



UNIPOLSAI LTC AZIENDA

Assicurazione temporanea di rendita vitalizia in caso di Non Autosufficienza
a premio monoannuale
(tariffa LTC-COLL)

SET INFORMATIVO LTC-COLL-09/2019

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
- Facsimile del modulo di Proposta

mod. LTC-COLL ed. 09/2019

Assicurazione temporanea di rendita vitalizia in caso di Non Autosufficienza a premio monoannuale

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

Compagnia: UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: UNIPOLSAI LTC AZIENDA (tariffa LTC-COLL)



Il presente DIP è stato realizzato in data 30/09/2019 ed è l'ultimo aggiornamento pubblicato disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

Assicurazione temporanea di rendita vitalizia in caso di Non Autosufficienza a premio monoannuale, indifferenziata in base al sesso, (tariffa LTC-COLL).



Che cosa è assicurato / Quali sono le prestazioni?

Prestazione in caso di perdita di autosufficienza

In caso di riconoscimento da parte della Società dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, durante il periodo di copertura, la Società garantisce il pagamento della rendita annua assicurata, da erogare in rate mensili al Beneficiario designato finché l'Assicurato è in vita, purché permanga in stato di Non Autosufficienza.

Lo stato di Non Autosufficienza è determinato dall'incapacità, presumibilmente permanente, di svolgere parte delle seguenti 6 attività elementari della vita quotidiana:

- farsi il bagno;
- vestirsi e svestirsi;
- igiene del corpo;
- mobilità; continenza;
- bere e mangiare.

È inoltre coperto lo stato di Non Autosufficienza derivante dalla perdita delle capacità mentali, purché permanente e dovuta ad una patologia nervosa o mentale di natura organica, quali il morbo di Alzheimer o altre forme di patologia nervosa, che si traduce in incapacità di pensare, capire, ragionare o ricordare con conseguente incapacità di gestire sé stessi senza la supervisione continua da parte di una terza persona.

L'importo mensile della rendita assicurata non può superare Euro 2.000,00 e non può essere inferiore a Euro 500,00.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli artt. 1 e 2 delle Condizioni di Assicurazione.



Che cosa NON è assicurato?

L'assicurazione non prevede prestazioni assicurative nei seguenti casi:

- ✗ in caso di decesso dell'Assicurato
- ✗ In caso invalidità dell'Assicurato
- ✗ In caso di vita dell'Assicurato



Ci sono limiti di copertura?

! La garanzia relativa a ciascuna posizione individuale ha inizialmente un'efficacia limitata (periodo di carenza).

In particolare, la garanzia per lo stato di Non Autosufficienza dovuto ad una causa diversa dall'Infortunio, è soggetta ad un periodo di carenza di 90 giorni dall'ingresso in assicurazione della posizione individuale, o dall'eventuale riattivazione accordata dalla Società.

Tale periodo di carenza è esteso a:

- 1 anno, per lo stato di Non Autosufficienza dovuto a malattie neurologiche;
- 7 anni, per lo stato di non autosufficienza dovuto ad infezione – inclusa la sieropositività – da HIV o AIDS e patologie collegate.

In tali casi la Società non effettua alcun pagamento, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società. Le stesse limitazioni di garanzia si applicano all'eventuale aumento della prestazione, se richiesto dal Contraente, con riferimento all'incremento di importo.

! Qualora lo stesso evento accidentale determini lo Stato di Non Autosufficienza di più Assicurati, l'importo massimo complessivo da corrispondere non potrà essere superiore a sei volte la rendita annua media assicurata pro-capite dell'assicurazione collettiva.

! È inoltre esclusa dalle garanzie la Non Autosufficienza dovuta direttamente o indirettamente da determinate cause elencate nella corrispondente rubrica del DIP Aggiuntivo VITA.



Dove vale la copertura?

Il rischio di Non Autosufficienza è coperto senza limiti territoriali.



Che obblighi ho?

L'Assicurato e il Contraente sono tenuti a comunicare tempestivamente alla Società ogni cambiamento di professione o di attività dell'Assicurato stesso (Art.1926 del Codice Civile).

Qualora l'Assicurato manifesti uno stato di Non Autosufficienza deve esserne fatta denuncia alla Società entro i 90 giorni successivi, mediante raccomandata A.R. per chiedere il pagamento della rendita ai sensi dell'art. 15 delle Condizioni di Assicurazione. La data della denuncia è il giorno di ricevimento da parte della Società della raccomandata completa di tutta la documentazione richiesta.

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

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

La richiesta di liquidazione deve essere fornita alla Società tramite il competente intermediario incaricato oppure inviata mediante raccomandata direttamente a:

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

specificando gli elementi identificativi del contratto.

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



Quando e come devo pagare?

L'assicurazione richiede, in via anticipata per ciascun periodo di copertura annuale, il versamento alla Società del premio complessivo a fronte delle prestazioni assicurate nel periodo stesso per l'insieme delle posizioni individuali degli Assicurati autosufficienti presenti nella collettiva.

L'importo del premio relativo a ciascuna posizione individuale viene determinato in base a criteri uniformi e indipendenti dalla diretta volontà del singolo Assicurato (ad esempio in percentuale della retribuzione oppure in funzione di un importo prestabilito di rendita assicurata) e dipende altresì dall'età assicurativa raggiunta dall'Assicurato, nonché dal suo stato di salute e dalle sue abitudini di vita (ad esempio professione e attività sportive) che possono comportare l'applicazione di soprapremi.

L'età assicurativa si calcola in anni interi al giorno del compleanno più vicino alla data di riferimento del calcolo.

L'aumento dell'età assicurativa raggiunta dall'Assicurato ad ogni rinnovo dell'assicurazione monoannuale comporta – a parità degli altri parametri di calcolo – un incremento del premio per il relativo periodo di copertura (c.d. premio monoannuale) riferito alla posizione individuale.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La durata dell'assicurazione è annuale (c.d. assicurazione monoannuale) e si rinnova automaticamente da un periodo al successivo fino alla risoluzione della Convenzione.

Il contratto è concluso nel giorno in cui il Contraente sottoscrive la Convenzione firmata dalla Società.

La copertura relativa alla posizione individuale entra in vigore, a condizione che la relativa scheda di Polizza venga emessa dalla Società e che venga pagato il premio, alle ore 24 della data di decorrenza oppure della data di emissione, se successiva, indicata nella scheda di Polizza stessa oppure, in caso di richiesta di un soprapremio per la posizione individuale, della data in cui la Società riceve l'accettazione scritta del Contraente.

Per ulteriori dettagli relativi all'entrata in vigore e cessazione delle garanzie relativamente a ciascuna posizione individuale, si rinvia all'art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.



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

Non è prevista la revoca della proposta né il recesso dal contratto.

A seguito della sospensione del pagamento dei premi e della mancata riattivazione delle garanzie, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società in corrispettivo del rischio corso. Se la sospensione e la mancata riattivazione riguardano tutte le posizioni individuali, il contratto si risolve.



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

Il contratto non prevede riscatto o riduzione.

Assicurazione temporanea di rendita vitalizia in caso di Non Autosufficienza a premio monoannuale

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

Compagnia: UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: UNIPOLSAI LTC AZIENDA (tariffa LTC-COLL)



Il presente DIP è stato realizzato in data 30/09/2019 ed è l'ultimo aggiornamento pubblicato disponibile

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

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

UnipolSai Assicurazioni S.p.A., in breve UnipolSai S.p.A. (di seguito "Società"), Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046, Sede Legale Via Stalingrado, 45; CAP 40128; Bologna (Italia); tel. +39 051 5077111; fax 051.7096584, siti internet: www.unipolsai.com – www.unipolsai.it; e-mail: assistenzaavita@unipolsai.it; PEC: unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it. La Società è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984; numero di Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione presso l'IVASS: Sez. I n. 1.00006.

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

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

specificando gli elementi identificativi del contratto.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2018, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 5.765,85 milioni con capitale sociale pari ad € 2.031,46 milioni e totale delle riserve patrimoniali, pari ad € 3.324,34 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unipolsai.com, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2018, è pari ad € 2.788,51 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 1.254,83 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 7.057,07 milioni e ad € 5.931,52 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2018, pari a 2,53 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati sulla base del Modello Interno Parziale, al cui utilizzo la Società è stata autorizzata dall'IVASS in data 7 febbraio 2017, a decorrere dal 31 dicembre 2016.

Al presente contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato / Quali sono le prestazioni?

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



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

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

- un evento - malattia o condizione patologica o Infortunio (qui e di seguito inteso come un trauma prodotto all'organismo da causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili) - preesistente al momento dell'ingresso in assicurazione della posizione individuale o al momento di una richiesta di aumento della prestazione (in questo caso l'esclusione si applica con riferimento all'incremento di importo) oppure al momento dell'eventuale riattivazione accordata dalla Società ai sensi dell'art. 10 delle Condizioni di Assicurazione. La presente esclusione non si applica qualora l'Assicurato abbia fornito prima dell'ingresso in assicurazione dichiarazioni in merito ai predetti eventi e la Società, eventualmente a fronte di ulteriori accertamenti sanitari e/o all'applicazione di soprapremi sanitari, abbia accettato il rischio;

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- atti di guerra, operazioni militari, partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, sommosse e tumulti popolari;
- contaminazioni chimiche e/o batteriologiche, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, accelerazioni di particelle atomiche ed esposizione a particelle ionizzanti;
- uso di stupefacenti o di allucinogeni e abuso continuativo di alcolici o di farmaci, comprovati da documentazione sanitaria;
- patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi, ecc.) che determinino un'effettiva ed obiettivamente accertabile incapacità a svolgere le attività elementari della vita quotidiana;
- partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- pratica di sport pericolosi (ad esempio: paracadutismo e sport aerei in genere, pugilato, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico in tutte le sue forme, bob, speleologia, alpinismo con scalata di roccia o accesso a ghiacciai, arrampicata libera, canoa fluviale, sport subacquee in genere);
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio.

Se lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato deriva da una di tali cause escluse dalla garanzia, la Società non effettua alcun pagamento, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia:

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

Prescrizione:

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

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

Liquidazione della prestazione:

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

Qualora si verifichi lo stato di Non Autosufficienza, l'Assicurato e il Contraente sono tenuti a fornire in modo veritiero e completo le dichiarazioni e le prove richieste dalla Società per l'accertamento dello stato di Non Autosufficienza e delle relative cause. Inoltre, su richiesta della Società, l'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti medici necessari per compiere la valutazione funzionale della propria capacità fisica, presso strutture sanitarie e da medici di fiducia della stessa Società.

Inoltre l'Assicurato riconosciuto in stato di Non Autosufficienza è obbligato a sottoporsi - su richiesta della Società e non più di una volta ogni tre anni - alle visite e agli esami medici necessari per accertare il permanere di tale stato.

Qualora non sussista più lo stato di Non Autosufficienza o, comunque, nel caso che l'Assicurato o il Contraente non adempiano ai precedenti obblighi, la Società comunica al Contraente e al Beneficiario la cessazione della corresponsione della rendita, a decorrere dalla prima rata mensile successiva alla data della comunicazione stessa.

Dichiarazioni inesatte o reticenti

Fermo che l'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta la rettifica delle somme dovute dalla Società in base all'età reale, si evidenzia che le dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato debbono essere veritiere, esatte e complete per evitare il rischio di successive, legittime contestazioni da parte della Società che potrebbero anche pregiudicare il diritto al pagamento delle prestazioni.

Per approfondimenti si rinvia all'Art. 8 delle Condizioni di Assicurazione.



Quando e come devo pagare?

Premio

Fermo restando che le parti possono stabilire nella Convenzione 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.

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.

Rimborso Nel caso in cui l'Assicurato perda i requisiti previsti dalla Convenzione, la posizione individuale si estingue alle ore 24 di tale giorno e, a condizione che il Contraente abbia comunicato la perdita dei requisiti entro i 30 giorni successivi, la Società rimborsa al Contraente l'eventuale parte di premio relativa alla frazione del periodo di copertura in cui la garanzia non è stata in vigore.

Sconti Il rischio assunto dalla Società con l'assicurazione può essere influenzato dalle caratteristiche della collettività omogenea di riferimento (ad esempio il tipo di attività professionale svolta), dai criteri con cui i singoli componenti vengono inseriti in assicurazione, dalla numerosità degli stessi, nonché dal tipo di documentazione di cui la Società potrà disporre per valutare preventivamente il rischio stesso.

Qualora i suddetti aspetti evidenzino una situazione particolarmente favorevole per il livello del rischio mediamente assunto, la Società potrà valutare la possibilità di concedere eventuali sconti.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nella corrispondente rubrica del DIP Vita.

Sospensione La sospensione del pagamento dei premi per la posizione individuale determina l'automatica sospensione delle relative garanzie e, se queste non vengono riattivate, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società in corrispettivo del rischio corso. Se la sospensione e la mancata riattivazione riguardano tutte le posizioni individuali, il contratto si risolve.

Le garanzie sospese a seguito della sospensione del pagamento dei premi possono essere riattivate nel rispetto di modalità e termini prestabiliti. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 10 delle Condizioni di Assicurazione.



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

Revoca Non prevista.

Recesso Non previsto.

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



A chi è rivolto questo prodotto?

È un'assicurazione collettiva sulla vita in quanto opera esclusivamente in applicazione di un'apposita Convenzione che il Contraente (di norma un datore di lavoro o una forma pensionistica complementare collettiva, in adempimento ad un obbligo derivante da un contratto o accordo collettivo di lavoro, o altro Ente), stipula con la Società per i componenti di una collettività omogenea di individui, ciascuno dei quali potrà essere inserito nella collettiva, in veste di Assicurato, mediante una propria posizione individuale.

Previa valutazione del rischio, in ogni periodo di copertura vengono inclusi nell'assicurazione tutti i componenti della collettività che avranno i requisiti stabiliti nella Convenzione con età assicurativa compresa fra i 18 ed i 70 anni.

La Società si riserva comunque la facoltà di rifiutare o accettare i rischi applicando eventuali soprapremi o di rifiutare i rischi stessi.



Quali costi devo sostenere?

TABELLA DEI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

Diritti dovuti in aggiunta al premio della posizione individuale:	€ 1,00
Importo fisso prelevato dal premio della posizione individuale:	€ 20,00
Caricamento in percentuale del premio al netto dell'importo fisso:	20,0%

TABELLA SUI COSTI PER L'EROGAZIONE DELLA RENDITA

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

Spese, in percentuale della rendita, per la sua erogazione in rate mensili:	2,0%
---	------

COSTI DI INTERMEDIAZIONE

Quota-parte percepita in media dagli intermediari con riferimento ai costi del contratto posti a carico del Contraente: 50,00%

Il costo della visita medica (quando richiesta) e degli accertamenti sanitari eventualmente effettuati grava direttamente sul Contraente.



Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

Valori di
riscatto e
riduzione

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

Richiesta di
informazioni

-

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa
assicuratrice

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

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Reclami e Assistenza Specialistica Clienti

Via della Unione Europea n. 3/B, 20097 San Donato Milanese (MI)

Fax: 02.51815353 e-mail: reclami@unipolsai.it

Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unipolsai.it.

I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela.

È possibile anche inviare il reclamo direttamente all'Agente o dell'Intermediario assicurativo a titolo accessorio se riguarda il suo comportamento o quello dei relativi dipendenti e collaboratori.

I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B o D del Registro Unico Intermediari (Broker/Mediatore o Banche), nonché degli Intermediari iscritti nell'elenco annesso, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet della Società www.unipolsai.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto.

Una volta ricevuto il reclamo, la funzione Reclami e Assistenza Specialistica Clienti di UnipolSai deve fornire riscontro al reclamante/proponente nel termine massimo di 45 giorni, oppure 60 giorni nel caso il reclamo riguardi il comportamento dell'Agente o dell'Intermediario assicurativo a titolo accessorio (e relativi dipendenti e collaboratori).

All'IVASS

Nel caso in cui il reclamo abbia esito insoddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine previsto è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.

I reclami indirizzati all'IVASS contengono:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato alla Società o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

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

Mediazione

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

Negoziazione
assistita

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

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- Procedura di arbitrato: arbitrato irrituale - Le controversie di natura medica sul riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato e sugli esiti del riesame di tale stato, sono demandate 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. È fatta comunque salva la possibilità delle parti di concordare la nomina di un medico unico da scegliersi di comune accordo. 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, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le parti anche qualora uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo. - Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/banking-and-finance/consumer-finance-and-payments/consumer-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.
--	--

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Trattamento fiscale dei premi Il premio versato dal datore di lavoro (Azienda) è deducibile dal reddito d'impresa ai sensi dell'art. 95 del TUIR (in conformità a contratto di lavoro, accordo o regolamento aziendale) o nei limiti stabiliti dall'art. 100 del TUIR. Il premio non concorre a formare il reddito di lavoro dipendente se versato a favore della generalità dei dipendenti o di categorie di dipendenti (art. 51, comma 2, lett. f-quater del TUIR). Il premio eventualmente versato (in tutto o in parte) dall'Assicurato non dà diritto alla detrazione sul reddito delle persone fisiche (art. 15 comma 1, lett. f, del TUIR). Trattamento fiscale delle somme corrisposte Le somme percepite dal Beneficiario in caso di Non Autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti della vita quotidiana, anche se erogate in forma di rendita, sono esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche. Le eventuali imposte relative al contratto sono a carico del Contraente o degli aventi diritto.
---	--

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

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON SARÀ POSSIBILE GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

Data ultimo aggiornamento: 30/09/2019

Art. 1. Prestazioni assicurate

Con la presente assicurazione collettiva, in relazione a ciascuna posizione individuale presente nella scheda di Polizza emessa dalla Società per ogni periodo annuale di copertura e a fronte del versamento del relativo premio, la Società garantisce, qualora si verifichi lo stato di Non Autosufficienza (come definito all'art. 2 e **purché riconosciuto dalla Società**) dell'Assicurato durante il periodo di copertura stesso, la corresponsione della rendita annua assicurata alla data della denuncia effettuata ai sensi dell'art. 11. Fatto salvo quanto stabilito all'art. 4, la rendita assicurata in ciascun periodo di copertura risulta esclusivamente, per ogni posizione individuale presente in assicurazione, dalla relativa scheda di Polizza. La decorrenza del periodo di copertura è indicata nella scheda stessa.

La rendita assicurata viene corrisposta al Beneficiario designato a norma della Convenzione, finché l'Assicurato è in vita e **purché permanga lo stato di Non Autosufficienza**. Le rate di rendita dovute sono quelle che scadono prima della data di decesso dell'Assicurato. **Dovranno essere restituite alla Società le rate di rendita eventualmente corrisposte con scadenza successiva al decesso dell'Assicurato.**

Salvo il caso di disdetta della Convenzione, **l'assicurazione si rinnova automaticamente da un periodo di copertura al successivo**, fermo restando quanto stabilito all'art. 6.

L'assicurazione collettiva e le singole posizioni individuali non sono riscattabili.

Se, durante i periodi di copertura, non si verifica lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato o l'Assicurato muore, la posizione individuale si estingue ed **i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società in corrispettivo del rischio corso.**

Le modalità ed i termini per l'accertamento dello stato di Non Autosufficienza e per la conseguente corresponsione della rendita sono descritti all'art. 11 e seguenti.

Le garanzie sono operanti senza limiti territoriali e fatte salve **le esclusioni descritte all'art. 3.**

Art. 2. Definizione dello stato di Non Autosufficienza

Lo stato di Non Autosufficienza è determinato dall'incapacità - accertata ai sensi dell'art. 11 -, presumibilmente permanente, di svolgere, come sotto precisato, parte delle seguenti attività elementari della vita quotidiana:

- farsi il bagno;
- vestirsi e svestirsi;
- igiene del corpo;
- mobilità;
- continenza;
- bere e mangiare.

Per ognuna delle attività suddette viene constatato il grado di autonomia dell'Assicurato nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo lo schema di valutazione funzionale riportato nella seguente tabella. Lo stato di Non Autosufficienza viene riconosciuto quando la somma dei punteggi è almeno pari a 40.

Qualora la somma dei punteggi non sia almeno pari a 40, è altresì coperto lo stato di Non Autosufficienza derivante dalla perdita delle capacità mentali, purché permanente e dovuta a patologia nervosa o mentale di natura organica (quali il morbo di Alzheimer o altre forme di patologia nervosa). Per perdita delle capacità mentali si intende incapacità di pensare, capire, ragionare o ricordare con conseguente incapacità dell'Assicurato nel gestire sé stesso, senza la supervisione continua da parte di una terza persona, nello svolgimento delle attività di base della vita quotidiana.

Per il riconoscimento della condizione di Non Autosufficienza è necessario che:

- esista diagnosi clinica che attribuisca il deterioramento mentale a cause organiche;
- il grado di disabilità cognitiva risulti dalla somministrazione di Test Neuropsicologico (Mini Mental State Examination, MMSE), effettuata da medico specialista in conformità alle procedure indicate dalla Letteratura medico-scientifica di riferimento e con risultato inferiore a 15 (corretto);
- l'Assicurato abbia perduto la propria autosufficienza e necessiti di controllo e/o supervisione continua da parte di Terzi.

Farsi il bagno		
1° grado	L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno.	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa di farsi il bagno.	Punteggio 10

<i>Vestirsi e svestirsi</i>		
1° grado	L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo.	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo.	Punteggio 10
<i>Igiene del corpo</i>		
1° grado	L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3): (1) andare al bagno; (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi; (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3).	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3).	Punteggio 10
<i>Mobilità</i>		
1° grado	L'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto.	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi.	Punteggio 10
<i>Continenza</i>		
1° grado	L'Assicurato è completamente continente.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno.	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia.	Punteggio 10
<i>Bere e mangiare</i>		
1° grado	L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: • sminuzzare/tagliare il cibo; • sbucciare la frutta; • aprire un contenitore o una scatola; • versare bevande nel bicchiere.	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	Punteggio 10

Art. 3. Esclusioni

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

- un evento - malattia o condizione patologica o Infortunio (qui e di seguito inteso come un trauma prodotto all'organismo da causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili) - preesistente al momento dell'ingresso in assicurazione della posizione individuale o al momento di una richiesta di aumento della prestazione (in questo caso l'esclusione si applica con riferimento all'incremento di importo) oppure al momento dell'eventuale riattivazione accordata dalla Società ai sensi dell'art. 10. La presente esclusione non si applica qualora l'Assicurato abbia fornito prima dell'ingresso in assicurazione dichiarazioni in merito ai predetti eventi e la Società, eventualmente a fronte di ulteriori accertamenti sanitari e/o all'applicazione di soprapremi sanitari, abbia accettato il rischio;
- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- atti di guerra, operazioni militari, partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, sommosse e tumulti popolari;
- contaminazioni chimiche e/o batteriologiche, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, accelerazioni di particelle atomiche ed esposizione a particelle ionizzanti;
- uso di stupefacenti o di allucinogeni e abuso continuativo di alcolici o di farmaci, comprovati da documentazione sanitaria;
- patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi, ecc.) che determinino un'effettiva ed obiettivamente accertabile incapacità a svolgere le attività elementari della vita quotidiana;
- partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- pratica di sport pericolosi (ad esempio: paracadutismo e sport aerei in genere, pugilato, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico in tutte le sue forme, bob, speleologia, alpinismo con scalata di roccia o accesso a ghiacciai, arrampicata libera, canoa fluviale, sport subacquee in genere);
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto

idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio.

Se lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato è determinato da una di tali cause escluse dalla garanzia, la Società non effettua alcun pagamento, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società.

Art. 4. Sinistro che colpisca più Assicurati

Qualora lo stesso evento accidentale determini lo stato di Non Autosufficienza di più Assicurati, la garanzia è limitata alla corresponsione di un importo annuo massimo complessivo pari a sei volte la rendita annua media assicurata pro-capite dell'assicurazione collettiva.

L'ammontare di rendita annua spettante a ciascuno dei suddetti Assicurati si determina, alla data di decorrenza della rendita di cui all'art. 12, suddividendo l'importo annuo massimo complessivo in proporzione alle rispettive rendite assicurate.

Art. 5. Premio

Il premio è dovuto dal Contraente in via anticipata alla data di decorrenza di ciascun periodo di copertura (data di scadenza del premio), ma non oltre la morte o la data della denuncia, ai sensi dell'art. 11, dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, purché riconosciuto dalla Società.

Il premio di competenza di ciascun periodo di copertura, indicato nella relativa scheda di Polizza, è dovuto per intero.

In caso di denuncia dello stato di Non Autosufficienza, il Contraente deve comunque continuare il pagamento dei premi fino al riconoscimento da parte della Società dello stato di Non Autosufficienza; a seguito del riconoscimento, la Società, oltre a corrispondere la rendita assicurata, rimborsa al Contraente i premi pagati relativi alle scadenze successive alla denuncia stessa.

Fermo restando che le parti possono stabilire in Convenzione 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.

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.

Art. 6. Ingresso e permanenza nell'assicurazione, entrata in vigore delle garanzie

All'ingresso in assicurazione della posizione individuale, **a condizione che la relativa scheda di Polizza venga emessa dalla Società** e che venga pagato il premio nei termini di cui agli art. 5 e 9, le garanzie entrano in vigore alle ore 24 della data di decorrenza (decorrenza) indicata in scheda di Polizza oppure della data di emissione, se successiva, indicata nella scheda di Polizza stessa o, in caso di richiesta di un soprapremio per la posizione individuale, della data in cui la Società riceve l'accettazione scritta del Contraente; **detta accettazione deve essere inviata, pena decadenza, entro 10 giorni dalla richiesta del soprapremio.**

In ogni caso sono fatte salve le esclusioni e le limitazioni esplicitamente previste per le garanzie.

La suddetta modalità si applica anche in caso di aumento della rendita assicurata per la posizione individuale, con riferimento all'entrata in vigore del solo incremento di garanzia.

La posizione individuale si estingue alle ore 24 del giorno in cui l'Assicurato perde i requisiti previsti dalla Convenzione; entro i 30 giorni successivi il Contraente è tenuto a comunicare la perdita dei requisiti alla Società, mediante raccomandata A.R.. A condizione che venga rispettato tale termine, la Società rimborsa al Contraente l'eventuale parte di premio relativa alla frazione del periodo di copertura in cui la garanzia non è stata in vigore.

Il rinnovo automatico dell'assicurazione non opera per gli Assicurati che abbiano superato i 70 anni di età assicurativa: al termine del periodo di copertura durante il quale l'Assicurato avrà superato tale età, la relativa posizione individuale si estingue.

L'età assicurativa si calcola in anni interi al giorno del compleanno più vicino alla data di riferimento del calcolo.

Art. 7. Limitazioni

La garanzia per lo stato di Non Autosufficienza dovuto ad una causa diversa dall'Infortunio, è soggetta ad un periodo di carenza di 90 giorni dall'ingresso in assicurazione della posizione individuale o dall'eventuale riattivazione accordata dalla Società ai sensi dell'art. 10. Tale periodo è esteso a:

- 1 anno per lo stato di Non Autosufficienza dovuto a malattie neurologiche;
- 7 anni per lo stato di Non Autosufficienza dovuto ad infezione – inclusa la sieropositività – da HIV o AIDS e patologie collegate.

Qualora lo stato di Non Autosufficienza sia determinato da una causa per la quale, al momento dell'insorgenza di detto stato, è operante il periodo di carenza, la Società non effettua alcun pagamento, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società.

Le stesse limitazioni di garanzia si applicano all'eventuale aumento della prestazione, se richiesto dal Contraente, con riferimento all'incremento di importo.

Art. 8. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Società, se avesse conosciuto il vero stato delle cose, non avrebbe dato il proprio consenso all'assicurazione della posizione individuale o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, la Società si riserva:

- di impugnare l'assicurazione stessa e quindi, in caso di sinistro, di rifiutare il pagamento della prestazione, ai sensi dell'art. 1892 c.c., quando esiste malafede o colpa grave;
- di recedere dall'assicurazione stessa o, in caso di sinistro, di ridurre la somma da pagare, ai sensi dell'art. 1893 c.c., quando non esiste malafede o colpa grave.

Trascorsi 180 giorni dall'entrata in vigore delle garanzie, la Società può agire, come previsto al precedente comma, esclusivamente quando esiste malafede o colpa grave.

L'inesatta o incompleta indicazione dei dati anagrafici dell'Assicurato, se rilevante ai fini delle prestazioni, comporta la rettifica, in base ai dati reali, delle rate di rendita dovute e di quelle eventualmente già corrisposte.

Art. 9. Mancato pagamento dei premi: interruzione delle garanzie e risoluzione dell'assicurazione

Il mancato pagamento del premio, trascorso il termine di 30 giorni dalla relativa data di scadenza o dalla data di emissione, se successiva, indicata nella relativa scheda di Polizza, comporta - a partire dalle ore 24 della suddetta data di scadenza del premio - la sospensione delle garanzie e, se queste non vengono riattivate ai sensi dell'art. 10, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società in corrispettivo del rischio corso.

A parziale deroga dell'art. 1, in caso di denuncia effettuata ai sensi dell'art. 11 dopo la data di scadenza del primo premio rimasto insoluto e fermo restando che lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato deve essersi verificato nei termini previsti al medesimo art. 1, il riconoscimento da parte della Società che lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato si è verificato:

- entro la data di scadenza del primo premio rimasto insoluto, comporta la corresponsione della rendita che risultava in vigore alla data di scadenza stessa;
- dopo la data di scadenza del primo premio rimasto insoluto, ma entro il termine di cui al primo comma del presente articolo, comporta la corresponsione della rendita che sarebbe risultata in vigore in caso di regolare versamento del premio, previo pagamento del premio stesso.

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

Art. 10. Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione delle garanzie

Entro 180 giorni dalla sospensione delle garanzie per mancato pagamento dei premi, il Contraente può riattivarle pagando i premi arretrati per la posizione individuale, aumentati degli interessi legali per il periodo intercorso fra ciascuna data di scadenza e quella di riattivazione.

Trascorsi 180 giorni dalla sospensione delle garanzie, la riattivazione può essere concessa dalla Società che, per decidere se accordarla, **può richiedere eventuali accertamenti sanitari.**

La riattivazione ripristina le garanzie con effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento dei premi arretrati aumentati degli interessi.

In ogni caso sono fatte salve le esclusioni e le limitazioni esplicitamente previste per le garanzie.

Art. 11. Denuncia e accertamento dello stato di Non Autosufficienza

Qualora l'Assicurato manifesti uno stato di Non Autosufficienza, come definito all'art. 2, deve esserne fatta denuncia alla Società **entro i 90 giorni successivi, mediante raccomandata A.R.** per chiedere il pagamento della rendita ai sensi dell'art. 15. La data della denuncia è il giorno di ricevimento da parte della Società della raccomandata completa di tutta la documentazione richiesta secondo quanto previsto dall'Allegato A.

L'Assicurato e il Contraente sono tenuti a fornire in modo veritiero e completo le dichiarazioni e le prove richieste dalla Società per l'accertamento dello stato di Non Autosufficienza e delle relative cause. Inoltre, su richiesta della Società, l'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti medici necessari per compiere la valutazione funzionale della propria capacità fisica, presso strutture sanitarie e da medici di fiducia della stessa Società.

La Società si impegna ad accertare lo stato di Non Autosufficienza entro 180 giorni dalla data della denuncia o, comunque, dalla data di ricevimento dell'eventuale ulteriore documentazione richiesta ai sensi dell'art. 15, inclusa quella relativa agli eventuali accertamenti medici.

Art. 12. Termini per la corresponsione della rendita

La rendita annua viene corrisposta – in rate mensili - a seguito del riconoscimento da parte della Società dello stato di Non

Autosufficienza dell'Assicurato.

La scadenza di pagamento della prima rata mensile di rendita (data di decorrenza della rendita) è stabilita al primo giorno del mese che segue di almeno 30 giorni la data di denuncia. Se l'accertamento dello stato di Non Autosufficienza si protrae oltre la suddetta data di decorrenza, la Società corrisponde le rate di rendita arretrate insieme a quella in scadenza alla prima ricorrenza mensile successiva al riconoscimento.

La corresponsione della rendita termina con il pagamento della rata mensile relativa al mese in cui avviene il decesso dell'Assicurato.

Art. 13. Rivedibilità dello stato di Non Autosufficienza

L'Assicurato riconosciuto in stato di Non Autosufficienza è obbligato a sottoporsi - su richiesta della Società e non più di una volta ogni tre anni - alle visite e agli esami medici necessari per accertare il permanere di tale stato. L'Assicurato e il Contraente sono inoltre tenuti a fornire in modo veritiero e completo le dichiarazioni e le prove richieste dalla Società per il suddetto accertamento.

Qualora non sussista più lo stato di Non Autosufficienza o, comunque, nel caso che l'Assicurato o il Contraente non adempiano ai precedenti obblighi, la Società comunica al Contraente e al Beneficiario la cessazione della corresponsione della rendita, a decorrere dalla prima rata mensile successiva alla data della comunicazione stessa.

In tal caso l'eventuale nuova attivazione delle garanzie dovrà essere esplicitamente accordata dalla Società.

Art. 14. Controversie: arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sul riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato e sugli esiti del riesame di tale stato, sono demandate 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. È fatta comunque salva la possibilità delle parti di concordare la nomina di un medico unico da scegliersi di comune accordo. 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, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. 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.

Art. 15. 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 – secondo quanto previsto nell'Allegato A in relazione alla causa del pagamento ivi indicata.

La documentazione deve essere fornita alla Società tramite il competente intermediario incaricato oppure inviata mediante raccomandata direttamente a:

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

specificando gli elementi identificativi del contratto.

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 antiriciclaggio, 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 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 tale termine, ed a partire dal medesimo, sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto, calcolati secondo i criteri della capitalizzazione semplice, al tasso annuo pari al saggio legale tempo per tempo in vigore, anche agli eventuali fini ed effetti di cui all'art. 1224, 2° co., c.c..

Art. 16. Legge applicabile

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

Art. 17. Foro competente

Per le controversie relative al contratto è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo in cui il Contraente ha la residenza o il domicilio.

Art. 18. Tasse e imposte

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

ALLEGATO A

DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE ALLA SOCIETÀ' TRAMITE IL COMPETENTE SOGGETTO ABILITATO IN RELAZIONE ALLA CAUSA DEL PAGAMENTO

DOCUMENTAZIONE PER LA DENUNCIA DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	Ai fini dell'accertamento da parte della Società dello stato di Non Autosufficienza di un Assicurato, il Contraente dovrà farne denuncia con i termini e le modalità stabilite all'art.11 delle Condizioni di Assicurazione. La denuncia, effettuata su modello fornito dalla Società, oppure redatta su carta semplice fornendo tutte le informazioni previste dal modello stesso, dovrà essere corredata dagli estremi del conto corrente sul quale effettuare l'accredito della rendita (intestatario, codice IBAN). Inoltre devono essere forniti: - Fotocopia fronte retro del documento di riconoscimento valido e del codice fiscale dell'avente diritto; - certificato attestante lo stato Non Autosufficienza; - relazione medica sulle cause della perdita di Autosufficienza entrambi da compilarsi a cura: • del medico curante dell'Assicurato, nel caso in cui la somma dei punteggi di cui all'art. 2 sia almeno pari a 40; • di un neurologo o di uno psichiatra, qualora la somma dei punteggi di cui all'Art. 2 sia inferiore a 40 e la Non Autosufficienza derivi dalla perdita permanente delle capacità mentali dovuta ad una patologia nervosa o mentale di natura organica, quali il morbo di Alzheimer o altre forme di patologia nervosa, che si traduce in incapacità di pensare, capire, ragionare o ricordare e nell'impossibilità di gestirsi senza la continua supervisione di terzi. - Mandato e/o Procura e/o Decreto di nomina di Amministratore di sostegno o del Tutore o del Curatore dell'avente diritto, nonché copia fronte/retro del documento di riconoscimento valido e codice fiscale del Procuratore/Mandatario/Amministratore di sostegno/Tutore/Curatore (*); - Decreto del Giudice Tutelare che autorizza la riscossione e dispone sul reimpiego delle somme, con esonero della Società da ogni responsabilità circa il pagamento della somma stessa e da ogni ingerenza e responsabilità circa l'eventuale reimpiego, 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) (*). Gli importi da far autorizzare verranno comunicati dalla Società. (*) documenti da presentare in originale o copia conforme all'originale numerata ed autenticata in ogni pagina
DOCUMENTAZIONE PER IL PAGAMENTO DELLA RENDITA	Il Beneficiario per il quale la rendita è in corso di erogazione deve fornire alla ricorrenza annuale della rendita un documento valido comprovante l'esistenza in vita dell'Assicurato o, se coincidente con l'Assicurato stesso, un'autocertificazione corredata da copia di un documento d'identità in corso di validità del medesimo, pena la sospensione della corresponsione delle prestazioni, giusto quanto previsto all'Art. 15 delle Condizioni di Assicurazione.
I pagamenti vengono effettuati previa consegna da parte degli aventi diritto di tutta la documentazione sopra elencata in relazione alla causa del pagamento, fatta eccezione per quella già prodotta in precedenza e ancora in corso di validità. Qualora l'esame della suddetta documentazione evidenzia 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 antiriciclaggio, la Società richiederà tempestivamente l'ulteriore documentazione necessaria in relazione alle particolari esigenze istruttorie.	

GLOSSARIO

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

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

Assicurazione: Vedi "Contratto di assicurazione sulla vita".

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 di assicurazione 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.

Caricamenti: Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi sostenuti dalla Società.

Collettiva: Contratto di assicurazione sulla vita o di capitalizzazione operante in applicazione di un'apposita Convenzione che il Contraente stipula con la Società per i componenti di una collettività omogenea di individui, ciascuno dei quali potrà essere inserito nell'operazione con una propria posizione individuale (esempio: il datore di lavoro che stipula l'assicurazione collettiva per i propri dipendenti).

Conflitto di interessi: Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Società può risultare in contrasto con quello del Contraente.

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

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

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

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

Garanzia (Assicurazione) complementare o accessoria: Garanzia di rischio abbinata obbligatoriamente o facoltativamente alla garanzia principale.

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

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

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 avvia o svolge a titolo oneroso l'attività di distribuzione assicurativa.

IVASS o 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.

Opzione: Clausola contrattuale secondo cui il Contraente può scegliere che la prestazione sia corrisposta in forma diversa da quella originariamente prevista. Ad esempio: l'opportunità di scegliere che il capitale sia convertito in una rendita vitalizia o, viceversa, di chiedere che la rendita vitalizia sia convertita in un capitale da pagare in unica soluzione.

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 o di capitalizzazione.

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 di assicurazione o di capitalizzazione.

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 o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Società la volontà di concludere il contratto in base alle caratteristiche ed alle condizioni prestabilite.

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).

Riattivazione: Facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle condizioni contrattuali, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene generalmente mediante il versamento del premio non pagato maggiorato degli interessi di ritardato pagamento.

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

Scheda contrattuale (di Polizza): Documento in cui vengono riportati i dati identificativi del Contraente, dell'Assicurato e del Beneficiario e dove sono indicati gli elementi che caratterizzano il contratto (il tipo, gli importi delle prestazioni, il premio, ecc.).

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

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

Sostituzione (Trasformazione): Modifica richiesta dal Contraente, riguardante alcuni elementi del contratto (esempio: la durata, il tipo di garanzia o l'importo del premio), le cui condizioni vengono di volta in volta concordate tra il Contraente e la Società che, comunque, non è tenuta a dar seguito alla richiesta di trasformazione.

Agenzia/unità Broker _____

Codice _____

Sub Agenzia _____

**UnipolSai LTC Azienda
Modulo di Proposta**

Data ultimo aggiornamento: 10/09/2019

Contraente:

Cognome e Nome / Ragione Sociale					Codice Fiscale				
Domicilio o sede sociale			Indirizzo			Cap		Prov	
Indirizzo email					Recapito telefonico				

LEGALE RAPPRESENTANTE:

Cognome e Nome					Codice Fiscale				
Indirizzo			Comune			Cap		Prov	
Data di nascita		Luogo			Prov				
Indirizzo email					Recapito telefonico				

Tipo delega: Legale Rappresentante ☐ Cointestatario ☐ Delegato ☐ Dipendente ☐

Documento di riconoscimento del Contraente/Legale Rappresentante: _____

Data di rilascio/rinnovo		Luogo	
--------------------------	--	-------	--

Codice attività: S.A.E. _____ - _____
AT.ECO. _____ - _____

Dichiaro che i dati relativi al Contraente sono stati da me forniti e che gli stessi corrispondono a verità.

Firma del Legale Rappresentante

(solo se il Contraente è persona giuridica)

Assicurandi: _____

Beneficiari:

Stabiliti in Convenzione

Data di decorrenza	Durata Convenzione (anni)	Premio da corrispondere al perfezionamento (in Euro)
--------------------	---------------------------	--

Codice tariffa	Descrizione tariffa
LTC-COLL	UNIPOLSAI LTC AZIENDA - Assicurazione temporanea di rendita vitalizia in caso di Non Autosufficienza a premio monoannuale

(barrare la casella interessata) ☐ COPIA per il Cliente ☐ COPIA per la Direzione ☐ COPIA per l'Agenzia

Agenzia/unità Broker _____

Codice _____

Sub Agenzia _____

Contraente _____

PERIODICITÀ E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIOPeriodicità del premio: **monoannuale**

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

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

In ogni caso il primo premio versato dovrà essere corrisposto tramite una modalità di pagamento diversa da Addebito diretto SDD.

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.

Non è consentito incassare il premio su Proposta e, comunque, prima della stipulazione del contratto.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, APPARTENENTI A CATEGORIE PARTICOLARI, PER FINALITÀ ASSICURATIVE

Il sottoscritto dichiara 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.

L'AGENTE/UNITÀ' BROKER
(certifico la firma qui a lato)

IL CONTRAENTE

(barrare la casella interessata)

☐ COPIA per il Cliente

☐ COPIA per la Direzione

☐ COPIA per l'Agenzia

Agenzia/unità Broker _____

Codice _____

Sub Agenzia _____

Contraente _____

La Società emetterà, in base alla presente Proposta e ad eventuale altra documentazione, il relativo contratto assicurativo (sempre che essa ritenga di accettare il rischio).

La Società presta le garanzie indicate nella Proposta alle condizioni della forma assicurativa relativa alla tariffa riportata nel Set Informativo sottoindicato.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il Contraente dichiara di aver preso visione delle avvertenze che seguono da tenere in considerazione all'adesione all'assicurazione e in ogni caso al momento della compilazione del questionario sanitario (quando previsto in Convenzione):

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti relative a informazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurando e richieste per l'inserimento in assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione del questionario sanitario (ove previsto), i soggetti di cui alla lettera a) devono verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- c) l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

Il Contraente dichiara che le indicazioni fornite nella presente Proposta, nonché nel Questionario per la raccolta di informazioni del Cliente e nel questionario sanitario (ove previsto), necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, esatte e complete e che non ha taciuto, omesso od alterata alcuna circostanza in relazione alle domande riportate all'interno, assumendo ogni responsabilità delle risposte stesse, anche se scritte da altri.

Il Contraente dichiara:

- * di impegnarsi a consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali agli altri soggetti interessati indicati nel contratto;
- * **di aver ricevuto** dall'Intermediario assicurativo o visionato nei suoi locali, prima della sottoscrizione della presente Proposta i documenti precontrattuali sugli obblighi di comportamento dell'intermediario e sui dati essenziali del medesimo e della sua attività, nonché le informazioni in materia di conflitti di interesse, previsti dall'art. 56 del Reg. IVASS n. 40 del 02/08/2018;
- * **di aver ricevuto, letto e compreso, prima della sottoscrizione della presente Proposta, il Set Informativo** _____, **di averne preso visione e di accettarne i contenuti.**

(Luogo) _____

(data) _____

L'AGENTE/UNITÀ' BROKER
(certifico la firma qui a lato)

IL CONTRAENTE

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

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

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

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI. I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa, quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi ed elaborazione dei dati (esclusi quelli particolari) a fini tariffari e statistici, secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, informazioni commerciali e creditizie (relative alla Sua affidabilità e puntualità nei pagamenti).

In relazione alle finalità di cui al punto (i), il trattamento dei Suoi dati risulta dunque necessario sia per l'esecuzione delle attività precontrattuali da Lei richieste (tra cui il rilascio del preventivo e la quantificazione del premio), nonché per il perfezionamento ed esecuzione del contratto assicurativo⁽³⁾, sia per l'adempimento dei collegati obblighi legali e normativi previsti in ambito assicurativo, ivi incluse le disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁽⁴⁾. Il trattamento dei Suoi dati è inoltre necessario per il perseguimento, da parte della nostra Società, delle altre Società del nostro Gruppo e dei terzi destinatari nell'ambito della catena assicurativa (si veda nota 7), dei legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv). Potremo invece trattare eventuali Suoi dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso⁽⁵⁾.

Il conferimento dei Suoi dati per le predette finalità è quindi necessario per la stipula della polizza e per fornirLe i servizi richiesti, ed in alcuni casi risulta obbligatorio per contratto o per legge. Per cui, il mancato rilascio dei dati necessari e/o obbligatori per le suddette finalità, potrebbe impedire il perfezionamento del contratto o la fornitura delle prestazioni contrattuali da Lei richieste. Mentre il rilascio di taluni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti, indicato come facoltativi, può risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio, ma non incide sulle prestazioni richieste. La informiamo inoltre che alcuni dei dati personali da Lei forniti (nome, cognome, numero di polizza, indirizzo e-mail) saranno trattati dalla nostra Società al fine di identificarla ed inviarLe comunicazioni inerenti le modalità di accesso all'area personale a Lei riservata per la fruizione di alcuni servizi a Lei dedicati. I medesimi dati potranno essere utilizzati, in caso di attività di assistenza tecnica, per la gestione delle problematiche relative all'accesso o alla consultazione della suddetta area. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.

I Suoi indirizzi (di residenza e di posta elettronica) potranno essere eventualmente utilizzati anche per inviarLe, via posta cartacea o elettronica, comunicazioni commerciali e promozionali relative a nostri prodotti e servizi assicurativi, analoghi a quelli da Lei acquistati, salvo che Lei non si opponga, subito o anche successivamente, alla ricezione di tali comunicazioni (si vedano le indicazioni riportate in **Quali sono i Suoi diritti**).

A CHI COMUNICHIAMO I SUOI DATI. I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere conosciuti solo dal personale autorizzato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa. Tali soggetti operano quali responsabili del trattamento per nostro conto⁽⁶⁾.

I Suoi dati potranno essere comunicati ad altre società del Gruppo Unipol⁽⁷⁾ a fini amministrativi interni e per il perseguimento di legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di ai predetti punti (ii), (iii) e (iv). Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i dati potranno essere comunicati anche a società assicurative, non appartenenti al Gruppo, ove indispensabili per il perseguimento da parte della nostra Società e/o di queste ultime società di legittimi interessi correlati a tali esigenze o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale. I Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁸⁾ (si veda anche nota 4).

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

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

Note

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



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

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

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it