



## UNIPOLSAI AUTONOMIA

LTC - Assicurazione di rendita vitalizia a premio annuo pagabile in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana (tariffa U40000)

### SET INFORMATIVO U40000-09/2020 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. U40000 ed. 09/2020

# LTC - Assicurazione di rendita vitalizia a premio annuo pagabile in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana

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

Compagnia: UnipolSai Assicurazioni S.p.A.  
Prodotto: UNIPOLSAI AUTONOMIA (tariffa U40000)



Il presente DIP è stato realizzato in data 09/09/2020 ed è l'ultimo aggiornamento pubblicato disponibile

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

## Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione di rendita vitalizia a premio annuo pagabile in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana.



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

L'assicurazione prevede le seguenti prestazioni:

Prestazione principale:

- ✓ Prestazione di rendita vitalizia immediata di importo costante, erogabile mensilmente in caso di riconoscimento da parte della Società dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, in qualsiasi epoca esso si verifichi e finché l'Assicurato permanga nello stato di Non Autosufficienza.

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

- 1) Lavarsi
- 2) Vestirsi e svestirsi
- 3) Andare al bagno ed usarlo
- 4) Spostarsi
- 5) Continenza
- 6) Alimentarsi

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



### Che cosa NON è assicurato?

L'assicurazione non prevede le seguenti prestazioni:

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



### Ci sono limiti di copertura?

- ! E' previsto un periodo di carenza, nel quale la copertura assicurativa della Prestazione principale non è piena. La garanzia per lo stato di Non Autosufficienza, dovuto ad una causa diversa da shock anafilattico o da infortunio, è soggetta ad un periodo di carenza di un anno dall'entrata in vigore dell'assicurazione, periodo esteso a tre anni per gli stati di Non Autosufficienza dovuti a malattie neurologiche, nervose o mentali, dovute a causa organica. Qualora si verifichi lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, determinato da una causa diversa da shock anafilattico o da infortunio intervenuti durante il suddetto periodo di carenza, la Società rimborsa al Contraente una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto del costo di emissione
- ! Non è coperto lo stato di Non Autosufficienza causato dal dolo del Contraente o dei Beneficiari; in questo caso il contratto si risolve ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società. È inoltre escluso dalle garanzie lo stato di Non Autosufficienza dovuto direttamente o indirettamente da determinate cause elencate nella corrispondente rubrica del DIP Aggiuntivo Vita.



### Dove vale la copertura?

Il rischio di non autosufficienza è coperto senza limiti territoriali.



### Che obblighi ho?

Il contratto richiede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato. È tuttavia possibile, a determinate condizioni, limitarsi alla compilazione del questionario sanitario.

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

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.



### Quando e come devo pagare?

Il presente 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 o la data di accertamento della perdita dello stato di autosufficienza.

I premi sono differenziati in base al Periodo di riferimento:

- Periodo A – periodo che inizia alla data di decorrenza e termina all'anniversario della data di decorrenza in cui l'Assicurato raggiunge l'età assicurativa di anni 71
- Periodo B - periodo che inizia all'anniversario della data di decorrenza in cui l'Assicurato raggiunge l'età assicurativa di anni 71.

L'età assicurativa è calcolata in anni interi, arrotondata per eccesso se la frazione di anno supera 6 mesi oppure per difetto in caso contrario.

Il premio, il cui ammontare non può essere inferiore a € 90,00, è determinato in relazione all'ammontare delle garanzie prestate, all'età assicurativa dell'Assicurato, nonché al suo stato di salute e alle sue abitudini di vita (professione, sport), che possono comportare l'applicazione di sovrappremi.

Il pagamento del premio annuo può essere anche frazionato in rate semestrali o mensili, previa maggiorazione del suo importo; nella tabella seguente è indicata la misura della relativa maggiorazione:

Frazionamento	Costo
Semestrale	2,00%
Mensile	4,50%

Nel caso in cui le basi statistiche utilizzate per la determinazione del premio evidenzino uno scostamento rispetto all'andamento futuro, la Società si riserva la possibilità di modificare l'importo dei premi da corrispondere ad intervalli non inferiori a cinque anni. L'ammontare del nuovo premio annuo viene determinato dalla Società con riferimento alle nuove basi statistiche utilizzate a tale epoca: per il Periodo A considerando l'età assicurativa dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto mentre per il Periodo B considerando un'età assicurativa pari a 71 anni.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto è "a vita intera": la durata non è prefissata in quanto coincide con la vita dell'Assicurato ed ha inizio con la decorrenza. Il contratto è concluso nel giorno in cui la Polizza, firmata dalla Società, viene sottoscritta dal Contraente e dall'Assicurato, oppure, il Contraente, a seguito della sottoscrizione della Proposta, riceve dalla Società la Polizza debitamente firmata o altra comunicazione scritta attestante l'assenso della Società stessa.

L'assicurazione entra in vigore alle ore 24 della data di decorrenza indicata in Polizza, purché il contratto sia già concluso e sia stato versato il primo premio. Nel caso in cui la conclusione del contratto e/o il versamento del primo premio siano avvenuti successivamente alla decorrenza, l'assicurazione entra in vigore alle ore 24 del giorno del versamento o del giorno, se successivo, di conclusione del contratto.

Il contratto cessa alla data di decesso o recupero dell'autosufficienza e negli altri casi indicati nelle Condizioni di Assicurazione.



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

Fino a quando il contratto non sia concluso, il proponente può revocare la Proposta già sottoscritta. Si rinvia al DIP Aggiuntivo Vita per gli aspetti di dettaglio.

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

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



### Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Il contratto non prevede riscatto o riduzione.

# LTC - Assicurazione di rendita vitalizia a premio annuo pagabile in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana

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

Compagnia: UnipolSai Assicurazioni S.p.A.  
Prodotto: UNIPOLSAI AUTONOMIA (tariffa U40000)



Il presente DIP è stato realizzato in data 09/09/2020 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, sito internet: [www.unipolsai.com](http://www.unipolsai.com) – [www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it); e-mail: [assistenzaivita@unipolsai.it](mailto:assistenzaivita@unipolsai.it); PEC: [unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it](mailto:unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it). La Società è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984; numero di Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione presso l'IVASS: Sez. I n. 1.00006.

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

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

specificando gli elementi identificativi del contratto.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2019, il patrimonio netto della Società è pari ad € 6.057,81 milioni con capitale sociale pari ad € 2.031,46 milioni e totale delle riserve patrimoniali, pari ad € 3.325,12 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria della Società (SFCR), disponibile sul sito [www.unipolsai.com](http://www.unipolsai.com), ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2019, è pari ad € 2.911,32 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 1.310,09 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 8.258,64 milioni e ad € 7.403,19 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2019, pari a 2,84 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati sulla base del Modello Interno Parziale, al cui utilizzo la Società è stata autorizzata dall'IVASS in data 7 febbraio 2017, a decorrere dal 31 dicembre 2016.

Al presente contratto si applica la legge italiana.



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

L'assicurazione prevede le seguenti prestazioni:

### Prestazione principale

#### Prestazione in caso non autosufficienza

Qualora venga riconosciuto dalla Società lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, in qualsiasi epoca esso si verifichi, la Società garantisce il pagamento della rendita annua assicurata, da erogare in rate mensili al Beneficiario, finché l'Assicurato è in vita, purché permanga in stato di Non Autosufficienza.

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

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



### Che cosa NON è assicurato?

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



### Ci sono limiti di copertura?

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

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

Nei suddetti casi il contratto si risolve e la Società rimborsa al Contraente una somma pari alla Riserva Matematica accantonata alla data di accertamento dello stato di non autosufficienza.



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

**Cosa fare  
in caso  
di evento?**

#### **Denuncia di sinistro**

Ad integrazione di quanto riportato nel DIP Vita, 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'Art. 21 delle Condizioni di Assicurazione in cui è riportato l'elenco dei documenti per ciascuna tipologia di liquidazione prevista dal contratto.

#### **Prescrizione**

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

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

#### **Liquidazione della prestazione**

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

documentazione completa.

<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	Fermo che l'inesatta indicazione dei dati anagrafici dell'Assicurato comporta la rettifica delle somme dovute dalla Società in base ai dati reali, si evidenzia che le dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato debbono essere veritiere, esatte e complete per evitare il rischio di successive, legittime contestazioni da parte della Società che potrebbero anche pregiudicare il diritto al pagamento delle prestazioni. Per approfondimenti si rinvia all'Art.2 delle Condizioni di Assicurazione.
---	--

## Quando e come devo pagare?

<b>Premio</b>	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: <ul style="list-style-type: none"><li>• assegno bancario, postale o circolare non trasferibile;</li><li>• 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.</li></ul> 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.
<b>Rimborso</b>	È previsto il rimborso del premio in caso di revoca della Proposta e in caso di recesso dal contratto, in questo ultimo caso, diminuito delle eventuali imposte, della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e dei costi di emissione. Per maggiori informazioni vedi la rubrica "Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?" È previsto il rimborso anche in caso Non Autosufficienza intervenuto durante il periodo di carenza come indicato nella rubrica "Ci sono limiti di copertura?", inserita nel DIP Vita, a cui si rimanda per maggiori informazioni.
<b>Sconti</b>	Il contratto non prevede l'applicazione di sconti di premio.

## Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

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

<b>Revoca</b>	Prima della conclusione del contratto, il proponente può revocare la Proposta già sottoscritta, dandone comunicazione mediante raccomandata A. R. inviata direttamente alla Società: UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Direzione Vita e Soluzioni Welfare Integrate Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna contenente gli elementi identificativi della Proposta sottoscritta. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca, la Società provvede al rimborso dell'intero ammontare del premio eventualmente già versato.
<b>Recesso</b>	Il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dal momento in cui il contratto è concluso dandone comunicazione mediante raccomandata A. R. inviata direttamente alla Società, all'indirizzo sopra riportato, contenente gli elementi identificativi del contratto. Il recesso libera le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto, a decorrere dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione di recesso, quale risulta dal timbro postale della raccomandata. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio eventualmente corrisposto, al netto di eventuali imposte, della parte di premio relativa al periodo per il quale il

contratto ha avuto effetto e dei costi di emissione indicati nella Proposta e riportati nella rubrica "Quali costi devo sostenere?".

**Risoluzione** Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio comporta la risoluzione del contratto, come previsto alla rubrica "Quando comincia la copertura e quando finisce?".



#### A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto si rivolge coloro che hanno come esigenza principale la protezione contro il rischio di non autosufficienza dell'Assicurato, che deve avere età assicurativa compresa fra i 20 e i 60 anni, mediante la corresponsione allo stesso di una rendita vitalizia, erogabile mensilmente, di importo costante, prefissato alla stipulazione del contratto ma comunque non superiore a €3.000,00.



#### Quali costi devo sostenere?

##### TABELLA DEI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

Costi di emissione da corrispondere in aggiunta al primo premio o alla prima rata di premio	€ 30,00
Costo fisso prelevato da ciascun premio annuo:	€ 30,00
Costi in percentuali (a titolo di acquisizione, gestione e incasso) prelevati da ciascun premio annuo, in percentuale del premio al netto del costo fisso:	21,00%
Costi di emissione trattenuti, in luogo dei precedenti costi, in caso di recesso:	€ 30,00

##### TABELLA SUI COSTI PER L'EROGAZIONE DELLA RENDITA

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

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

##### COSTI DI INTERMEDIAZIONE

Quota-parte percepita in media dagli intermediari con riferimento ai costi posti a carico del Contraente: 33,03%.

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



#### Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

##### Valori di riscatto e riduzione

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

##### Richiesta di informazioni

-

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

##### All'impresa assicuratrice

Eventuali reclami riguardanti il prodotto, la gestione del rapporto contrattuale, 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](mailto:reclami@unipolsai.it)

Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito [www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it).

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

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

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

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

Una volta ricevuto il reclamo, la funzione Reclami e Assistenza Specialistica Clienti di UnipolSai deve fornire riscontro al reclamante/proponente nel termine massimo di 45 giorni, oppure 60 giorni nel caso il reclamo riguardi

il comportamento dell'Agente o all'Intermediario assicurativo a titolo accessorio (e relativi dipendenti e collaboratori).

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

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

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

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

**Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie**

- COLLEGIO ARBITRALE  
In caso di controversie di natura medica sulla liquidabilità della prestazione, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle Condizioni contrattuali, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede 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 dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.  
I risultati delle conclusioni 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 se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.  
Il ricorso al collegio arbitrale non pregiudica al Contraente la possibilità di adire le vie legali.
- 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](https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/banking-and-finance/consumer-finance-and-payments/consumer-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.

**REGIME FISCALE**

**Trattamento fiscale applicabile al contratto**

**Trattamento fiscale dei premi**

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

**Trattamento fiscale delle somme corrisposte**

Le somme percepite in caso di non autosufficienza in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita, a copertura del rischio demografico, sono esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche.

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

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERE, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.

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

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA 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.

Data ultimo aggiornamento: 09/09/2020

## **Premessa**

### **Disciplina del contratto**

Il presente contratto è disciplinato:

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

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

Con il presente contratto la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario, in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana, come indicato nel successivo Art. 8, in qualsiasi epoca essa avvenga, una rendita di importo costante, erogabile mensilmente fino a quando permane lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, e, in tali condizioni, fino a quando l'Assicurato è in vita.

L'ammontare della rendita mensile assicurata, erogabile in rate posticipate, è indicato nel documento di polizza ed è stabilito alla data di decorrenza del contratto in funzione del premio e dell'età, dello stato di salute, delle abitudini di vita dell'Assicurato (professione, sport). Il premio annuo è differenziato in base al periodo assicurativo di riferimento così come previsto al successivo Art. 13. **La rendita in corso di erogazione non è riscattabile.**

Qualora l'importo annuo della rendita risulti inferiore al cinquanta per cento dell'assegno sociale di cui all'art. 3 della legge 8 agosto 1995, n. 335, commi 6 e 7, il Beneficiario può richiedere la liquidazione in capitale dell'intero importo maturato.

### **ART. 2 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO**

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

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

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

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta comunque, al momento del pagamento, la rettifica delle somme dovute dalla Società in base all'età reale. L'età dell'Assicurato (età assicurativa) alla data di decorrenza del contratto è determinata in anni interi, con riferimento alla stessa data di decorrenza del contratto ed all'anniversario di nascita più vicino, trascurando la frazione di anno inferiore a sei mesi e considerando come anno intero la frazione di anno pari o superiore al semestre.

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

### **ART. 3 BENEFICIARI**

Il Beneficiario della prestazione di rendita è l'Assicurato.

### **ART. 4 DATA DI DECORRENZA DEL CONTRATTO. ENTRATA IN VIGORE DELL'ASSICURAZIONE**

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

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

- dalle ore 24.00 del giorno di conclusione del contratto,

ovvero

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

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

**ART. 5 DURATA DEL CONTRATTO**

Per durata del contratto si intende l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza del contratto. Per questo Contratto la durata coincide con la vita dell'Assicurato e pertanto non può essere prefissata.

**Il contratto si estingue nei seguenti casi:**

- a) esercizio del diritto di recesso
- b) decesso dell'Assicurato o recupero dell'autosufficienza
- c) mancato pagamento dei premi.

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

**ART. 6 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E DIRITTO DI RECESSO**

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.

**Il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dal momento in cui il contratto è concluso** dandone comunicazione, a mezzo lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi del contratto, a:

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

Il recesso libera le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio.

Entro trenta giorni dal ricevimento della raccomandata di recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio da questi eventualmente corrisposto, al netto della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

**La Società ha diritto al recupero dei costi di emissione del contratto, indicati nella Proposta e al successivo Art. 14.**

**ART. 7 RISCHIO DI MORTE**

**Il decesso dell'Assicurato libera la Società da qualsiasi obbligo dalla data del decesso dello stesso; i premi pagati restano acquisiti dalla Società.**

**ART. 8 STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA - ESCLUSIONI**

È ritenuto non autosufficiente l'Assicurato il cui stato di salute comporti l'impossibilità di compiere in autonomia almeno 4 delle 6 attività di vita quotidiana di seguito elencate in maniera presumibilmente permanente e irreversibile:

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

**ESCLUSIONI:**

**La garanzia non è operante nel caso di perdita di autosufficienza causata da dolo del Contraente o del Beneficiario; in tale caso non verrà corrisposto alcun importo da parte della Società.**

La garanzia inoltre non è operante e **la Società liquiderà esclusivamente un importo pari alla Riserva Matematica** accantonata alla data di accertamento dello stato di non autosufficienza, **qualora lo stato di non autosufficienza sia causato, direttamente e indirettamente, da:**

- patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi ecc.);
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti criminali;
- atto intenzionale dell'Assicurato, malattie intenzionalmente procurate, mutilazioni volontarie, conseguenze di un tentativo di suicidio;
- atti compiuti dall'Assicurato quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;

- infortunio correlato con lo stato di ebbrezza che sia caratterizzato da un tasso alcolico uguale o superiore al tasso autorizzato dal codice della strada in vigore alla data del sinistro;
- malattie/infortuni correlate all'abuso di alcool, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- rifiuto di seguire le prescrizioni mediche; negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- incidente aereo tranne se in qualità di passeggero di una linea aerea debitamente abilitata al trasporto pubblico dei passeggeri; in ogni caso è escluso lo stato di non autosufficienza se l'assicurato viaggia come membro dell'equipaggio;
- contaminazione nucleare o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno), partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato, anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile e la perdita di autosufficienza avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altra patologia collegata allo stato di positività all'HIV;
- pratica delle seguenti attività sportive; alpinismo, arrampicata libera, speleologia, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), hockey, rugby, football americano, arti marziali, pugilato, atletica pesante, immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico, bob;
- partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- svolgimento di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili.

#### ART. 9 CARENZE

La copertura assicurativa è subordinata alla condizione che l'Assicurato abbia compilato il questionario sanitario e si sia sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari quando richiesti dalla Società, accettandone modalità ed oneri. Anche in caso di mancata sottoposizione a visita medica, la Società si riserva la facoltà di accertare le effettive condizioni di salute dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto. Per tale ragione in caso di sinistro dovrà essere fatta pervenire alla Società la documentazione prevista al successivo Art. 20.

È previsto un periodo di carenza della copertura assicurativa, come di seguito indicato, durante il quale la Società rimborserà, **in luogo della prestazione di rendita indicata all'Art. 1, una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto del costo di emissione** qualora l'assicurazione sia regolarmente in vigore e lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato sopraggiunga:

1. nei primi tre anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione, qualora lo stato di non autosufficienza sia causato da malattie neurologiche, nervose o mentali dovute a causa organica (come ad esempio Alzheimer, Parkinson, demenza senile, sclerosi multipla, etc.);
2. nel primo anno dall'entrata in vigore dell'assicurazione, qualora lo stato di non autosufficienza sia causato da malattie diverse da quelle indicate al precedente punto 1.

Qualora la polizza fosse emessa in sostituzione di uno o più precedenti contratti, espressamente richiamati nel testo della polizza stessa, il periodo di carenza sarà applicato solo relativamente all'eventuale quota eccedente di prestazione assicurata, pari alla differenza fra la prestazione assicurata del presente contratto e quella complessiva relativa ai contratti sostituiti. Nel caso in cui su uno o più dei contratti sostituiti fosse ancora operante il relativo periodo di carenza, si precisa che per la parte di prestazione assicurata coincidente con quella del contratto sostituito stesso, il periodo di carenza viene ridotto del tempo per cui il contratto sostituito è rimasto in vigore.

Il periodo di carenza non si applica e la copertura è operante dalle ore 24.00 del giorno di entrata in vigore del contratto nel caso in cui lo stato di non autosufficienza sia causato da shock anafilattico o da infortunio, intendendo come tale l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

#### ART. 10 ACCERTAMENTO DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA

La Società accerterà entro novanta giorni dalla data di denuncia del sinistro la perdita di autosufficienza dell'Assicurato mediante un medico di fiducia della Società che potrà eventualmente prescrivere le visite mediche o gli esami clinici che riterrà necessari ai fini dell'accertamento. I costi relativi agli accertamenti sanitari sono a totale carico della Società, ad eccezione di quanto previsto all'Art.

20 punto 3.

La data della denuncia è il giorno in cui perviene alla Società la denuncia di sinistro, completa della documentazione prevista al successivo Art. 20.

**Lo stato di non autosufficienza, determinato ai sensi del precedente Art. 8, dovrà perdurare almeno novanta giorni a partire dalla data di denuncia.** Ultimati i controlli la Società comunica per iscritto all'Assicurato se riconosce o meno la perdita di autosufficienza dell'Assicurato e il diritto alla prestazione. La Società si impegna a erogare la rendita, entro trenta giorni dalla data della predetta comunicazione, a condizione che l'Assicurato sia in vita; le rate di rendita saranno erogate ad ogni ricorrenza mensile della data di denuncia del sinistro; unitamente alla prima rata saranno corrisposte anche le rate pregresse a partire dalla data di denuncia.

**Qualora durante il periodo di accertamento si verificasse il decesso dell'Assicurato, il contratto si estinguerà e nulla sarà dovuto da parte della Società.**

In caso di controversia sull'esito dell'accertamento dello stato di non autosufficienza, il Contraente ha la facoltà di ricorrere al collegio arbitrale con le modalità indicate al successivo Art. 12.

Accertato lo stato di non autosufficienza la Società restituirà al Contraente le rate di premio corrisposte successivamente alla data della denuncia.

#### **ART. 11 RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA**

Successivamente al riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato e nel periodo di erogazione della rendita, la Società si riserva il diritto, non più di una volta all'anno, di sottoporre l'Assicurato ad accertamenti volti a verificare l'effettivo permanere dello stato di non autosufficienza. I costi relativi agli accertamenti sanitari sono a totale carico della Società.

Nel caso in cui l'Assicurato rifiutasse di sottoporsi ai citati controlli o di esibire la documentazione richiesta, il pagamento della rendita verrà sospeso.

L'Assicurato è comunque tenuto a comunicare alla Società, entro sessanta giorni, l'eventuale recupero dello stato di autosufficienza. In caso di recupero dell'autosufficienza e in caso di decesso dell'Assicurato, il contratto si risolve e la Società sospenderà l'erogazione della rendita e avrà diritto alla restituzione delle rate di rendita erogate in data successiva al verificarsi di tali eventi.

#### **ART. 12 COLLEGIO ARBITRALE**

In caso di controversie di natura medica sulla liquidabilità della prestazione, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle Condizioni contrattuali, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede 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 dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle conclusioni 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 se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Il ricorso al collegio arbitrale non pregiudica al Contraente la possibilità di adire le vie legali.

#### **ART. 13 PAGAMENTO DEL PREMIO**

Il presente contratto prevede il pagamento di un premio annuo anticipato di importo non inferiore a 90,00 euro, da corrispondere fino a che l'Assicurato è in vita o fino alla data di accertamento della perdita di autosufficienza dell'Assicurato. I premi sono differenziati in base al Periodo di riferimento:

- **Periodo A** – periodo che inizia alla data di decorrenza e termina all'anniversario della data di decorrenza in cui l'Assicurato raggiunge l'età assicurativa – come definita all'Art. 2 - di anni 71
- **Periodo B** – periodo che inizia all'anniversario della data di decorrenza in cui l'Assicurato raggiunge l'età assicurativa - come definita all'Art. 2 - di anni 71.

Nel caso in cui le basi statistiche utilizzate per la determinazione del premio evidenzino uno scostamento rispetto all'andamento futuro, la Società si riserva la possibilità di modificare l'importo del premio da corrispondere ad intervalli non inferiori a cinque anni. La Società invierà al Contraente la comunicazione del nuovo importo di premio con un preavviso di centottanta giorni rispetto alla ricorrenza annuale considerata.

Il Contraente potrà richiedere alla Società l'indicazione delle basi statistiche con le quali è stato calcolato il nuovo premio. L'eventuale revisione potrà determinare di volta in volta un aumento o una diminuzione del premio in corso; il nuovo premio non potrà comunque essere superiore a quello applicabile ai nuovi clienti per una identica copertura assicurativa.

L'ammontare del nuovo premio annuo viene determinato dalla Società con riferimento alle nuove basi statistiche utilizzate a tale epoca: per il Periodo A considerando l'età assicurativa dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto mentre per il Periodo B considerando un'età assicurativa pari a 71 anni.

Qualora il Contraente non accetti la variazione di premio, lo stesso dovrà rendere nota tale volontà alla Società mediante comunicazione scritta, con un preavviso di novanta giorni rispetto alla ricorrenza annuale considerata, conseguentemente la prestazione di rendita assicurata sarà ricalcolata e il contratto resterà in vigore fermo restando l'importo del premio in corso.

Il ricalcolo della prestazione potrà comportare una riduzione o un aumento della rata mensile di rendita assicurata, fermo il diritto della Società di accertare le condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica.

Qualora il ricalcolo della prestazione in aumento determinasse un importo di rendita superiore al limite previsto dalla tariffa, pari a 3.000,00 euro, la Società comunicherà al Contraente il premio dovuto a fronte della prestazione massima assicurabile.

Il premio annuo dovrà essere corrisposto anticipatamente all'inizio di ogni anno assicurativo.

Il pagamento del premio, a scelta del Contraente, può essere frazionato in rate mensili o semestrali; in tal caso sono applicati gli interessi di frazionamento indicati al successivo Art.14.

Il Contraente ha la facoltà, alla ricorrenza annua, di cambiare il frazionamento del premio. **Tale scelta dovrà essere comunicata con un preavviso di novanta giorni qualora il pagamento del premio venga effettuato tramite Addebito diretto SDD (Sepa Direct Debit).**

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

**Il premio o i premi di rata devono essere pagati alle scadenze pattuite** contro quietanza emessa dalla Società presso la sede di quest'ultima o dell'Intermediario cui è assegnato il contratto.

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.**

**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.**

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

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

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

I costi applicati al premio, posti a carico del Contraente, sono i seguenti:

- costi di emissione del contratto: pari a 30,00 euro sono da corrispondere in aggiunta al primo premio o alla prima rata di premio;
- costo fisso annuo a titolo di gestione: pari a 30,00 euro;
- costo in percentuale a titolo di acquisizione e gestione pari a 21,00% del premio annuo (al netto dei costi sopra indicati);
- costo erogazione rendita: pari al 5% della rendita stessa, già ricompreso nei premi pagati;
- interessi di frazionamento: in base al frazionamento prescelto come indicato nella tabella seguente e calcolati sul premio annuo netto:

Frazionamento	Costo
Semestrale	2,00%
Mensile	4,50%

**In caso di visita medica e di eventuali ulteriori accertamenti sanitari, laddove previsti, i relativi costi sono totalmente a carico del Contraente e saranno pari alla tariffa applicata dalla/dal struttura sanitaria/medico a cui lo stesso intenderà rivolgersi.**

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

**Il mancato pagamento dei premi, determina, trascorsi trenta giorni dalla relativa scadenza, la risoluzione di diritto del contratto e i premi pagati restano acquisiti alla Società.**

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

Entro tre mesi dalla scadenza del primo premio non pagato il Contraente ha diritto di riattivare il contratto pagando i premi arretrati.

Trascorso tale periodo ed entro un ulteriore termine di nove mesi, **la riattivazione è possibile alle seguenti condizioni:**

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

Alle dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato in sede di riattivazione del contratto si applica quanto stabilito dal precedente Art. 2.

In ogni caso di riattivazione, l'operazione comporta il pagamento di tutte i premi arretrati in un'unica soluzione.

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

**Trascorsi dodici mesi dalla scadenza del primo premio non pagato il contratto non può più essere riattivato, e si intenderà estinto.**

**ART. 17 RISCATTO E RIDUZIONE**

**Non sono previsti valori di riscatto e riduzione.**

**ART. 18 OPZIONI**

Non sono previste opzioni.

**ART. 19 PRESTITI**

**Il presente contratto non consente la concessione di prestiti.**

**ART. 20 PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ**

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

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

**In caso si verifichi la perdita di autosufficienza dell'Assicurato dovranno essere presentati alla Società i documenti di seguito specificati** – fatta eccezione per quelli già prodotti in precedenza e ancora in corso di validità -, necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento:

1. richiesta di liquidazione compilata e sottoscritta dal Beneficiario/Assicurato o da altra persona che lo rappresenti, redatta su carta semplice oppure sull'apposito modulo predisposto dalla Società (disponibile presso gli Intermediari incaricati), nella quale siano indicati tutti i dati identificativi del Beneficiario/Assicurato stesso;
2. certificato di esistenza in vita dell'Assicurato redatto in data non antecedente ai 30 giorni che precedono ogni anniversario della data di liquidazione della rendita, quando la modalità di erogazione della rendita prevede l'accredito diretto in un conto corrente bancario. La presentazione di tale documento non si rende necessaria qualora il pagamento della rendita avvenga tramite assegno bancario intestato al Beneficiario/Assicurato; sarà infatti l'Agenzia di competenza che, consegnando *brevi manu* l'assegno e facendo sottoscrivere la relativa quietanza, accerta direttamente l'esistenza in vita del Beneficiario/Assicurato;

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

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

Nel caso in cui i documenti sopra elencati non risultassero sufficienti a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento, dell'adempimento degli obblighi di natura fiscale o derivanti dalla normativa antiriciclaggio, la Società, entro trenta giorni dal ricevimento degli stessi, si riserva il diritto di richiedere ulteriori documenti.

Il diritto alla prestazione di rendita decorre a partire dalla data di denuncia della perdita di autosufficienza. La Società effettua il pagamento della prima rata di rendita entro trenta giorni dalla comunicazione di riconoscimento dello stato di non autosufficienza; unitamente alla prima rata saranno corrisposte anche le rate pregresse a partire dalla data di denuncia. Le rate successive saranno corrisposte mensilmente entro trenta giorni dalla relativa scadenza.

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., c.c.

Ogni pagamento viene effettuato presso la sede o il competente Intermediario incaricato dalla Società o tramite accredito su conto corrente bancario del Beneficiario.

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

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

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

Le somme dovute 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 ai creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni (Art. 1923 del Codice Civile).

#### **ART. 21 LEGISLAZIONE APPLICABILE**

Al presente contratto si applica la legge italiana.

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

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

#### **ART. 23 MONETA IN CUI SONO ESPRESI GLI IMPEGNI CONTRATTUALI**

Le somme assicurate ed i premi sono espressi e regolati in Euro.

#### **ART. 24 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

**GLOSSARIO**

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

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

**Appendice:** Documento che forma parte integrante del contratto, 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, che può coincidere o no con il Contraente. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita. Per questo contratto l'Assicurato è beneficiario della prestazione.

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

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

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

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

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

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

**Decorrenza del contratto:** Data di inizio, indicata in polizza, della durata contrattuale.

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

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

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

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

**Età assicurativa:** Modalità di calcolo dell'età dell'Assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.

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

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

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

**Intermediario 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.

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

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

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

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

**LTC (Long Term Care) garanzia della perdita dell'autosufficienza:** Copertura assicurativa che prevede, in caso di perdita dell'autosufficienza, la corresponsione di una rendita con decorrenza a partire dalla data di denuncia della perdita di autosufficienza e finché l'Assicurato è non autosufficiente e in vita. La perdita dell'autosufficienza viene misurata come perdita di autonomia nelle attività elementari della vita quotidiana quali, ad esempio, lavarsi, vestirsi e spogliarsi, alimentarsi.

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

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

**Premio annuo netto:** Premio annuo al netto del costo di emissione.

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

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

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

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

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

**Quietanza:** Documento rilasciato dalla Società a seguito del pagamento del premio.

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

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

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

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

**Scadenza:** Data in cui cessano gli effetti del contratto.

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

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

**UnipolSai Autonomia**  
modulo di Proposta (ultimo aggiornamento: 10/09/2019)Proposta n.  Tariffa **Agenzia**Agenzia  Cod. Agenzia  Cod. Subagenzia  Cod. Produttore **Contraente persona giuridica**Ragione Sociale  Cod. Fiscale Attività Indirizzo CAP  Località  Provincia Codice IBAN Indirizzo email  Recapito telefonico **Contraente persona fisica**Cognome e Nome  Sesso  Data di nascita Luogo di nascita  Professione Indirizzo del domicilio CAP  Località  Provincia Indirizzo di residenza (se diverso dal domicilio) C.A.P.  Località  Provincia Codice IBAN Codice Fiscale  Documento di riconoscimento  Numero Rilasciato da  Località di rilascio  Data di rilascio Indirizzo email  Recapito telefonico **Legale Rappresentante**Cognome e Nome  Sesso  Data di nascita Luogo di nascita  Professione Indirizzo del domicilio CAP  Località  Provincia Indirizzo di residenza (se diverso dal domicilio) C.A.P.  Località  Provincia Codice Fiscale  Documento di riconoscimento  Numero Rilasciato da  Località di rilascio  Data di rilascio Indirizzo email  Recapito telefonico

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	

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

**L'ASSICURATO**

**Tipologia del contratto**

*I successivi importi si intendono espressi in Euro.*

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

<input type="checkbox"/> Potenziamento	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> Garanzia complementare infortuni
<input type="checkbox"/> Garanzia accessoria "Garanzia di Famiglia"	<input type="checkbox"/> Garanzia complementare infortuni da incidente stradale		

**Premio 1ª rata da versare**

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

**Rate successive – a partire dal**

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

**Rate successive – a partire dall'anniversario della data di decorrenza in cui l'Assicurato raggiunge l'età assicurativa di anni 71**

Il premio annuo sarà determinato moltiplicando l'importo della rendita mensile assicurata per 2,38009 (tasso rivedibile ogni 5 anni a partire dalla decorrenza in caso di modifica delle basi statistiche) e aggiungendo eventuali sovrappremi e il costo fisso di € 30. La rata di premio da corrispondere sarà calcolata in base al frazionamento prescelto, applicando i relativi interessi.

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

**Decorrenza e durata del contratto, periodicità e frazionamento del premio**

Decorrenza	Durata (anni)	Periodicità	Frazionamento	Durata pagamento premi	Decrescenza
------------	---------------	-------------	---------------	------------------------	-------------

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

Capitale/Rendita	Rateazione Rendita	Percentuale reversibilità rendita	<input type="checkbox"/> Richiesta di attivazione SDD
	<b>Mensile</b>		<input type="checkbox"/> Richiesta di liquidazione delle maggiorazioni di capitale

**Convenzione**

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

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

### Questionario Sanitario

#### Avvertenze relative alla compilazione del questionario

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

1. Fuma?	<table border="0"> <tr> <td><b>No</b></td> <td>Che cosa?</td> <td>Da Quando?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><b>Si</b></td> <td>Quantitativo giornaliero</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	<b>No</b>	Che cosa?	Da Quando?	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<b>Si</b>	Quantitativo giornaliero		<input type="checkbox"/>	_____	_____
<b>No</b>	Che cosa?	Da Quando?											
<input type="checkbox"/>	_____	_____											
<b>Si</b>	Quantitativo giornaliero												
<input type="checkbox"/>	_____	_____											
2. Fruisce di pensione di invalidità / inabilità o ha presentato domanda per ottenerla?	<table border="0"> <tr> <td><b>No</b></td> <td>Per quale causa?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><b>Si</b></td> <td>Grado di invalidità Da quando?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> </table>	<b>No</b>	Per quale causa?	<input type="checkbox"/>	_____	<b>Si</b>	Grado di invalidità Da quando?	<input type="checkbox"/>	_____				
<b>No</b>	Per quale causa?												
<input type="checkbox"/>	_____												
<b>Si</b>	Grado di invalidità Da quando?												
<input type="checkbox"/>	_____												
3. Costituzione fisica	<table border="0"> <tr> <td>Altezza (cm)</td> <td>Peso (Kg)</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Altezza (cm)	Peso (Kg)	_____	_____								
Altezza (cm)	Peso (Kg)												
_____	_____												
4. Il suo peso ha subito variazioni negli ultimi 12 mesi?	<table border="0"> <tr> <td><b>No</b></td> <td>Di quanto? (Kg)</td> <td>In aumento o diminuzione?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><b>Si</b></td> <td>Motivo</td> <td>Per quale causa?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	<b>No</b>	Di quanto? (Kg)	In aumento o diminuzione?	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<b>Si</b>	Motivo	Per quale causa?	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<b>No</b>	Di quanto? (Kg)	In aumento o diminuzione?											
<input type="checkbox"/>	_____	_____											
<b>Si</b>	Motivo	Per quale causa?											
<input type="checkbox"/>	_____	_____											
5. Ha mai sofferto, soffre o ha mai ricevuto cure per malattie:													
<b>dell'apparato cardiovascolare?</b> ictus, angina pectoris, infarto, ipertensione arteriosa non controllata dalla terapia o qualsiasi altro problema del sistema circolatorio	<table border="0"> <tr> <td><b>No</b></td> <td>Quali?</td> <td>Quando?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><b>Si</b></td> <td>Durata</td> <td>Precisazioni (Trattamento / esito)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	<b>No</b>	Quali?	Quando?	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<b>Si</b>	Durata	Precisazioni (Trattamento / esito)	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<b>No</b>	Quali?	Quando?											
<input type="checkbox"/>	_____	_____											
<b>Si</b>	Durata	Precisazioni (Trattamento / esito)											
<input type="checkbox"/>	_____	_____											
<b>tumorali?</b> cancro, tumori o neoplasie	<table border="0"> <tr> <td><b>No</b></td> <td>Quali?</td> <td>Quando?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><b>Si</b></td> <td>Durata</td> <td>Precisazioni (Trattamento / esito)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	<b>No</b>	Quali?	Quando?	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<b>Si</b>	Durata	Precisazioni (Trattamento / esito)	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<b>No</b>	Quali?	Quando?											
<input type="checkbox"/>	_____	_____											
<b>Si</b>	Durata	Precisazioni (Trattamento / esito)											
<input type="checkbox"/>	_____	_____											
<b>dell'apparato respiratorio?</b> asma (escluso rinite stagionale), bronchite cronica, enfisema, tubercolosi o altri disturbi del sistema respiratorio (escluso adenoidi operate e guarite, faringiti, laringiti, sinusiti, otiti, tutte se guarite da almeno 3 mesi)	<table border="0"> <tr> <td><b>No</b></td> <td>Quali?</td> <td>Quando?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><b>Si</b></td> <td>Durata</td> <td>Precisazioni (Trattamento / esito)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	<b>No</b>	Quali?	Quando?	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<b>Si</b>	Durata	Precisazioni (Trattamento / esito)	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<b>No</b>	Quali?	Quando?											
<input type="checkbox"/>	_____	_____											
<b>Si</b>	Durata	Precisazioni (Trattamento / esito)											
<input type="checkbox"/>	_____	_____											
<b>dell'apparato osteoarticolare / muscoloscheletrico?</b> osteoporosi, artriti artrosi, infortuni con postumi o altri disturbi del sistema osteoarticolare / muscoloscheletrico	<table border="0"> <tr> <td><b>No</b></td> <td>Quali?</td> <td>Quando?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><b>Si</b></td> <td>Durata</td> <td>Precisazioni (Trattamento / esito)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	<b>No</b>	Quali?	Quando?	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<b>Si</b>	Durata	Precisazioni (Trattamento / esito)	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<b>No</b>	Quali?	Quando?											
<input type="checkbox"/>	_____	_____											
<b>Si</b>	Durata	Precisazioni (Trattamento / esito)											
<input type="checkbox"/>	_____	_____											
<b>neurologiche?</b> morbo di Parkinson, malattia di Alzheimer, sindrome demenziale, sclerosi multipla, malattia di motoneuroni (es. sclerosi laterale amiotrofica), epilessia o qualsiasi altro disturbo progressivo debilitante	<table border="0"> <tr> <td><b>No</b></td> <td>Quali?</td> <td>Quando?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><b>Si</b></td> <td>Durata</td> <td>Precisazioni (Trattamento / esito)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	<b>No</b>	Quali?	Quando?	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<b>Si</b>	Durata	Precisazioni (Trattamento / esito)	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<b>No</b>	Quali?	Quando?											
<input type="checkbox"/>	_____	_____											
<b>Si</b>	Durata	Precisazioni (Trattamento / esito)											
<input type="checkbox"/>	_____	_____											
<b>degli occhi?</b> glaucoma, cataratta, disturbi visivi o qualsiasi altro problema oculare (escluso congiuntivite guarita da almeno 3 mesi, semplici difetti visivi quali miopia o presbiopia corretti con lenti)	<table border="0"> <tr> <td><b>No</b></td> <td>Quali?</td> <td>Quando?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><b>Si</b></td> <td>Durata</td> <td>Precisazioni (Trattamento / esito)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	<b>No</b>	Quali?	Quando?	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<b>Si</b>	Durata	Precisazioni (Trattamento / esito)	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<b>No</b>	Quali?	Quando?											
<input type="checkbox"/>	_____	_____											
<b>Si</b>	Durata	Precisazioni (Trattamento / esito)											
<input type="checkbox"/>	_____	_____											
<b>nervose?</b> depressione, stati d'ansia, psicosi, disturbi psichiatrici o altri	<table border="0"> <tr> <td><b>No</b></td> <td>Quali?</td> <td>Quando?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><b>Si</b></td> <td>Durata</td> <td>Precisazioni (Trattamento / esito)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	<b>No</b>	Quali?	Quando?	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<b>Si</b>	Durata	Precisazioni (Trattamento / esito)	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<b>No</b>	Quali?	Quando?											
<input type="checkbox"/>	_____	_____											
<b>Si</b>	Durata	Precisazioni (Trattamento / esito)											
<input type="checkbox"/>	_____	_____											

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

<p><b>dell'apparato digerente?</b> colite ulcerosa, morbo di Crohn, malattia del fegato (cirrosi, epatiti) o qualsiasi altro disturbo dell'apparato digerente (escluso appendicite, calcolosi colecistica, ernie inguinali e ombelicali – tutte se operate e guarite – ed emorroidi se operate e guarite senza recidive)</p>	<p><b>No</b> Quali? Quando? <input type="checkbox"/></p> <p><b>Sì</b> Durata Precisazioni (Trattamento / esito) <input type="checkbox"/></p>
<p><b>dell'apparato genitourinario?</b> incontinenza o disturbi renali o della vescica, altri disturbi dell'apparato genitourinario (escluso fimosi e varicocele, se operati e guariti)</p>	<p><b>No</b> Quali? Quando? <input type="checkbox"/></p> <p><b>Sì</b> Durata Precisazioni (Trattamento / esito) <input type="checkbox"/></p>
<p><b>del sistema endocrino?</b> diabete, malattie della tiroide, surrene o altre ghiandole endocrine</p>	<p><b>No</b> Quali? Quando? <input type="checkbox"/></p> <p><b>Sì</b> Durata Precisazioni (Trattamento / esito) <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Altre?</b> perdite di conoscenza, convulsioni, vertigini, test positivi per HIV</p>	<p><b>No</b> Quali? Quando? <input type="checkbox"/></p> <p><b>Sì</b> Durata Precisazioni (Trattamento / esito) <input type="checkbox"/></p>
<p>6. Negli ultimi 5 anni ha consultato medici, subito ricoveri o le è stato prescritto un trattamento per qualsiasi malattia disturbo o infortunio non menzionato nel suddetto elenco?</p>	<p><b>No</b> Quali? Quando? <input type="checkbox"/></p> <p><b>Sì</b> Durata Precisazioni <input type="checkbox"/></p>
<p>7. È in attesa di effettuare o ricevere esiti di esami diagnostici oppure è in attesa di un intervento?</p>	<p><b>No</b> Quali? Quando? <input type="checkbox"/></p> <p><b>Sì</b> Motivazione <input type="checkbox"/></p>
<p>8. Attualmente assume qualche trattamento farmacologico?</p>	<p><b>No</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Sì</b> Farmaco Dosaggio <input type="checkbox"/></p>
<p>9. Fa uso di alcolici (escluso fino a due bicchieri di vino a pasto)?</p>	<p><b>No</b> Quali? Consumi e precisazioni <input type="checkbox"/></p> <p><b>Sì</b> Da quando? <input type="checkbox"/></p>
<p>10. Usa una sedia a rotelle, le stampelle o il bastone oppure altro ausilio ai movimenti?</p>	<p><b>No</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Sì</b> Dettagli <input type="checkbox"/></p>
<p>11. Necessita di assistenza nello svolgimento delle attività quotidiane quali alzarsi dal letto e coricarsi, lavarsi, vestirsi, muoversi all'interno della casa, alimentarsi, andare in bagno, sedersi o alzarsi da una sedia, uscire a passeggio o a fare la spesa?</p>	<p><b>No</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Sì</b> Dettagli <input type="checkbox"/></p>
<p>12. Nella sua parentela consanguinea (padre, madre, fratelli o sorelle) ci sono stati casi di una o più delle seguenti malattie prima dell'età di 65 anni? malattia di Alzheimer, demenza, morbo di Parkinson, Malattia di Huntington, malattia dei motoneuroni, sclerosi multipla</p>	<p><b>No</b> Quali? <input type="checkbox"/></p> <p><b>Sì</b> A quali persone? Età <input type="checkbox"/></p>
<p>13. Soffre o ha sofferto di amnesia, stato confusionale, perdita di memoria, vertigini, perdita di equilibrio, debolezza, svenimenti o affaticamento cronico?</p>	<p><b>No</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Sì</b> Dettagli <input type="checkbox"/></p>

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

### Dichiarazioni dell'Assicurando

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

### Revoca della Proposta e diritto di recesso

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

### Modalità di pagamento del premio dell'emittendo contratto

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

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

Periodicità del Premio: \_\_\_\_\_.

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

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

Firma del Contraente  
(ovvero il Legale rappresentante)

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

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

**Dichiarazioni conclusive**

**Io sottoscritto:**

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

**Il Contraente dichiara:**

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Contraente  
(ovvero il Legale rappresentante)

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma dell'Intermediario autorizzato

\_\_\_\_\_  
(Luogo)

\_\_\_\_\_  
(data)

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

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

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

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

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

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 saremo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.

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

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

I Suoi dati potranno essere comunicati ad altre società del Gruppo Unipol<sup>(7)</sup> a fini amministrativi interni e per il perseguimento di legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di ai predetti punti (ii), (iii) e (iv). 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<sup>(8)</sup> (si veda anche nota 4).

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

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

### Note

- Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.), 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 anticiclaggio 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](http://www.unipol.it).
- In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da UnipolSai Assicurazioni S.p.A., da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. [www.unipol.it](http://www.unipol.it)) e da soggetti che fanno parte della c.d. “catena assicurativa”, in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti (ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali, investigatori privati; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.



#### UnipolSai Assicurazioni S.p.A

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

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