UNIPOLSAI VITA PREMIUM

Assicurazione temporanea in caso di morte con capitale e premio annuo costanti (tariffa U20019) - per Assicurati Fumatori e Non Fumatori

SET INFORMATIVO U20019-03/2021 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. U20019 ed. 03/2021

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

UnipolSai ASSICURAZIONI

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

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

Compagnia: UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: UNIPOLSAI VITA PREMIUM (Tariffa U20019)

Il presente DIP è stato realizzato in data 31/03/2021 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 temporanea in caso di morte con capitale e premio annuo costanti per tutta la durata del contratto, a condizioni tariffarie differenziate in base all'abitudine al fumo dell'Assicurato.

Che cosa è assicurato / Quali sono le prestazioni?

L'assicurazione prevede le seguenti prestazioni:
Prestazione principale:

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

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

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

Garanzia complementare morte da Infortunio:
✓ Ulteriore capitale in caso di morte per Infortunio (formula "duplice protezione");
✓ Ulteriore capitale in caso di morte derivante da Infortunio, che raddoppia se l'Infortunio è conseguente ad incidente stradale (formula "triplice protezione").

Garanzia accessoria - "Garanzia di Famiglia" ("G.F."):
✓ Ulteriore capitale in caso di morte anche di un Secondo Assicurato (es. coniuge), a beneficio dei figli della coppia.

Garanzia accessoria - "Garanzia Malattia Grave" ("M.G."):
✓ pagamento di un capitale qualora venga diagnosticata all'Assicurato una delle seguenti Malattie Gravi: Cancro, Infarto miocardico, Ictus, Innesto di by-pass aortocoronarico, Insufficienza renale e Trapianto d'organo così come definite all'Art. 37 delle Condizioni di Assicurazione.

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

Che cosa NON è assicurato?

L'assicurazione non prevede le prestazioni nei seguenti casi:
× in caso di vita dell'Assicurato;
× in caso di invalidità dell'Assicurato;
× in caso di perdita di autosufficienza/inabilità di lunga durata dell'Assicurato.

Ci sono limiti di copertura?

! È previsto un periodo di carenza, nel quale la copertura della Garanzia principale non è piena, qualora l'Assicurato, con l'assenso della Società, si sia limitato a compilare un questionario sanitario senza sottoporsi a visita medica e/o agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società. La garanzia per il decesso dovuto ad infezione - inclusa la sieropositività - da HIV o AIDS e patologie collegate è soggetta ad un periodo di carenza più lungo. Durante il periodo di carenza, in caso di morte dell'Assicurato non direttamente conseguente alle cause indicate all'Art. 10 delle Condizioni di Assicurazione, cui si rinvia per i dettagli, il contratto si risolve e la Società rimborsa al Contraente una somma pari ai premi versati per la Garanzia principale.

! La Garanzia accessoria "M.G." prevede un periodo di carenza per il caso di Cancro. Qualora l'Assicurato, con l'assenso della Società, si sia limitato a compilare il questionario sanitario senza sottoporsi a visita medica, la carenza si applica anche a tutte le Malattie Gravi. Qualora la diagnosi di una Malattia Grave derivi da accertamenti sanitari eseguiti durante il periodo di carenza, la Garanzia si risolve e la Società rimborsa al Contraente una somma pari ai premi versati per la sola Garanzia accessoria. Per approfondimenti si rinvia all'Art. 40 delle Condizioni di Assicurazione.

! Non è coperto dalla Garanzia principale né dalle Garanzie accessorie e complementari il decesso e/o l'eventuale Malattia Grave dell'Assicurato causati dal dolo del Contraente o dei Beneficiari, nonché da dolo dell'Assicurato nel caso di Garanzia accessoria "M.G." e di decesso del Secondo Assicurato di Garanzia accessoria "G.F."; in questi casi la prestazione non è dovuta ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società.
Sono inoltre esclusi dalle garanzie i casi di decesso e/o l'eventuale Malattia Grave dovuti direttamente o indirettamente a determinate cause elencate nella corrispondente rubrica del DIP Aggiuntivo Vita.

Dove vale la copertura?

Il rischio di morte è coperto senza limiti territoriali.

Che obblighi ho?

Il contratto richiede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti sanitari. È tuttavia possibile, a determinate condizioni, limitarsi alla compilazione di un questionario, ma in tal caso la garanzia non risulterà pienamente efficace, come indicato nella rubrica "Ci sono limiti di copertura?". Modalità assuntive specifiche sono previste per la garanzia relativa al decesso dovuto ad infezione da H.I.V. (Aids e patologie collegate). Per Assicurandi con più di 60 anni di età assicurativa alla data di decorrenza o che avranno più di 70 anni di età assicurativa alla scadenza del contratto, è sempre obbligatoria la visita medica con eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società.
Il Contraente è tenuto a comunicare alla Società modifiche di professione o di attività dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto ai sensi dell'Art. 1926 del Codice Civile.
Qualora l'Assicurato, dichiaratosi Non Fumatore, inizi o ricominci a fumare in corso di contratto anche sporadicamente, è tenuto, insieme al Contraente, a darne comunicazione scritta all'Intermediario cui è assegnato il contratto oppure tramite lettera raccomandata alla Società.
Per ogni tipologia di liquidazione deve essere presentata alla Società la richiesta di liquidazione compilata e sottoscritta da ciascun avente diritto, redatta su carta semplice oppure sull'apposito modulo predisposto dalla Società, disponibile presso gli Intermediari incaricati. Nella richiesta di liquidazione devono essere indicati tutti i dati identificativi dell'avente diritto e deve essere allegata tutta la documentazione, specificata nel modulo stesso, con l'eccezione di quella già prodotta e ancora in corso di validità.

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. Il premio annuo della Garanzia principale non può essere inferiore a € 150,00.
Il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età assicurativa dell'Assicurato, nonché al suo stato di salute, al livello degli accertamenti sanitari compiuti, al suo comportamento relativamente al fumo ed alle sue abitudini di vita (professione, sport), che possono comportare l'applicazione di sovrappremi.
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 annuo può essere anche frazionato in rate semestrali o mensili, senza applicazione di costi di frazionamento. Il premio annuo relativo alla Prestazione principale può essere modificato nel corso della durata contrattuale per l'adesione da parte del Contraente all'Adeguamento Volontario (A.V.) del contratto eventualmente proposto dalla Società (Assicurazione A.V.).

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Per durata del contratto si intende l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza dello stesso.
La durata del contratto può essere fissata da un minimo di 2 anni ad un massimo di 30 anni con un'età assicurativa massima dell'Assicurato a scadenza di 80 anni, tenuto altresì conto che:

- la Garanzia complementare morte da Infortunio può essere richiesta se l'età assicurativa dell'Assicurato alla decorrenza non supera 70 anni;
- la Garanzia accessoria "G.F." può essere richiesta se l'età assicurativa dell'Assicurato e quella del Secondo Assicurato alla scadenza del contratto non supera 65 anni e se la differenza di età tra Assicurato e Secondo Assicurato non supera 25 anni;
- la Garanzia accessoria "M.G." può essere richiesta se l'età assicurativa dell'Assicurato alla decorrenza non supera 70 anni e con il limite massimo di durata di 15 anni; se la durata del contratto è maggiore, la Garanzia "M.G." scade comunque dopo 15 anni.

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 stata versata la prima rata di premio. Nel caso in cui la conclusione del contratto e/o il versamento della prima rata di premio siano avvenuti successivamente alla decorrenza, l'assicurazione entra in vigore alle ore 24 del giorno del versamento o del giorno, se successivo, di conclusione del contratto.
Il contratto cessa alla data di scadenza e negli altri casi indicati nelle Condizioni di Assicurazione.

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

Fino a quando il contratto non sia concluso, il proponente può revocare la Proposta già sottoscritta. Si rinvia al DIP Aggiuntivo Vita per gli aspetti di dettaglio.
Il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dal momento in cui il contratto è concluso. Si rinvia al DIP Aggiuntivo Vita per gli aspetti di dettaglio.
La sospensione del pagamento dei premi determina l'automatica sospensione delle garanzie e, se queste non vengono riattivate, le stesse si risolvono di diritto. Si rinvia al DIP Aggiuntivo Vita per gli aspetti di dettaglio.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐SI ☒NO

Il contratto non prevede riscatto o riduzione.

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

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

Compagnia: UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: UNIPOLSAI VITA PREMIUM (Tariffa U20019)

Il presente DIP è stato realizzato in data 31/03/2021 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?

L'assicurazione qui descritta è un'assicurazione temporanea in caso di morte con capitale e premio annuo costanti per tutta la durata del contratto, a condizioni tariffarie differenziate in base all'abitudine al fumo dell'Assicurato. Il Contraente beneficerà dell'applicazione di condizioni tariffarie migliori qualora l'Assicurato sia in grado di dichiarare di essere Non Fumatore secondo quanto stabilito all'Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione.

Inoltre il Contraente potrà ottenere condizioni tariffarie migliori qualora siano presentati alla Società accertamenti sanitari di livello superiore rispetto a quello minimo richiesto dalla Società, in relazione all'importo del capitale complessivamente assicurato (intendendo per tale il cumulo di capitali assicurati dalla Società per il caso di morte dello stesso Assicurato, anche con altri contratti Vita con valutazione del rischio). Si rimanda per i dettagli all'Allegato B delle Condizioni di Assicurazione.

L'assicurazione prevede le seguenti prestazioni:

Prestazione principale

Prestazione in caso di decesso: la Società paga il capitale assicurato ai Beneficiari designati in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza.
Il capitale assicurato può essere aumentato nel corso della durata del contratto tramite un Adeguamento Volontario ("A.V.") del contratto, aderendo ad un'assicurazione A.V., proposta dalla Società e regolata dal contratto.

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

Garanzia complementare morte da Infortunio:

Capitale in caso di morte derivante da Infortunio (formula "duplice protezione"): in caso di decesso dell'Assicurato, prima della scadenza, dovuto a Infortunio, la Società paga ai Beneficiari designati un ulteriore capitale pari a quello assicurato alla decorrenza del contratto dalla Garanzia principale.

Capitale in caso di morte derivante da Infortunio con possibilità di raddoppio in caso di morte per incidente stradale (formula "triplice protezione"): in caso di decesso dell'Assicurato, prima della scadenza, dovuto a Infortunio, la Società corrisponde ai Beneficiari designati un ulteriore capitale, pari a quello assicurato alla decorrenza del contratto dalla Garanzia principale, che raddoppia qualora l'Infortunio sia conseguente ad incidente stradale.

Garanzia accessoria: "Garanzia di Famiglia" ("G.F.")

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

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

Capitale in caso di diagnosi di Malattia Grave: la Società paga un capitale all'Assicurato qualora gli venga diagnosticata una delle Malattie Gravi definite all'Art. 37, purché riconosciuta dalla Società e l'Assicurato sia in vita alle ore 24 del 30° giorno successivo alla data della diagnosi della Malattia Grave.

Alla decorrenza del contratto il capitale assicurato con la presente Garanzia accessoria è pari ad una percentuale (25%, 50% o 75% a scelta del Contraente) del capitale assicurato con la Garanzia principale. In ogni caso l'importo del capitale complessivamente assicurato dalla Società con la Garanzia accessoria "M.G." e con analoghe coperture assicurative per lo stesso Assicurato, non potrà superare il limite di € 500.000,00.

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione di quanto indicato nel DIP Vita, è escluso dalla Prestazione principale i casi di decesso causati direttamente o indirettamente da:

- partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, insurrezione, sommossa, tumulto popolare, missioni di pace o qualsiasi operazione militare;
- atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, o di guerra civile, a cui l'Assicurato non ha preso parte attiva:
  - nel caso in cui tali situazioni fossero già esistenti al momento dell'arrivo dell'Assicurato nel territorio di accadimento;

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

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

Dalla Garanzia complementare morte da Infortunio sono esclusi tutti i casi di decesso causati direttamente o indirettamente dalle cause richiamate all'Art. 29 delle Condizioni di Assicurazione. In caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad una di tali cause escluse, la prestazione della Garanzia complementare non è dovuta; la garanzia stessa si risolve ed i relativi premi pagati restano acquisiti dalla Società a fronte del rischio corso.

Dalla Garanzia accessoria "G.F." sono esclusi tutti i casi di decesso del Secondo Assicurato causati direttamente o indirettamente dalle cause richiamate all'Art. 33 delle Condizioni di Assicurazione. In caso di decesso del Secondo Assicurato dovuto ad una di tali cause escluse, la prestazione della presente Garanzia accessoria non è dovuta; la garanzia stessa si risolve ed i relativi premi pagati restano acquisiti dalla Società a fronte del rischio corso.

Dalla Garanzia accessoria "M.G." sono esclusi tutti i casi di Malattia Grave causati direttamente o indirettamente dalle cause richiamate all'Art. 39 delle Condizioni di Assicurazione. In caso di Malattia Grave dell'Assicurato dovuto ad una di tali cause escluse,

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

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia di sinistro

Ad integrazione di quando 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'Allegato A delle Condizioni di Assicurazione in cui è riportato l'elenco dei documenti per ciascuna tipologia di liquidazione prevista dal contratto.

Prescrizione

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

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

Liquidazione della prestazione

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

In presenza della Garanzia accessoria "M. G." sono previsti ulteriori obblighi per l'accertamento della Malattia Grave denunciata. Per approfondimenti si rinvia all'Art. 41 delle Condizioni di Assicurazione.

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. 11 delle Condizioni di Assicurazione.

Quando e come devo pagare?

Premio

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

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

In ogni caso il primo 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 parte del premio annuo relativa alla Garanzia complementare morte da Infortunio è comprensiva dell'imposta sulle assicurazioni; per approfondimenti si rinvia alla rubrica "Regime fiscale".

Nei casi di cambiamento dello stato tabagico dell'Assicurato, la Società provvederà a rideterminare l'importo del premio annuo.

Per la sola Garanzia accessoria "M.G.", a condizione che siano trascorsi almeno cinque anni dalla data di decorrenza del contratto o dalla precedente revisione, la Società si riserva la facoltà di rivedere l'importo del premio dovuto.

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

Rimborso	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 del premio relativo alla Garanzia principale o all'eventuale Garanzia accessoria "M.G." in caso di decesso o, rispettivamente, Malattia Grave, intervenuti durante il periodo di carenza oppure dovuti direttamente o indirettamente ad una delle cause escluse indicate nella rubrica "Ci sono limiti di copertura?" del presente documento, a cui si rimanda per maggiori informazioni.
Sconti	Il contratto non prevede l'applicazione di sconti di premio. L'Intermediario può applicare, secondo parametri predefiniti dalla Società, un'agevolazione finanziaria riducendo il costo in percentuale sui premi.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Sospensione	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, le stesse si risolvono ed i premi già pagati restano acquisiti dalla Società. Le garanzie sospese a seguito del mancato pagamento dei premi possono essere riattivate entro i 180 giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata. Trascorsi 180 giorni ed entro un anno dalla scadenza della prima rata di premio non pagata la riattivazione può essere effettuata dietro richiesta ed accettazione scritta da parte, rispettivamente, del Contraente e della Società. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Artt. 18, 30, 34 e 42 delle Condizioni di Assicurazione.

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

Revoca	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.
Recesso	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 di una Garanzia comporta la risoluzione della Garanzia stessa, come previsto alla rubrica "Quando comincia la copertura e quando finisce?".

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	-

A chi è rivolto questo prodotto?

L'assicurazione è destinata ad Assicurati che, alla decorrenza del contratto, abbiano età assicurativa compresa tra 18 e 78 anni.
Il prodotto si rivolge sia a persone fisiche che a soggetti giuridici diversi dalle persone fisiche che hanno come esigenza principale la protezione contro il rischio di decesso dell'Assicurato mediante la corresponsione ai Beneficiari designati di un capitale assicurato relativo ad una Prestazione principale che può essere adeguata volontariamente su proposta della Società e/o integrata su richiesta del Contraente mediante l'abbinamento con eventuali Garanzie complementari e/o Garanzie accessorie.

Quali costi devo sostenere?

TABELLA DEI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

Costi di emissione del contratto da corrispondere in aggiunta alla prima rata di premio:	€ 30,00
Costi fissi prelevati da ciascun premio annuo:	€ 30,00
Costi in percentuale (a titolo di acquisizione, gestione e incasso) prelevati da ciascun premio annuo relativo alla Prestazione principale e all'eventuale Prestazione in caso di Malattia Grave, al netto dei costi di emissione e dei cosi fissi:	18,00%
Costi di emissione trattenuti, in luogo dei precedenti costi, in caso di recesso:	€ 30,00

COSTI DI INTERMEDIAZIONE

Quota-parte percepita in media dagli intermediari con riferimento ai costi posti a carico del Contraente: 40,38%.

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

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 assicurativo a titolo accessorio (e relativi dipendenti e collaboratori).

All'IVASS

Nel caso in cui il reclamo abbia esito insoddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine previsto è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.
I reclami indirizzati all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito Internet dell'IVASS e della Società, 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 della Malattia Grave di cui alla Garanzia accessoria "M.G.", possono essere demandate dalle parti per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato; l'onere delle competenze per il terzo medico rimane sempre a carico della parte soccombente. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le parti anche qualora uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo. - 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** I premi assicurativi vita non sono soggetti ad alcuna imposta ad eccezione dell'eventuale componente di premio destinata a copertura di garanzie complementari soggetta all'imposta sulle assicurazioni del 2,5%. I premi versati a copertura del caso morte, danno diritto alla detrazione d'imposta ai fini IRPEF alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge [Art. 15 del D.P.R. 917/86]. **Trattamento fiscale delle somme corrisposte** I capitali percepiti in caso di morte in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita, a copertura del rischio demografico, sono esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche. Le somme percepite in caso di morte dell'Assicurato sono esenti dall'imposta sulle successioni. I capitali corrisposti in caso di diagnosi di Malattia Grave non costituiscono reddito. 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.

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERE, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE 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 SARÀ POSSIBILE CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

UNIPOLSAI VITA PREMIUM

Assicurazione temporanea in caso di morte con capitale e premio annuo costanti (tariffa U20019) - per Assicurati Fumatori e Non Fumatori

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE comprensive di Glossario

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

Data ultimo aggiornamento: 31/03/2021

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

Presentazione

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

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

Le Condizioni di Assicurazione sono inoltre 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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA PRINCIPALE 5

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE MORTE DA INFORTUNIO 12

CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI? 12
ART. 28 - PRESTAZIONI ASSICURATE 12
CI SONO LIMITI DI COPERTURA? 12
ART. 29 - ESCLUSIONI 12
QUANDO E COME DEVO PAGARE? 13
ART. 30 - PREMIO 13
ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI 13
ART. 31 - RINVIO ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA PRINCIPALE 13

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA ACCESSORIA - GARANZIA DI FAMIGLIA 14

CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI? 14
ART. 32 - PRESTAZIONI ASSICURATE 14
CI SONO LIMITI DI COPERTURA? 14
ART. 33 - ESCLUSIONI 14
QUANDO E COME DEVO PAGARE? 15
ART. 34 - PREMIO 15
ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI 15
ART. 35 - RINVIO ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA PRINCIPALE 15

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA ACCESSORIA - GARANZIA MALATTIA GRAVE 16

CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI? 16
ART. 36 - PRESTAZIONI ASSICURATE 16
ART. 37 - DEFINIZIONE DI MALATTIA GRAVE 16
ART. 38 - RIVEDIBILITÀ DEL PREMIO O DELLA PRESTAZIONE 17
CI SONO LIMITI DI COPERTURA? 18
ART. 39 - ESCLUSIONI 18
ART. 40 - LIMITAZIONI 18
CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA? 19
ART. 41 - DENUNCIA ED ACCERTAMENTO DELLA MALATTIA GRAVE 19
QUANDO E COME DEVO PAGARE? 19
ART. 42 - PREMIO 19
COME POSSO RISOLVERE LE CONTROVERSIE? 19
ART. 43 - CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE 19
ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI 19
ART. 44 - RINVIO ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA PRINCIPALE 19

ALLEGATO A - DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE ALLA SOCIETÀ IN RELAZIONE ALLA CAUSA DEL PAGAMENTO 20

ALLEGATO B - COMBINAZIONE TARIFFARIA E TABELLA DEGLI ACCERTAMENTI SANITARI 21

ALLEGATO C - GLOSSARIO 22

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA PRINCIPALE

CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

ART. 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO

La Garanzia principale del contratto è un'assicurazione temporanea in caso di morte con capitale e premio annuo costanti per tutta la durata del contratto, a tariffa differenziata in base all'abitudine al fumo (tariffa U20019).

Vengono applicate condizioni tariffarie migliori (vedi Allegato B) nel caso in cui l'Assicurato possa dichiarare di essere Non Fumatore - come definito all'Art. 4 - e qualora, in presenza di un capitale complessivamente assicurato non superiore a €450.000,00, siano forniti alla Società accertamenti sanitari di livello superiore, in quanto più approfonditi, rispetto a quelli richiesti dalla Società per la valutazione del rischio relativo al capitale complessivamente assicurato.

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

ART. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATE

La Società paga ai Beneficiari designati il capitale assicurato in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale. In tal caso il contratto si risolve con effetto dalle ore 24 della data del decesso (fermo restando quanto previsto all'Art. 32 in presenza della Garanzia accessoria "G.F."); altrimenti, alla scadenza il contratto si risolve **senza corresponsione di alcuna prestazione** ed **i premi pagati restano acquisiti dalla Società a fronte del rischio corso.**

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 4 - DEFINIZIONE DI NON FUMATORE

Ai fini del presente contratto è considerato Non Fumatore colui che non ha fumato o fatto uso di tabacco, neanche sporadicamente, nei 24 mesi che precedono la sottoscrizione della Proposta o la data della comunicazione, in corso di contratto, dell'eventuale passaggio dallo stato di fumatore a quello di Non Fumatore di cui all'Art. 7.

Lo stato di Non Fumatore risulta indicato in Proposta, mediante apposita dichiarazione sottoscritta dal Contraente e dall'Assicurato.

Alle dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato si applica quanto stabilito dall'Art. 11.

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

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

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

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

Se l'Assicurato, dichiaratosi Non Fumatore, inizia o ricomincia a fumare, anche sporadicamente, il medesimo ed il Contraente **devono immediatamente darne comunicazione scritta** all'Intermediario cui è assegnato il contratto **oppure mediante lettera raccomandata** inviata direttamente alla Società.

In tale caso la Società provvederà a rideterminare il premio annuo o il capitale assicurato.
Il nuovo premio, o il nuovo capitale assicurato, viene calcolato applicando le corrispondenti condizioni tariffarie, relative agli Assicurati fumatori, in base all'età assicurativa e alla durata iniziali, alla decorrenza del contratto e delle eventuali assicurazioni A.V. L'età assicurativa è calcolata in anni interi, arrotondata per eccesso se la frazione di anno supera 6 mesi oppure per difetto in caso contrario.
La modifica dell'importo del premio annuo, o dell'ammontare del capitale assicurato, ha effetto a partire dalla data di scadenza della prima rata di premio successiva alla data di ricevimento della comunicazione del cambio di stato e risulterà da appendice contrattuale. Con effetto dalla medesima data di scadenza il contratto si risolverà di diritto se, decorsi 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, l'appendice contrattuale non è stata sottoscritta dalle parti.

ART. 7 - PASSAGGIO DALLO STATO DI FUMATORE A QUELLO DI NON FUMATORE
Se l'Assicurato, dichiaratosi fumatore, passa allo stato di Non Fumatore, il medesimo ed il Contraente possono darne **comunicazione scritta** all'Intermediario cui è assegnato il contratto oppure **mediante lettera raccomandata** inviata direttamente alla Società.
In tale caso la Società provvederà a rideterminare il premio annuo applicando le corrispondenti condizioni tariffarie, relative agli Assicurati Non Fumatori, in base all'età assicurativa e alla durata iniziali, alla decorrenza del contratto e delle eventuali assicurazioni A.V..
La variazione ha effetto a partire dalla scadenza della prima rata di premio successiva alla data di ricevimento della comunicazione del cambio di stato e risulterà da appendice contrattuale.
Nel caso di successiva perdita dello stato di Non Fumatore, vale quanto indicato all' Art. 6.

ART. 8 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO PER CAMBIAMENTO DI PROFESSIONE O DI ATTIVITÀ DELL'ASSICURATO
L'Assicurato e il Contraente sono tenuti a comunicare tempestivamente alla Società ogni cambiamento di professione o di attività dell'Assicurato stesso che possa comportare un aggravamento del rischio, mediante **comunicazione scritta** all'Intermediario cui è assegnato il contratto oppure **mediante lettera raccomandata** inviata direttamente alla Società.
Qualora il cambiamento di professione o di attività comporti un aggravamento del rischio tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito alla conclusione del contratto, la Società non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, la Società stessa si riserva di applicare quanto previsto dall'Art. 1926 del Codice Civile.
In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze riguardanti la professione o l'attività dell'Assicurato, oppure il suo eventuale cambiamento, la Società si riserva di applicare quanto previsto dagli Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

ART. 9 - ESCLUSIONI
È escluso dalla garanzia il decesso causato direttamente o indirettamente da:
a) dolo del Contraente o dei Beneficiari;
b) partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
c) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, insurrezione, sommossa, tumulto popolare, missioni di pace o qualsiasi operazione militare;
d) atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, o di guerra civile, a cui l'Assicurato non ha preso parte attiva:
   - nel caso in cui tali situazioni fossero già esistenti al momento dell'arrivo dell'Assicurato nel territorio di accadimento; oppure
   - nel caso in cui l'Assicurato si trovasse nel territorio di accadimento all'inizio delle ostilità ed il decesso avvenisse dopo 14 giorni dall'inizio delle stesse;
e) eventi causati da: contaminazioni chimiche, armi nucleari, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche ed esposizione a particelle ionizzanti;
f) partecipazione a gare e corse di velocità, e relative prove e allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
g) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, salvo il caso di guida con possesso di patente scaduta da non più di dodici mesi;
h) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo; in ogni caso è esclusa la morte causata da incidente di volo se l'Assicurato viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
i) intossicazione provocata da assunzione di bevande alcoliche, dall'uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dell'eventuale riattivazione del contratto;
j) atti contro la persona dell'Assicurato - compreso il rifiuto, comprovato da documentazione sanitaria, di sottoporsi a cure, terapie, interventi o altri trattamenti sanitari prescritti da medici - da lui volontariamente compiuti o consentiti, se avvenuti nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dell'eventuale riattivazione del contratto;
k) trattamenti medici o chirurgici non resi necessari da Infortunio o malattia ovvero per i quali non esista prova di prescrizione o di consiglio di un medico.

In questi casi, ad eccezione di quello indicato alla lettera a) per il quale non è previsto alcun rimborso, il contratto si risolve e la Società rimborsa al Contraente una somma pari all'ammontare dei premi versati per la sola Garanzia principale.

ART. 10 - LIMITAZIONI

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

Nel caso in cui l'Assicurato, previo assenso della Società, decida di non sottoporsi a visita medica e/o agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti, **viene applicato un periodo di carenza che decorre dalla data di entrata in vigore dell'assicurazione o dalla data di riattivazione accordata dalla Società**, secondo quanto previsto ai successivi par. 10.1 e 10.2.

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

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

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

a) una delle seguenti malattie infettive acute: tifo, paratifo, tetano, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro spinale epidemica, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A, B e C, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post vaccinica, ebola;

b) shock anafilattico;

c) Infortunio, intendendo per Infortunio (fermo quanto disposto all'Art. 9) un trauma prodotto all'organismo da causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili.

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

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

Ipotesi

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

Esempio 1: Durante il periodo di carenza di 180 giorni, l'Assicurato decede, ad esempio, a causa di un aneurisma.
La Società non paga il capitale assicurato, il contratto si risolve e la Società rimborsa al Contraente una somma pari all'ammontare dei premi versati.

Esempio 2: Durante il periodo di carenza di 180 giorni, l'Assicurato decede, ad esempio, in conseguenza diretta di salmonellosi.
Il contratto si risolve e la Società paga il capitale assicurato perché il decesso, nonostante si sia verificato durante il periodo di carenza, è stato causato direttamente da una delle malattie per le quali non si applica il periodo di carenza.

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

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

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

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

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

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

ART. 11 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

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

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

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

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta comunque, al momento del pagamento, la rettifica delle somme dovute dalla Società in base all'età reale.

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

ART. 12 - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

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

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

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

Qualora l'esame della suddetta documentazione 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, come definita nelle presenti Condizioni di Assicurazione in relazione all'evento che causa il pagamento, la Società abbia ricevuto tutta la documentazione necessaria. In caso contrario, la somma viene messa a disposizione entro 30 giorni dal ricevimento da parte della Società della suddetta documentazione completa.

Decorso il termine di 30 giorni previsto per i pagamenti della Società - compreso il pagamento dell'importo da rimborsare in caso di recesso - ed a partire dal suddetto termine di 30 giorni, sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto. Gli interessi moratori sono calcolati secondo i criteri della capitalizzazione semplice, al tasso annuo pari al saggio legale tempo per tempo in vigore, anche agli eventuali fini ed effetti di cui all'Art. 1224, 2° co., del Codice Civile.

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

ART. 13 - PREMIO

13.1 Premio e modalità di pagamento

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

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

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

Il Contraente ha la facoltà di cambiare il frazionamento del premio all'anniversario della data di decorrenza del contratto. Tale scelta deve essere comunicata con un **preavviso di novanta giorni** qualora il pagamento del premio venga effettuato tramite Addebito diretto SDD (Sepa Direct Debit).

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

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

In ogni caso il primo versamento deve essere effettuato tramite una modalità di pagamento diversa da Addebito diretto SDD.
In caso di frazionamento mensile del premio, qualora il Contraente abbia richiesto, alla sottoscrizione del contratto, che il pagamento venga effettuato tramite Addebito diretto SDD, le prime tre rate mensili **devono essere corrisposte in via anticipata e in unica soluzione** tramite una modalità di pagamento diversa da Addebito diretto SDD.
Il pagamento di un premio di importo **superiore a € 500.000,00 deve essere effettuato esclusivamente tramite bonifico SCT** sul conto corrente che sarà appositamente indicato dalla Società.
L'Intermediario incaricato ha il **divieto di ricevere denaro contante a titolo di pagamento del premio.**
La Società non è tenuta ad inviare avvisi di scadenza né a provvedere all'incasso al domicilio del Contraente.
A giustificazione del mancato pagamento dei premi, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

13.2 Costi sul premio
In aggiunta alla prima rata di premio è dovuto l'importo di € 30,00 per **costi di emissione del contratto.**
I costi prelevati da ciascun premio annuo della Garanzia principale sono i seguenti:
- **costi fissi**: € 30,00;
- **costi in percentuale**: 18,00% del premio al netto dei costi fissi.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

ART. 14 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO
Il contratto è concluso nel giorno in cui:
- la Polizza, firmata dalla Società, viene sottoscritta dal Contraente e dall'Assicurato,

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

ART. 15 - ENTRATA IN VIGORE DELL'ASSICURAZIONE
L'assicurazione entra in vigore alle ore 24 della data di decorrenza indicata in Polizza, **a condizione che a tale data il contratto sia stato concluso e sia stata versata la prima rata di premio**. Nel caso in cui la conclusione del contratto e/o il versamento della prima rata di premio siano avvenuti successivamente alla data di decorrenza, l'assicurazione entra in vigore alle ore 24 del giorno del versamento o del giorno, se successivo, di conclusione del contratto.
In ogni caso sono fatti salvi i periodi di carenza delle garanzie esplicitamente previsti.

ESEMPIO - Data di entrata in vigore dell'assicurazione

	Esempio 1	Esempio 2	Esempio 3	Esempio 4
Data di decorrenza Data di conclusione del contratto Data di versamento del premio	05/06/2020 05/06/2020 05/06/2020	10/06/2020 05/06/2020 05/06/2020	05/06/2020 05/06/2020 09/06/2020	01/06/2020 07/06/2020 05/06/2020
Entrata in vigore dell'assicurazione:	05/06/2020	10/06/2020	09/06/2020	07/06/2020

ART. 16 - DURATA DEL CONTRATTO
La durata del contratto è pari al periodo che intercorre fra le ore 24 della data di decorrenza e le ore 24 della data di scadenza riportate in Polizza.

ART. 17 - MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI: SOSPENSIONE DELLE GARANZIE E RISOLUZIONE DELL'ASSICURAZIONE
Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza, comporta - a partire dalle ore 24 di quest'ultima data - la sospensione delle garanzie e, se queste non vengono riattivate ai sensi dell'Art. 18, il contratto si risolve ed i premi già pagati restano acquisiti dalla Società a fronte del rischio corso.

ART. 18 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE

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

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

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

La riattivazione ripristina, con effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento delle rate di premio arretrate, il capitale assicurato per il medesimo importo che si sarebbe ottenuto qualora non si fosse verificato il mancato pagamento dei premi, **fatte salve le esclusioni e le limitazioni esplicitamente previste per le garanzie.**

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

COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO?

ART. 19 - DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente può recedere dal contratto **entro trenta giorni** dal momento in cui il contratto è concluso dandone comunicazione **mediante raccomandata A.R. inviata direttamente alla Società.**

Il recesso libera entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio.

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

SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI?

ART. 20 - RISCATTO E RIDUZIONE

Non sono previsti valori di riscatto e riduzione.

ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI

ART. 21 - BENEFICIARI

Il Contraente può designare uno o più Beneficiari e revocare o modificare in qualsiasi momento tale designazione.

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

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

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

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

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

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

ART. 22 - DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO

Il Beneficiario 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 del Codice Civile). Pertanto le somme corrisposte al Beneficiario a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

ART. 23 - NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRABILITÀ
Le somme dovute dalla Società in dipendenza dei contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili fatte salve, rispetto ai premi pagati, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni (Art. 1923 del Codice Civile).

ART. 24 - CESSIONE, PEGNO E VINCOLO
Il Contraente può cedere ad altri il contratto **solo previo espresso consenso della Società**, così come può darlo in pegno o vincolare le somme assicurate.
Tali atti, per avere efficacia nei confronti della Società, **devono risultare dalla Polizza o appendice alla stessa ed essere firmati dalle parti interessate.**
Nel caso di pegno o vincolo, **le operazioni di liquidazione richiedono il consenso scritto del creditore pignoratizio o vincolatario.**

ART. 25 - LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO
Per tutto quanto non disciplinato dal contratto valgono le norme della legge italiana.

ART. 26 - IMPOSTE E TASSE
Eventuali imposte e tasse relative al contratto sono a carico del Contraente o degli aventi diritto.

ART. 27 - FORO COMPETENTE
Per le controversie relative al presente contratto, è competente l'Autorità giudiziaria del luogo di residenza o domicilio del Contraente, del Beneficiario ovvero degli aventi diritto.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE MORTE DA INFORTUNIO

(Garanzia complementare valida solo se espressamente richiamata in Polizza)

CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

ART. 28 - PRESTAZIONI ASSICURATE

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

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

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

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

A seconda della formula prescelta dal Contraente e risultante dalla Polizza, la Garanzia complementare morte da Infortunio prevede quanto descritto al successivo par. 28.1 o par. 28.2, dove si intende: (i) per Infortunio: un trauma prodotto all'organismo da causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili; (ii) per Infortunio conseguente ad incidente stradale: quello direttamente causato da veicoli e/o mezzi meccanici in circolazione - esclusi quelli ferroviari - che avvenga su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate.

28.1 Garanzia complementare "Morte da Infortunio" - duplice protezione

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

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

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

ESEMPIO - Prestazioni assicurate Garanzia complementare morte da Infortunio

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

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

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

ART. 29 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla presente Garanzia tutti i casi di decesso causati direttamente o indirettamente dalle stesse cause previste all'Art. 9 per la Garanzia principale, nonché da:

- stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti ed allucinogeni, partecipazione a risse o ad azioni delittuose;
- pratica di sport o attività pericolosi (ad esempio: paracadutismo e sport aerei in genere, pugilato, atletica pesante, lotta, tiro con armi da fuoco, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, sci acrobatico, discesa libera, bob, slittino, speleologia, alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, arrampicata libera, downhill, bungee-jumping, canoa

fluviale, rafting, torrentismo, sport subacquei in genere, rugby, football americano, hockey su ghiaccio, sport equestri in genere, ecc.), anche se svolti a carattere ricreativo.

In caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad una di tali cause escluse, la prestazione non è dovuta, e la presente Garanzia si risolve ed i relativi premi pagati restano acquisiti dalla Società a fronte del rischio corso.

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

ART. 30 - PREMIO

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

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

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

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

ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI

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

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA ACCESSORIA - GARANZIA DI FAMIGLIA

(Garanzia accessoria valida solo se espressamente richiamata in Polizza)

CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

ART. 32 - PRESTAZIONI ASSICURATE

Con la presente Garanzia accessoria "Garanzia di Famiglia" ("G.F."), la Società paga ai Beneficiari, oltre alle prestazioni della Garanzia principale, il capitale relativo alla Garanzia accessoria, indicato in Polizza, al momento in cui si verifichi il decesso della persona indicata in Polizza quale Secondo Assicurato, **purché:**

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

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

Il capitale assicurato con la presente Garanzia è di ammontare costante e non è soggetto agli Adeguamenti Volontari eventualmente applicati alle prestazioni della Garanzia principale. I Beneficiari del suddetto capitale sono, in parti uguali, i figli nati e nascituri della coppia sopra definita.

ESEMPIO - Prestazioni assicurate Garanzia accessoria "Garanzia di Famiglia"

Esempio 1

Nel caso in cui, alla decorrenza del contratto, il capitale assicurato della Garanzia principale sia pari a €100.000,00 e il Contraente abbia scelto di integrare l'assicurazione con la Garanzia accessoria "G.F.", qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato, la Società paga un importo pari a € 100.000,00, la Garanzia accessoria resta in vigore senza pagamento di ulteriori premi e, in caso di successivo decesso del Secondo Assicurato prima della scadenza contrattuale, la Società pagherà un ulteriore importo pari a €100.000,00 se al momento di tale decesso sopravviva almeno uno dei figli della coppia costituita dall'Assicurato e dal Secondo Assicurato.

Esempio 2

Nel caso in cui, alla decorrenza del contratto, il capitale assicurato della Garanzia principale sia pari a €100.000,00 e il Contraente abbia scelto di integrare l'assicurazione con la Garanzia accessoria "G.F.", qualora si verifichi il decesso del Secondo Assicurato contemporaneamente oppure nelle 24 ore immediatamente precedenti alla morte dell'Assicurato, il contratto si risolve e se al momento del decesso del Secondo Assicurato sopravvive almeno uno dei figli della coppia, costituita dall'Assicurato e dal Secondo Assicurato, la Società paga un importo pari a €200.000,00 [€100.000,00 Garanzia principale + €100.000,00 Garanzia accessoria].

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

ART. 33 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla presente Garanzia tutti i casi di decesso del Secondo Assicurato causati direttamente o indirettamente dalle stesse cause previste all'Art. 9 per la Garanzia principale - considerando quanto lì riferito all'Assicurato come riferito al Secondo Assicurato - nonché da:

- malattie o lesioni che siano la conseguenza diretta o indiretta di stati patologici o condizioni morbose manifestatisi, diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente l'entrata in vigore dell'assicurazione;
- dolo dell'Assicurato principale;
- lo svolgimento di un'attività sportiva diversa da: atletica leggera (mezzofondo, fondo, marcia, maratona, corsa campestre, velocità, lanci, salti, eptathlon, decathlon), badminton, baseball, biathlon, biliardo sportivo, bocce, bowling, curling, birilli, bridge, dama, scacchi, caccia, calcio, calcio a cinque, calcio a sette, calcio a otto, rugby, hockey e ciclismo senza partecipazioni a gare e tornei, canoa, canottaggio, cultura fisica, danza, equitazione, ginnastica artistica, ginnastica ritmica, twirling, golf, nuoto, nuoto sincronizzato, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, beach volley, pattinaggio sul ghiaccio, pattinaggio a rotelle, pattinaggio artistico ed altre specialità di figure, pentathlon moderno, pesca sportiva esclusa altura, pesistica, scherma, sci esclusi percorsi fuori tracciato, sci di fondo, snowboard esclusi percorsi fuori tracciato, softball, squash, tamburello, tennis, tennis da tavolo, triathlon, escursionismo alpino, footing, cricket, vela, tutte esercitate in forma dilettantistica;
- lo svolgimento di un'attività professionale diversa da: addetto alla portineria, addetto ad impresa di pulizie, agente di assicurazioni, agente di commercio, agricoltore, allevatore, agronomo, albergatore o operatore turistico, ambulante, amministratore, architetto, artista/letterario, attore, autista bus privati, autoferrotranviere, autotrasportatore (escluso il

trasporto di infiammabili/esplosivi/tossici), avvocato, barbiere/parrucchiere, barista, benestante, bidello, biologo, calzolaio, capo-mastro, capo operaio, carrozziere, casalinga, chimico addetto alla fabbricazione di materie non esplosive, collaboratore domestico, commercialista, commerciante (escluso il commercio di materiali esplosivi), commesso/cameriere, conciatore, consulente, cuoco/pizzaiolo, dirigente, elettrauto, elettricista impianti domestici, elettrotecnico, esercente, estetista, fabbro, falegname, farmacista, fisico non esposto a radiazioni, fisioterapista, fonditore, fotografo, funzionario, geometra, gestore/addetto carburanti, grafico, hostess/steward di terra, idraulico, impiegato, imprenditore, infermiere non operativo in reparto infettivi, ingegnere non minerario, insegnante, lavoratore edile con qualifica di sorvegliante, libero professionista, macchinista ferroviere, macellaio, magistrato/procuratore, meccanico, medico/medico chirurgo, medico dentista, medico radiologo, ministro del culto, musicista, negoziante, notaio, odontotecnico, operatore ecologico, ostetrica, panettiere/pasticciere, pensionato, pittore, postino, ristoratore, sarto, scenografo, studente, tappezziere, taxista, tipografo, titolare d'azienda, veterinario, artigiano o operaio senza uso di macchine mordenti, macchine utensili a moto circolare uniforme (ad esempio: trapano, fresalesatrice, tornio), macchine utensili a moto rettilineo alternato (ad esempio: rettificatrice per piani, piallatrice, limatrice, stozzatrice), artigiano o operaio senza accesso a tetti, impalcature, ponteggi, tralicci, pozzi o miniere e senza contatto con materiali esplosivi, appartenente alle forze armate che non naviga né vola e che svolge la propria attività all'interno del territorio della Repubblica Italiana (con esclusione di consolati ed ambasciate), appartenenti alla Pubblica Sicurezza/Carabinieri/Guardia di Finanza/Vigili Urbani/Guardia Carceraria/Guardia Forestale quando svolgono mansioni amministrative o di pattugliamento.

In caso di decesso del Secondo Assicurato dovuto ad una di tali cause escluse, la prestazione non è dovuta, la presente Garanzia si risolve ed i relativi premi pagati restano acquisiti dalla Società a fronte del rischio corso.

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

ART. 34 - PREMIO

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

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

Il premio della Garanzia accessoria è dovuto purché siano contemporaneamente in vita l'Assicurato e il Secondo Assicurato.

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

La Garanzia accessoria si risolve in tutti i casi in cui non è più dovuto il pagamento dei premi della Garanzia principale, salvo il caso in cui l'obbligo di tale pagamento termini in conseguenza del decesso dell'Assicurato.

ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI

ART. 35 - RINVIO ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA PRINCIPALE

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA ACCESSORIA - GARANZIA MALATTIA GRAVE

(Garanzia accessoria valida solo se espressamente richiamata in Polizza)

CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

ART. 36 - PRESTAZIONI ASSICURATE

Con la presente Garanzia accessoria "Garanzia Malattia Grave" ("M.G."), la Società paga all'Assicurato il relativo capitale assicurato, il cui importo iniziale è indicato in Polizza, qualora venga diagnosticata all'Assicurato una delle Malattie Gravi, definite all'Art. 37, **purché:**

- **a seguito della denuncia effettuata ai sensi dell'Art. 41, la Società riconosca la Malattia Grave;**
- **l'Assicurato sia in vita al termine del periodo di franchigia. Il periodo di franchigia termina alle ore 24 del 30° giorno successivo alla data della diagnosi della Malattia Grave;**
- **la diagnosi sia definitiva e intervenuta mentre la Garanzia accessoria è in vigore e il Contraente è in regola con il pagamento dei relativi premi ai sensi dell'Art. 42;**

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

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

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

Il capitale assicurato relativo alla presente Garanzia è di ammontare costante e non è soggetto agli Adeguamenti Volontari eventualmente applicati alle prestazioni della Garanzia principale, fermo restando quanto previsto nei casi di cambiamento dello stato tabagico di cui all'Art. 6 e nei casi di rivedibilità del premio di cui all'Art. 38.

Le modalità ed i termini per l'accertamento della Malattia Grave e per la conseguente corresponsione del capitale sono descritti all'Art. 41.

ESEMPIO - Prestazioni assicurate Garanzia accessoria "Garanzia Malattia Grave"

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

ART. 37 - DEFINIZIONE DI MALATTIA GRAVE

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

37.1 Cancro

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

Ai fini della presente Garanzia, non sono considerati Cancro e sono esclusi dalla Garanzia accessoria:

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

37.2 Infarto miocardico
Infarto miocardico acuto con necrosi di una parte del muscolo miocardico risultante da insufficiente apporto sanguigno alla zona interessata. La diagnosi di Infarto miocardico acuto deve essere fatta da uno specialista cardiologo e sostenuta da **tutti e tre** i seguenti criteri:
1) sintomatologia clinicamente costante con la diagnosi di infarto acuto del miocardio;
2) nuove alterazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla data di decorrenza del contratto;
3) tipica elevazione con aumento al di sopra dei valori di normalità dei biomarkers cardiaci specifici.

Non sono considerati Infarto e sono esclusi dalla Garanzia accessoria:
- angina, miocardite, insufficienza cardiaca e altre forme di sindrome coronarica acuta;
- cardiomiopatia da stress (Takotsubo);
- lesione miocardica acuta dovuta ad aritmie, trauma, embolia polmonare o setticemia.

37.3 Ictus
Morte irreversibile del tessuto cerebrale a causa di mancato apporto sanguigno o emorragia nel tessuto cerebrale o emorragia nello spazio subaracnoideo. L'ictus deve contribuire ad una compromissione permanente delle funzioni neurologiche delle quali si devono riscontrare chiare ed evidenti anomalie all'esame obiettivo che permangano per un periodo continuativo di almeno 30 giorni successivamente all'esordio dell'ictus. La diagnosi di ictus deve essere fatta da uno specialista neurologo e deve essere confermata da tecniche ad immagini. Gli esami devono mostrare un Ictus di nuova insorgenza rispetto alla data di entrata in vigore dell'assicurazione.
Ai fini della presente Garanzia, non sono considerati Ictus e sono esclusi dalla Garanzia accessoria:
- attacco ischemico transitorio (TIA);
- danni cerebrali dovuti ad infortunio o trauma;
- disturbi ai vasi sanguigni che interessano gli occhi, ivi compreso infarto del nervo ottico o della retina;
- eventi vascolari della colonna vertebrale;
- ictus silente asintomatico riscontrato solo tramite tecniche ad immagini.

37.4 Innesto di by-pass aortocoronarico
L'effettivo sottoporsi ad intervento chirurgico a cuore aperto mirato a correggere il restringimento o l'occlusione di una o più arterie coronarie tramite l'innesto di by-pass.
È inclusa anche la chirurgia minimamente invasiva (MICS), con o senza sternotomia, a condizione che sia stato inserito un by-pass coronarico. Quest'intervento chirurgico deve essere ritenuto come il trattamento più idoneo da parte del cardiologo di riferimento.
Non è considerato Innesto by-pass aortocoronarico e sono escluse dalla Garanzia accessoria le procedure non a cielo aperto, quali, tra le altre: l'angioplastica a palloncino (PTCA), il cateterismo cardiaco, la risoluzione chirurgica tramite laser e tutte le altre tecniche cateterali intra-arteriose.

37.5 Insufficienza renale
Insufficienza renale terminale con insufficienza totale ed irreversibile di entrambi i reni diagnosticata da parte dello specialista nefrologo. L'insufficienza renale deve essere trattata tramite o emodialisi renale continua oppure trapianto renale e il trattamento deve essere deciso da un nefrologo.
Ai fini della presente Garanzia, non è considerata Insufficienza renale ed esclusa dalla Garanzia accessoria:
- l'insufficienza renale acuta reversibile che richiede soltanto dialisi temporanea;
- l'insufficienza renale monolaterale.

37.6 Trapianto d'organo
Aver subito quale ricevente un trapianto di cuore, polmone, fegato, rene, pancreas o intestino tenue. È altresì coperto l'effettivo sottoporsi quale ricevente a trapianto di midollo osseo solo se è ritenuto clinicamente indispensabile e certificato da relativo specialista e a condizione che l'Assicurato sia stato sottoposto a pre-trattamento tramite chemioterapia mieloablativa e/o radioterapia.
Ai fini della presente Garanzia, non è considerato Trapianto d'organo e sono esclusi dalla Garanzia accessoria:
- tutti i trapianti di cellule staminali di altro tipo;
- trapianto di cellule insulari;
- trapianto di altri organi o tessuti non inclusi nella presente definizione.

ART. 38 - RIVEDIBILITÀ DEL PREMIO O DELLA PRESTAZIONE
La Società si riserva la facoltà di rivedere l'importo del premio dovuto per la presente Garanzia, qualora le rilevazioni statistiche (di fonte ISTAT o altro ente qualificato) sulla popolazione nazionale o di altri paesi europei oppure le rilevazioni statistiche condotte su portafogli assicurativi, evidenzino una variazione delle probabilità prese a base per il calcolo del premio tale da renderne necessaria la revisione.
Nel caso in cui la revisione comporti un aumento del premio, la Società invierà al Contraente la comunicazione del nuovo importo di premio con un preavviso di almeno 180 giorni rispetto all'anniversario della data di decorrenza del contratto dal

quale avrà effetto la revisione.
In caso di non accettazione da parte del Contraente - mediante comunicazione scritta con un preavviso di 90 giorni rispetto all'anniversario considerato - o di assenza di riscontro nel suddetto termine da parte dello stesso, il capitale assicurato sarà ricalcolato e comunicato per iscritto al Contraente. In tal caso la Garanzia resterà in vigore rimanendo invariato l'importo del premio in corso. Resta ferma la facoltà del Contraente di interrompere i pagamenti dei premi della presente Garanzia ai sensi dell'Art. 42, risolvendo la Garanzia stessa.
Ogni eventuale revisione potrà avvenire - con le modalità sopra riportate - a condizione che siano trascorsi almeno cinque anni dalla data di decorrenza del contratto o dalla precedente revisione.

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

ART. 39 - ESCLUSIONI
Ferme restando le esclusioni di cui all'Art. 37, sono in ogni caso esclusi dalla presente Garanzia accessoria i casi di Malattia Grave pregressa, cioè quelli diagnosticati o per le quali l'Assicurando abbia presentato segni e sintomi e consultato un medico prima della data di entrata in vigore dell'assicurazione o dell'eventuale riattivazione del contratto accordata dalla Società ai sensi dell'Art. 18.
In particolare, i casi pregressi di Infarto del miocardio, Ictus o Innesto di by-pass aortocoronarico vengono considerati come un'unica Malattia Grave; pertanto, a seguito di uno qualsiasi dei suddetti casi pregressi, la Garanzia accessoria coprirà esclusivamente i casi di Cancro, Insufficienza renale e Trapianto d'organo.
Sono inoltre esclusi dalla presente Garanzia tutti i casi di Malattia Grave causati direttamente o indirettamente dalle stesse cause previste all'Art. 9 per la Garanzia principale - considerando quanto lì riferito al decesso dell'Assicurato come riferito alla diagnosi di Malattia Grave dello stesso - nonché da:

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

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

ART. 40 - LIMITAZIONI
La presente Garanzia è soggetta ad un periodo di carenza che decorre dalla data di entrata in vigore dell'assicurazione o dalla data di riattivazione accordata dalla Società, secondo quanto previsto ai successivi par. 40.1 e 40.2.

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

40.2 Carenza per Garanzia Malattia Grave con visita medica
La copertura assicurativa relativa alla Malattia Grave Cancro è comunque soggetta ad un periodo di carenza di 180 giorni.

Qualora la diagnosi di una Malattia Grave dell'Assicurato derivi da accertamenti sanitari eseguiti mentre è operante il periodo di carenza della relativa copertura, **la corrispondente prestazione non è dovuta, la Garanzia accessoria si risolve** e la Società rimborsa al Contraente una somma pari all'ammontare dei premi versati per la sola Garanzia accessoria. La Garanzia principale e eventuali altre Garanzie accessorie e/o complementari restano in vigore con il pagamento dei relativi premi.
La copertura assicurativa relativa alla Malattia Grave Cancro non prevede il pagamento di alcuna prestazione in relazione a tumori che siano recidive o metastasi di tumori la cui diagnosi derivi da accertamenti sanitari eseguiti prima che sia terminato il corrispondente periodo di carenza.

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

ART. 41 - DENUNCIA ED ACCERTAMENTO DELLA MALATTIA GRAVE

Qualora venga diagnosticata all'Assicurato una Malattia Grave deve esserne fatta denuncia alla Società **entro i 180 giorni successivi, mediante raccomandata A.R.,** per chiedere il pagamento del capitale ai sensi dell'Art. 12. 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 alla Società in modo veritiero e completo le dichiarazioni e la documentazione sanitaria richiesta dalla Società per l'accertamento della Malattia Grave, delle relative cause e della data della diagnosi. Inoltre, su richiesta della Società, l'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti medici necessari per consentire l'accertamento della Malattia Grave, presso strutture sanitarie e da medici di fiducia della stessa Società.

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

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

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

ART. 42 - PREMIO

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

L'importo del premio, indicato in Polizza, è costante e non è soggetto agli Adeguamenti Volontari eventualmente applicati al premio annuo della Garanzia principale, fermo restando quanto previsto nei casi di cambiamento di stato tabagico di cui all'Art. 6 e nei casi di rivedibilità del premio di cui all'Art. 38.

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

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

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

COME POSSO RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

ART. 43 - CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE

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

ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI

ART. 44 - RINVIO ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA PRINCIPALE

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

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

I pagamenti vengono effettuati **previa consegna da parte degli aventi diritto di tutta la documentazione sotto elencata in relazione alla causa del pagamento**, 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 prima della scadenza del contratto

- richiesta di liquidazione compilata e sottoscritta da ciascun avente diritto, redatta su carta semplice oppure sull'apposito modulo predisposto dalla Società (disponibile presso gli Intermediari incaricati), nella quale siano indicati tutti i dati identificativi dell'avente diritto stesso;
- fotocopia fronte retro di un documento d'identità valido e del codice fiscale di ciascun avente diritto o del Legale Rappresentante se l'avente diritto è persona giuridica;
- comunicazione di svincolo redatta e sottoscritta dal vincolatario o benestare del creditore pignoratizio, solo nel caso in cui il contratto risulti vincolato o ceduto in pegno, che autorizzi il pagamento all'avente diritto o, viceversa, comunicazione che indichi l'ammontare del debito residuo vantato;
- documentazione necessaria alla verifica dell'effettivo potere di rappresentanza nel caso in cui l'avente diritto sia persona giuridica;

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

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

Malattia Grave dell'Assicurato

- richiesta di liquidazione compilata e sottoscritta dall'Assicurato, redatta su carta semplice oppure sull'apposito modulo predisposto dalla Società (disponibile presso gli Intermediari incaricati);
- attestazione sottoscritta dall'Assicurato, con la quale lo stesso dichiari, a seconda della circostanza ricorrente, che la liquidazione è percepita in relazione ad attività commerciali o, in alternativa, che non è percepita in relazione ad attività commerciali;
- comunicazione di svincolo redatta e sottoscritta dal vincolatario o benestare del creditore pignoratizio, solo nel caso in cui il contratto risulti vincolato o ceduto in pegno, che autorizzi il pagamento al Beneficiario/Assicurato o, viceversa, comunicazione che indichi l'ammontare del debito residuo vantato;

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

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

ALLEGATO B - COMBINAZIONE TARIFFARIA E TABELLA DEGLI ACCERTAMENTI SANITARI

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

1. stato tabagico dell'Assicurato (Fumatore o Non Fumatore)
2. capitale complessivamente assicurato (intendendo per tale il cumulo di capitali assicurati dalla Società per il caso di morte dello stesso Assicurato, anche con altri contratti Vita con valutazione del rischio)
3. livello accertamenti sanitari scelto dal Contraente (laddove il capitale complessivamente assicurabile sia in una fascia non superiore a 450.000,00 euro) o richiesto dalla Società.

Livello accertamenti sanitari	**Assicurati Fumatori**			**Assicurati Non Fumatori**		
	Capitale complessivamente assicurato (euro)			**Capitale complessivamente assicurato (euro)**		
	Fino a 300.000,00	**Da 300.000,01 a 450.000,00**	**Da 450.000,01**	**Fino a 300.000,00**	**Da 300.000,01 a 450.000,00**	**Da 450.000,01**
	COMBINAZIONE					
Argento	Argento Fumatore	–	–	Argento Non Fumatore	–	–
Oro	Oro Fumatore	Oro Fumatore	–	Oro Non Fumatore	Oro Non Fumatore	–
Platino	Platino Fumatore	Platino Fumatore	Platino Fumatore	Platino Non Fumatore	Platino Non Fumatore	Platino Non Fumatore

dove:

	Accertamenti sanitari richiesti dalla Società per la valutazione del rischio
Argento *(Livello 1)*	**Visita medica e test HIV** **Nel caso in cui l'Assicurato, previo assenso della Società, decida di non sottoporsi a visita medica e al test HIV è prevista la compilazione del Questionario Sanitario** (fermi in tal caso i periodi di carenza previsti dalle Condizioni di Assicurazione). Per Assicurati con età assicurativa alla data di decorrenza superiore a 60 anni e/o età assicurativa a scadenza superiore ad anni 70 è sempre **obbligatoria la visita medica; in tal caso,** qualora venga sottoscritta una copertura "Garanzia Malattia Grave", gli accertamenti minimali sono comunque quelli del Livello 2 ad eccezione dell'elettrocardiogramma.
Oro *(Livello 2)*	**Visita medica e ulteriori accertamenti sanitari relativi al Livello 2** (elenco di accertamenti fornito dalla Società)
Platino *(Livello 3)*	**Visita medica e ulteriori accertamenti sanitari relativi al Livello 3** (elenco di accertamenti fornito dalla Società)

ALLEGATO C - 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 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.

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

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

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 VITA PREMIUM

modulo di Proposta (ultimo aggiornamento: 31/03/2021)

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

FAC SIMILE

Segue Proposta n.

Assicurando *(se diverso dal Contraente)*

Cognome e Nome | Sesso | Data di nascita (___/___/_____)

Luogo di nascita | Professione

Indirizzo del domicilio

CAP | Località | Provincia

Indirizzo di residenza (se diverso dal domicilio)

CAP | Località | Provincia

Codice Fiscale | Documento di riconoscimento | Numero

Rilasciato da | Località di rilascio | Data di rilascio (___/___/_____)

Indirizzo email | Recapito telefonico

Secondo Assicurando/Ragazzo *(se il prodotto lo prevede)*

Cognome e Nome | Sesso | Data di nascita (___/___/_____)

Luogo di nascita | Codice Fiscale

Indirizzo di residenza

CAP | Località | Provincia

Beneficiari

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

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

☐ il Contraente ☐ l'Assicurato

☐ Designazione nominativa del Beneficiario

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

Cognome e Nome / Ragione Sociale | Sesso | Data di nascita (___/___/_____)

Luogo di nascita | Codice Fiscale / P. IVA

Indirizzo di residenza

CAP | Località | Provincia

Indirizzo email | Recapito telefonico | Quota beneficio %

☐ Altra Designazione del Beneficiario

FACSIMILE

UnipolSai ASSICURAZIONI

Segue Proposta n.

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

☐ Designazione nominativa del Beneficiario

Cognome e Nome / Ragione Sociale | Sesso | Data di nascita ___/___/_____

Luogo di nascita | Codice Fiscale / P. IVA

Indirizzo di residenza

CAP | Località | Provincia

Indirizzo email | Recapito telefonico | Quota beneficio %

☐ Altra Designazione del Beneficiario

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

Cognome e Nome / Ragione Sociale | Sesso | Data di nascita ___/___/_____

Luogo di nascita | Codice Fiscale / P. IVA

Indirizzo di residenza

CAP | Località | Provincia

Indirizzo email | Recapito telefonico

Tipologia del contratto

I successivi importi si intendono espressi in Euro.

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

☐ Potenziamento ☐ 50% ☐ 100%

☐ Garanzia complementare "Morte da Infortunio"

☐ Garanzia complementare "Morte da Infortunio da incidente

☐ Garanzia accessoria "Garanzia di Famiglia" (G.F.)

☐ Garanzia accessoria "Garanzia Malattia Grave" (M.G.) ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

Premio - 1ª rata da versare

Garanzia base | Sovrappremi | Garanzia complementare | Garanzia accessoria (G.F.) | Garanzia accessoria (M.G.) | Premio netto

Interessi di frazionamento | Imposte su complementare | Costi di emissione | Diritti di Quietanza | Premio lordo

- rate successive – a partire dal

Garanzia base | Sovrappremi | Garanzia complementare | Garanzia accessoria (G.F.) | Garanzia accessoria (M.G.) | Premio netto

Interessi di frazionamento | Imposte su complementare | Costi di emissione | Diritti di Quietanza | Premio lordo

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

Decorrenza e durata del contratto, periodicità e frazionamento del premio

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

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

Decorrenza e durata del contratto, periodicità e frazionamento del premio

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

Prestazione/Attivazione addebito diretto SDD (Sepa Direct Debit)/Attivazione Piano riscatti parziali programmati

Capitale/Rendita | Rateazione Rendita | Percentuale reversibilità rendita

☐ Richiesta di attivazione SDD

☐ Richiesta di attivazione Piano riscatti parziali Programmati ___,___% (indicare percentuale)

Convenzione / Classe

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

FACSIMILE

UnipolSai ASSICURAZIONI

Segue Proposta n. _____

Avvertenze relative alla compilazione dei questionari

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

Questionario Professionale

L'Assicurando è esposto ai seguenti pericoli?

(in caso affermativo indicare una sola risposta)

Accesso ad impalcature/ponteggi/tralicci <= 15m	☐	Lavori con macchinari pericolosi	☐
Accesso ad impalcature/ponteggi/tralicci anche > 15m	☐	Svolge mansioni solo ed esclusivamente in ufficio	☐
Contatto con materiali esplosivi	☐		

Altro

Questionario Sanitario

L'Assicurando

0) Ha mai fumato o fatto uso di tabacco negli ultimi 24 mesi? □ No □ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

Quale?	Da quando?	Quantitativo giornaliero

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

a) hanno preso visione dell'articolo "Definizione di Non Fumatore" delle Condizioni di Assicurazione;

b) l'Assicurando non ha mai fumato, neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della Proposta;

c) pertanto, sussiste il requisito che consente al Contraente di beneficiare della riduzione di premio riservata agli Assicurandi Non Fumatori;

d) qualora l'Assicurando inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, sono consapevoli di doverne dare comunicazione entro 30 giorni all'Intermediario o alla Società mediante raccomandata affinché la Società possa agire come previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

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

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

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

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

Analisi delle urine	☐	Pap-test	☐
Colposcopia	☐	Prove di funzionalità respiratoria	☐
Ecocardiogramma	☐	Radiografia	☐
Ecografia	☐	Ricerca di sangue nelle feci	☐
Elettrocardiogramma	☐	Teleradiogramma	☐
Esami del sangue	☐	Test HIV (o similari)	☐
Esami oculistici	☐	Biopsia	☐
Mammografia	☐	PSA (antigene prostatico specifico)t	☐
Markers per le epatiti	☐		

Altro tipo di esame clinico

FACSIMILE

2) Ha sofferto o soffre (oppure è stato ricoverato in case di cura, ospedali, ha subito interventi o assume o ha assunto farmaci) per una delle seguenti malattie:

a) Malattie dell'apparato respiratorio ☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

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

Altre malattie dell'apparato respiratorio

b) Malattie dell'apparato cardiocircolatorio ☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

Aritmie (es. morbo di Wolff Parkinson White, ecc.)	☐	Flebite	☐
Cardiopatie congenite	☐	Tromboflebite	☐
Infarto miocardico	☐	Trombosi	☐
Cardiomiopatia ischemica	☐	Embolia polmonare	☐
Angina stabile	☐	Altre malattie tromboemboliche venose	☐
Angina instabile	☐	Insufficienza cardiaca	☐
Altre cardiopatie ischemiche	☐	Ipertensione arteriosa	☐
Ictus emorragico	☐	Ipertensione polmonare	☐
Ictus ischemico	☐	Miocardiopatie (es. dilatativa, ipertrofica, ecc.)	☐
Emorragia cerebrale e cerebellare	☐	Pericardite (guarita da almeno 1 anno)	☐
Emorragia subaracnoidea	☐	Valvulopatie (es. aortica, mitralica, polmon., tricuspide ecc.)	☐
Leucoencefalopatia multinfartuale	☐	Varici arti inferiori non complicate	

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

c) Malattie neurologiche e psichiatriche ☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

Cefalee non complicate	☐	Neuropatia periferica	☐
Demenze	☐	Polimiosite	☐
Epilessia	☐	Psicosi	☐
Meningoencefaliti	☐	Sclerosi multipla	☐
Meningiti	☐	Sindrome ansiosa	☐
Miastenia	☐	Sindrome di Guillain Barrè (guarita da almeno 1 anno)	☐
Morbo di Parkinson	☐	Sindromi depressive	☐
Cefalee non complicate	☐	Neuropatia periferica	☐

Altre malattie neurologiche e psichiatriche

d) Malattie endocrine e metaboliche ☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

Diabete	☐	Dislipidemie miste	☐
Gotta	☐	Altre malattie dislipidemiche	☐
Ipercolesterolemia	☐	Interv. chirur. su gonadi, ipofisi, paratiroidi, surrene, tiroide	☐
Ipertrigliceridemia	☐	Ipo e iperfunz. di gonadi, ipofisi, paratiroidi, surrene, tiroide	☐

Altre malattie endocrine e metaboliche

FAC SIMILE

d) Malattie endocrine e metaboliche □ No □ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

Adenoma prostatico (operato e guarito)	☐	Insufficienza renale cronica	☐
Balanite e balanopostite (guarite da almeno 3 mesi)	☐	Malformazioni uterine	☐
Bartolinite (guarita da almeno 3 mesi)	☐	Metrite (guarita da almeno 3 mesi)	☐
Calcolosi renale complicata	☐	Nefriti interstiziali	☐
Calcolosi renale non complicata (operata e guarita)	☐	Nefrectomia pregressa	☐
Cisti renali semplici	☐	Epididimite	☐
Criptorchidismo (operato e guarito)	☐	Orchite	☐
Endometriosi	☐	Ovarite (guarita da almeno 3 mesi)	☐
Endometriti (guarite da almeno 3 mesi)	☐	Pielonefrite acuta e pielite acuta (guarite)	☐
Fibromiomatosi mammella (operata e guarita)	☐	Prostatite (guarita da almeno 3 mesi)	☐
Fibromiomatosi uterina (operata e guarita)	☐	Rene policistico	☐
Fibromiomatosi uterina (non operata)	☐	Sindrome nefrosica	☐
Fimosi	☐	Varicocele	☐
Glomerulonefriti	☐	Vulvite e vaginite (guarite da almeno 3 mesi)	☐
Idrocele	☐	Asportazione cisti ovarica	☐

Altre malattie dell'apparato uro-genitale

f) Malattie dell'apparato digerente □ No □ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

Appendicite (operata e guarita)	☐	Gastrite	☐
Ascesso anale	☐	Gastroenteriti (guarite)	☐
Calcolosi colecistica (operata e guarita senza complicanze)	☐	Morbo di Crohn	☐
Cirrosi epatica	☐	Megacolon	☐
Colite ulcerosa	☐	Pancreatite acuta (guarita)	☐
Colon irritabile	☐	Pancreatiti croniche	☐
Diverticolosi del colon	☐	Poliposi del colon (con esame istologico negativo)	☐
Emorroidi	☐	Ragade anale	☐
Epatite A (guarita)	☐	Sindromi da malassorbimento	☐
Epatopatie croniche (epatiti B, C)	☐	Splenectomia origine traumatica	☐
Ernia iatale, inguinale, ombelicale	☐	Ulcera gastro-duodenale	☐
Esofagite	☐	Volvolo intestinale	☐
Fistola anale	☐		

Altre malattie dell'apparato digerente

g) Tumori □ No □ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

Tumori maligni	☐	Trattamenti chirurgici	☐
Trattamenti chemioterapici	☐	Trattamenti radianti	☐

Altro

FACSIMILE

h) Altro ☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

Aborto spontaneo prima gravidanza	☐	Leucemia	☐
AIDS	☐	Trombocitosi	☐
Artrite	☐	Anemia aplastica	☐
Cataratta	☐	Poliglobulia	☐
Cheratite (guarita da almeno 3 mesi)	☐	Altre malattie ematologiche	☐
Colera (guarito)	☐	Mononucleosi (guarita)	☐
Congiuntivite (guarita da almeno 3 mesi)	☐	Osteoartrosi	☐
Patologia discale del rachide (ernia del disco)	☐	Osteomielite (guarita)	☐
Malattie esantematiche (guarite)	☐	Osteoporosi	☐
Pregresse fratture e traumi (senza postumi invalidanti)	☐	Parto naturale e cesareo	☐
Glaucoma	☐	Poliomielite	☐
Artrite reumatoide	☐	Retinite (guarita da almeno 3 mesi)	☐
Lupus eritematoso sistemico	☐	Reumatismo articolare acuto	☐
Dermatomiosite	☐	Salmonellosi (guarita da almeno 3 mesi)	☐
Scleroderma	☐	Scoliosi, lordosi e cifosi (guarite da almeno3 mesi)	☐
Connettivite mista	☐	Lue (sifilide)	☐
Altre malattie autoimmuni	☐	Tifo (guarito)	☐
Anemie in genere	☐	Toxoplasmosi	☐
Favismo	☐	Tratto talassemico (anemia mediterranea portatore sano)	☐
Emofilia	☐	Tubercolosi	☐
Linfomi	☐	Vizi delle vista (miopia, presbiopia, astigmatismo)	☐
Trombocitopenia	☐		

Altro _____

3) Fa uso di alcolici? ☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare i consumi)

☐ Uso moderato/2 bicchieri di vino ai pasti ☐ Altro (indicare): _____

4) Ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti? ☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare)

Quali? _____ Quando l'ultima volta? _____ Da quando? _____

5) Gode di pensione d'invalidità o ha presentato domanda per ottenerla? ☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare motivazione sanitaria))

_____

6) Ha subito infortuni o ha sofferto di malattie che hanno causato postumi temporanei o permanenti? ☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare i postumi))

_____

7) Misure somatiche

Peso _____ Altezza _____

FACSIMILE

Segue Proposta n.

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

Nella sua parentela consanguinea (padre, madre, fratelli, sorelle) ci sono stati casi di infarto, coronopatia, cardiomiopatia, ictus, rene policistico, tumori maligni, poliposi intestinale, diabete prima dei 60 anni? □ No □ Si

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

L'assicurando

1. Nell'esercizio della sua professione è esposto a rischi particolari? □ No □ Si

(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.)

Quali? | Frequenza

Precisazioni

2. Pratica degli sport pericolosi? □ No □ Si

(pilotaggio aereo, deltaplano, paracadutismo, alpinismo, nuoto subacqueo, motorismo, vela, pugilato, ecc.)

Quali? | Frequenza

Gare | Precisazioni

3. Può fornire altre notizie rilevanti ai fini assicurativi? □ No □ Si

(pilotaggio aereo, deltaplano, paracadutismo, alpinismo, nuoto subacqueo, motorismo, vela, pugilato, ecc.)

Quali? | Frequenza

Precisazioni

Revoca della Proposta e diritto di recesso

Il Contraente ha diritto di revocare la presente Proposta finché il contratto non sia concluso; ha inoltre diritto di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla conclusione dello stesso; quest'ultimo termine si estende a 60 giorni qualora il contratto di assicurazione sia connesso all'erogazione di un Mutuo o altro contratto di Finanziamento. Il diritto di revoca o di recesso deve essere esercitato per iscritto mediante raccomandata A.R. 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 del pagamento del premio coincide con la data di valuta del relativo accredito riconosciuta alla Società o all'Intermediario incaricato.

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

Periodicità del Premio: _____.

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

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

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

FACSIMILE

Dichiarazioni conclusive

Io sottoscritto:

- **DICHIARO** ad ogni effetto di legge che le indicazioni fornite nella presente Proposta, nonché nel Questionario per la raccolta di informazioni del Cliente [n. ____ (**)] e nei questionari (ove previsti), necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, esatte e complete e che non ho 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 avere effettuato la designazione generica del/i Beneficiario/i in luogo di quella nominativa nella consapevolezza che ciò può comportare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/i Beneficiario/i (*);
- di essere consapevole che l'eventuale modifica o revoca del/i beneficiario/i deve essere comunicata per iscritto alla Società, anche attraverso l'Intermediario incaricato, o effettuata per testamento;
- di aver ricevuto dal distributore o visionato sul suo sito internet o nei suoi locali, prima della sottoscrizione della presente Proposta, i documenti precontrattuali contenenti le informazioni sul distributore, le informazioni sulla distribuzione del prodotto
  - assicurativo NON-IBIP **(**)**
  - d'investimento assicurativo **(***)**

  collocato e le regole di comportamento del distributore, previsti dal Reg. IVASS n. 40 del 2/8/2018;
- **di aver ricevuto, letto e compreso, prima della sottoscrizione della presente Proposta:**
  - **la Raccomandazione personalizzata n. _____ del __/__/_____ (***);**
  - **il Set Informativo _____;**
  - **il Documento Informativo relativo all'operazione di trasformazione (****);**

Firma del Contraente (ovvero il Legale rappresentante)	Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente) (ovvero il Legale rappresentante)	Firma Secondo Assicurando *(se il prodotto lo prevede)* (ovvero il Legale rappresentante)
_____	_____	_____

(*) solo in caso di designazione generica;
(**) solo per contratti con prestazioni di puro rischio;
(***) solo per contratti con prestazioni rivalutabili;
(****) solo in caso di operazione di trasformazione;

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

Firma dell'Intermediario autorizzato

_____ , ____/____/_____ _____

(Luogo) *(data)*

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 cui 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 di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione o la 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). La normativa sulla privacy Le attribuisce altresì il diritto di richiedere la limitazione del trattamento dei dati, se ne ricorrono i presupposti, e l'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, 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. 03.11.2020

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