UNIPOLSAI TCM GRUPPI

Assicurazione monoannuale per il caso di morte e Invalidità permanente
per collettività predeterminate
(tariffa 8MIu)

SET INFORMATIVO 8MIu-07/2020 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 (redatte in conformità alle Linee guida del Tavolo tecnico sulla semplificazione dei contratti)
- Facsimile del modulo di Proposta

mod. 8MIu ed. 07/2020

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

Assicurazione monoannuale per il caso di morte e Invalidità permanente per collettività predeterminate

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

Compagnia: UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: UNIPOLSAI TCM GRUPPI (Tariffa 8MIu)

Il presente DIP è stato realizzato in data 14/07/2020 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 monoannuale collettiva per il caso di morte e Invalidità Permanente per collettività predeterminate, indifferenziata in base al sesso.

Che cosa è assicurato / Quali sono le prestazioni?

L'assicurazione prevede le seguenti prestazioni:

Prestazione in caso di decesso

✓ in caso di decesso dell'Assicurato nel corso del periodo di copertura, la Società garantisce il pagamento ai Beneficiari designati del capitale assicurato per la posizione individuale.

Prestazione in caso di Invalidità Permanente

✓ in caso si verifichi l'Invalidità permanente dell'Assicurato, nel corso del periodo di copertura e purché questa sia riconosciuta dalla Società, la Società garantisce il pagamento ai Beneficiari designati del capitale assicurato per la posizione individuale.

L'Invalidità è determinata dall'assoluta e permanente impossibilità dell'Assicurato - comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile - a svolgere qualsiasi attività lavorativa, per infermità o difetto fisico o mentale sopravvenuti.
Se i componenti della collettività omogenea di individui per i quali è stipulata la Convenzione sono lavoratori dipendenti, l'Invalidità dell'Assicurato è determinata dalla riduzione permanente, per infermità o difetto fisico o mentale sopravvenuti, comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, della capacità di lavoro dello stesso in occupazioni confacenti alle proprie attitudini, a meno di un terzo del normale e sempreché il rapporto di lavoro venga risolto in conseguenza di Invalidità.

Il capitale assicurato in ciascun periodo di copertura è fissato in egual misura per il caso di morte e per il caso di Invalidità permanente.

Che cosa NON è assicurato?

L'assicurazione non prevede prestazioni nei seguenti casi:

× in caso di vita dell'Assicurato
× in caso di malattia grave/perdita di autosufficienza/inabilità temporanea dell'Assicurato.

Ci sono limiti di copertura?

! È previsto un periodo di carenza di sette anni dall'ingresso nell'assicurazione collettiva o dalla data dell'eventuale riattivazione accordata dalla Società, nel caso in cui l'Assicurato, abbia rifiutato di sottoporsi ad accertamenti sanitari (quando richiesti dalla Società) ed il decesso o l'Invalidità siano dovuti ad infezione – inclusa la sieropositività – da HIV o AIDS e patologie collegate. La stessa limitazione si applica nei primi sette anni dall'eventuale aumento della prestazione, se richiesto dal Contraente, con riferimento all'incremento di importo. In caso di morte o Invalidità dell'Assicurato avvenuti durante il periodo di carenza, è escluso il pagamento del capitale assicurato, o del suo eventuale incremento, la posizione individuale si estingue ed i premi già pagati restano acquisiti dalla Società.

! Qualora lo stesso evento accidentale determini il decesso o l'Invalidità di più Assicurati, la garanzia è limitata ad un importo massimo complessivo pari a sei volte il capitale medio assicurato pro-capite dell'assicurazione collettiva.

! È inoltre escluso dalla garanzia il decesso o l'Invalidità dovuti direttamente o indirettamente a determinate cause elencate nella corrispondente rubrica del DIP Aggiuntivo Vita.

Dove vale la copertura?

I rischi di morte e Invalidità permanente sono coperti senza limiti territoriali.

Che obblighi ho?

L'Assicurato e il Contraente sono tenuti a comunicare tempestivamente alla Società ogni cambiamento di professione o di attività dell'Assicurato stesso (art. 1926 c.c.).
Qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato deve esserne fatta denuncia alla Società.

Qualora si verifichi l'Invalidità dell'Assicurato deve esserne fatta denuncia alla Società entro i 60 giorni successivi, mediante raccomandata A.R., per chiedere il pagamento del capitale ai sensi dell'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione. La data della denuncia è il giorno di ricevimento da parte della Società della raccomandata completa di tutta la documentazione richiesta.
Per ogni tipologia di liquidazione deve essere presentata alla Società la richiesta di liquidazione compilata e sottoscritta da ciascun avente diritto, redatta su carta semplice oppure sull'apposito modulo predisposto dalla Società, disponibile presso gli intermediari incaricati.
Nella richiesta di liquidazione devono essere indicati tutti i dati identificativi dell'avente diritto e deve essere allegata tutta la documentazione, specificata nel modulo stesso, con l'eccezione di quella già prodotta e ancora in corso di validità.
La richiesta di liquidazione deve essere fornita alla Società tramite il competente intermediario incaricato oppure inviata mediante raccomandata direttamente a:

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

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

Quando e come devo pagare?

L'assicurazione richiede, in via anticipata per ciascun periodo di copertura, il versamento alla Società del premio maggiorato dei diritti fissi a fronte delle prestazioni assicurate nel periodo stesso per l'insieme delle posizioni individuali presenti in assicurazione relativamente alla collettività prevista dalla Convenzione stipulata dal Contraente con la Società.
L'importo del premio relativo a ciascuna posizione individuale (c.d. premio monoannuale) viene determinato in base a criteri uniformi e indipendenti dalla diretta volontà del singolo Assicurato (ad esempio in percentuale della retribuzione oppure in funzione di un importo prestabilito di capitale assicurato) e dipende altresì dalla durata del periodo di copertura e dall'età assicurativa raggiunta dall'Assicurato, nonché dal suo stato di salute e dalle sue abitudini di vita (ad esempio professione e attività sportive) che possono comportare l'applicazione di sovrappremi.
L'età assicurativa è calcolata in anni interi, arrotondata per eccesso se la frazione di anno supera 6 mesi oppure per difetto in caso contrario.
L'aumento dell'età assicurativa raggiunta dall'Assicurato ad ogni rinnovo dell'assicurazione monoannuale comporta – a parità degli altri parametri di calcolo – un incremento del premio per il relativo periodo di copertura riferito alla posizione individuale.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La durata dell'assicurazione è annuale (c.d. assicurazione monoannuale) - con periodo di copertura coincidente con l'anno solare o con la frazione di anno solare successiva all'ingresso in assicurazione della posizione individuale - e si rinnova automaticamente da un periodo al successivo fino alla risoluzione della Convenzione.
Il rinnovo automatico dell'assicurazione non opera per gli Assicurati che abbiano superato i 70 anni di età assicurativa.
Il contratto è concluso nel giorno in cui il Contraente, a seguito della stipula della Convenzione, sottoscrive la scheda di Polizza, emessa e firmata dalla Società.
La copertura relativa alla posizione individuale entra in vigore, a condizione che la relativa scheda di Polizza venga emessa dalla Società e che venga pagato il premio, alle ore 24 della data di decorrenza oppure della data di emissione, se successiva, indicate nella scheda di Polizza stessa oppure, in caso di richiesta di un sovrappremio per la posizione individuale, della data in cui la Società riceve l'accettazione scritta del Contraente. Dal ricevimento della richiesta di copertura per l'ingresso in assicurazione della posizione individuale, prima dell'entrata in vigore delle garanzie, può essere concesso un periodo di copertura provvisoria per il solo caso di morte da Infortunio.
Per ulteriori dettagli relativi all'entrata in vigore e cessazione delle garanzie relativamente a ciascuna posizione individuale, si rinvia all'art. 10 delle Condizioni di Assicurazione.

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

Non è prevista la revoca della proposta né il recesso dal contratto.
Il riconoscimento da parte della Società dell'Invalidità dell'Assicurato determina la definitiva cessazione anche della garanzia per il caso di morte.
A seguito della sospensione del pagamento dei premi e della mancata riattivazione delle garanzie, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società in corrispettivo del rischio corso. Se la sospensione e la mancata riattivazione riguardano tutte le posizioni individuali, il contratto si risolve.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐SI ☒NO

Il contratto non prevede riscatto o riduzione.

Assicurazione monoannuale per il caso di morte e Invalidità permanente per collettività predeterminate

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 TCM GRUPPI (Tariffa 8MIu)

Il presente DIP è stato realizzato in data 14/07/2020 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, siti internet: www.unipolsai.com - www.unipolsai.it; e-mail: assistenzavita@unipolsai.it; PEC: unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it. La Società è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984; numero di Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione presso l'IVASS: Sez. I n. 1.00006.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 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, 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 contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato / Quali sono le prestazioni?

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

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione di quanto indicato nel DIP Vita, sono esclusi dalla garanzia il decesso o l'Invalidità permanente causati direttamente o indirettamente da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- atti di guerra, operazioni militari, partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, sommosse e tumulti popolari;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio.

Se il decesso o l'Invalidità dell'Assicurato deriva da una di tali cause escluse dalla garanzia, la Società non effettua alcun pagamento, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società.
In caso di Invalidità dell'Assicurato, è escluso il pagamento del capitale assicurato, o del suo eventuale incremento, qualora sia stata presentata domanda per l'accertamento dell'Invalidità dell'Assicurato all'Ente previdenziale di appartenenza, o ad altro Ente, anteriormente all'ingresso in assicurazione della posizione individuale o, rispettivamente, alla data di richiesta di incremento del relativo capitale assicurato.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia di sinistro

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

Prescrizione

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

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

Liquidazione della prestazione

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

In caso di invalidità l'Assicurato e il Contraente sono tenuti a fornire in modo veritiero e completo le dichiarazioni e le prove richieste dalla Società per l'accertamento dell'Invalidità e delle relative cause. Inoltre, su richiesta della Società, l'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti medici necessari per valutare lo stato di Invalidità, presso strutture sanitarie e da medici di fiducia della stessa Società.

Dichiarazioni inesatte o reticenti

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

Per approfondimenti si rinvia all'Art. 5 delle Condizioni di Assicurazione.

Quando e come devo pagare?

Premio

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

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

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

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

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

Rimborso

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

Sconti

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

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

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata

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

Sospensione	La sospensione del pagamento dei premi per la posizione individuale determina l'automatica sospensione delle relative garanzie e, se queste non vengono riattivate, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società in corrispettivo del rischio corso. Se la sospensione e la mancata riattivazione riguardano tutte le posizioni individuali, il contratto si risolve. Le garanzie sospese a seguito della sospensione del pagamento dei premi possono essere riattivate nel rispetto di modalità e termini prestabiliti. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 13 delle Condizioni di Assicurazione.

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

Revoca	Non prevista.
Recesso	Non previsto.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

A chi è rivolto questo prodotto?

È un'assicurazione collettiva sulla vita che opera esclusivamente in applicazione di un'apposita Convenzione che il Contraente stipula con la Società per i componenti di una collettività omogenea di individui, ciascuno dei quali potrà essere inserito nella collettiva, in veste di Assicurato, mediante una propria posizione individuale.
Previa valutazione del rischio dato dalle abitudini di vita e delle condizioni di salute degli Assicurati, in ogni periodo di copertura vengono inclusi nell'assicurazione tutti i componenti della collettività che hanno i requisiti stabiliti nella Convenzione con età assicurativa compresa fra i 18 anni e i 70 anni.
La Società si riserva comunque la facoltà di accettare i rischi applicando eventuali sovrappremi o di rifiutare i rischi stessi.

Quali costi devo sostenere?

TABELLA DEI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

Diritti dovuti in aggiunta al premio della posizione individuale:	€ 1,00
Costi fissi prelevati dal premio della posizione individuale:	€ 20,00
Costi in percentuale del premio al netto dei costi fissi:	20,00%

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

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

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐SI ☒NO

Valori di riscatto e riduzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Richiesta di informazioni	-

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

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

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

oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unipolsai.it.
I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela.
È possibile anche inviare il reclamo direttamente all'Agente o all'intermediario assicurativo a titolo accessorio se riguarda il suo comportamento o quello dei relativi dipendenti e collaboratori.
I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B o D del Registro Unico Intermediari (Broker/Mediatore o Banche) nonché degli intermediari assicurativi iscritti nell'elenco annesso devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al

	reclamante entro il termine massimo di 45 giorni. Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet della Società www.unipolsai.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto. Una volta ricevuto il reclamo, la funzione Reclami e Assistenza Specialistica Clienti di UnipolSai deve fornire riscontro al reclamante/proponente nel termine massimo di 45 giorni, oppure 60 giorni nel caso il reclamo riguardi il comportamento dell'Agente o dell'intermediario 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. 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 (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società, con le modalità indicate nel Decreto Legge 12 settembre 2014 n.132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n.162).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- Procedura di arbitrato: arbitrato irrituale Le controversie di natura medica sul riconoscimento dell'Invalidità dell'Assicurato, sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le parti anche qualora uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo. - Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/banking-and-finance/consumer-finance-and-payments/consumer-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto

Trattamento fiscale dei premi

Il premio versato non è soggetto ad alcuna imposta.

Nel caso in cui, sulla base di contratto collettivo, accordo o regolamento aziendale, il datore di lavoro è contraente e beneficiario ed i lavoratori dipendenti/assimilati sono assicurati, il premio:

- per il datore di lavoro, è deducibile nella determinazione del reddito di impresa;
- per il dipendente/assimilato non concorre alla formazione del reddito di lavoro dipendente o assimilato.

Nel caso in cui, sulla base di contratto collettivo, accordo o regolamento aziendale, il datore di lavoro è contraente ed i lavoratori dipendenti/assimilati sono assicurati e beneficiari, il premio:

- per il datore di lavoro, è deducibile nella determinazione del reddito di impresa;
- per il dipendente/assimilato concorre alla formazione del reddito di lavoro dipendente o assimilato e la parte di premio relativa all'invalidità permanente non inferiore al 5% da qualsiasi causa derivante e al caso di morte dà diritto alla detrazione d'imposta ai fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge (art. 15 del D.P.R. 917/86).

Trattamento fiscale delle somme corrisposte

Le somme percepite in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita corrisposte in caso di morte e invalidità permanente dell'Assicurato sono esenti dall'IRPEF. Le somme corrisposte in caso di morte sono altresì esenti dall'imposta sulle successioni (art. 34, D.P.R. 601/73 e D.Lgs. 346/1990).

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

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

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

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

UNIPOLSAI TCM GRUPPI

Assicurazione monoannuale per il caso di morte e Invalidità permanente
per collettività predeterminate
(tariffa 8MIu)

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE comprensive di Glossario

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

Data ultimo aggiornamento: 14/07/2020

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

Presentazione

UNIPOLSAI TCM GRUPPI, la soluzione di protezione assicurativa di UnipolSai per collettività predeterminate illustrata nel presente Set Informativo, è regolata dalle Condizioni di Assicurazione che seguono e che disciplinano il contratto insieme alla Convenzione, alla scheda di Polizza ed eventuali appendici sottoscritte tra le parti.

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

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

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

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

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

INDICE

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

ART. 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO 4
ART. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATE E DEFINIZIONE DI INVALIDITÀ 4

CI SONO LIMITI DI COPERTURA? ***4***

ART. 3 - ESCLUSIONI 4
ART. 4 - LIMITAZIONI 4

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA? ***5***

ART. 5 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO 5
ART. 6 – DENUNCIA E ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ 5
ART. 7 - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ 6

QUANDO E COME DEVO PAGARE? ***6***

ART. 8 - PREMIO 6

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE? ***7***

ART. 9 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO 7
ART. 10 – INGRESSO E PERMANENZA NELL'ASSICURAZIONE, ENTRATA IN VIGORE DELLE GARANZIE 7
ART. 11 - DURATA DEL CONTRATTO E PERIODO DI COPERTURA DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE 7
ART. 12 - MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI: SOSPENSIONI DELLE GARANZIE E RISOLUZIONE DELL'ASSICURAZIONE 8
ART. 13 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE 8

COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO? ***8***

ART. 14 - DIRITTO DI RECESSO 8

SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI? ***8***

ART. 15 - RISCATTO E RIDUZIONE 8

COME POSSO RISOLVERE LE CONTROVERSIE? ***8***

ART. 16 – CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE 8

ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI ***9***

ART. 17 - DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO 9
ART. 18 - NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRABILITÀ 9
ART. 19 - LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO 9
ART. 20 - IMPOSTE E TASSE 9
ART. 21 - FORO COMPETENTE 9

ALLEGATO A – DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE ALLA SOCIETÀ TRAMITE IL COMPETENTE SOGGETTO ABILITATO IN RELAZIONE ALLA CAUSA DEL PAGAMENTO ***10***

ALLEGATO B – GLOSSARIO ***11***

CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

ART. 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO

Il contratto è un'assicurazione monoannuale per il caso di morte e Invalidità permanente per collettività predeterminate (tariffa 8MIu), le cui prestazioni assicurate sono descritte all'Art. 2.1.

ART. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATE E DEFINIZIONE DI INVALIDITÀ

2.1 Prestazioni assicurate

Con la presente assicurazione collettiva, in relazione a ciascuna posizione individuale presente nella scheda di Polizza emessa dalla Società per ogni periodo di copertura e a fronte del versamento del relativo premio, la Società si impegna a pagare il capitale assicurato ai Beneficiari designati a norma della Convenzione, in caso si verifichi il decesso o l'Invalidità (come definita all'art. 2.2. **e purché riconosciuta dalla Società**) dell'Assicurato durante il periodo di copertura stesso.

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

Le garanzie sono operanti senza limiti territoriali e **fatte salve le esclusioni e le limitazioni descritte rispettivamente agli artt. 3 e 4.**

Fatto salvo quanto stabilito all'art. 4.2, il capitale assicurato in ciascun periodo di copertura risulta esclusivamente, per ogni posizione individuale presente in assicurazione, dalla relativa scheda di Polizza.

Il riconoscimento da parte della Società dell'Invalidità dell'Assicurato determina la definitiva cessazione anche della garanzia per il caso di morte; pertanto la posizione individuale si estingue.

Le modalità ed i termini per l'accertamento dell'Invalidità e per la conseguente corresponsione del capitale sono descritti all'art. 6 e 7.

2.2 Definizione di Invalidità

L'Invalidità è determinata dall'assoluta e permanente impossibilità dell'Assicurato - comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile - a svolgere qualsiasi attività lavorativa, per infermità o difetto fisico o mentale sopravvenuti.

Se i componenti della collettività omogenea di individui per i quali è stipulata la Convenzione sono lavoratori dipendenti, l'Invalidità dell'Assicurato è determinata dalla riduzione permanente, per infermità o difetto fisico o mentale sopravvenuti, comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, della capacità di lavoro dello stesso in occupazioni confacenti alle proprie attitudini, a meno di un terzo del normale e sempreché il rapporto di lavoro venga risolto in conseguenza di Invalidità.

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

ART. 3 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia il decesso o l'Invalidità causati direttamente o indirettamente da:

a) dolo del Contraente o del Beneficiario;
b) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
c) atti di guerra, operazioni militari, partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, sommosse e tumulti popolari;
d) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio.

Se il decesso o l'Invalidità dell'Assicurato deriva da una di tali cause escluse dalla garanzia, la Società non effettua alcun pagamento, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società.

In caso di Invalidità dell'Assicurato, è escluso il pagamento del capitale assicurato, o del suo eventuale incremento, qualora sia stata presentata domanda per l'accertamento dell'Invalidità dell'Assicurato all'Ente previdenziale di appartenenza, o ad altro ente, anteriormente all'ingresso in assicurazione della posizione individuale o, rispettivamente, alla data di richiesta di incremento del relativo capitale assicurato.

ART. 4 - LIMITAZIONI

4.1 Periodo di carenza

Per il caso di decesso o Invalidità dovuto ad infezione - inclusa la sieropositività - da qualsiasi virus di immunodeficienza umana (HIV) o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e patologie collegate, nel caso in cui l'Assicurato abbia rifiutato di sottoporsi ai relativi accertamenti sanitari (quando richiesti dalla Società), è previsto un periodo di carenza di sette anni dall'ingresso nell'assicurazione collettiva o dalla data dell'eventuale riattivazione accordata dalla Società ai sensi dell'art. 13; la stessa limitazione si applica nei primi sette anni dall'eventuale aumento della prestazione, se richiesto dal Contraente, con riferimento all'incremento di importo.

In caso di morte e Invalidità permanente dell'Assicurato avvenuta durante il periodo di carenza è escluso il pagamento del capitale assicurato, o del suo eventuale incremento, la posizione individuale si estingue ed i premi già pagati restano acquisiti dalla Società**.**

ESEMPIO DI APPLICAZIONE DELLA CARENZA
L'Assicurato rifiuta di sottoporsi al Test HIV richiesto dalla Società. Durante il periodo di carenza di sette anni, l'Assicurato decede o diventa invalido a causa della sieropositività, la Società non paga il capitale assicurato, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi pagati restano acquisiti dalla Società.

4.2 Sinistro che colpisca più Assicurati

Qualora lo stesso evento accidentale determini il decesso o l'Invalidità di più Assicurati, la garanzia è **limitata ad un importo massimo complessivo pari a sei volte il capitale medio assicurato pro-capite** dell'assicurazione collettiva.

Detto importo complessivo viene suddiviso sulle posizioni individuali degli Assicurati colpiti dal sinistro, in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

ESEMPIO DI IMPORTO MASSIMO LIQUIDABILE IN CASO DI SINISTRO CHE COLPISCA PIÙ ASSICURATI
Nel caso di un'assicurazione collettiva in cui sono presenti: - 20 Assicurati, - con capitale assicurato pro-capite pari a € 100,000,00, il limite massimo della garanzia a fronte di uno stesso evento accidentale è pari a € 600.000,00; tale importo si ottiene moltiplicando il capitale medio assicurato pro-capite (€100.000,00) per sei (6). Se uno stesso evento determina il decesso o l'Invalidità di un numero di Assicurati tale che la somma dei relativi capitali assicurati risulti superiore a € 600.000,00, la garanzia è comunque limitata all'importo massimo di € 600.000,00 che viene ripartito fra le posizioni individuali degli Assicurati colpiti da sinistro, in proporzione al capitale assicurato su ciascuna di esse (nell'esempio uguale per tutte e pari ad € 100.000,00). Nell'ipotesi che il sinistro colpisca dieci (10) Assicurati, l'importo pro-capite è pari a € 60.000,00. Quest'ultimo importo si determina dividendo ciascun capitale assicurato pro-capite (€ 100,000,00) per la somma degli importi di capitale assicurato (€ 100.000,00 * 10), relativi agli Assicurati colpiti dal sinistro, e moltiplicando il risultato per l'importo massimo complessivo (€ 600.000,00): 100.000,00 / (100.000,00 * 10) * 600.000,00 = € 60.000,00

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

ART. 5 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

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

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

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

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

L'inesatta o incompleta indicazione dei dati anagrafici dell'Assicurato, se rilevante ai fini delle prestazioni, comporta la rettifica, in base ai dati reali, delle somme dovute.

ART. 6 – DENUNCIA E ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ

Qualora si verifichi l'Invalidità dell'Assicurato, come definita all'art. 2.2, deve esserne fatta denuncia alla Società **entro i 60 giorni successivi, mediante raccomandata A.R.**, per chiedere il pagamento del capitale ai sensi dell'art. 7. La data della denuncia è il giorno di ricevimento da parte della Società della raccomandata completa di tutta la documentazione richiesta.

L'Assicurato e il Contraente sono tenuti a fornire in modo veritiero e completo le dichiarazioni e le prove richieste dalla Società per l'accertamento dell'Invalidità e delle relative cause. Inoltre, su richiesta della Società, l'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti medici necessari per valutare lo stato di Invalidità, presso strutture sanitarie e da medici di fiducia della stessa Società.

La Società si impegna ad accertare l'Invalidità entro 180 giorni dalla data della denuncia o, comunque, dalla data di ricevimento dell'eventuale ulteriore documentazione richiesta ai sensi dell'art. 7, inclusa quella relativa agli eventuali accertamenti medici. Le garanzie restano in vigore anche durante l'accertamento e fino alla data della comunicazione, inviata dalla Società al Contraente, del riconoscimento dell'Invalidità. Se l'Invalidità non viene riconosciuta dalla Società, le garanzie restano in vigore fermo restando che **il Contraente è tenuto a riprendere il pagamento dei premi corrispondendo anche quelli scaduti**

successivamente alla data della denuncia, aumentati degli interessi legali.
Ferme restando le esclusioni e le limitazioni previste, il decesso dell'Assicurato – così come il riconoscimento dell'Invalidità derivante da altra causa - intervenuto durante l'accertamento equivale ad avvenuto riconoscimento dell'Invalidità da parte della Società.

ART. 7 - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ
Tutti i pagamenti della Società in esecuzione del contratto vengono effettuati **presso il domicilio della stessa o quello del competente intermediario incaricato**, contro rilascio di regolare quietanza da parte degli aventi diritto, oppure **mediante accredito sul conto corrente bancario dell'avente diritto.**
I pagamenti vengono effettuati **previa consegna da parte degli aventi diritto di tutta la documentazione necessaria** - fatta eccezione per quella già prodotta in precedenza e ancora in corso di validità - **riportata nell'Allegato A in relazione alla causa del pagamento ivi indicata.**
La documentazione deve essere fornita alla Società **tramite il competente intermediario incaricato oppure mediante raccomandata inviata direttamente alla Società, specificando gli elementi identificativi del contratto.** Qualora l'esame della suddetta documentazione evidenzi situazioni particolari o dubbie tali da non consentire la verifica dell'obbligo di pagamento o l'individuazione degli aventi diritto o l'adempimento agli obblighi di natura fiscale oppure derivanti dalla normativa, la Società richiederà tempestivamente l'ulteriore documentazione necessaria in relazione alle particolari esigenze istruttorie.
Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la somma corrispondente viene messa a disposizione degli aventi diritto entro 30 giorni dalla data in cui è sorto l'obbligo stesso, purché a tale data, la Società abbia ricevuto tutta la documentazione necessaria. In caso contrario, la somma viene messa a disposizione entro 30 giorni dal ricevimento da parte della Società della suddetta documentazione completa.
Decorso tale termine ed a partire dal medesimo sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto, calcolati secondo i criteri della capitalizzazione semplice, al tasso annuo pari al saggio legale tempo per tempo in vigore, anche agli eventuali fini ed effetti di cui all'art. 1224, 2° co., c.c..

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

ART. 8 - PREMIO
8.1 Premio e modalità di pagamento
Il premio è dovuto dal Contraente, insieme ai diritti fissi, in via anticipata alla data di decorrenza di ciascun periodo di copertura (data di scadenza del premio), ma non oltre la morte o la data di denuncia, ai sensi dell'art. 6, dell'Invalidità permanente dell'Assicurato, purché riconosciuta dalla Società.
In caso di ingresso in assicurazione della posizione individuale nel corso dell'anno solare, il relativo premio viene determinato in proporzione alla frazione di anno di copertura.
Il premio di competenza di ciascun periodo di copertura, indicato nella relativa scheda di Polizza, è dovuto per intero.
Fermo restando che le parti possono stabilire nella Convenzione modalità specifiche per il pagamento del premio, ogni versamento **deve essere intestato o girato alla Società oppure al competente intermediario incaricato, purché espressamente in tale sua qualità, e può essere corrisposto**, a scelta del Contraente, **con una delle seguenti modalità**:
- assegno bancario, postale o circolare non trasferibile;
- bonifico SCT (Sepa Credit Transfer) su conto corrente bancario o postale, altri mezzi di pagamento bancario o postale oppure, ove previsti, sistemi di pagamento elettronico. In tali casi la data di versamento del premio coincide con la data di valuta del relativo accredito riconosciuta alla Società o all'intermediario incaricato.

In ogni caso il primo premio versato dovrà essere corrisposto tramite una modalità di pagamento diversa da Addebito diretto SDD.
Il pagamento di un premio di importo **superiore a € 500.000,00 può avvenire esclusivamente tramite bonifico SCT** sul conto corrente che sarà appositamente indicato dalla Società.
È comunque fatto divieto all'intermediario incaricato **di ricevere denaro contante a titolo di pagamento del premio.**
A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.
8.2 Costi sul premio
I costi gravanti sul premio della posizione individuale sono i seguenti:
- **diritti**: €1,00 in aggiunta al premio;
- **costi fissi**: € 20,00 prelevati dal premio;
- **costi in percentuale**: 20,00% del premio al netto dei costi fissi sopra indicati.

ESEMPIO - Costi sul premio

Calcolo dei costi applicati al premio versato	
Premio versato per la posizione individuale	€ 501,00
Premio versato per la posizione individuale al netto dei diritti	€ 500,00
Costi fissi	€ 20,00
Premio versato per la posizione individuale al netto di diritti e costi fissi	€ 480,00
Aliquota dei costi in percentuale	20,00 %
Costi in percentuale	€ 480,00 x 20,00% = € 96,00
Costi totali	**€ 117,00**

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

ART. 9 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO
Il contratto è concluso nel giorno in cui il Contraente sottoscrive la scheda di Polizza emessa e firmata dalla Società.

ART. 10 – INGRESSO E PERMANENZA NELL'ASSICURAZIONE, ENTRATA IN VIGORE DELLE GARANZIE
All'ingresso in assicurazione della posizione individuale, **a condizione che la relativa scheda di Polizza venga emessa dalla Società e che venga pagato il premio nei termini di cui agli art. 8 e 12**, le garanzie entrano in vigore alle ore 24 della data di decorrenza (decorrenza) indicata in scheda di Polizza oppure della data di emissione, se successiva, indicata nella scheda di Polizza stessa o, in caso di richiesta di un sovrappremio per la posizione individuale, della data in cui la Società riceve l'accettazione scritta del Contraente; **detta accettazione deve essere inviata, pena decadenza, entro 10 giorni dalla richiesta del sovrappremio.**
Dalle ore 24 del giorno di ricevimento da parte della Società della richiesta di copertura per l'ingresso in assicurazione della posizione individuale, **a condizione che entro i successivi 30 giorni, pena decadenza, il Contraente provveda ad inviare la documentazione necessaria secondo quanto previsto in Convenzione,** viene concesso un periodo di copertura provvisoria **per la sola garanzia relativa al caso di morte derivante direttamente ed esclusivamente da Infortunio e con un importo di capitale assicurato pari al minore fra quello risultante in base all'art. 2 ed € 300.000,00;** per Infortunio si intende un trauma prodotto all'organismo da causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili. **Detta copertura provvisoria cessa con l'entrata in vigore delle garanzie secondo quanto sopra previsto o, comunque, dopo 90 giorni oppure alle ore 24 della data della comunicazione di rifiuto del rischio da parte della Società o della mancata accettazione del sovrappremio da parte del Contraente, fermo restando che il Contraente è tenuto a corrispondere il premio in proporzione al periodo in cui la copertura provvisoria è stata in vigore.**
In ogni caso sono fatte salve le esclusioni e le limitazioni previste.
La suddetta modalità si applica anche in caso di aumento del capitale assicurato per la posizione individuale, con riferimento all'entrata in vigore del solo incremento di garanzia.
La posizione individuale si estingue alle ore 24 del giorno in cui l'Assicurato perde, per causa diversa da sinistro, i requisiti previsti dalla Convenzione; **entro i 30 giorni successivi il Contraente è tenuto a comunicare la perdita dei requisiti alla Società, mediante raccomandata A.R.. A condizione che venga rispettato tale termine,** la Società rimborsa al Contraente l'eventuale parte di premio relativa alla frazione di anno in cui la garanzia non è stata in vigore.

ART. 11 - DURATA DEL CONTRATTO E PERIODO DI COPERTURA DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE
La durata dell'assicurazione è annuale (c.d. assicurazione monoannuale), con periodo di copertura coincidente:
- con l'anno solare, per le posizioni individuali presenti in assicurazione all'inizio dell'anno stesso;
- con la frazione di anno solare successiva all'ingresso in assicurazione, per le posizioni individuali che entrano in assicurazione nel corso dell'anno stesso.

Salvo il caso di cessazione della Convenzione, l'assicurazione si rinnova automaticamente da un periodo di copertura al successivo**.**
Il rinnovo automatico dell'assicurazione non opera per gli Assicurati che abbiano superato i 70 anni di età assicurativa. Al termine del periodo di copertura durante il quale l'Assicurato avrà superato tale età assicurativa, la relativa posizione individuale si estingue.

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.

ESEMPIO DI CALCOLO DELL'ETÀ ASSICURATIVA

Esempio 1	
Data di decorrenza della copertura:	1/1/2021
Data di nascita dell'Assicurato:	30/6/1981
Età in anni, mesi e giorni	39 anni , 6 mesi, 1 giorno
Età assicurativa	40 anni
Esempio 2	
Data di decorrenza della copertura:	1/1/2021
Data di nascita dell'Assicurato:	1/7/1981
Età in anni, mesi e giorni	39 anni , 6 mesi, 0 giorni
Età assicurativa	39 anni

ART. 12 - MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI: SOSPENSIONI DELLE GARANZIE E RISOLUZIONE DELL'ASSICURAZIONE
Il mancato pagamento del premio, trascorso il termine di 30 giorni dalla relativa data di scadenza o dalla data di emissione, se successiva, indicata nella relativa scheda di Polizza, comporta - a partire dalle ore 24 della suddetta data di scadenza del premio - la sospensione delle garanzie e, se queste non vengono riattivate ai sensi dell'art. 13, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società in corrispettivo del rischio corso.
Se il decesso o l'Invalidità (come definita all'art. 2.2 e purché riconosciuta dalla Società) dell'Assicurato si verifica entro il termine di cui sopra, la Società corrisponde la somma eventualmente dovuta ai sensi delle presenti Condizioni di Assicurazione, previo pagamento del premio rimasto insoluto.

ART. 13 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE
Entro 180 giorni dalla sospensione delle garanzie per mancato pagamento del premio, il Contraente può riattivarle pagando il premio arretrato per la posizione individuale, **aumentato degli interessi legali per il periodo intercorso fra la relativa data di scadenza e quella di riattivazione**.
Trascorsi 180 giorni dalla sospensione delle garanzie, la riattivazione può essere concessa dalla Società che, per decidere se accordarla, **può richiedere eventuali accertamenti sanitari.**
La riattivazione ripristina le garanzie con effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio arretrato aumentato degli interessi.
In ogni caso sono fatte salve le esclusioni e le limitazioni previste per le garanzie.

COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO?

ART. 14 - DIRITTO DI RECESSO
Non è previsto il diritto di recesso.

SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI?

ART. 15 - RISCATTO E RIDUZIONE
L'assicurazione collettiva e le singole posizioni individuali non sono riscattabili.
Non sono previsti valori di riduzione.

COME POSSO RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

ART. 16 – CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE
Le controversie di natura medica sul riconoscimento dell'Invalidità dell'Assicurato, sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici

avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le parti anche qualora uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI

ART. 17 - DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO
Il Beneficiario del contratto di assicurazione sulla vita acquista, per effetto della designazione fatta a suo favore dal Contraente, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione (art. 1920 c.c.). Pertanto le somme corrisposte al Beneficiario a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

ART. 18 - NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRABILITÀ
Le somme dovute dalla Società in dipendenza dei contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili fatte salve, rispetto ai premi pagati, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni (art. 1923 c.c.).

ART. 19 - LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO
Per tutto quanto non disciplinato dal contratto valgono le norme della legge italiana.

ART. 20 - IMPOSTE E TASSE
Eventuali imposte e tasse relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto.

ART. 21 - FORO COMPETENTE
Per le controversie relative al contratto è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo in cui il Contraente ha la residenza o il domicilio.

ALLEGATO A – DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE ALLA SOCIETÀ TRAMITE IL COMPETENTE SOGGETTO ABILITATO IN RELAZIONE ALLA CAUSA DEL PAGAMENTO

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

Decesso dell'Assicurato

- Certificato di morte dell'Assicurato (*);
- Richiesta di liquidazione compilata e sottoscritta da ciascun avente diritto, redatta sull'apposito modulo predisposto dalla Società disponibile presso gli intermediari incaricati (o, in alternativa, su carta semplice) nella quale siano indicati tutti i dati identificativi dell'avente diritto stesso;
- Fotocopia fronte retro di un documento d'identità valido e codice fiscale dell'Avente diritto, dell'Esecutore che opera in nome e per conto dell'Avente diritto e del Legale Rappresentante se persona diversa dall'Esecutore;
- Documentazione necessaria alla verifica dell'effettivo potere di rappresentanza nel caso in cui l'avente diritto sia persona giuridica (es.: visura camerale, verbale di assemblea con attestazione dei poteri o altro equivalente);
- Mandato e/o procura e/o decreto di nomina ad amministratore di sostegno o a tutore o curatore dell'avente diritto, nonché fotocopia fronte retro di un documento d'identità valido e del codice fiscale del Mandatario /Procuratore/Amministratore di sostegno/Tutore/Curatore oppure del Legale rappresentante;
- Relazione medica sulle cause del decesso, redatta su apposito modulo predisposto dalla Società (disponibile presso gli intermediari incaricati) oppure redatta su carta semplice fornendo tutte le informazioni previste dal modulo stesso (*);
- Cartelle cliniche e accertamenti sanitari effettuati, relativi a eventuali ricoveri in ospedale o case di cura, con particolare riferimento al documento contenente la diagnosi della malattia sulla causa che ha portato al decesso dell'Assicurato (*);
- In caso di morte violenta (infortunio, suicidio, omicidio): documento rilasciato dall'autorità competente ed eventuale chiusa istruttoria (provvedimento di archiviazione o rinvio a giudizio) da cui si desumano le precise circostanze del decesso;
- Per il caso in cui il beneficiario non coincida con il Contraente, atto di notorietà (**) reso innanzi a un Notaio o altro organo deputato a riceverlo (quale, ad esempio, un Cancelliere di un ufficio giudiziario), dal quale risulti se è stato redatto o meno testamento e se quest'ultimo, di cui deve essere rimesso l'Atto Notarile di pubblicazione è l'ultimo o l'unico conosciuto, valido e non impugnato. Se il beneficio è attribuito agli eredi legittimi dell'Assicurato, l'atto notorio dovrà riportare anche l'elenco di tutti gli eredi legittimi dell'Assicurato, con l'indicazione delle generalità complete, dell'età, del loro rapporto di parentela, della capacità di agire di ciascuno di essi, nonché dell'eventuale stato di gravidanza della vedova. Nel caso che siano designati in via generica beneficiari diversi dagli eredi legittimi, l'Atto Notorio dovrà indicare i dati anagrafici dei soggetti aventi diritto in qualità di beneficiari (*);
- Decreto del Giudice Tutelare che autorizza la riscossione e dispone sul reimpiego delle somme, con esonero della Società da ogni responsabilità circa il pagamento della somma stessa e da ogni responsabilità al riguardo, nel caso di aventi diritto minori o di incapaci, (ottenibile con ricorso al Giudice Tutelare del luogo di residenza del minore o incapace e gli importi da far autorizzare sono comunicati dalla Società)(*).

Invalidità dell'Assicurato

- Copia della domanda per l'accertamento dell'inabilità o dell'invalidità presentata all'Ente Previdenziale di appartenenza del lavoratore dipendente, qualora sussistano i requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva;
- Certificato attestante il riconoscimento da parte dell'Ente Previdenziale di appartenenza dell'Assicurato, del diritto a conseguire la pensione ordinaria di inabilità o l'assegno ordinario di invalidità permanente (non saranno, pertanto, considerate valide attestazioni relative al riconoscimento dell'invalidità Civile di cui alla L. 118/1971);
- Certificato del medico curante redatto su apposito modulo che la Società fornisce gratuitamente per il tramite delle proprie agenzie unitamente a copia della documentazione sanitaria relativa alla patologia sofferta dall'Assicurato ed oggetto della denuncia di Invalidità;
- Dichiarazione del datore di lavoro circa l'avvenuta cessazione del rapporto di lavoro.

La Società, ricevuta la documentazione di cui sopra, procederà con l'accertamento autonomo dell'Invalidità e questo prevarrà rispetto ad ogni altro accertamento, compreso il riconoscimento o meno da parte dell'Ente Previdenziale del diritto alla pensione ordinaria di inabilità o all'assegno ordinario di invalidità permanente.

(*) documenti da presentare in originale o copia conforme all'originale numerata ed autenticata in ogni pagina.

(**) non è sufficiente la dichiarazione sostitutiva dell'Atto Notorio in quanto valida solo nei confronti della Pubblica Amministrazione – vedi D.P.R. 445/2000.

ALLEGATO B – GLOSSARIO

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

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

Assicurazione: Vedi "Contratto di assicurazione sulla vita".

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Revoca della Proposta: Possibilità di impedire la conclusione del contratto, prima che la Società comunichi la propria accettazione alla Proposta ricevuta, che determina il diritto alla restituzione di quanto eventualmente pagato.

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

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

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

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

UnipolSai TCM Gruppi
modulo di Proposta (ultimo aggiornamento: 14/07/2020)

Agenzia/Unità Broker _____ **Codice Broker** _____
Sub Agenzia _____

CONTRAENTE:

Cognome e Nome / Ragione Sociale | Codice Fiscale

Domicilio o sede sociale | Indirizzo | Cap | Prov

Indirizzo email | Recapito telefonico

LEGALE RAPPRESENTANTE:

Cognome e Nome | Codice Fiscale

Indirizzo | Comune | Cap | Prov

Data di nascita __/__/____ | Luogo | Prov

Indirizzo email | Recapito telefonico

Tipo delega: Presidente ☐ Amministratore Delegato ☐ Delegato ☐ Procuratore ☐
Altro ☐ _____

Documento di riconoscimento del Contraente/Legale Rappresentante: _____

Data di rilascio/rinnovo __/__/____ | Luogo

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

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

Firma del Legale Rappresentante
(solo se il Contraente è persona Giuridica)

_____

Assicurandi: _____

Beneficiari: Stabiliti in Convenzione

Data di decorrenza __/__/____ | Durata Convenzione *(anni)* _____ | Premio da corrispondere al perfezionamento *(in Euro)* _____

Codice tariffa | Descrizione tariffa

_____ _____

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

FAC SIMILE

Agenzia/Unità Broker _____ **Codice Broker** _____
Sub Agenzia _____

Contraente _____

PERIODICITÀ E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Periodicità del premio: **monoannuale**

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

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

In ogni caso il primo premio versato dovrà essere corrisposto tramite una modalità di pagamento diversa da Addebito diretto SDD.
Il pagamento di un premio di importo superiore a € 500.000,00 può avvenire esclusivamente tramite bonifico SCT sul conto corrente che sarà appositamente indicato dalla Società.
È comunque fatto divieto all'intermediario incaricato di ricevere denaro contante a titolo di pagamento del premio.

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

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

Il sottoscritto dichiara di avere ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali, anche nell'interesse degli altri eventuali soggetti interessati indicati nel contratto, e di acconsentire al trattamento delle categorie particolari dei propri dati personali (in particolare, sulla salute), ove necessari per il perseguimento delle finalità indicate nell'informativa.

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

IL CONTRAENTE
_____

FACSIMILE

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

Agenzia/Unità Broker _____ **Codice Broker** _____

Sub Agenzia _____

Contraente _____

La Società emetterà, in base alla presente Proposta e ad eventuale altra documentazione, il relativo contratto assicurativo (sempre che essa ritenga di accettare il rischio).
La Società presta le garanzie indicate nella Proposta alle condizioni della forma assicurativa relativa alla tariffa riportata nel Set Informativo sottoindicato.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

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

a) **le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;**
b) **prima della sottoscrizione del questionario sanitario (ove previsto), il soggetto di cui alla lettera a) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;**
c) **l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.**

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

Il Contraente dichiara:

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

_____ , ____/____/_____
(Luogo) *(data)*

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

_____

IL CONTRAENTE

_____

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

FACSIMILE

pagina intenzionalmente in bianco

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

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

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

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

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

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

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

USA_Info_Cont_01 – ed. 01.08.2019

Note

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

UnipolSai Assicurazioni S.p.A

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

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it