente o obbligatoriamente alla garanzia principale.

**Garanzia principale:** Garanzia prevista dal contratto in base alla quale la Società si impegna a pagare la prestazione assicurata al Beneficiario; ad essa possono essere abbinata altre garanzie che di conseguenza vengono definite complementari.

**Imposta sostitutiva:** Imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono venire indicati nella dichiarazione dei redditi.

**Infortunio:** Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali siano causa diretta ed esclusiva della morte dell'Assicurato.

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

**Intermediario:** Persona fisica o Società, iscritta nel registro unico elettronico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'articolo 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, che svolge a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa o riassicurativa.

**ISVAP:** Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo (dal 1° gennaio 2013 **IVASS**).

**IVASS:** Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013.

**Liquidazione:** Pagamento all'avente diritto della prestazione dovuta.

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

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

**Premio annuo:** Importo che il Contraente si impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di versamenti previsto dal contratto di assicurazione.

**Premio frazionato:** Parte del premio complessivo risultante dalla suddivisione di questo in più rate da versare alle scadenze convenute, ad esempio ogni mese o ogni trimestre. Rappresenta un'agevolazione di pagamento offerta al Contraente, a fronte della quale la Società può applicare una maggiorazione, ossia i cosiddetti interessi di frazionamento.

**Premio supplementare:** Premio dovuto per le eventuali garanzie complementari e/o accessorie.

**Premio unico:** Importo che il Contraente corrisponde in soluzione unica alla Società.

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

**Prestazione:** Somma pagabile sotto forma di capitale che la Società garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

**Proposta:** Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Società la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

**Puro rischio:** Rischio attinente alla vita dell'assicurato quale il decesso. Il pagamento delle prestazioni è previsto esclusivamente al verificarsi di tale evento.

**Questionario sanitario:** Serie di domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

**Quietanza:** Documento rilasciato dalla Società che prova l'avvenuto pagamento.

**Riattivazione:** Facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle condizioni di assicurazione, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene con le modalità previste dalle condizioni di assicurazione.

**Ricorrenza annuale:** L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

**Rischio demografico:** Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita.

**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.

**Scheda contrattuale:** vedi "polizza".

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

**Sovrappremio:** Maggiorazione di premio richiesta dalla Società per le polizze che prevedono valutazione del rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).



**UnipolSai VITA**

modulo di Proposta (ultimo aggiornamento: 01/01/2019)

Proposta n. \_\_\_\_\_

Tariffa \_\_\_\_\_

**Agenzia**

Agenzia \_\_\_\_\_ Cod. Agenzia \_\_\_\_\_ Cod. Subagenzia \_\_\_\_\_ Cod. Produttore \_\_\_\_\_

**Contraente persona giuridica**

Ragione Sociale \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

Attività \_\_\_\_\_ Tipo Cliente \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Indirizzo email \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Codice IBAN \_\_\_\_\_

**Contraente persona fisica**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_ Tipo Cliente \_\_\_\_\_

Indirizzo del domicilio \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza (se diverso dal domicilio) \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Indirizzo email \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Codice IBAN \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ Località di rilascio \_\_\_\_\_ Data di rilascio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Legale Rappresentante**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Sesso \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_ Tipo Cliente \_\_\_\_\_

Indirizzo del domicilio \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza (se diverso dal domicilio) \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Indirizzo email \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ Località di rilascio \_\_\_\_\_ Data di rilascio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Segue Proposta n. \_\_\_\_\_

**Assicurando** (nel caso in cui sia diverso dal Contraente)

Cognome e Nome		Sesso	Data di nascita
Luogo di nascita	Professione	Tipo Cliente	
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	

**Secondo Assicurando/Ragazzo** (se la tariffa lo prevede)

Cognome e Nome		Sesso	Data di nascita
Luogo di nascita	Codice Fiscale		
Indirizzo di residenza			
CAP	Località	Provincia	

**Beneficiario** (in caso di vita dell'Assicurando)

- il Contraente
  l'Assicurato
  Designazione nominativa del Beneficiario

È richiesta l'esclusione dell'invio al/i Beneficiario/i di comunicazioni prima della scadenza?  sì  no

Cognome e Nome / Ragione Sociale		Sesso	Data di nascita
Luogo di nascita	Codice Fiscale / P. IVA		
Indirizzo di residenza			
CAP	Località	Provincia	
Indirizzo email	Recapito telefonico	Quota beneficio %	

**Avvertenza:** in caso di mancata compilazione dello spazio che precede, relativo alla designazione nominativa del/i Beneficiario/i, la Società potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/i Beneficiario/i. La modifica o la revoca del/i Beneficiario/i deve essere comunicata alla Società.

- Altra Designazione del Beneficiario

Segue Proposta n. \_\_\_\_\_

**Beneficiario (in caso di morte dell'Assicurando)**

Designazione nominativa del Beneficiario

Cognome e Nome / Ragione Sociale		Sesso	Data di nascita
Luogo di nascita		Codice Fiscale / P. IVA	
Indirizzo di residenza			
CAP	Località	Provincia	
Indirizzo email		Recapito telefonico	Quota beneficio %

**Avvertenza:** in caso di mancata compilazione dello spazio che precede, relativo alla designazione nominativa del/i Beneficiario/i, la Società potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/i Beneficiario/i. La modifica o la revoca del/i Beneficiario/i deve essere comunicata alla Società.

Altra Designazione del Beneficiario

**Designazione del Referente terzo (diverso dal/i Beneficiario/i, da indicare per esigenze di riservatezza e a cui la Società potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato)**  sì  no

Cognome e Nome / Ragione Sociale		Sesso	Data di nascita
Luogo di nascita		Codice Fiscale / P. IVA	
Indirizzo di residenza			
CAP	Località	Provincia	
Indirizzo email		Recapito telefonico	Quota beneficio %

**Caratteristiche contrattuali prodotto**

*I successivi importi si intendono espressi in Euro.*

**Percentuale di Potenziamento caso morte/ Garanzie complementari/ Garanzie accessorie**

- Potenziamento  50%  100%  Garanzia complementare infortuni  
 Garanzia accessoria "Garanzia di Famiglia"  Garanzia complementare infortuni da incidente stradale

**Premio - 1ª rata da versare**

per Garanzia base	Sovrappremi	per Garanzia complementare	per Garanzia accessoria	Premio netto
Interessi di frazionamento	Imposte su complementare	Costi di emissione	Diritti di Quietanza	Premio lordo

**- rate successive - a partire dal**

per Garanzia base	Sovrappremi	per Garanzia complementare	per Garanzia accessoria	Premio netto
Interessi di frazionamento	Imposte su complementare	Costi di emissione	Diritti di Quietanza	Premio lordo
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)/Attivazione Piano riscatti parziali programmati**

Capitale/Rendita	Rateazione Rendita	Percentuale reversibilità rendita	<input type="checkbox"/> Richiesta di attivazione SDD <input type="checkbox"/> Richiesta di attivazione Piano riscatti parziali Programmati __, __% (indicare percentuale)
------------------	--------------------	-----------------------------------	---

**Convenzione / Classe**

Codice Conv.	Cod. pag.	Descrizione	Azienda	Matricola	Classe
--------------	-----------	-------------	---------	-----------	--------

### Avvertenze relative alla compilazione dei questionari

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione del questionario il soggetto di cui al punto precedente deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario Sanitario;
- l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico;
- si invita a leggere attentamente l'articolo relativo alle carenze riportato nelle Condizioni di Assicurazione.

### Questionario Professionale

#### L'Assicurando è esposto ai seguenti pericoli?

(in caso affermativo indicare una sola risposta)

- |  |                          |   |                          |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Accesso ad impalcature/ponteggi/tralicci <= 15m      | <input type="checkbox"/> | Lavori con macchinari pericolosi                  | <input type="checkbox"/> |
| Accesso ad impalcature/ponteggi/tralicci anche > 15m | <input type="checkbox"/> | Svolge mansioni solo ed esclusivamente in ufficio | <input type="checkbox"/> |
| Contatto con materiali esplosivi                     | <input type="checkbox"/> |   |                          |
| Altro  |                          |   |                          |

### Questionario Sanitario

#### L'Assicurando

#### 0) Ha mai fumato o fatto uso di tabacco negli ultimi 24 mesi?

No

Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

Quale?	Da quando?	Quantitativo giornaliero
--------	------------	--------------------------

Se previsto nella forma tariffaria prescelta, in caso di risposta negativa alla precedente domanda, i sottoscritti Contraente ed Assicurando dichiarano che:

- hanno preso visione dell'articolo "Definizione di non fumatore" delle Condizioni di Assicurazione;
- l'Assicurando non ha mai fumato, neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della Proposta e della presente dichiarazione;
- pertanto, sussiste il requisito che consente al Contraente di beneficiare della riduzione di premio riservata agli Assicurandi non fumatori;
- qualora l'Assicurando inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, provvederanno a darne comunicazione scritta alla Società entro 30 giorni mediante raccomandata affinché la Società possa agire come previsto dalle Condizioni di Assicurazione.**

I sottoscritti Assicurando e Contraente dichiarano inoltre di essere consapevoli che:

- le presenti dichiarazioni sono elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Società e formano la base del contratto, costituendo parte integrante della polizza;
- **la Società agirà come previsto dalle Condizioni di Assicurazione, qualora nel corso della durata contrattuale le presenti dichiarazioni risultino inesatte, oppure vengano riscontrate reticenze in relazione alla comunicazione di cui al precedente punto d).**

#### 1) Ha mai praticato esami clinici, dai quali sia emersa una malattia o con risultati fuori dalla norma negli ultimi 5 anni?

No

Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

- |                             |                          |                                    |                          |
|-----------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Analisi delle urine         | <input type="checkbox"/> | Markers per le epatiti             | <input type="checkbox"/> |
| Colposcopia                 | <input type="checkbox"/> | Pap-test                           | <input type="checkbox"/> |
| Ecocardiogramma             | <input type="checkbox"/> | Prove di funzionalità respiratoria | <input type="checkbox"/> |
| Ecografia                   | <input type="checkbox"/> | Radiografia                        | <input type="checkbox"/> |
| Elettrocardiogramma         | <input type="checkbox"/> | Ricerca di sangue nelle feci       | <input type="checkbox"/> |
| Esami del sangue            | <input type="checkbox"/> | Teleradiogramma                    | <input type="checkbox"/> |
| Esami oculistici            | <input type="checkbox"/> | Test HIV (o similari)              | <input type="checkbox"/> |
| Mammografia                 | <input type="checkbox"/> |                                    |                          |
| Altro tipo di esame clinico |                          |                                    |                          |

Segue Proposta n. \_\_\_\_\_

**2) Ha sofferto o soffre (o è stato ricoverato in case di cura, ospedali, ecc.) per una delle seguenti malattie:**

**a) Malattie dell'apparato respiratorio**  No  Si

*(in caso di risposta affermativa indicare quale)*

Adenoidi (operate e guarite)	<input type="checkbox"/>	Pneumotorace	<input type="checkbox"/>
Asma bronchiale	<input type="checkbox"/>	Poliposi corde vocali (operata e guarita)	<input type="checkbox"/>
Bronchiti (guarite da almeno 3 mesi)	<input type="checkbox"/>	Poliposi nasale (operata e guarita)	<input type="checkbox"/>
Bronchite cronica	<input type="checkbox"/>	Polmoniti e broncopolmoniti (guarite da almeno 6 mesi)	<input type="checkbox"/>
Bronchiectasie	<input type="checkbox"/>	Rinite allergica e vasomotoria	<input type="checkbox"/>
Enfisema polmonare	<input type="checkbox"/>	Silicosi	<input type="checkbox"/>
Fibrosi cistica	<input type="checkbox"/>	Tonsillectomia	<input type="checkbox"/>
Fibrosi polmonare	<input type="checkbox"/>	Faringiti	<input type="checkbox"/>
Otiti (guarite da almeno 3 mesi)	<input type="checkbox"/>	Laringiti	<input type="checkbox"/>
Pleuriti (guarite da almeno 3 mesi)	<input type="checkbox"/>	Sinusiti	<input type="checkbox"/>
Pneumoconiosi	<input type="checkbox"/>	Tracheiti	<input type="checkbox"/>
Altre malattie infettive prime vie aeree	<input type="checkbox"/>		

Malattie dell'apparato respiratorio in corso/Altre malattie dell'apparato respiratorio

**b) Malattie dell'apparato cardiocircolatorio**  No  Si

*(in caso di risposta affermativa indicare quale)*

Aritmie (es. morbo di Wolff Parkinson White, ecc.)	<input type="checkbox"/>	Flebite	<input type="checkbox"/>
Cardiopatie congenite	<input type="checkbox"/>	Tromboflebite	<input type="checkbox"/>
Infarto miocardico	<input type="checkbox"/>	Trombosi	<input type="checkbox"/>
Cardiomiopatia ischemica	<input type="checkbox"/>	Embolia polmonare	<input type="checkbox"/>
Angina stabile	<input type="checkbox"/>	Altre malattie tromboemboliche venose	<input type="checkbox"/>
Angina instabile	<input type="checkbox"/>	Insufficienza cardiaca	<input type="checkbox"/>
Altre cardiopatie ischemiche	<input type="checkbox"/>	Iperensione arteriosa	<input type="checkbox"/>
Ictus emorragico	<input type="checkbox"/>	Iperensione polmonare	<input type="checkbox"/>
Ictus ischemico	<input type="checkbox"/>	Miocardipatie (es. dilatativa, ipertrofica, ecc.)	<input type="checkbox"/>
Emorragia cerebrale e cerebellare	<input type="checkbox"/>	Pericardite (guarita da almeno 1 anno)	<input type="checkbox"/>
Emorragia subaracnoidea	<input type="checkbox"/>	Valvulopatie (es. aortica, mitralica, polmon., tricuspide ecc.)	<input type="checkbox"/>
Leucoencefalopatia multifartuale	<input type="checkbox"/>	Varici arti inferiori non complicate	<input type="checkbox"/>
Altre cerebropatie vascolari	<input type="checkbox"/>	Vasculopatie periferiche (arti inf., sup., renali, ecc.)	<input type="checkbox"/>

Malattie dell'apparato cardiocircolatorio in corso/Altre malattie dell'apparato cardiocircolatorio

**c) Malattie neurologiche e psichiatriche**  No  Si

*(in caso di risposta affermativa indicare quale)*

Cefalee non complicate	<input type="checkbox"/>	Neuropatia periferica	<input type="checkbox"/>
Demenze	<input type="checkbox"/>	Polimiosite	<input type="checkbox"/>
Epilessia	<input type="checkbox"/>	Psicosi	<input type="checkbox"/>
Meningoencefaliti	<input type="checkbox"/>	Sclerosi multipla	<input type="checkbox"/>
Meningiti	<input type="checkbox"/>	Sindrome ansiosa	<input type="checkbox"/>
Miastenia	<input type="checkbox"/>	Sindrome di Guillain Barrè (guarita da almeno 1 anno)	<input type="checkbox"/>
Morbo di Parkinson	<input type="checkbox"/>	Sindromi depressive	<input type="checkbox"/>

Malattie neurologiche e psichiatriche in corso/Altre malattie neurologiche e psichiatriche

**d) Malattie endocrine e metaboliche**  No  Si

*(in caso di risposta affermativa indicare quale)*

Diabete	<input type="checkbox"/>	Dislipidemie miste	<input type="checkbox"/>
Gotta	<input type="checkbox"/>	Altre malattie dislipidemiche	<input type="checkbox"/>
Ipercolesterolemia	<input type="checkbox"/>	Interv. chirur. su gonadi, ipofisi, paratiroidi, surrene, tiroide	<input type="checkbox"/>
Ipertrigliceridemia	<input type="checkbox"/>	Ipo e iperfunz. di gonadi, ipofisi, paratiroidi, surrene, tiroide	<input type="checkbox"/>

Malattie endocrine e metaboliche in corso/Altre malattie endocrine e metaboliche

Segue Proposta n. \_\_\_\_\_

**e) Malattie dell'apparato uro-genitale**

No

Si

*(in caso di risposta affermativa indicare quale)*

Adenoma prostatico (operato e guarito)	<input type="checkbox"/>	Insufficienza renale cronica	<input type="checkbox"/>
Balanite e balanopostite (guarite da almeno 3 mesi)	<input type="checkbox"/>	Malformazioni uterine	<input type="checkbox"/>
Bartolinite (guarita da almeno 3 mesi)	<input type="checkbox"/>	Metrite (guarita da almeno 3 mesi)	<input type="checkbox"/>
Calcolosi renale complicata	<input type="checkbox"/>	Nefriti interstiziali	<input type="checkbox"/>
Calcolosi renale non complicata (operata e guarita)	<input type="checkbox"/>	Nefrectomia pregressa	<input type="checkbox"/>
Cisti renali semplici	<input type="checkbox"/>	Epididimite	<input type="checkbox"/>
Criptorchidismo (operato e guarito)	<input type="checkbox"/>	Orchite	<input type="checkbox"/>
Endometriosi	<input type="checkbox"/>	Ovarite (guarita da almeno 3 mesi)	<input type="checkbox"/>
Endometriti (guarite da almeno 3 mesi)	<input type="checkbox"/>	Pielonefrite acuta e pielite acuta (guarite)	<input type="checkbox"/>
Fibromiomas mammella (operata e guarita)	<input type="checkbox"/>	Prostatite (guarita da almeno 3 mesi)	<input type="checkbox"/>
Fibromiomas uterina (operata e guarita)	<input type="checkbox"/>	Rene policistico	<input type="checkbox"/>
Fibromiomas uterina (non operata)	<input type="checkbox"/>	Sindrome nefrosica	<input type="checkbox"/>
Fimosi	<input type="checkbox"/>	Varicocele	<input type="checkbox"/>
Glomerulonefriti	<input type="checkbox"/>	Vulvite e vaginite (guarite da almeno 3 mesi)	<input type="checkbox"/>
Idrocele	<input type="checkbox"/>	Asportazione cisti ovarica	<input type="checkbox"/>
Malattie dell'apparato uro-genitale in corso/Altre malattie dell'apparato uro-genitale			

**f) Malattie dell'apparato digerente**

No

Si

*(in caso di risposta affermativa indicare quale)*

Appendicite (operata e guarita)	<input checked="" type="checkbox"/>	Gastrite	<input type="checkbox"/>
Ascesso anale	<input type="checkbox"/>	Gastroenteriti (guarite)	<input type="checkbox"/>
Calcolosi colecistica (operata e guarita senza complicanze)	<input type="checkbox"/>	Morbo di Crohn	<input type="checkbox"/>
Cirrosi epatica	<input type="checkbox"/>	Megacolon	<input type="checkbox"/>
Colite ulcerosa	<input checked="" type="checkbox"/>	Pancreatite acuta (guarita)	<input type="checkbox"/>
Colon irritabile	<input type="checkbox"/>	Pancreatiti croniche	<input type="checkbox"/>
Diverticolosi del colon	<input type="checkbox"/>	Poliposi del colon (con esame istologico negativo)	<input type="checkbox"/>
Emorroidi	<input type="checkbox"/>	Ragade anale	<input type="checkbox"/>
Epatite A (guarita)	<input type="checkbox"/>	Sindromi da malassorbimento	<input type="checkbox"/>
Epatopatie croniche (epatiti B, C)	<input checked="" type="checkbox"/>	Splenectomia origine traumatica	<input type="checkbox"/>
Ernia iatale, inguinale, ombelicale	<input type="checkbox"/>	Ulcera gastro-duodenale	<input type="checkbox"/>
Esofagite	<input type="checkbox"/>	Volvolo intestinale	<input type="checkbox"/>
Fistola anale	<input type="checkbox"/>		
Malattie dell'apparato digerente in corso/Altre malattie dell'apparato digerente			

**g) Tumori**

No

Si

*(in caso di risposta affermativa indicare quale)*

Tumori maligni	<input type="checkbox"/>	Trattamenti chirurgici	<input type="checkbox"/>
Trattamenti chemioterapici	<input type="checkbox"/>	Trattamenti radianti	<input type="checkbox"/>
Altro			

Segue Proposta n. \_\_\_\_\_

**h) Altro**

*(in caso di risposta affermativa indicare quale)*

	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Aborto spontaneo prima gravidanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cheratite (guarita da almeno 3 mesi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colera (guarito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Congiuntivite (guarita da almeno 3 mesi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologia discale del rachide (ernia del disco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie esantematiche (guarite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pregresse fratture e traumi (senza postumi invalidanti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artrite reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus eritematoso sistemico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermatomiosite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scleroderma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Connettivite mista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre malattie autoimmuni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemie in genere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Favismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linfomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trombocitopenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre malattie in corso/Altro		

**3) Fa uso di alcolici?**

*(in caso di risposta affermativa indicare i consumi)*

Uso moderato/2 bicchieri di vino ai pasti

Altro (indicare) \_\_\_\_\_

**4) Ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti?**

*(in caso di risposta affermativa indicare)*

Quali? \_\_\_\_\_

Quando l'ultima volta? \_\_\_\_\_

Da quando? \_\_\_\_\_

**5) Gode di pensione d'invalidità o ha presentato domanda per ottenerla?**

*(in caso di risposta affermativa indicare motivazione sanitaria)*

\_\_\_\_\_

**6) Ha subito infortuni o ha sofferto di malattie che hanno causato postumi temporanei o permanenti?**

*(in caso di risposta affermativa indicare i postumi)*

\_\_\_\_\_

**7) Misure somatiche**

Peso \_\_\_\_\_

Altezza \_\_\_\_\_

Segue Proposta n. \_\_\_\_\_

**L'assicurando**

<b>1. Nell'esercizio della sua professione è esposto a rischi particolari?</b> (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.)		<input type="checkbox"/> <b>No</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sì</b>
Quali?	Frequenza		
Precisazioni			
<b>2. Pratica degli sport pericolosi?</b> (pilotaggio aereo, deltaplano, paracadutismo, alpinismo, nuoto subacqueo, motorismo, vela, pugilato, ecc.)		<input type="checkbox"/> <b>No</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sì</b>
Quali?	Frequenza		
Gare	Precisazioni		
<b>3. Può fornire altre notizie rilevanti ai fini assicurativi?</b> (prossimi viaggi in luoghi pericolosi per condizioni climatiche o politico-militari?)		<input type="checkbox"/> <b>No</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sì</b>
Quali?	Frequenza		
Precisazioni			

**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 lettera raccomandata da inviare a UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Direzione Vita - 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'emittenda polizza vita**

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.

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/la 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)

Firma Secondo Assicurando  
(ovvero il Legale rappresentante)

**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 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.



Segue Proposta n. \_\_\_\_\_

**Il Contraente dichiara:**

- di impegnarsi a consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali agli altri soggetti interessati indicati nel contratto;
- di avere effettuato la designazione generica del/i Beneficiario/i in luogo di quella nominativa nella consapevolezza che ciò può comportare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/i Beneficiario/i (\*);
- di essere consapevole che l'eventuale modifica o revoca del/i beneficiario/i deve essere comunicata per iscritto alla Società, anche attraverso l'intermediario incaricato, o effettuata per testamento;
- **di aver ricevuto** dall'Intermediario assicurativo o visionato nei suoi locali, prima della sottoscrizione della presente Proposta i documenti precontrattuali sugli obblighi di comportamento dell'intermediario e sui dati essenziali del medesimo e della sua attività, nonché le informazioni in materia di conflitti di interesse, previsti dall'art. 56 del Reg. IVASS n. 40 del 2/8/2018;
- **di aver ricevuto, letto e compreso, prima della sottoscrizione della presente Proposta:**
  - la Raccomandazione personalizzata n. \_\_\_\_\_ del \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (\*\*);
  - il Set Informativo \_\_\_\_\_;
  - il Documento Informativo relativo all'operazione di trasformazione(\*\*\*);

Firma del Contraente  
(ovvero il Legale rappresentante)

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

Firma Secondo Assicurando  
(ovvero il Legale rappresentante)

(\*) solo in caso di designazione generica;

(\*\*) solo in caso di operazione di trasformazione;

(\*\*\*) solo per contratti con prestazioni rivalutabili;

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)

## 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<sup>(1)</sup> ci fornisce; tra questi ci possono essere anche categorie particolari di dati personali<sup>(2)</sup>, 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<sup>(3)</sup>, 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<sup>(4)</sup>. 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.

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<sup>(5)</sup>.

I Suoi dati potranno essere comunicati ad altre società del Gruppo Unipol<sup>(6)</sup> a fini amministrativi interni e per il perseguimento di legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di ai predetti punti (ii), (iii) e (iv).

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<sup>(7)</sup> (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 alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla 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), 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](http://www.unipolsai.it)) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna<sup>(8)</sup>.

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](mailto: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 7). Inoltre, collegandosi al sito [www.unipolsai.it](http://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.

### Note

- 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.); organismi associativi (es. ANIA) e consorzi 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.
- 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 alle persone, ma anche eventuali dati idonei a rivelare convinzioni religiose o filosofiche, opinioni politiche, appartenenza sindacale. In casi specifici, ove strettamente necessario per finalità e sulla base dei presupposti sopra indicati, possono essere raccolti e trattati dalla nostra Società anche dati relativi ad eventuali condanne penali o reati.
- 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'individuazione, 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-tarifarie.
- 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.
- 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.
- 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 Unipol Banca S.p.A., Linear S.p.A., Unisalute S.p.A., Finitalia 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](http://www.unipol.it).
- 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](http://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; 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.
- Nonché, in base alle garanzie assicurative da Lei eventualmente acquistate e limitatamente alla gestione e liquidazione dei sinistri malattia, UniSalute S.p.A. con sede in Bologna, via Larga, 8.

*pagina intenzionalmente in bianco*



**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 - 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](http://www.unipolsai.com) - [www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it)