



UNIPOL VITA PREMIUM

Assicurazione temporanea in caso di morte con capitale e premio annuo costanti
(Tariffa U20024) - per Assicurati Fumatori e Non Fumatori

SET INFORMATIVO U20024-02/2026.1 composto da:

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

mod. U20024 ed. 02/2026

Assicurazione temporanea in caso di morte con capitale e premio annuo costanti

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

Compagnia: Unipol Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: UNIPOL VITA PREMIUM (Tariffa U20024)

Il presente DIP è stato realizzato in data 10/02/2026 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?

Assicurazione temporanea in caso di morte con capitale e 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?

Prestazione principale:

✓ **Prestazione in caso di decesso:** in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale la Società paga ai Beneficiari designati il capitale assicurato.

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.

Il Contraente beneficia di migliori condizioni tariffarie se:

- ✓ l'Assicurato è in grado di dichiarare di essere Non Fumatore;
- ✓ in presenza di un capitale complessivamente assicurato non superiore a € 500.000,00, la Società riceve accertamenti sanitari di livello superiore rispetto a quello minimo da essa richiesto in relazione all'importo di capitale complessivamente assicurato. Il capitale complessivamente assicurato è pari ai capitali assicurati dalla Società in caso di morte dell'Assicurato, anche con altri contratti Vita con valutazione del rischio.

La Garanzia principale può essere integrata mediante le seguenti garanzie facoltative.

Garanzia complementare morte da Infortunio:

- ✓ ulteriore capitale in caso di morte per Infortunio (formula "duplice protezione") oppure
- ✓ ulteriore capitale in caso di morte derivante da Infortunio, che raddoppia se l'Infortunio è conseguente ad incidente stradale (formula "triplice protezione").

Garanzia accessoria - "Garanzia Malattia Grave" ("M.G.):

- ✓ pagamento di un capitale se all'Assicurato è diagnosticata una delle seguenti Malattie Gravi: Cancro, Infarto miocardico, Ictus, Innesto di by-pass aortocoronarico, Insufficienza renale e Trapianto d'organo.



Che cosa NON è assicurato?

L'assicurazione non prevede prestazioni nei seguenti casi:

- ✗ vita dell'Assicurato;
- ✗ invalidità dell'Assicurato;
- ✗ perdita di autosufficienza/inabilità di lunga durata dell'Assicurato.



Ci sono limiti di copertura?

! La prestazione principale prevede un periodo di carenza in cui la copertura non è pienamente efficace, se l'Assicurato, con l'assenso della Società, non ha effettuato:

- la visita medica. Nel periodo di carenza di (i) 180 giorni è escluso il decesso da qualsiasi causa, salvo sia conseguenza diretta di una delle seguenti cause sopravvenute: a) alcune malattie infettive acute b) shock anafilattico c) Infortunio; (ii) 5 anni è escluso il decesso dovuto a infezione, inclusa la sieropositività, da AIDS e patologie collegate;
- il test HIV, ma solo la visita medica. Nel periodo di carenza di 7 anni è escluso il decesso dovuto a infezione, inclusa la sieropositività, da AIDS e patologie collegate.

Se l'Assicurato muore nel periodo di carenza per cause escluse, il contratto si risolve e la Società rimborsa al Contraente una somma pari ai premi versati per la Garanzia principale.

La Garanzia accessoria "M.G." prevede un periodo di carenza di 180 giorni per la Malattia Grave Cancro, esteso a tutte le Malattie Gravi se l'Assicurato non ha effettuato la visita medica o altri accertamenti. Se la diagnosi di una Malattia Grave deriva da accertamenti sanitari eseguiti nel periodo di carenza, la Garanzia si risolve e la Società rimborsa al Contraente una somma pari all'ammontare dei premi versati per la Garanzia accessoria.



Dove vale la copertura?

Il rischio di morte è coperto senza limiti territoriali.



Che obblighi ho?

Le dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. Il contratto richiede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato. Il Contraente deve comunicare (i) alla Società, le modifiche di professione o di attività dell'Assicurato avvenute in corso di contratto e (ii) alla Società o all'Intermediario incaricato, se l'Assicurato, dichiaratosi Non Fumatore, inizia o ricomincia a fumare in corso di contratto, anche sporadicamente. Per ogni tipologia di liquidazione deve

essere presentata alla Società la richiesta di liquidazione, compilata e sottoscritta da ciascun avente diritto, su carta semplice o sul modulo predisposto dalla Società, disponibile presso gli Intermediari incaricati. La richiesta deve indicare i dati identificativi dell'avente diritto e allegare tutta la documentazione, specificata nel modulo stesso, con l'eccezione di quella già prodotta e ancora in corso di validità.



Quando e come devo pagare?

Il contratto prevede il pagamento di un premio annuo anticipato di importo costante per tutta la durata del contratto e comunque non oltre la morte dell'Assicurato. Il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età assicurativa 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 frazionato in rate semestrali o mensili, senza applicazione di costi. 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.). Ogni versamento di premio deve essere intestato o girato alla Società o all'Intermediario incaricato, in tale sua qualità, con una delle seguenti modalità: assegno bancario, postale o circolare non trasferibile; bonifico SCT su c/c bancario o postale, altri mezzi di pagamento bancario o postale o, se previsti, sistemi di pagamento elettronico. Se il Contraente ha scelto l'Addebito diretto SDD, il primo pagamento deve essere fatto con modalità diversa e, se la frequenza del premio è mensile, i primi 3 premi devono essere pagati in via anticipata e in unica soluzione. Per premi superiori a € 500.000,00 il pagamento è dovuto tramite bonifico SCT sul c/c indicato dalla Società. L'Intermediario incaricato non può ricevere denaro contante a titolo di pagamento del premio.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto è concluso il giorno in cui la Polizza, firmata dalla Società, è sottoscritta dal Contraente e dall'Assicurato, oppure, il Contraente, dopo la sottoscrizione della Proposta, riceve dalla Società la Polizza firmata o comunicazione scritta attestante l'assenso della Società. L'assicurazione entra in vigore alle ore 24: (i) della data di decorrenza, se il contratto è concluso ed è stata versata la prima rata di premio o (ii) del giorno di versamento della prima rata di premio o, se successivo, di conclusione del contratto, in caso di versamento e/o conclusione successivi alla data di decorrenza. Il contratto cessa alla data di scadenza ed ha durata minimo 2 anni e massimo 30 anni, con un'età assicurativa massima dell'Assicurato a scadenza di 80 anni, fermo che per la:

- Garanzia complementare morte da Infortunio, l'età assicurativa massima dell'Assicurato alla decorrenza è 70 anni;
- Garanzia accessoria "M.G.", la durata massima è 15 anni, anche in caso di maggiore durata del contratto, fermo che l'età assicurativa massima dell'Assicurato alla decorrenza è 70 anni.



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

REVOCA: Prima della conclusione del contratto, il proponente può revocare la Proposta sottoscritta, dandone comunicazione per iscritto tramite l'Intermediario incaricato o con lettera raccomandata A.R. a: Unipol Assicurazioni S.p.A. - Area Life, Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna, precisando gli elementi identificativi della Proposta. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione la Società rimborsa il premio eventualmente già versato.

RECESSO: Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla conclusione, dandone comunicazione per iscritto tramite l'Intermediario incaricato o con lettera raccomandata A.R. alla Società all'indirizzo sopra riportato, precisando gli elementi identificativi del contratto. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione la Società rimborsa al Contraente il premio eventualmente corrisposto, al netto di eventuali imposte, della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e dei costi di emissione.

RISOLUZIONE: Le garanzie sono sospese per il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza. Se le garanzie non sono riattivate entro i 180 giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il contratto si risolve ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società. Trascorsi 180 giorni ed entro 1 anno dalla scadenza della prima rata di premio non pagata le garanzie sono riattivate dietro richiesta ed accettazione scritta da parte, rispettivamente, del Contraente e della Società.



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

Il contratto non prevede riscatto o riduzione.

Assicurazione temporanea in caso di morte con capitale e premio annuo costanti

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

Prodotto: UNIPOL VITA PREMIUM (Tariffa U20024)



Il presente DIP è stato realizzato in data 10/02/2026 ed è l'ultimo aggiornamento pubblicato disponibile

Scopo

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

Unipol Assicurazioni S.p.A., in breve Unipol S.p.A., Sede Legale in Italia, Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna; tel. +39 051.5077111; sito internet: www.unipol.it; e-mail: assistenstavita@unipol.it; PEC: unipol@pec.unipol.it; Capogruppo del Gruppo Assicurativo Unipol, Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sez. I al numero 1.00183.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2024, il patrimonio netto della Società è pari a € 7.077,25 milioni e il risultato economico di esercizio risulta pari a € 775,99 milioni. L'indice di solvibilità relativo all'esercizio 2024 è pari a 2,56 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. La Relazione sulla Solvibilità e sulla Condizione Finanziaria della Società (SFCR), è disponibile sul sito www.unipol.it.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa NON è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

Non è coperto da alcuna Garanzia il decesso o l'eventuale Malattia Grave dell'Assicurato, se causati dal dolo del Contraente o dei Beneficiari. La Garanzia accessoria "M.G." è esclusa anche in caso di dolo dell'Assicurato. In tali casi la prestazione non è dovuta ed i premi restano acquisiti dalla Società.

Inoltre ad integrazione di quanto indicato nel DIP Vita, è escluso dalla:

1) Garanzia 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 nel caso in cui: 1) tali situazioni siano già esistenti al momento dell'arrivo dell'Assicurato nel territorio di accadimento, oppure 2) l'Assicurato si trovi nel territorio di accadimento all'inizio delle ostilità ed il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle stesse;
- 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 è regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, salvo il caso di guida con possesso di patente scaduta da non più di 12 mesi;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo o 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 2 anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dell'eventuale riattivazione del contratto accordata dalla Società;
- atti contro la persona dell'Assicurato - compreso il rifiuto, comprovato da documentazione sanitaria, di sottoporsi a cure, terapie, interventi o altri trattamenti sanitari prescritti da medici - da lui volontariamente compiuti o consentiti, se avvenuti nei primi 2 anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dell'eventuale riattivazione del contratto accordata dalla Società;
- 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 tali casi il contratto si risolve, comprese le eventuali Garanzie complementari e/o accessorie abbinate, e la Società rimborsa al

Contraente una somma pari all'ammontare dei premi versati per la Garanzia principale.

2) Garanzia complementare morte da Infortunio, il decesso causato, direttamente o indirettamente, dalle cause indicate al punto 1) nonché da:

- a) stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti ed allucinogeni, partecipazione a risse o ad azioni delittuose;
- b) 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 subacquee in genere, rugby, football americano, hockey su ghiaccio, sport equestri in genere, ecc.), anche se svolti a carattere ricreativo.

In tali casi non è dovuta la prestazione, la Garanzia complementare si risolve ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società.

3) Garanzia accessoria "M.G.", (i) la Malattia Grave pregressa, diagnosticata o per cui l'Assicurando abbia presentato segni e sintomi e consultato un medico prima della data di entrata in vigore dell'assicurazione o della riattivazione del contratto (i casi pregressi di Infarto del miocardio, Ictus o Innesto di by-pass aortocoronarico sono considerati come un'unica Malattia Grave) e (ii) la Malattia Grave causata, direttamente o indirettamente, dalle cause indicate al punto 1) e al punto 2) lett. a), nonché da:

- atti contro la persona dell'Assicurato - compreso il rifiuto, comprovato da documentazione sanitaria, di sottoporsi a cure, terapie, interventi o altri trattamenti sanitari prescritti da medici - da lui volontariamente compiuti o consentiti, anche se avvenuti trascorsi 2 anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione;
- intossicazione provocata da assunzione di bevande alcoliche, dall'uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti, anche se avvenuti trascorsi 2 anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione;
- sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altra patologia collegata allo stato di positività all'HIV;
- pratica di sport o attività pericolosi anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo sopra i 4.000 m, arrampicata sul ghiaccio, arti marziali, automobilismo, ciclismo agonistico, deltaplano, immersioni sub con autorespiratore, paracadutismo, parapendio, pilotaggio aerei/alianti/ultraleggeri, pugilato, kick boxing, rugby, football americano;
- attività professionali pericolose: palombaro, sommozzatore, paracadutista, speleologo, geologo, sondatore, attività professionale che comporti rimozione/bonifica/smaltimento dell'amianto, giornalista/fotoreporter che compie viaggi all'estero in località a rischio, militare di carriera che svolge incarichi pericolosi/missioni all'estero ad esclusione del normale lavoro amministrativo d'ufficio.

In tali casi non è dovuta la prestazione, la Garanzia accessoria si risolve e la Società rimborsa al Contraente una somma pari all'ammontare dei premi versati per la sola Garanzia accessoria.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato ad Assicurati che, alla decorrenza del contratto, hanno età assicurativa compresa tra 18 e 78 anni.

Il prodotto si rivolge sia a persone fisiche che a soggetti giuridici diversi dalle persone fisiche che hanno come esigenza principale la protezione contro il rischio di decesso dell'Assicurato mediante la corresponsione ai Beneficiari designati di un capitale assicurato relativo ad una Prestazione principale che può essere adeguata volontariamente su proposta della Società e/o integrata su richiesta del Contraente mediante l'abbinamento con eventuali Garanzie complementari e/o accessorie.



Quali costi devo sostenere?

TABELLA DEI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

COSTI	Importi / Percentuali
Costi di emissione del contratto, in aggiunta alla prima rata di premio (trattenuti in caso di recesso):	€ 30,00
Costi fissi prelevati da ciascun premio annuo:	€ 30,00
Costi in percentuale prelevati da ciascun premio annuo, al netto dei costi fissi, relativo alla Prestazione principale:	18,00%
Costi in percentuale prelevati da ciascun premio annuo relativo alla Garanzia accessoria "M.G.":	18,00%
Costi in percentuale prelevati da ciascun premio annuo relativo alla Garanzia complementare Morte da Infortunio:	20,00%

COSTI DI INTERMEDIAZIONE

Quota-parte percepita in media dagli intermediari con riferimento ai costi posti a carico del Contraente: 40,99%.

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

I reclami devono essere inoltrati per iscritto a: Unipol Assicurazioni S.p.A. - Customer Advocacy - Via della Unione Europea, 3/b - 20097 San Donato Milanese (MI) Fax: 02.51815353 e-mail: reclami@unipol.it oppure utilizzando l'apposito modulo disponibile su www.unipol.it. I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante e la descrizione della lamentela. Ricevuto il reclamo, la funzione Customer Advocacy di Unipol deve fornire il riscontro nel termine massimo di 45 giorni (60, se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente o dell'intermediario a titolo accessorio e relativi dipendenti e collaboratori). Ulteriori informazioni sui reclami riguardanti il comportamento degli intermediari sono consultabili su www.unipol.it.

All'IVASS

In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.

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

Arbitro Assicurativo

Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Il ricorso all'Arbitro Assicurativo è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Mediazione

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

Negoziazione assistita

Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

- Procedura di arbitrato: arbitrato irrituale - le controversie di natura medica sul riconoscimento della Malattia Grave di cui alla Garanzia accessoria "M.G.", possono essere demandate dalle parti per iscritto ad un Collegio di medici che decide a maggioranza di voti.
- Liti transfrontaliere: reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, 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 versati sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni, ad eccezione dell'eventuale componente destinata a copertura di garanzie complementari soggetta al 2,5%.
I premi versati a copertura del caso morte sono detraibili ai fini IRPEF ai sensi di legge.
Trattamento fiscale delle somme corrisposte - Le somme corrisposte in caso di morte sono esenti dall'imposta sulle successioni e, limitatamente al capitale erogato a copertura del rischio demografico, sono esenti anche dall'IRPEF.
I capitali corrisposti in caso di diagnosi di Malattia Grave non costituiscono reddito.
Le somme percepite nell'esercizio di attività commerciali non sono soggette ad imposta sostitutiva.

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico

Se il Contraente o, se persona diversa, l'Assicurato - a cui sia richiesto di fornire informazioni relative al proprio stato di salute - è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia.
Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età.
Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet della Società al seguente link <https://www.unipol.it/informativa-oblio-oncologico>.

Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico

Il Contraente/Assicurato, che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente alla Società o all'Intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla Legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.

**Effetti
dell'oblio
oncologico per
le
imprese**

Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del Contraente/Assicurato. La Società ha l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il Contraente/Assicurato.

Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del Contraente o dell'Assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE SARA' POSSIBILE CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO (PAGARE IL PREMIO ASSICURATIVO SUCCESSIVO AL PRIMO; MODIFICARE I PROPRI DATI PERSONALI; RICHIEDERE LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO).



UNIPOL VITA PREMIUM

Assicurazione temporanea in caso di morte con capitale e premio annuo costanti
(Tariffa U20024) - per Assicurati Fumatori e Non Fumatori

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE comprensive di Glossario

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

Data ultimo aggiornamento: 10/02/2026

Presentazione

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

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

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

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

Unipol Assicurazioni S.p.A. - Area Life
Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna

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

È a disposizione del Contraente un'area riservata gratuita a cui è possibile accedere in modalità protetta tramite la procedura di autenticazione indicata sul sito www.unipol.it

INDICE

GLOSSARIO	5
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA PRINCIPALE	7
CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?	7
ART. 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO	7
ART. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATE	7
ART. 3 - ASSICURAZIONI A.V. (ADEGUAMENTO VOLONTARIO)	7
ART. 4 - DEFINIZIONE DI NON FUMATORE	7
ART. 5 - VERIFICA DELLO STATO DI NON FUMATORE IN CASO DI MORTE	7
ART. 6 - PASSAGGIO DALLO STATO DI NON FUMATORE A QUELLO DI FUMATORE	7
ART. 7 - PASSAGGIO DALLO STATO DI FUMATORE A QUELLO DI NON FUMATORE	8
ART. 8 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO PER CAMBIAMENTO DI PROFESSIONE O DI ATTIVITÀ DELL'ASSICURATO	8
CI SONO LIMITI DI COPERTURA?	8
ART. 9 - ESCLUSIONI	8
ART. 10 - LIMITAZIONI	8
CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?	9
ART. 11 - DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO	9
ART. 12 - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ	10
QUANDO E COME DEVO PAGARE?	10
ART. 13 - PREMIO	10
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?	11
ART. 14 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO	11
ART. 15 - ENTRATA IN VIGORE DELL'ASSICURAZIONE	11
ART. 16 - DURATA DEL CONTRATTO	11
ART. 17 - MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI: SOSPENSIONE DELLE GARANZIE E RISOLUZIONE DELL'ASSICURAZIONE	11
ART. 18 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE	11
COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO?	12
ART. 19 - DIRITTO DI RECESSO	12
SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI?	12
ART. 20 - RISCATTO E RIDUZIONE	12
ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI	12
ART. 21 - BENEFICIARI	12
ART. 22 - DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO	12
ART. 23 - NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRAIBILITÀ	12
ART. 24 - CESSIONE, PEGNO E VINCOLO	12
ART. 25 - LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO	12
ART. 26 - IMPOSTE E TASSE	13
ART. 27 - FORO COMPETENTE	13
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE MORTE DA INFORTUNIO	14
CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?	14
ART. 28 - PRESTAZIONI ASSICURATE	14
CI SONO LIMITI DI COPERTURA?	14
ART. 29 - ESCLUSIONI	14
QUANDO E COME DEVO PAGARE?	15
ART. 30 - PREMIO	15
ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI	15
ART. 31 - RINVIO ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA PRINCIPALE	15
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA ACCESSORIA - GARANZIA MALATTIA GRAVE	16
CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?	16

ART. 32 - PRESTAZIONI ASSICURATE	16
ART. 33 - DEFINIZIONE DI MALATTIA GRAVE	16
ART. 34 - RIVEDIBILITÀ DEL PREMIO O DELLA PRESTAZIONE	17
CI SONO LIMITI DI COPERTURA?	18
ART. 35 - ESCLUSIONI	18
ART. 36 - LIMITAZIONI	18
CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?	18
ART. 37 - DENUNCIA ED ACCERTAMENTO DELLA MALATTIA GRAVE	18
QUANDO E COME DEVO PAGARE?	19
ART. 38 - PREMIO	19
COME POSSO RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	19
ART. 39 - ARBITRATO IRRITUALE	19
ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI	19
ART. 40 - RINVIO ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA PRINCIPALE	19
ALLEGATO A – DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE ALLA SOCIETÀ IN RELAZIONE ALLA CAUSA DEL PAGAMENTO	20
ALLEGATO B – COMBINAZIONE TARIFFARIA E TABELLA DEGLI ACCERTAMENTI SANITARI	22

GLOSSARIO

I vocaboli sotto elencati hanno il seguente significato:

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

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

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

Assicurazione: Vedi "Contratto di assicurazione sulla vita".

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

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

Consolidamento: Meccanismo in base al quale vengono definitivamente acquisiti, con la periodicità stabilita, il rendimento attribuito al contratto e, quindi, la maggiorazione delle prestazioni conseguente alla rivalutazione.

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

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

Contratto rivalutabile: Contratto caratterizzato da un meccanismo di adeguamento delle prestazioni derivante dalla partecipazione al rendimento di una Gestione separata.

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

Domicilio Abituale: Luogo in cui il Contraente ha stabilmente fissato l'effettiva sede abituale dei propri affari e interessi.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA PRINCIPALE**CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?****ART. 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO**

La Garanzia principale del contratto è un'assicurazione temporanea in caso di morte con capitale e premio annuo costanti per tutta la durata del contratto, a tariffa differenziata in base all'abitudine al fumo (tariffa U20024).

Sono applicate condizioni tariffarie migliori nel caso in cui l'Assicurato possa dichiarare di essere Non Fumatore (Art. 4) e qualora, in presenza di un capitale complessivamente assicurato non superiore a € 500.000,00, siano forniti alla Società accertamenti sanitari di livello superiore, in quanto più approfonditi, rispetto a quelli richiesti dalla Società per la valutazione del rischio relativo al capitale complessivamente assicurato (vedi Allegato B).

La Garanzia principale può essere successivamente soggetta, su proposta della Società, ad Adeguamento Volontario (Assicurazioni A.V.) e/o integrata, su richiesta del Contraente prima della conclusione del contratto, mediante la Garanzia complementare morte da Infortunio e la Garanzia accessoria "Garanzia Malattia Grave" ("M.G."), disciplinate dalle specifiche Condizioni di Assicurazione riportate nelle relative sezioni.

ART. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATE

La Società paga ai Beneficiari designati il capitale assicurato in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale. In tal caso il contratto si risolve con effetto dalle ore 24 della data del decesso; altrimenti, alla scadenza il contratto si risolve **senza corresponsione di alcuna prestazione ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società a fronte del rischio corso**.

Il rischio di morte è coperto senza limiti territoriali, qualunque ne sia la causa, **salvo quanto stabilito all'Art. 9 e all'Art. 10**.

L'ammontare del capitale assicurato iniziale, lo stato tabagico dell'Assicurato e la combinazione tariffaria applicata al contratto, secondo i parametri dettagliati all'Allegato B, sono indicati in Polizza.

ART. 3 - ASSICURAZIONI A.V. (ADEGUAMENTO VOLONTARIO)

La Società può proporre al Contraente di aderire ad un Adeguamento Volontario ("A.V.") della Garanzia principale, aumentando l'importo complessivo del capitale assicurato e del premio annuo dovuto per la durata residua del contratto stesso.

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

L'adesione all'assicurazione A.V. è subordinata al buono stato di salute dell'Assicurato, **attestato mediante dichiarazione sottoscritta da quest'ultimo e dal Contraente**.

In caso di adesione, le garanzie relative all'assicurazione A.V. entrano in vigore alle ore 24 dell'anniversario considerato (decorrenza dell'assicurazione A.V.) o del giorno, se successivo, di versamento della prima rata del premio annuo relativo all'assicurazione A.V. stessa.

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

ART. 4 - DEFINIZIONE DI NON FUMATORE

Ai fini del presente contratto è considerato Non Fumatore colui che non ha fumato (sigarette, sigari, pipa, sigarette elettroniche o altro), neanche sporadicamente, 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 (Art. 7).

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 dall'Art. 11.

ART. 5 - VERIFICA DELLO STATO DI NON FUMATORE IN CASO DI MORTE

Ai fini del pagamento del capitale assicurato in caso di morte dell'Assicurato dichiaratosi Non Fumatore, la Società si riserva la facoltà di verificare l'effettiva permanenza di tale stato, richiedendo la documentazione di carattere sanitario necessaria per la suddetta verifica.

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 applicherà quanto previsto dall'Art. 1898 del Codice Civile**.

ART. 6 - PASSAGGIO DALLO STATO DI NON FUMATORE A QUELLO DI FUMATORE

Se l'Assicurato, dichiaratosi Non Fumatore, inizia o ricomincia a fumare, anche sporadicamente, il medesimo ed il Contraente **devono immediatamente darne comunicazione per iscritto tramite l'Intermediario incaricato o con lettera raccomandata A.R. inviata direttamente alla Società**.

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 assicurativa e alla durata iniziali, alla decorrenza del contratto e delle eventuali assicurazioni A.V. 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.

La modifica dell'importo del premio annuo, o dell'ammontare del capitale assicurato, ha effetto a partire dalla data di scadenza della prima rata di premio successiva alla data di ricevimento della comunicazione del cambio di stato tabagico e risulterà da appendice contrattuale. Con effetto dalla medesima data di scadenza il contratto si risolverà di diritto se, decorsi 30 giorni dal ricevimento della comunicazione stessa, l'appendice contrattuale non è stata sottoscritta dalle parti.

ART. 7 - PASSAGGIO DALLO STATO DI FUMATORE A QUELLO DI NON FUMATORE

Se l'Assicurato, dichiaratosi fumatore, passa allo stato di Non Fumatore, il medesimo ed il Contraente possono darne **comunicazione per iscritto tramite l'Intermediario incaricato o con lettera raccomandata A.R. inviata direttamente alla Società.**

In tale caso la Società provvederà a rideterminare il premio annuo applicando le corrispondenti condizioni tariffarie, relative agli Assicurati Non Fumatori, in base all'età assicurativa e alla durata iniziali, alla decorrenza del contratto e delle eventuali assicurazioni A.V..

La variazione ha effetto a partire dalla scadenza della prima rata di premio successiva alla data di ricevimento della comunicazione del cambio di stato tabagico e risulterà da appendice contrattuale.

Nel caso di successiva perdita dello stato di Non Fumatore, vale quanto indicato all'Art. 6.

ART. 8 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO PER CAMBIAMENTO DI PROFESSIONE O DI ATTIVITÀ DELL'ASSICURATO

L'Assicurato e il Contraente sono tenuti a comunicare tempestivamente per iscritto alla Società ogni cambiamento di professione o di attività dell'Assicurato stesso che possa comportare un aggravamento del rischio, **tramite l'Intermediario incaricato o con lettera raccomandata A.R. inviata direttamente alla Società.**

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

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

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

ART. 9 - ESCLUSIONI

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 nel caso in cui: 1) tali situazioni siano già esistenti al momento dell'arrivo dell'Assicurato nel territorio di accadimento; oppure 2) l'Assicurato si trovi nel territorio di accadimento all'inizio delle ostilità ed il decesso avvenga 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 è regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, salvo il caso di guida con possesso di patente scaduta da non più di 12 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 o 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 2 anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dell'eventuale riattivazione del contratto accordata dalla Società;
- j. atti contro la persona dell'Assicurato – compreso il rifiuto, comprovato da documentazione sanitaria, di sottoporsi a cure, terapie, interventi o altri trattamenti sanitari prescritti da medici - da lui volontariamente compiuti o consentiti, se avvenuti nei primi 2 anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dell'eventuale riattivazione del contratto accordata dalla Società;
- 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 tali casi il contratto si risolve e, ad eccezione del caso indicato alla lettera a. per il quale non è previsto alcun rimborso, la Società rimborsa al Contraente una somma pari all'ammontare dei premi versati per la sola Garanzia principale.

ART. 10 - LIMITAZIONI

La piena copertura assicurativa è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia preventivamente 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/o agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti, **viene applicato un periodo di carenza che decorre dalla data di entrata in vigore dell'assicurazione o dalla data di riattivazione accordata dalla Società**, secondo quanto previsto ai successivi par. 10.1 e 10.2.

La mancata sottoposizione a visita medica non implica in alcun modo rinuncia da parte della Società ad accertare quali erano le effettive condizioni di salute dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto. Per tale ragione in caso di decesso dovrà essere fatta pervenire alla Società la documentazione prevista all'Art. 12.

10.1 - Carenza per assicurazione caso morte senza visita medica - Clausola 02

La copertura assicurativa è soggetta ad un periodo di carenza di 180 giorni. Il periodo di carenza non si applica esclusivamente qualora la morte dell'Assicurato avvenga per conseguenza diretta di una delle cause sotto specificate, purché sopravvenuta dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione o dalla data di riattivazione del contratto:

- una delle seguenti malattie infettive acute: 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;
- shock anafilattico;
- infortunio, intendendo per Infortunio (fermo quanto disposto all'Art. 9) un trauma prodotto all'organismo da causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili.

Il periodo di carenza è esteso a 5 anni per il caso di morte dovuto ad infezione - inclusa la sieropositività - da sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e patologie collegate.

ESEMPIO - Periodo di carenza per l'assicurazione temporanea caso morte senza visita medica.

Ipotesi

L'Assicurato, previo assenso della Società, decide di non sottoporsi a visita medica e al Test HIV e l'assicurazione viene stipulata, richiamando la Clausola 02 in Polizza.

Esempio 1: Durante il periodo di carenza di 180 giorni, l'Assicurato decede, ad esempio, a causa di un aneurisma.

La Società non paga il capitale assicurato, il contratto si risolve e la Società rimborsa al Contraente una somma pari all'ammontare dei premi versati.

Esempio 2: Durante il periodo di carenza di 180 giorni, l'Assicurato decede, ad esempio, in conseguenza diretta di salmonellosi.

Il contratto si risolve e la Società paga il capitale assicurato perché il decesso, nonostante si sia verificato durante il periodo di carenza, è stato causato direttamente da una delle malattie per le quali non si applica il periodo di carenza.

10.2 - Carenza per assicurazione caso morte con visita medica in assenza del Test HIV - Clausola 11

Nei casi in cui l'Assicurato, pur essendosi sottoposto a visita medica, abbia rifiutato di eseguire gli esami clinici richiesti per escludere eventuali infezioni - inclusa la sieropositività - da qualsiasi virus di immunodeficienza umana (HIV) o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e patologie collegate, **la copertura assicurativa per il caso di decesso dovuto ad infezione - inclusa la sieropositività - da sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e patologie collegate è soggetta ad un periodo di carenza di 7 anni.**

Il periodo di carenza è operante solo se la Clausola 02 o, rispettivamente, la Clausola 11, è espressamente richiamata in Polizza; in caso contrario la copertura assicurativa per il caso di morte si intende pienamente efficace fin dall'entrata in vigore dell'assicurazione (Art. 15).

In caso di morte dell'Assicurato dovuta ad una causa per la quale, al momento del decesso, è operante il periodo di carenza, il contratto si risolve e la Società rimborsa al Contraente una somma pari all'ammontare dei premi versati per la sola Garanzia principale.

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

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

ART. 11 - DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato **devono essere veritiere, esatte e complete.**

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

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

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta comunque, al momento del pagamento, la rettifica delle somme dovute

dalla Società in base all'età reale.

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

Il contratto viene stipulato nel presupposto che il Contraente abbia domicilio abituale o, nel caso di persona giuridica, sede legale in Italia. Il Contraente, quindi, è tenuto a comunicare tempestivamente e per iscritto alla Società, anche attraverso l'intermediario incaricato, l'eventuale trasferimento, intervenuto nel corso del contratto, del domicilio abituale o della sede legale verso uno Stato diverso dall'Italia, precisandone la data. La Società si riserva di richiedere la documentazione comprovante la predetta variazione di domicilio abituale o sede legale.

La variazione di domicilio abituale o di sede legale in uno Stato nel quale la Società non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libera prestazione di servizi comporta la cessazione del contratto dalle ore 24 del giorno antecedente la data del trasferimento di domicilio abituale o di sede legale.

Il Contraente rimane responsabile per l'inesattezza o la reticenza delle dichiarazioni rese e per l'inosservanza degli obblighi di comunicazione.

ART. 12 - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Tutti i pagamenti della Società in esecuzione del contratto vengono effettuati **presso il domicilio della stessa o quello del competente Intermediario incaricato**, contro rilascio di regolare quietanza da parte degli aventi diritto, oppure **mediante accredito sul conto corrente bancario dell'avente diritto.**

I pagamenti vengono effettuati **previa consegna da parte degli aventi diritto di tutta la documentazione necessaria** - fatta eccezione per quella già prodotta in precedenza e ancora in corso di validità - **indicata nell'Allegato A con riferimento alla relativa causa del pagamento.**

La documentazione deve essere fornita alla Società **tramite il competente Intermediario incaricato oppure mediante raccomandata inviata direttamente alla Società specificando gli elementi identificativi del contratto.**

Qualora l'esame della suddetta documentazione evidenzii situazioni particolari o dubbie tali da non consentire la verifica dell'obbligo di pagamento o l'individuazione degli aventi diritto o l'adempimento agli obblighi di natura fiscale oppure derivanti dalla normativa, la Società richiederà tempestivamente l'ulteriore documentazione necessaria in relazione alle particolari esigenze istruttorie.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la somma corrispondente viene messa a disposizione degli aventi diritto entro 30 giorni dalla data in cui è sorto l'obbligo stesso, purché a tale data, come definita nelle presenti Condizioni di Assicurazione in relazione all'evento che causa il pagamento, la Società abbia ricevuto tutta la documentazione necessaria. In caso contrario, la somma viene messa a disposizione entro 30 giorni dal ricevimento da parte della Società della suddetta documentazione completa.

Decorso il termine di 30 giorni previsto per i pagamenti della Società - compreso il pagamento dell'importo da rimborsare in caso di recesso - ed a partire dal suddetto termine di 30 giorni, sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto.

Gli interessi moratori sono calcolati secondo i criteri della capitalizzazione semplice, al tasso annuo pari al saggio legale tempo per tempo in vigore, anche agli eventuali fini ed effetti di cui all'Art. 1224, 2° co., del Codice Civile.

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

ART. 13 - PREMIO

13.1 - Premio e modalità di pagamento

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

Il premio annuo **deve essere corrisposto dal Contraente anticipatamente ad ogni anniversario della decorrenza del contratto**, per tutta la durata del contratto e comunque non oltre la morte dell'Assicurato.

Il pagamento del premio annuo può essere frazionato, a scelta del Contraente, 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 deve essere comunicata con un **preavviso di 90 giorni** qualora il pagamento del premio venga effettuato tramite Addebito diretto SDD (Sepa Direct Debit).

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

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

In ogni caso il primo versamento deve essere effettuato tramite una modalità di pagamento diversa da Addebito diretto SDD.

In caso di frazionamento mensile del premio, qualora il Contraente abbia richiesto, alla sottoscrizione del contratto, che il

pagamento venga effettuato tramite Addebito diretto SDD, le prime tre rate mensili devono essere corrisposte in via anticipata e in unica soluzione tramite una modalità di pagamento diversa da Addebito diretto SDD.

Il pagamento di un premio di importo **superiore a € 500.000,00** deve essere effettuato esclusivamente tramite bonifico SCT sul conto corrente che sarà appositamente indicato dalla Società.

L'Intermediario incaricato **ha il divieto di ricevere denaro contante a titolo di pagamento del premio.**

A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

13.2 - Costi sul premio

In aggiunta al primo premio o alla prima rata di premio è dovuto l'importo di € 30,00 per costi di emissione del contratto.

Inoltre i costi prelevati da ciascun premio annuo della Garanzia principale sono i seguenti:

- **costi fissi:** € 30,00;
- **costi in percentuale:** 18,00% del premio al netto dei costi fissi.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

ART. 14 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Il contratto è concluso nel giorno in cui:

- la Polizza, firmata dalla Società, viene sottoscritta dal Contraente e dall'Assicurato, oppure,
- il Contraente, a seguito della sottoscrizione della Proposta, riceve dalla Società la Polizza debitamente firmata o altra comunicazione scritta attestante l'assenso della Società stessa.

ART. 15 - ENTRATA IN VIGORE DELL'ASSICURAZIONE

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

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

ESEMPIO – Data di entrata in vigore dell'assicurazione

	Esempio 1	Esempio 2	Esempio 3	Esempio 4
Data di decorrenza	06/10/2025	10/10/2025	06/10/2025	06/10/2025
Data di conclusione del contratto	06/10/2025	06/10/2025	06/10/2025	10/10/2025
Data di versamento del premio	06/10/2025	06/10/2025	08/10/2025	08/10/2025
Entrata in vigore dell'assicurazione:	06/10/2025	10/10/2025	08/10/2025	10/10/2025

ART. 16 - DURATA DEL CONTRATTO

La durata del contratto è pari al periodo che intercorre fra le ore 24 della data di decorrenza e le ore 24 della data di scadenza riportate in Polizza.

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

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza, comporta - a partire dalle ore 24 di quest'ultima data - la sospensione delle garanzie e, se queste non vengono riattivate ai sensi dell'Art. 18, il contratto si risolve ed i premi già pagati restano acquisiti dalla Società a fronte del rischio corso.

ART. 18 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE

Entro 180 giorni dalla sospensione delle garanzie per mancato pagamento dei premi, il Contraente può riattivarle **pagando le rate di premio arretrate in un'unica soluzione.**

Trascorsi 180 giorni ed **entro un anno dalla sospensione delle garanzie, la riattivazione può essere concessa dalla Società alle seguenti condizioni:**

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

La riattivazione ripristina, con effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento delle rate di premio arretrate, il capitale assicurato

per il medesimo importo che si sarebbe ottenuto qualora non si fosse verificato il mancato pagamento dei premi, **fatte salve le esclusioni e le limitazioni esplicitamente previste per le garanzie.**

Alle dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato ai fini della riattivazione del contratto si applica quanto stabilito dall'Art. 11.

COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO?

ART. 19 - DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente può recedere dal contratto **entro 30 giorni** dal momento in cui il contratto è concluso dandone comunicazione per iscritto **tramite l'Intermediario incaricato o con lettera raccomandata A.R. inviata direttamente alla Società.**

Il recesso libera entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno della comunicazione effettuata direttamente presso l'Intermediario incaricato o del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio da questi eventualmente corrisposto, al netto dell'eventuale imposta sulle assicurazioni e della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, nonché diminuito **dei costi di emissione del contratto indicati all'Art. 13.**

SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI?

ART. 20 - RISCATTO E RIDUZIONE

Non sono previsti valori di riscatto e riduzione.

ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI

ART. 21 - 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.

ART. 22 - DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO

Il Beneficiario acquista, per effetto della designazione fatta a suo favore dal Contraente, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione (Art. 1920 del Codice Civile). Le somme pagate al Beneficiario, a seguito del decesso dell'Assicurato, non rientrano nell'asse ereditario.

ART. 23 - NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRABILITÀ

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

ART. 24 - 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 da appendice contrattuale 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. 25 - LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Per tutto quanto non disciplinato dal contratto valgono le norme della legge italiana.

ART. 26 - IMPOSTE E TASSE

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

ART. 27 - FORO COMPETENTE

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE MORTE DA INFORTUNIO

(Garanzia complementare valida solo se espressamente richiamata in Polizza)

CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

ART. 28 - PRESTAZIONI ASSICURATE

Con la presente Garanzia complementare morte da Infortunio, nella formula “duplice protezione” o “triplice protezione” scelta dal Contraente, la Società paga ai Beneficiari, insieme alle prestazioni della Garanzia principale, il capitale relativo alla Garanzia complementare, al momento in cui si verifichi il decesso dell'Assicurato per causa diretta ed esclusiva di Infortunio, come definito più avanti, **purché**:

- l'**Infortunio** sia avvenuto mentre il Contraente è in regola con il pagamento dei relativi premi;
- il **decesso** sia avvenuto entro un anno dall'**Infortunio** stesso e mentre è in vigore la Garanzia complementare;
- sull'**esito letale** non abbiano influito condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute all'**Infortunio**;

altrimenti, alla scadenza contrattuale la Garanzia complementare si risolve ed i **relativi premi pagati restano acquisiti dalla Società a fronte del rischio corso**.

Il capitale assicurato con la presente Garanzia è di ammontare costante e non è soggetto agli Adeguamenti Volontari eventualmente applicati alle prestazioni della Garanzia principale.

A seconda della formula prescelta dal Contraente e risultante dalla Polizza, la Garanzia complementare morte da Infortunio prevede quanto descritto al successivo par. 28.1 o par. 28.2, dove si intende: (i) per Infortunio: un trauma prodotto all'organismo da causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili; (ii) per Infortunio conseguente ad incidente stradale: 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.

28.1 Garanzia complementare “Morte da Infortunio” - duplice protezione

La Società pagherà ai Beneficiari un ulteriore capitale, pari al capitale assicurato dalla Garanzia principale indicato in Polizza, al momento in cui si verifichi il decesso dell'Assicurato per causa diretta ed esclusiva di Infortunio.

28.2 Garanzia complementare “Morte da Infortunio” e “Morte da Infortunio da incidente stradale” - triplice protezione

La Società pagherà ai Beneficiari un ulteriore capitale, pari al capitale assicurato dalla Garanzia principale, indicato in Polizza, al momento in cui si verifichi il decesso dell'Assicurato per causa diretta ed esclusiva di Infortunio. Qualora l'**Infortunio mortale** dell'Assicurato sia conseguente ad incidente stradale, tale capitale aggiuntivo viene raddoppiato.

ESEMPIO - Prestazioni assicurate Garanzia complementare morte da Infortunio

Esempio 1: Nel caso in cui, alla decorrenza del contratto, il capitale assicurato della Garanzia principale sia pari a €100.000,00 e il Contraente abbia scelto di integrare l'assicurazione con la Garanzia complementare “Morte da Infortunio” (formula duplice protezione), qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato per causa diretta ed esclusiva di Infortunio, la Società paga un importo pari a €200.000,00 [€100.000,00 Garanzia principale + €100.000,00 Garanzia complementare “Morte da Infortunio”].

Esempio 2: Nel caso in cui, alla decorrenza del contratto, il capitale assicurato della Garanzia principale sia pari a €100.000,00 e il Contraente abbia scelto di integrare l'assicurazione con la Garanzia complementare “Morte da Infortunio” e “Morte da Infortunio da incidente stradale” (formula triplice protezione), (i) qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato per causa diretta ed esclusiva di Infortunio (ma non conseguente a incidente stradale), la Società paga un importo pari a €200.000,00 [€100.000,00 Garanzia principale + €100.000,00 Garanzia complementare “Morte da Infortunio”]; (ii) qualora tale Infortunio mortale sia conseguente ad incidente stradale, la Società paga un importo pari a €300.000,00 [€100.000,00 Garanzia principale + €100.000,00 Garanzia complementare “Morte da Infortunio” + €100.000,00 Garanzia complementare “Morte da Infortunio da incidente stradale”].

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

ART. 29 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla presente Garanzia **tutti i casi di decesso causati direttamente o indirettamente** dalle stesse cause previste all'Art. 9 per la Garanzia principale, 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 prestazione non è dovuta, e la presente Garanzia si risolve ed i relativi premi pagati restano acquisiti dalla Società a fronte del rischio corso.

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

ART. 30 - PREMIO

30.1 - Premio

Il premio annuo della presente Garanzia è parte integrante del premio complessivamente dovuto dal Contraente ed è soggetto alla stessa disciplina applicata al premio annuo della Garanzia principale, anche per quanto riguarda il mancato pagamento e la ripresa del pagamento.

L'importo del premio, indicato in Polizza, è costante e non è soggetto agli Adeguamenti Volontari eventualmente applicati al premio annuo della Garanzia principale.

Il Contraente ha facoltà di interrompere i pagamenti dei premi annui della presente Garanzia **dandone comunicazione per iscritto alla Società tramite l'Intermediario incaricato o con lettera raccomandata A.R. entro i 90 giorni che precedono un anniversario della data di decorrenza del contratto. In tal caso la Garanzia complementare si risolve con effetto dalle ore 24 dell'anniversario considerato.**

La Garanzia complementare si risolve in tutti i casi in cui non è più dovuto il pagamento dei premi della Garanzia principale.

30.2 - Costi sul premio

I costi prelevati da ciascun premio annuo sono:

- **costi in percentuale:** 20,00% del premio.

ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI

ART. 31 - RINVIO ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA PRINCIPALE

Per tutto quanto non espressamente regolamentato dalle Condizioni di Assicurazione della presente Garanzia si applicano, in quanto compatibili, le Condizioni di Assicurazione della Garanzia principale.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA ACCESSORIA - GARANZIA MALATTIA GRAVE

(Garanzia accessoria valida solo se espressamente richiamata in Polizza)

CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

ART. 32 - PRESTAZIONI ASSICURATE

Con la presente Garanzia accessoria "Garanzia Malattia Grave" ("M.G."), la Società paga all'Assicurato il relativo capitale assicurato, il cui importo iniziale è indicato in Polizza, qualora venga diagnosticata all'Assicurato una delle Malattie Gravi, definite all'Art. 33, purché:

- a seguito della denuncia effettuata ai sensi dell'Art. 37, la Società riconosca la Malattia Grave;
- l'Assicurato sia in vita al termine del periodo di franchigia. Il periodo di franchigia termina alle ore 24 del 30° giorno successivo alla data della diagnosi della Malattia Grave;
- la diagnosi sia definitiva e intervenuta mentre la Garanzia accessoria è in vigore e il Contraente è in regola con il pagamento dei relativi premi ai sensi dell'Art. 38;

altrimenti, alla scadenza della Garanzia accessoria la stessa si risolve ed i relativi premi pagati restano acquisiti dalla Società in corrispettivo del rischio corso. La data di scadenza della Garanzia accessoria è indicata in Polizza.

In caso di riconoscimento da parte della Società di una Malattia Grave dell'Assicurato, la Garanzia accessoria si risolve e non sono più dovuti i relativi premi.

La presente Garanzia prevede condizioni tariffarie differenziate in base all'abitudine al fumo dell'Assicurato ed è soggetta alla stessa disciplina prevista, al riguardo, per la Garanzia principale.

Il capitale assicurato relativo alla presente Garanzia è di ammontare costante e non è soggetto agli Adeguamenti Volontari eventualmente applicati alle prestazioni della Garanzia principale, fermo restando quanto previsto nei casi di cambiamento dello stato tabagico di cui all'Art. 6 e nei casi di rivedibilità del premio di cui all'Art. 34.

Le modalità ed i termini per l'accertamento della Malattia Grave e per la conseguente corresponsione del capitale sono descritti all'Art. 37.

ESEMPIO - Prestazioni assicurate Garanzia accessoria "Garanzia Malattia Grave"

Nel caso in cui, alla decorrenza del contratto, il capitale assicurato della Garanzia principale sia pari a €100.000,00 e il Contraente abbia scelto di integrare l'assicurazione con la Garanzia accessoria "M.G." con un capitale pari al 50,00% del suddetto capitale assicurato, qualora all'Assicurato venga resa una diagnosi definitiva di Malattia Grave, la stessa sia riconosciuta dalla Società e l'Assicurato sia in vita alle ore 24 del 30° giorno successivo alla data della diagnosi, la Società paga un importo pari a € 50.000,00. In tal caso la presente Garanzia accessoria si risolve mentre la Garanzia principale e le eventuali altre Garanzie accessorie e/o complementari restano in vigore con il pagamento del relativo premio.

ART. 33 - DEFINIZIONE DI MALATTIA GRAVE

Ai fini della presente Garanzia sono considerate Malattie Gravi esclusivamente i casi indicati nelle definizioni sotto riportate. **In caso di Innesto di by-pass aortocoronarico o di Trapianto d'organo, per diagnosi si intende l'intervento effettuato.**

33.1 Cancro

Tumore maligno, caratterizzato dalla crescita incontrollata di cellule maligne e dall'invasione del tessuto. La definizione di "Cancro" include, tra le altre, leucemia, sarcoma e linfoma. La diagnosi definitiva deve essere fatta da specialista oncologo e confermata da referto istopatologico e stadiazione.

Nella definizione Malattia Grave "Cancro" non sono considerati:

- tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non-invasivi, di basso potenziale di malignità, tutti i gradi di displasia, tutte le lesioni squamose intraepiteliali (HSIL e LSIL) e tutte le neoplasie intra-epiteliali;
- qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dall'edizione più recente dell'AJCC Cancer Staging Manual;
- tutti i tumori della pelle diversi da melanoma maligno, i linfomi cutanei e dermatofibrosarcomi che non si sono diffusi ai linfonodi o a organi/siti distanti;
- tumori di Stadio I secondo l'edizione più recente dell'AJCC Cancer Staging Manual di melanomi cutanei, tumori neuroendocrini (carcinoidi), tumori gastrointestinali stromali, e tumori tiroidei T1N0M0 che misurino meno di 2cm;
- tutti i tumori della prostata classificati con un punteggio Gleason uguale o inferiore a 6 o istologicamente descritti dall'edizione più recente dell'AJCC Cancer Staging Manual come stadio inferiore a T2N0M0;
- tutte le neoplasie maligne del midollo osseo (incluse, tra le altre: leucemia, neoplasie mieloproliferative, trombocitemia essenziale, mielofibrosi primaria, policitemia vera e sindrome mielodisplastica), a meno che non richiedano trattamento con trasfusioni ricorrenti, flebotomie terapeutiche, chemioterapia, terapie oncologiche mirate, trapianto di midollo osseo o trapianto di cellule staminali ematopoietiche.

33.2 Infarto miocardico

Infarto miocardico acuto con necrosi di una parte del muscolo miocardico risultante da insufficiente apporto sanguigno alla zona interessata. La diagnosi di Infarto miocardico acuto deve essere fatta da uno specialista cardiologo e sostenuta da **tutti e tre** i seguenti criteri:

1. sintomatologia clinicamente costante con la diagnosi di infarto acuto del miocardio;
2. nuove alterazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla data di decorrenza del contratto;
3. tipica elevazione con aumento al di sopra dei valori di normalità dei biomarkers cardiaci specifici.

Nella definizione Malattia Grave "Infarto" non sono considerati:

- angina, miocardite, insufficienza cardiaca e altre forme di sindrome coronarica acuta;
- cardiomiopatia da stress (Takotsubo);
- lesione miocardica acuta dovuta ad aritmie, trauma, embolia polmonare o setticemia.

33.3 Ictus

Morte irreversibile del tessuto cerebrale a causa di mancato apporto sanguigno o emorragia nel tessuto cerebrale o emorragia nello spazio subaracnoideo. L'ictus deve contribuire ad una compromissione permanente delle funzioni neurologiche delle quali si devono riscontrare chiare ed evidenti anomalie all'esame obiettivo che permangano per un periodo continuativo di almeno 30 giorni successivamente all'esordio dell'ictus. La diagnosi di ictus deve essere fatta da uno specialista neurologo e deve essere confermata da tecniche ad immagini. Gli esami devono mostrare un Ictus di nuova insorgenza rispetto alla data di entrata in vigore dell'assicurazione.

Nella definizione Malattia Grave "Ictus" non sono considerati:

- attacco ischemico transitorio (TIA);
- danni cerebrali dovuti ad infortunio o trauma;
- disturbi ai vasi sanguigni che interessano gli occhi, ivi compreso infarto del nervo ottico o della retina;
- eventi vascolari della colonna vertebrale;
- ictus silente asintomatico riscontrato solo tramite tecniche ad immagini.

33.4 Innesto di by-pass aortocoronarico

L'effettivo sottoporsi ad intervento chirurgico a cuore aperto mirato a correggere il restringimento o l'occlusione di una o più arterie coronarie tramite l'innesto di by-pass.

È inclusa anche la chirurgia minimamente invasiva (MICS), con o senza sternotomia, a condizione che sia stato inserito un by-pass coronarico. Quest'intervento chirurgico deve essere ritenuto come il trattamento più idoneo da parte del cardiologo di riferimento.

Nella definizione Malattia Grave "Innesto by-pass aortocoronarico" non sono considerate le procedure non a cielo aperto, quali, tra le altre: l'angioplastica a palloncino (PTCA), il cateterismo cardiaco, la risoluzione chirurgica tramite laser e tutte le altre tecniche cateterali intra-arteriose.

33.5 Insufficienza renale

Insufficienza renale terminale con insufficienza totale ed irreversibile di entrambi i reni diagnosticata da parte dello specialista nefrologo. L'insufficienza renale deve essere trattata tramite o emodialisi renale continua oppure trapianto renale e il trattamento deve essere deciso da un nefrologo.

Nella definizione Malattia Grave "Insufficienza renale" non è considerata:

- l'insufficienza renale acuta reversibile che richiede soltanto dialisi temporanea;
- l'insufficienza renale monolaterale.

33.6 Trapianto d'organo

Aver subito quale ricevente un trapianto di cuore, polmone, fegato, rene, pancreas o intestino tenue. È altresì coperto l'effettivo sottoporsi quale ricevente a trapianto di midollo osseo solo se è ritenuto clinicamente indispensabile e certificato da relativo specialista e a condizione che l'Assicurato sia stato sottoposto a pre-trattamento tramite chemioterapia mieloablativa e/o radioterapia.

Nella definizione Malattia Grave "Trapianto d'organo" non sono considerati:

- tutti i trapianti di cellule staminali di altro tipo;
- trapianto di cellule insulari;
- trapianto di altri organi o tessuti non inclusi nella presente definizione.

ART. 34 - RIVEDIBILITÀ DEL PREMIO O DELLA PRESTAZIONE

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

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

In caso di non accettazione da parte del Contraente - mediante comunicazione scritta con un preavviso di 90 giorni rispetto all'anniversario considerato - o di assenza di riscontro nel suddetto termine da parte dello stesso, il capitale assicurato sarà ricalcolato e comunicato per iscritto al Contraente. In tal caso la Garanzia resterà in vigore rimanendo invariato l'importo del premio in corso. Resta ferma la facoltà del Contraente di interrompere i pagamenti dei premi della presente Garanzia ai sensi dell'Art. 38, risolvendo la Garanzia stessa.

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

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

ART. 35 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla presente Garanzia accessoria i casi di Malattia Grave pregressa, cioè quelli diagnosticati o per le quali l'Assicurando abbia presentato segni e sintomi e consultato un medico prima della data di entrata in vigore dell'assicurazione o dell'eventuale riattivazione del contratto accordata dalla Società ai sensi dell'Art. 18.

In particolare, i casi pregressi di Infarto del miocardio, Ictus o Innesto di by-pass aortocoronarico vengono considerati come un'unica Malattia Grave; pertanto, a seguito di uno qualsiasi dei suddetti casi pregressi, la Garanzia accessoria coprirà esclusivamente i casi di Cancro, Insufficienza renale e Trapianto d'organo.

Sono inoltre esclusi dalla presente Garanzia tutti i casi di Malattia Grave causati direttamente o indirettamente dalle stesse cause previste all'Art. 9 per la Garanzia principale - considerando quanto lì riferito al decesso dell'Assicurato come riferito alla diagnosi di Malattia Grave dello stesso - nonché da:

- dolo dell'Assicurato;
- atti contro la persona dell'Assicurato - compreso il rifiuto, comprovato da documentazione sanitaria, di sottoporsi a cure, terapie, interventi o altri trattamenti sanitari prescritti da medici - da lui volontariamente compiuti o consentiti, anche se avvenuti trascorsi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione;
- intossicazione provocata da assunzione di bevande alcoliche, dall'uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti, anche se avvenuti trascorsi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione;
- stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti ed allucinogeni, partecipazione a risse o ad azioni delittuose;
- sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altra patologia collegata allo stato di positività all'HIV;
- pratica di sport o attività pericolosi anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo sopra i 4.000 m, arrampicata sul ghiaccio, arti marziali, automobilismo, ciclismo agonistico, deltaplano, immersioni sub con autorespiratore, paracadutismo, parapendio, pilotaggio aerei/alianti/ultraleggeri, pugilato, kick boxing, rugby, football americano;
- attività professionali pericolose: palombaro, sommozzatore, paracadutista, speleologo, geologo, sondatore, attività professionale che comporti rimozione/bonifica/smaltimento dell'amianto, giornalista/fotoreporter che compie viaggi all'estero in località a rischio, militare di carriera che svolge incarichi pericolosi/missioni all'estero ad esclusione del normale lavoro amministrativo d'ufficio.

In caso di Malattia Grave dell'Assicurato dovuta ad una di tali cause escluse, la prestazione non è dovuta, la Garanzia accessoria si risolve e la Società rimborsa al Contraente una somma pari all'ammontare dei premi versati per la sola Garanzia accessoria, ad eccezione del caso di dolo del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario per il quale non è previsto alcun rimborso.

ART. 36 - LIMITAZIONI

La presente Garanzia è soggetta ad un periodo di carenza che decorre dalla data di entrata in vigore dell'assicurazione o dalla data di riattivazione accordata dalla Società, secondo quanto previsto ai successivi par. 36.1 e 36.2.

36.1 Carenza per Garanzia Malattia Grave senza visita medica - Clausola 09

Nel caso in cui l'Assicurato, previo assenso della Società, abbia scelto di non sottoporsi a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società, la copertura assicurativa relativa a tutte le Malattie Gravi è soggetta ad un periodo di carenza di 180 giorni. Il periodo di carenza è operante esclusivamente se la presente Clausola 09 è espressamente richiamata in Polizza.

36.2 Carenza per Garanzia Malattia Grave con visita medica

La copertura assicurativa relativa alla Malattia Grave Cancro è comunque soggetta ad un periodo di carenza di 180 giorni.

Qualora la diagnosi di una Malattia Grave dell'Assicurato derivi da accertamenti sanitari eseguiti mentre è operante il periodo di carenza della relativa copertura, la corrispondente prestazione non è dovuta, la Garanzia accessoria si risolve e la Società rimborsa al Contraente una somma pari all'ammontare dei premi versati per la sola Garanzia accessoria. La Garanzia principale e l'eventuale Garanzia complementare Morte da Infortunio restano in vigore con il pagamento dei relativi premi.

La copertura assicurativa relativa alla Malattia Grave Cancro non prevede il pagamento di alcuna prestazione in relazione a tumori che siano recidive o metastasi di tumori diagnosticate mediante accertamenti sanitari eseguiti prima che sia terminato il corrispondente periodo di carenza.

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

ART. 37 - DENUNCIA ED ACCERTAMENTO DELLA MALATTIA GRAVE

Qualora venga diagnosticata all'Assicurato una Malattia Grave deve esserne fatta denuncia per iscritto alla Società entro i 180 giorni successivi, tramite l'Intermediario incaricato o con lettera raccomandata A.R., per chiedere il pagamento del capitale ai sensi dell'Art. 12. La data della denuncia è il giorno della comunicazione, completa di tutta la documentazione richiesta,

effettuata direttamente presso l'Intermediario incaricato o il giorno di ricevimento da parte della Società della raccomandata A.R., anch'essa completa di tutta la documentazione richiesta.

L'Assicurato e il Contraente sono tenuti a fornire alla Società in modo veritiero e completo le dichiarazioni e la documentazione sanitaria richiesta dalla Società per l'accertamento della Malattia Grave, delle relative cause e della data della diagnosi. Inoltre, su richiesta della Società, l'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti medici necessari per consentire l'accertamento della Malattia Grave, presso strutture sanitarie e da medici di fiducia della stessa Società.

La Società accerta la Malattia Grave entro 90 giorni dalla data della denuncia o, comunque, dalla data di ricevimento dell'eventuale ulteriore documentazione richiesta ai sensi dell'Art. 12, inclusa quella relativa agli eventuali accertamenti medici effettuati su richiesta della Società.

La Garanzia accessoria resta in vigore anche durante l'accertamento e fino alla data della comunicazione, inviata dalla Società al Contraente, del riconoscimento della Malattia Grave. Se la Malattia Grave non viene riconosciuta dalla Società, la Garanzia accessoria resta in vigore fermo restando che **il Contraente è tenuto a riprendere il pagamento dei premi corrispondendo anche quelli scaduti successivamente alla data della denuncia.**

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

ART. 38 - PREMIO

38.1 - Premio

Il premio annuo della presente Garanzia è parte integrante del premio complessivamente dovuto dal Contraente ed è soggetto alla stessa disciplina applicata al premio annuo della Garanzia principale, anche per quanto riguarda il mancato pagamento e la ripresa del pagamento.

L'importo del premio, indicato in Polizza, è costante e non è soggetto agli Adeguamenti Volontari eventualmente applicati al premio annuo della Garanzia principale, fermo restando quanto previsto nei casi di cambiamento di stato tabagico di cui all'Art. 6 e nei casi di rivedibilità del premio di cui all'Art. 34.

Il premio della Garanzia accessoria è dovuto non oltre la data dell'eventuale riconoscimento da parte della Società di una Malattia Grave dell'Assicurato. A seguito del riconoscimento, la Società rimborsa eventuali rate di premio corrisposte per la presente Garanzia, aventi scadenza successiva alla data della denuncia.

Il Contraente ha facoltà di interrompere i pagamenti dei premi annui della presente Garanzia **dandone comunicazione per iscritto alla Società tramite l'Intermediario incaricato o con lettera raccomandata A.R. entro i 90 giorni che precedono un anniversario della data di decorrenza del contratto. In tal caso la Garanzia accessoria si risolve con effetto dalle ore 24 dell'anniversario considerato.**

La Garanzia accessoria si risolve in tutti i casi in cui non è più dovuto il pagamento dei premi della Garanzia principale.

38.2 - Costi sul premio

I costi prelevati da ciascun premio annuo sono:

- **costi in percentuale:** 18,00% del premio.

COME POSSO RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

ART. 39 - ARBITRATO IRRITUALE

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

ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI

ART. 40 - RINVIO ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA PRINCIPALE

Per tutto quanto non espressamente regolamentato dalle Condizioni di Assicurazione della presente Garanzia accessoria si applicano, in quanto compatibili, le Condizioni di Assicurazione della Garanzia principale.

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

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

Decesso dell'Assicurato prima della scadenza del contratto

- 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 chiusa 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 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).

Malattia Grave dell'Assicurato

- richiesta di liquidazione compilata e sottoscritta dall'Assicurato, redatta su carta semplice oppure sull'apposito modulo predisposto dalla Società (disponibile presso gli Intermediari incaricati);
- attestazione sottoscritta dall'Assicurato, con la quale lo stesso dichiara, a seconda della circostanza ricorrente, che la liquidazione è percepita in relazione ad attività commerciali o, in alternativa, che non è percepita in relazione ad attività commerciali;
- 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 al Beneficiario/Assicurato o, viceversa, comunicazione che indichi l'ammontare del debito residuo vantato;

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

- tutta la documentazione medica e sanitaria quali cartelle cliniche, esami clinici e strumentali da cui si evince anche la natura, le cause e la data di insorgenza della Malattia Grave e il suo stato attuale. In particolare, deve essere prodotta la copia integrale della cartella clinica relativa al ricovero in ospedale, clinica o casa di cura, durante il quale è stata diagnosticata la Malattia Grave. In relazione a ciascuna Malattia Grave la diagnosi definitiva deve essere certificata dal relativo medico specialista, confermata da referti, tecniche, immagini e sostenuta dai relativi criteri individuati;
- relazione medica, compilata in tutte le sue parti e sottoscritta dal medico che ha diagnosticato la Malattia Grave all'Assicurato, redatta su apposito modulo predisposto dalla Società (disponibile presso gli Intermediari incaricati).

ALLEGATO B – COMBINAZIONE TARIFFARIA E TABELLA DEGLI ACCERTAMENTI SANITARI

Sulla Polizza è indicata la combinazione tariffaria applicata al contratto e derivante dai seguenti parametri:

1. stato tabagico dell'Assicurato (Fumatore o Non Fumatore);
2. capitale complessivamente assicurato (intendendo per tale il cumulo di capitali assicurati dalla Società per il caso di morte dello stesso Assicurato, anche con altri contratti Vita con valutazione del rischio);
3. livello accertamenti sanitari scelto dal Contraente (laddove il capitale complessivamente assicurabile sia in una fascia non superiore a € 500.000,00) o richiesto dalla Società.

Livello accertamenti sanitari	Assicurati Fumatori			Assicurati Non Fumatori		
	Capitale complessivamente Assicurato (euro)			Capitale complessivamente Assicurato (euro)		
	Fino a 350.000,00	Da 350.000,01 a 500.000,00	Da 500.001,00	Fino a 350.000,00	Da 350.000,01 a 500.000,00	Da 500.001,00
	COMBINAZIONE					
Argento	Argento Fumatore	-	-	Argento Non Fumatore	-	-
Oro	Oro Fumatore	Oro Fumatore	-	Oro Non Fumatore	Oro Non Fumatore	-
Platino	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
Argento (Livello 1)	<p>Visita medica e test HIV</p> <p>Nel caso in cui l'Assicurato, previo assenso della Società, decida di non sottoporsi a visita medica e al test HIV è prevista la compilazione del Questionario Sanitario (fermi in tal caso i periodi di carenza previsti dalle Condizioni di Assicurazione)</p> <p>Per Assicurati con età assicurativa alla data di decorrenza superiore a 65 anni è sempre obbligatoria la visita medica; in tal caso, qualora venga sottoscritta una copertura "Garanzia Malattia Grave", gli accertamenti minimali sono comunque quelli del Livello 2 ad eccezione dell'elettrocardiogramma.</p>
Oro (Livello 2)	<p>Visita medica e ulteriori accertamenti sanitari relativi al Livello 2 (elenco di accertamenti fornito dalla Società)</p>
Platino (Livello 3)	<p>Visita medica e ulteriori accertamenti sanitari relativi al Livello 3 (elenco di accertamenti fornito dalla Società)</p>

Proposta n. _____ Tariffa _____

Agenzia

Agenzia _____ Cod. Agenzia _____ Cod. Subagenzia _____ Cod. Produttore _____

Contraente persona giuridica

Ragione Sociale _____ Cod. Fiscale _____
 Attività _____
 Indirizzo della sede legale _____
 CAP _____ Località _____ Provincia _____
 Codice IBAN _____
 Indirizzo email _____ Recapito telefonico _____

Contraente persona fisica

Cognome e Nome _____ Sesso _____ Data di nascita ____/____/____
 Luogo di nascita _____ Professione _____
 Indirizzo del domicilio abituale _____
 CAP _____ Località _____ Provincia _____
 Indirizzo di residenza (se diverso dal domicilio abituale) _____
 C.A.P. _____ Località _____ Provincia _____
 Codice IBAN _____
 Codice Fiscale _____ Documento di riconoscimento _____ Numero _____
 Rilasciato da _____ Località di rilascio _____ Data di rilascio ____/____/____
 Indirizzo email _____ Recapito telefonico _____

Legale Rappresentante

Cognome e Nome _____ Sesso _____ Data di nascita ____/____/____
 Luogo di nascita _____ Professione _____
 Indirizzo del domicilio _____
 CAP _____ Località _____ Provincia _____
 Indirizzo di residenza (se diverso dal domicilio) _____
 C.A.P. _____ Località _____ Provincia _____
 Codice Fiscale _____ Documento di riconoscimento _____ Numero _____
 Rilasciato da _____ Località di rilascio _____ Data di rilascio ____/____/____
 Indirizzo email _____ Recapito telefonico _____

Segue Proposta n. _____

Assicurando (se diverso dal Contraente)

Cognome e Nome		Sesso	Data di nascita
Luogo di nascita		Professione	
Indirizzo del domicilio			
CAP	Località	Provincia	
Indirizzo di residenza (se diverso dal domicilio)			
CAP	Località	Provincia	
Codice Fiscale	Documento di riconoscimento	Numero	
Rilasciato da	Località di rilascio	Data di rilascio	
Indirizzo email		Recapito telefonico	

Secondo Assicurando/Ragazzo (se il prodotto lo prevede)

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

Beneficiari

Avvertenza: in caso di mancata 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.

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 %	

☐ 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 %

☐ 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	

Tipologia del contratto

I successivi importi si intendono espressi in Euro.

Percentuale di Potenziamento caso morte / Garanzie complementari / Garanzie accessorie (se il prodotto li prevede)

- ☐ Potenziamento ☐ 50% ☐ 100% ☐ Garanzia complementare "Morte da Infortunio"
☐ Garanzia accessoria "Garanzia Malattia Grave" (M.G.) ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ Garanzia complementare "Morte da Infortunio da incidente stradale"

Premio - 1ª rata da versare

Garanzia base	Sovrappremi	Garanzia complementare	Garanzia accessoria (M.G.)	Premio netto
Interessi di frazionamento	Imposte su complementare	Costi di emissione	Diritti di Quietanza	Premio lordo

- rate successive - a partire dal

Garanzia base	Sovrappremi	Garanzia complementare	Garanzia accessoria (M.G.)	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
------------	---------------	-------------	---------------	------------------------	-------------

Solo in presenza di Garanzia accessoria (M.G.) (se il prodotto lo prevede): Garanzia accessoria "Garanzia Malattia Grave": Scadenza: __/__/__.

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

- 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. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico;
- prima della sottoscrizione dei Questionari (ove previsti) il soggetto di cui al punto precedente deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nei questionari stessi;

Questionario Abitudini di vita

L'Assicurando

1. svolge la seguente professione:

è esposto ai seguenti pericoli? (In caso affermativo, indicare una sola risposta) ☐ No ☐ Sì

Accesso a impalcature/ponteggi/tralicci <= 15m

☐ Contatto con materiali esplosivi

Accesso a impalcature/ponteggi/tralicci anche > 15m

☐ Lavori con macchinari pericolosi

Accesso a impalcature/tetti/ponteggi

☐ Svolge mansioni solo ed esclusivamente in ufficio

Altro _____

Nell'esercizio della sua professione è esposto ad altri rischi particolari?

☐ No ☐ Sì

Quali?

Frequenza

Precisazioni

2. pratica il/i seguente/i sport/s:

Nella pratica dello/degli sport/s è esposto ad altri rischi particolari?

☐ No ☐ Sì

Quali?

Frequenza

Gare

Precisazioni

3. può fornire altre notizie rilevanti ai fini assicurativi? (prossimi viaggi in luoghi pericolosi per condizioni climatiche o politico-militari?)

☐ No ☐ Sì

Quali?

Frequenza

Precisazioni

4. Solo in presenza di premi differenziati in base all'abitudine al fumo dell'Assicurando (se il prodotto lo prevede)

ha mai fumato negli ultimi 24 mesi? (in caso di risposta affermativa indicare quale)

☐ No ☐ Sì

Cosa?

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;
- di essere consapevoli che, 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, sono consapevoli di doverne dare comunicazione entro 30 giorni all'Intermediario o alla Società 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).

Avvertenze

- L'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.
- L'Assicurando non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.
- Si invita a leggere attentamente l'articolo relativo alle carenze riportato nelle Condizioni di Assicurazione.

L'Assicurando sceglie di essere sottoposto a valutazione sanitaria tramite:

☐ Visita medica ☐ Questionario sanitario

Questionario Sanitario

L'Assicurando

1) Ha mai praticato esami clinici, dai quali sia emersa una malattia o con risultati fuori dalla norma negli ultimi 5 ☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

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

2) Ha sofferto o soffre (oppure è stato ricoverato in case di cura, ospedali, ha subito interventi o assume o ha assunto farmaci) 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		
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"/> Ipertensione arteriosa	<input type="checkbox"/>
Ictus emorragico	<input type="checkbox"/> Ipertensione polmonare	<input type="checkbox"/>
Ictus ischemico	<input type="checkbox"/> Miocardiopatie (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., tricuspidale ecc.)	<input type="checkbox"/>
Leucoencefalopatia multifattoriale	<input type="checkbox"/> Varici arti inferiori non complicate	<input type="checkbox"/>
Altre malattie dell'apparato cardiocircolatorio		

Segue Proposta n. _____

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 Barré (guarita da almeno 1 anno)	<input type="checkbox"/>
Morbo di Parkinson	<input type="checkbox"/> Sindromi depressive	<input type="checkbox"/>
Cefalee non complicate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Altre malattie endocrine e metaboliche		

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 (guarite 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"/>
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 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 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 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"/>	<input type="checkbox"/>
Altre malattie dell'apparato digerente		

Segue Proposta n. _____

g) Tumori

☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

Tumori maligni ☐ Trattamenti chirurgici ☐
 Trattamenti chemioterapici ☐ Trattamenti radianti ☐
 Altro _____

h) Altro

☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

Aborto spontaneo prima gravidanza ☐ Leucemia ☐
 AIDS ☐ Trombocitosi ☐
 Artrite ☐ Anemia aplastica ☐
 Cataratta ☐ Poliglobulia ☐
 Cheratite (guarita da almeno 3 mesi) ☐ Altre malattie ematologiche ☐
 Colera (guarito) ☐ Mononucleosi (guarita) ☐
 Congiuntivite (guarita da almeno 3 mesi) ☐ Osteoartrite ☐
 Patologia discale del rachide (ernia del disco) ☐ Osteomielite (guarita) ☐
 Malattie esantematiche (guarite) ☐ Osteoporosi ☐
 Pregresse fratture e traumi (senza postumi invalidanti) ☐ Parto naturale e cesareo ☐
 Glaucoma ☐ Poliomielite ☐
 Artrite reumatoide ☐ Retinite (guarita da almeno 3 mesi) ☐
 Lupus eritematoso sistemico ☐ Reumatismo articolare acuto ☐
 Dermatomiosite ☐ Salmonellosi (guarita da almeno 3 mesi) ☐
 Scleroderma ☐ Scoliosi, lordosi e cifosi (guarite da almeno 3 mesi) ☐
 Connettivite mista ☐ Lue (sifilide) ☐
 Altre malattie autoimmuni ☐ Tifo (guarito) ☐
 Anemie in genere ☐ Toxoplasmosi ☐
 Favismo ☐ Tratto talassemico (anemia mediterranea portatore sano) ☐
 Emofilia ☐ Tubercolosi ☐
 Linfomi ☐ Vizi delle vista (miopia, presbiopia, astigmatismo) ☐
 Trombocitopenia ☐
 Altre malattie _____

3) Fa uso di alcolici?

☐ No ☐ Si

(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?

☐ No ☐ Si

(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?

☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare motivazione sanitaria)

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

☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare i postumi)

7) Misure somatiche

Peso _____ Altezza _____

Segue Proposta n. _____

8) Solo in presenza di Garanzia accessoria "Garanzia Malattia Grave" (M.G.) (se il prodotto lo prevede)

Nella sua parentela consanguinea (padre, madre, fratelli, sorelle) ci sono stati casi di infarto, coronopatia, cardiomiopatia, ictus, rene policistico, tumori maligni, poliposi intestinale, diabete prima dei 60 anni?

☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare la relazione di parentela consanguinea; se vivente indicare l'età alla diagnosi, la patologia e le attuali condizioni di salute; se defunto indicare l'età alla morte, la patologia, la durata della patologia e la causa della morte)

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; quest'ultimo termine si estende a 60 giorni qualora il contratto di assicurazione sia connesso all'erogazione di un Mutuo o altro contratto di Finanziamento. Il diritto di revoca o di recesso deve essere esercitato per iscritto tramite l'Intermediario incaricato o con lettera raccomandata A.R. da inviare a Unipol Assicurazioni S.p.A. – Area Life – Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna, contenente gli elementi identificativi, rispettivamente, della Proposta o del contratto. La Società rimborserà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, il premio complessivo eventualmente versato al netto della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, dei costi di emissione trattenuti in caso di recesso e delle eventuali imposte.

Modalità di pagamento del premio dell'emittendo contratto

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

Tali mezzi di pagamento dovranno essere intestati o girati alla Società ovvero all'Intermediario in tale qualità.

Periodicità del Premio: _____.

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

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

Firma del Contraente
(ovvero il Legale rappresentante)

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

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 [n. ____ (**)] e nei questionari (ove previsti), necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, esatte e complete e che non ho taciuto, 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 dal distributore, prima della sottoscrizione della presente Proposta, il Modulo unico precontrattuale (MUP) per il prodotto:
 - assicurativo NON-IBIP (**)
 - d'investimento assicurativo (***)
 collocato e le regole di comportamento del distributore, previsti dal Reg. IVASS n. 40 del 2/8/2018;
- di aver ricevuto, letto e compreso, prima della sottoscrizione della presente Proposta:
 - 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 (se il prodotto lo prevede)

(ovvero il Legale rappresentante)

(*) solo in caso di designazione generica;

(**) solo per contratti con prestazioni rivalutabili;

(**) solo per contratti con prestazioni di puro rischio;

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

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)

pagina intenzionalmente in bianco

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

USA_Info_Cont_01 – ed. 01.01.2025

Gentile Cliente, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito, il “**Regolamento**”), La informiamo che, al fine di fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore, saranno trattati alcuni dati personali a Lei e/o ad altri soggetti riferibili (in via esemplificativa, altri soggetti assicurati o beneficiari di polizza, aderenti ad associazioni che abbiano stipulato specifiche convenzioni con la Compagnia – come *infra* definita – ed in ragione delle quali Lei potrà eventualmente ricevere sconti o vantaggi).

Chi tratterà i dati personali?

Titolare del trattamento dei Suoi dati è **Unipol Assicurazioni S.p.A.** (www.unipol.it) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna (di seguito, la “**Compagnia**”).

Quali dati personali tratteremo?

Saranno trattate le seguenti categorie di dati personali (di seguito, i “**Dati**” o i “**Suoi Dati**”):

- dati anagrafici (in via esemplificativa, e non esaustiva, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita e codice fiscale) ed estremi di contatto (numero di telefono e indirizzo di posta elettronica);
- informazioni socioeconomiche (in via esemplificativa, e non esaustiva, dati reddituali, relativi alla Sua professione, alle Sue proprietà di beni immobili e di mobili registrati, alla Sua eventuale attività d'impresa, nonché informazioni sull'affidabilità creditizia);
- informazioni riguardanti la Sua posizione assicurativa con la Compagnia (in via esemplificativa, premi pagati, sinistri liquidati, ecc.);
- informazioni riguardanti i sinistri connessi alla Sua posizioni assicurative, anche intrattenute con altre compagnie assicurative;
- dati relativi ai Suoi metodi di pagamento (quali, ad esempio, le Sue coordinate bancarie);
- potranno altresì essere trattati dati appartenenti a categorie particolari (in specie, dati relativi alla Sua salute e alla Sua appartenenza sindacale), entro i limiti di quanto strettamente necessario all'erogazione dei servizi assicurativi da Lei richiesti, ovvero al fine di riconoscerLe le eventuali agevolazioni e/o gli sconti previsti dalle convenzioni di cui potrà beneficiare.

Oltre i Dati da Lei direttamente forniti, potranno essere trattati anche Dati raccolti presso fonti terze¹.

Qualora i dati appartenenti a categorie particolari siano riferibili a soggetti minori, Lei si impegna a ottenere i necessari consensi da parte di tutti coloro i quali esercitano nei confronti di tali soggetti minori la responsabilità genitoriale.

Perché tratteremo i Dati?

I Dati saranno trattati per le finalità e sul presupposto delle basi giuridiche di seguito indicate:

- (F1) – Stipula della polizza, erogazione dei servizi assicurativi da Lei richiesti (di seguito, i “Servizi Assicurativi” o i “Servizi”) e attività connesse:** il trattamento avviene al fine di consentire la stipula della polizza, relativa al prodotto assicurativo da Lei richiesto, nonché allo scopo di erogarne i relativi Servizi. In particolare, il trattamento potrebbe riguardare, fra le altre, le seguenti attività: predisposizione e stipula di contratti assicurativi; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri; pagamento o esecuzione delle eventuali ulteriori prestazioni previste dai Servizi da Lei richiesti; attività pertinenti la riassicurazione e/o la coassicurazione.
- (F2) – Finalità amministrativo-contabile e adempimento degli obblighi normativi di settore:** il trattamento avviene al fine di consentire l'adempimento degli obblighi normativi (ad esempio, fiscali), amministrativi e contabili di volta in volta applicabili, nonché per l'adempimento degli altri specifici obblighi previsti dal settore assicurativo (in via esemplificativa, la tenuta dei registri assicurativi) e delle eventuali disposizioni impartite dai soggetti pubblici competenti, quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza².
- (F3) – Finalità antifrode:** il trattamento comporta lo svolgimento delle attività pertinenti la prevenzione e l'accertamento delle frodi assicurative e la valutazione in ordine alle relative azioni legali da intraprendere, anche di concerto con le altre compagnie assicurative del Gruppo Unipol.
- (F4) – Esercizio e difesa dei diritti:** il trattamento avviene allo scopo di consentire alla Compagnia l'eventuale esercizio di azioni e/o la difesa di diritti, da intraprendere sia per via stragiudiziale che in sede giudiziaria, nonché lo svolgimento delle investigazioni difensive per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti ritenuti illeciti o fraudolenti.
- (F5) – Finalità statistiche e/o tariffarie:** il trattamento attiene allo svolgimento di attività di analisi ed elaborazione dei dati per finalità tariffarie e/o statistiche, secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, informazioni commerciali e creditizie (relative alla Sua affidabilità e puntualità nei pagamenti) per l'analisi di nuovi mercati assicurativi, per la gestione ed il controllo interno.
- (F6) – Comunicazioni di servizio:** il trattamento prevede l'utilizzo dei Dati al fine di inviarLe comunicazioni di servizio, necessarie alla corretta esecuzione del Suo rapporto contrattuale con la Compagnia, nonché le altre comunicazioni previste come obbligatorie dalle specifiche normative di settore. La informiamo inoltre che alcuni dei dati personali da Lei forniti (nome, cognome, numero di polizza, indirizzo e-mail) potranno essere trattati anche al fine di fornirLe l'assistenza tecnica e garantirLe l'accesso alla Sua area riservata.
- (F7) – Comunicazioni commerciali relative a prodotti e/o servizi analoghi a quelli da Lei acquistati (anche, “Soft spam”):** il Suo indirizzo di posta elettronica, qualora da Lei fornito nell'ambito delle attività di acquisto dei Servizi Assicurativi, potrà essere utilizzato al fine di inviarLe comunicazioni commerciali relative a prodotti e servizi assicurativi, analoghi a quelli da Lei acquistati. Resta sempre ferma la Sua facoltà di opporsi, in qualunque momento, alla ricezione di tali comunicazioni (si veda il paragrafo, “**I Suoi diritti**”).

#	Categorie di Dati	Base giuridica	Conferimento dei Dati
F1	a); b); c); d); e); f)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di dare esecuzione ad un contratto di cui Lei è parte. L'eventuale trattamento di dati appartenenti a categorie particolari avviene sulla base del consenso fornito ai sensi dell'art. 9, c. 2 lett. a) del Regolamento.	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento, non sarà possibile procedere all'erogazione dei Servizi.
F2	a); b); c)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di adempiere agli obblighi normativi di volta in volta applicabili.	
F3	a); b); c); d); e); f)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di tutelare o esercitare i diritti della Compagnia.	
F4	a); b); c); d); e); f)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di tutelare o esercitare i diritti della Compagnia.	
F5	a); b); c)	La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse della Compagnia nello svolgimento di attività di tariffazione e analisi statistiche.	
F6	a); c)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di dare esecuzione ad un contratto di cui Lei è parte, ovvero nella necessità di adempiere agli specifici obblighi normativi di volta in volta applicabili.	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento, non saremo in grado di inviarLe le comunicazioni di servizio connesse alla Sua posizione assicurativa.
F7	a)	Il trattamento avviene nel perseguimento di esigenze di marketing diretto, ai sensi dell'art. 130, c. 4 del D. Lgs. 196/2003.	Il conferimento dei Suoi Dati è facoltativo; il mancato conferimento non pregiudicherà l'erogazione dei Servizi.

¹ In via esemplificativa, i Dati potranno essere raccolti presso o per il tramite di: contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario; coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.), presso cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; 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.

² Per l'adempimento di specifici obblighi normativi, in via esemplificativa, ci si riferisce a: (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, l'Autorità Garante per la protezione dei dati personali; (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.

Come tratteremo i Suoi Dati?

I Suoi Dati saranno trattati tramite logiche e modalità, anche informatiche, strettamente pertinenti alle finalità suindicate, previa adozione delle misure di sicurezza ritenute adeguate ai rischi, e saranno resi accessibili al solo personale autorizzato e istruito, nella sola misura di quanto strettamente necessario allo svolgimento delle attività cui lo stesso risulta preposto.

I Suoi Dati potranno, altresì, essere oggetto di elaborazione per il tramite di sistemi di intelligenza artificiale, in particolare per finalità statistiche o tariffarie, nonché al fine di prevenire o accertare frodi assicurative. L'utilizzo dei suddetti sistemi non comporterà in ogni caso l'assunzione di una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato.

Inoltre, Le precisiamo che, al fine di migliorare e rendere più affidabili i sistemi di intelligenza artificiale, la Compagnia potrà utilizzare i Suoi Dati durante sessioni di addestramento del suddetto sistema. Tale trattamento avviene sulla base di un legittimo interesse della Compagnia, rivolto ad assicurare il più alto livello di prestazione dei propri sistemi e degli strumenti organizzativi della propria attività, avendo operato un bilanciamento tra gli interessi della Compagnia e i diritti e le libertà fondamentali degli interessati.

Qualora Lei intenda beneficiare di specifici sconti o vantaggi nell'acquisto dei prodotti e/o servizi offerti dalla Compagnia, Le potranno eventualmente (nel caso sussistano specifiche convenzioni dedicate) essere richiesti alcuni dati personali (anagrafici, nonché rientranti in categorie particolari, quali l'appartenenza a organizzazioni sindacali) riferibili a soggetti terzi: in tali casi, sarà necessario ottenere il consenso al trattamento dei dati da parte dei terzi interessati.

A chi comunicheremo i Dati?

I Dati non saranno soggetti a diffusione, ma potranno essere comunicati a soggetti terzi, in ragione delle sole finalità suesposte. In particolare, i Dati potranno essere comunicati a:

- soggetti esterni cui la Compagnia affida lo svolgimento di attività per proprio conto (in via esemplificativa, e non esaustiva, fornitori di servizi informatici, telematici e di archiviazione; soggetti cui sono affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; soggetti che forniscono attività di supporto alla gestione delle attività operative connesse – ad esempio, società di servizi postali; soggetti che svolgono attività di revisione, di consulenza, di informazione commerciale per rischi finanziari di controllo delle frodi, di recupero crediti, ecc.) e con cui la stessa stipula accordi volti a disciplinare il trattamento dei dati personali;
- altre società del Gruppo Unipol³, qualora necessario al perseguimento delle finalità suindicate;
- 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. In via esemplificativa: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali, investigatori privati; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; enti e 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);
- le competenti autorità – giudiziaria (di seguito, *“Autorità Giudiziaria”*), ente pubblico (di seguito, *“Pubblica Amministrazione”*), autorità di controllo (ad esempio, IVASS) o di pubblica sicurezza – sia al fine di dar seguito ad esigenze di tutela di un diritto della Compagnia, sia qualora questo risulti necessario al fine di adempiere ad una disposizione di legge, di regolamento o di normativa europea, ovvero in base a un ordine e/o un provvedimento delle competenti autorità summenzionate;
- società assicurative, non appartenenti al Gruppo Unipol, qualora necessario al perseguimento dei legittimi interessi della Compagnia, ovvero di tali società, correlati a specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale;
- ANIA (Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici), per la raccolta ed elaborazione di elementi, notizie e dati strumentali all'esercizio e alla tutela dell'industria assicurativa, nonché per la gestione della Convenzione tra assicuratori per il risarcimento diretto (CARD);
- Organismi consorziali del settore assicurativo, i quali operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazioni consorziate alle quali i dati possono essere comunicati;
- CONSAP (*“Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici”*);
- soggetti abilitati ad accedere ad alcuni Dati necessari per lo svolgimento di attività ausiliarie al rapporto contrattuale in oggetto (quali, in via esemplificativa, e non esaustiva, banche e istituti di credito, ente posta o altre società fornitrici di servizi simili, istituti di vigilanza o società che prestano il servizio di assistenza stradale);
- nel contesto della liquidazione di polizze appartenenti al ramo vita, i dati personali del beneficiario, entro i limiti di quanto strettamente necessario e ricorrendone i presupposti, potranno essere comunicati al/agli eredi del contraente che abbiano la qualifica di legittimari, in base a quanto stabilito tempo per tempo dall'Autorità Garante per i dati personali ovvero dall'Autorità giudiziaria.

Per ulteriori informazioni, consultare la sezione Privacy del sito web www.unipol.it.

I Suoi Dati non saranno trasferiti verso paesi situati al di fuori dell'Unione Europea o dello Spazio Economico Europeo; qualora ciò fosse necessario al perseguimento delle finalità suindicate, lo faremo sulla base delle misure di garanzia previste dal Regolamento, quali ad esempio una decisione di adeguatezza della Commissione Europea, ovvero la sottoscrizione di clausole contrattuali standard con l'importatore dei Dati.

Per quanto tempo tratteremo i Dati?

I Suoi Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale in essere e successivamente conservati, per ragioni amministrativo-contabili, nonché per l'adempimento degli obblighi normativi di volta in volta applicabili, in genere per dieci (10) anni dall'ultima registrazione; resta ferma la possibilità di un'ulteriore conservazione, qualora necessaria all'esercizio o alla tutela di diritti, nel caso di controversie o contestazioni.

I Suoi diritti

La normativa sulla privacy (articoli da 15 a 22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai Dati che La riguardano, di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione, se trattati illecitamente, e la portabilità dei dati che Lei ci ha fornito, qualora trattati in modo automatizzato sulla base di un Suo consenso o per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (articolo 20).

La normativa sulla privacy Le attribuisce, altresì, il diritto di richiedere la limitazione del trattamento dei Dati, se ne ricorrono i presupposti, e di opporsi al trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare.

Le ricordiamo che può sempre revocare il consenso eventualmente prestato; la revoca non pregiudica la liceità del trattamento svolto sino a quel momento.

Inoltre, può sempre opporsi all'invio di comunicazioni commerciali, qualora non basate sul Suo previo consenso (Soft Spam).

Il Responsabile per la protezione dei dati è a Sua disposizione, per chiarimenti sul trattamento dei Suoi dati e per l'esercizio dei Suoi diritti: può contattarlo all'indirizzo di posta elettronica privacy@unipol.it.

Collegandosi al sito www.unipol.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.

³ Per ulteriori informazioni, si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito www.unipol.com

Unipol Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipol@pec.unipol.it - tel. +39 051 5076111 - fax +39 051 5076666
Capitale sociale i.v. Euro 3.365.292.408,03 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00284160371 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 160304
Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sez. I al numero disponibile presso il sito unipol.it/informazioni-societarie
Capogruppo del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046
unipol.com - unipol.it