



## UNIPOL AUTONOMIA COSTANTE

LTC - Assicurazione di rendita vitalizia in caso di Non Autosufficienza a premio annuo costante (Tariffa U40001)

### SET INFORMATIVO U40001-06/2025.1 composto da:

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

mod. U40001 ed. 06/2025

# LTC - Assicurazione di rendita vitalizia in caso di Non Autosufficienza a premio annuo costante

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

Compagnia: Unipol Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: UNIPOL AUTONOMIA COSTANTE (Tariffa U40001)

Il presente DIP è stato realizzato in data 26/06/2025 ed è l'ultimo aggiornamento pubblicato disponibile



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

## Che tipo di assicurazione è?

Assicurazione di rendita vitalizia in caso di Non Autosufficienza dell'Assicurato a premio annuo.



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

### Prestazioni in caso di perdita di autosufficienza

- ✓ in caso di riconoscimento da parte di Unipol Assicurazioni S.p.A. (di seguito "Società") dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, la Società paga al Beneficiario designato una rendita di importo costante, erogabile mensilmente in rate posticipate fino a quando l'Assicurato è in vita, purché permanga in stato di Non Autosufficienza. L'importo della rata di rendita mensile assicurata è indicata in Polizza.
- ✓ insieme alla prima rata di rendita mensile, la Società paga un'ulteriore Rata Aggiuntiva, il cui importo è pari a sei volte la rata di rendita mensile stessa.

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

- ✓ Lavarsi
- ✓ Vestirsi e svestirsi
- ✓ Andare al bagno ed usarlo
- ✓ Spostarsi
- ✓ Continenza
- ✓ Alimentarsi

L'importo mensile della rendita assicurata non può superare € 4.000,00 e non può essere inferiore a € 500,00.

La prestazione di rendita può essere aumentata nel corso della durata del contratto tramite un Adeguamento Volontario ("A.V.") del contratto, aderendo ad un'assicurazione A.V. proposta dalla Società.



## Che cosa NON è assicurato?

L'assicurazione non prevede prestazioni nei seguenti casi:

- ✗ vita dell'Assicurato, con mantenimento dell'autosufficienza;
- ✗ decesso dell'Assicurato;
- ✗ invalidità dell'Assicurato;
- ✗ malattia grave/inabilità di lunga durata dell'Assicurato.



## Ci sono limiti di copertura?

! È previsto un periodo di carenza, nel quale la copertura assicurativa non è piena. La garanzia per lo stato di Non Autosufficienza, dovuto ad una causa diversa da shock anafilattico o da Infortunio, è soggetta ad un periodo di carenza di un anno dall'entrata in vigore dell'assicurazione o dalla data di riattivazione accordata dalla Società, periodo esteso a tre anni per i casi dovuti a malattie neurologiche, nervose o mentali, dovute a causa organica. Qualora si verifichi lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, determinato da una causa diversa da shock anafilattico o da Infortunio, durante il suddetto periodo di carenza, il contratto si risolve e la Società rimborsa al Contraente una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto del costo di emissione.

! Ai fini dell'operatività della copertura assicurativa lo stato di Non Autosufficienza deve perdurare almeno 90 giorni decorrenti dalla data di denuncia (periodo di franchigia).

! Non è coperto lo stato di Non Autosufficienza se causato dal dolo del Contraente o dei Beneficiari; in questo caso il contratto si risolve ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società.

È inoltre escluso dalla garanzia lo stato di Non Autosufficienza causato direttamente o indirettamente da determinate cause elencate nella corrispondente rubrica del DIP Aggiuntivo Vita.



## Dove vale la copertura?

La copertura opera senza limiti territoriali.



## Che obblighi ho?

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

Il contratto richiede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato.

Il Contraente deve comunicare alla Società le modifiche di professione o di attività dell'Assicurato avvenute in corso di contratto.

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

deve indicare i dati identificativi dell'avente diritto e allegare tutta la documentazione, specificata nel modulo stesso, con l'eccezione di quella già prodotta e ancora in corso di validità.



### Quando e come devo pagare?

Il contratto prevede il pagamento di un premio annuo anticipato di importo costante fino a che l'Assicurato è in vita o fino alla data di denuncia dello stato di Non Autosufficienza dello stesso, purché riconosciuto dalla Società.

Il premio è determinato in relazione all'ammontare delle garanzie prestate, all'età assicurativa dell'Assicurato, nonché al suo stato di salute e alle sue abitudini di vita (professione, sport), che possono comportare l'applicazione di sovrappremi.

Il premio annuo può essere anche frazionato in rate semestrali o mensili, previa maggiorazione del suo importo; la maggiorazione è pari al 2% in caso di frazionamento semestrale ed al 4,50% in caso di frazionamento mensile.

A condizione che siano trascorsi almeno 5 anni dalla data di decorrenza del contratto o dalla precedente revisione, la Società si riserva la facoltà di rivedere l'importo del premio dovuto.

Purché siano state versate le prime 8 annualità di premio, il Contraente può sospendere il loro pagamento mantenendo il diritto alla prestazione ridotta. Se, invece, il Contraente non paga interamente le prime 8 annualità di premio, il contratto si risolve e i premi versati restano acquisiti dalla Società.

Il premio annuo 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.).

Ogni versamento di premio deve essere intestato o girato alla Società o all'Intermediario incaricato, in tale sua qualità, con una delle seguenti modalità: assegno bancario, postale o circolare non trasferibile; bonifico SCT su c/c bancario o postale, altri mezzi di pagamento bancario o postale o, se previsti, sistemi di pagamento elettronico. Se il Contraente ha scelto l'Addebito diretto SDD, il primo pagamento deve essere fatto con modalità diversa e, se la frequenza del premio è mensile, i primi 3 premi devono essere pagati in via anticipata e in unica soluzione. Per premi superiori a € 500.000,00 il pagamento è dovuto tramite bonifico SCT sul c/c indicato dalla Società. L'Intermediario incaricato non può ricevere denaro contante a titolo di pagamento del premio.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto è concluso nel giorno in cui la Polizza, firmata dalla Società, viene sottoscritta dal Contraente e dall'Assicurato, oppure, il Contraente, dopo la sottoscrizione della Proposta, riceve dalla Società la Polizza firmata o comunicazione scritta attestante l'assenso della Società stessa.

L'assicurazione entra in vigore alle ore 24: (i) della data di decorrenza, se il contratto è concluso ed è stato versato il primo premio o (ii) del giorno di versamento del primo premio o, se successivo, di conclusione del contratto, in caso di versamento e/o conclusione successivi alla data di decorrenza.

Il contratto è a "vita intera": la durata non è prefissata in quanto coincide con la vita dell'Assicurato ed ha inizio con la data di decorrenza. Il contratto cessa alla data di decesso dell'Assicurato o di recupero dell'autosufficienza.



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

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

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

**RISOLUZIONE:** Qualora il Contraente non abbia ancora versato le prime 8 annualità di premio, le garanzie sono sospese per il mancato pagamento anche di una sola rata, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza. Se le garanzie non sono riattivate entro i 90 giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il contratto si risolve ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società. Trascorsi 90 giorni ed entro 1 anno dalla scadenza della prima rata di premio non pagata le garanzie sono riattivate dietro richiesta ed accettazione scritta da parte, rispettivamente, del Contraente e della Società.



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

Non è consentito il diritto al riscatto, ma è prevista la riduzione della prestazione.

In caso di sospensione del pagamento dei premi il contratto può essere riattivato pagando le rate di premio arretrate.

# LTC - Assicurazione di rendita vitalizia in caso di Non Autosufficienza a premio annuo costante

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

Prodotto: UNIPOL AUTONOMIA COSTANTE (Tariffa U40001)



Il presente DIP è stato realizzato in data 26/06/2025 ed è l'ultimo aggiornamento pubblicato disponibile

## Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

## Società

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

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

Al contratto si applica la legge italiana.

## Prodotto



### Che cosa NON è assicurato?

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



### Ci sono limiti di copertura?

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

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

pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili.

In tali casi il contratto si risolve e la Società rimborsa al Contraente una somma pari al 50,00% dei premi pagati fino alla data di accertamento dello stato di Non Autosufficienza.



### A chi è rivolto questo prodotto?

L'assicurazione è destinata ad Assicurati che, alla decorrenza del contratto, hanno età assicurativa compresa tra 18 e 70 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 Non Autosufficienza dell'Assicurato mediante la corresponsione allo stesso di una rendita vitalizia, erogabile mensilmente, di importo costante.



### Quali costi devo sostenere?

#### TABELLA DEI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

|                                                                                   |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Costi di emissione del contratto, in aggiunta alla prima rata di premio           | €30,00 |
| Costi fissi prelevati da ciascun premio annuo:                                    | €30,00 |
| Costi in percentuale prelevati da ciascun premio annuo, al netto dei costi fissi: | 21,00% |
| Costi di emissione trattenuti, in luogo dei precedenti costi, in caso di recesso: | €30,00 |

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

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

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

#### COSTI DI INTERMEDIAZIONE

Quota-parte percepita in media dagli intermediari con riferimento ai costi posti a carico del Contraente: 40,03%.

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

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

#### All'impresa assicuratrice

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

#### All'IVASS

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

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

#### Mediazione

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

#### Negoziazione assistita

Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.

#### Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

- Procedura di arbitrato: arbitrato irrituale - le controversie di natura medica sul riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato e sugli esiti del riesame di tale stato, possono essere demandate dalle parti per iscritto ad un Collegio di medici che decide a maggioranza di voti.
- Liti transfrontaliere: reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.

### REGIME FISCALE

#### Trattamento

fiscale  
applicabile al  
contratto

**Trattamento fiscale dei premi** - I premi versati sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni e quelli versati a copertura del rischio di Non Autosufficienza sono detraibili ai fini IRPEF, ai sensi di legge.  
**Trattamento fiscale delle somme corrisposte** - Le somme corrisposte in caso di Non Autosufficienza sono esenti dall'IRPEF.

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



## UNIPOL AUTONOMIA COSTANTE

LTC - Assicurazione di rendita vitalizia in caso di Non Autosufficienza a premio annuo costante (Tariffa U40001)

### CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE comprensive di Glossario

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

Data ultimo aggiornamento: 26/06/2025

## Presentazione

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

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

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

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

**Unipol Assicurazioni S.p.A. - Direzione Vita**  
**Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna**

L'elenco degli intermediari incaricati è disponibile presso la Direzione della Società ed è riportato sul sito [www.unipol.it](http://www.unipol.it)

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

# INDICE

|                                                                                                     |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>GLOSSARIO</b>                                                                                    | <b>4</b>  |
| <b>CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?</b>                                           | <b>6</b>  |
| ART. 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO                                                                      | 6         |
| ART. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATE E DEFINIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA                                | 6         |
| ART. 3 - EROGAZIONE DELLA RENDITA                                                                   | 6         |
| ART. 4 - ASSICURAZIONI A.V. (ADEGUAMENTO VOLONTARIO)                                                | 6         |
| ART. 5 - RIVEDIBILITÀ DEL PREMIO O DELLA PRESTAZIONE                                                | 7         |
| ART. 6 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO PER CAMBIAMENTO DI PROFESSIONE O DI ATTIVITÀ DELL'ASSICURATO      | 7         |
| <b>CI SONO LIMITI DI COPERTURA?</b>                                                                 | <b>7</b>  |
| ART. 7 - ESCLUSIONI                                                                                 | 7         |
| ART. 8 - LIMITAZIONI                                                                                | 8         |
| <b>CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?</b>                                                | <b>8</b>  |
| ART. 9 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO                                             | 8         |
| ART. 10 - DENUNCIA ED ACCERTAMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA                               | 9         |
| ART. 11 - RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA                                           | 9         |
| ART. 12 - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ                                                                   | 9         |
| <b>QUANDO E COME DEVO PAGARE?</b>                                                                   | <b>10</b> |
| ART. 13 - PREMIO                                                                                    | 10        |
| <b>QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?</b>                                               | <b>11</b> |
| ART. 14 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO                                                                 | 11        |
| ART. 15 - ENTRATA IN VIGORE DELL'ASSICURAZIONE                                                      | 11        |
| ART. 16 - DURATA DEL CONTRATTO                                                                      | 11        |
| ART. 17 - MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI: SOSPENSIONE DELLE GARANZIE E RISOLUZIONE DELL'ASSICURAZIONE  | 11        |
| ART. 18 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE                                            | 11        |
| <b>COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO?</b>                                                           | <b>12</b> |
| ART. 19 - DIRITTO DI RECESSO                                                                        | 12        |
| <b>SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI?</b>                                                          | <b>12</b> |
| ART. 20 - RIDUZIONE E RISCO                                                                         | 12        |
| <b>COME POSSO RISOLVERE LE CONTROVERSIE?</b>                                                        | <b>13</b> |
| ART. 21 - ARBITRATO IRRITUALE                                                                       | 13        |
| <b>ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI</b>                                                               | <b>13</b> |
| ART. 22 - BENEFICIARI                                                                               | 13        |
| ART. 23 - DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO                                                          | 13        |
| ART. 24 - NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRAIBILITÀ                                                  | 13        |
| ART. 25 - LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO                                                            | 13        |
| ART. 26 - IMPOSTE E TASSE                                                                           | 13        |
| ART. 27 - FORO COMPETENTE                                                                           | 13        |
| <b>ALLEGATO A – DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE ALLA SOCIETÀ IN RELAZIONE ALLA CAUSA DEL PAGAMENTO</b> | <b>14</b> |

**GLOSSARIO**

I vocaboli sotto elencati hanno il seguente significato:

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

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

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

**Assicurazione:** Vedi "Contratto di assicurazione sulla vita".

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?****ART. 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO**

Il contratto è un'assicurazione di rendita vitalizia pagabile in caso di Non Autosufficienza dell'Assicurato, a premio annuo costante (tariffa U40001), le cui prestazioni assicurate sono descritte all'Art. 2.

Il contratto può essere successivamente soggetto, su proposta della Società, ad Adeguamento Volontario (Assicurazioni A.V.).

**ART. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATE E DEFINIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA****2.1 - Prestazioni assicurate**

La Società paga al Beneficiario designato, qualora si verifichi lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato - come definito al par. 2.2 e **purché riconosciuto dalla Società** - in qualsiasi epoca esso avvenga:

- una rendita di importo costante, erogabile mensilmente in rate posticipate fino a quando permane lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, e, in tali condizioni, fino a quando l'Assicurato è in vita;
- un'ulteriore Rata Aggiuntiva, insieme alla prima rata di rendita mensile, il cui importo è pari a sei volte la rata della rendita mensile stessa.

L'importo della rata di rendita mensile assicurata è indicato in Polizza, fatto salvo quanto stabilito all'Art. 5.

Il rischio è coperto senza limiti territoriali, qualunque sia la causa, **salvo quanto stabilito agli Artt. 7 e 8.**

Se non si verifica lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, il contratto si risolve con il decesso dell'Assicurato **senza corresponsione di alcuna prestazione ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società a fronte del rischio corso.**

**2.2 - Definizione di stato di Non Autosufficienza**

Lo stato di Non Autosufficienza - accertato ai sensi dell'Art. 10 - è determinato dall'impossibilità, derivante dallo stato di salute dell'Assicurato, di compiere in autonomia almeno 4 delle 6 attività di vita quotidiana di seguito elencate in maniera presumibilmente permanente e irreversibile:

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

**ART. 3 - EROGAZIONE DELLA RENDITA****3.1 - Termini per la corresponsione della rendita**

Il diritto alla prestazione di rendita decorre a partire dalla data di denuncia, effettuata ai sensi dell'Art. 10, dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato (data di decorrenza della rendita). La scadenza di pagamento delle rate di rendita è stabilita ad ogni ricorrenza mensile della data di decorrenza della rendita. La Società effettua il pagamento della prima rata di rendita entro trenta giorni dalla comunicazione di riconoscimento, ai sensi dell'Art. 10, dello stato di Non Autosufficienza. Unitamente alla prima rata saranno corrisposte anche le eventuali rate arretrate e la Rata Aggiuntiva definita all'Art. 2.

**3.2 - Costi per l'erogazione della rendita**

L'importo della rendita assicurata derivante dal versamento dei premi è già al netto delle seguenti spese per il servizio di erogazione della rendita in rate mensili:

**Spese in percentuale:** 5,00% della rendita assicurata.

**ART. 4 - ASSICURAZIONI A.V. (ADEGUAMENTO VOLONTARIO)**

La Società può proporre al Contraente di aderire ad un Adeguamento Volontario ("A.V."), aumentando l'importo complessivo della prestazione assicurata 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 dell'assicurazione principale e comporta la sottoscrizione, da parte del Contraente e dell'Assicurato, di un'apposita appendice di adeguamento firmata dalla Società.

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

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 dell'assicurazione principale di cui diventa parte integrante ed indivisibile. L'appendice di adeguamento specifica l'ammontare della prestazione assicurata e del premio annuo, la data di decorrenza e la durata dell'assicurazione A.V. stessa.

#### ART. 5 - RIVEDIBILITÀ DEL PREMIO O DELLA PRESTAZIONE

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

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

In caso di non accettazione da parte del Contraente - mediante comunicazione scritta con un preavviso di 90 giorni rispetto all'anniversario considerato - o di assenza di riscontro nel suddetto termine da parte dello stesso, l'importo della rendita sarà ricalcolato e comunicato per iscritto al Contraente. In tal caso il contratto resterà in vigore rimanendo invariato l'importo del premio in corso.

Nel caso in cui il Contraente, ai sensi dell'Art. 17, abbia sospeso il pagamento dei premi annui, mantenendo il diritto alla prestazione ridotta, la Società invierà al Contraente la comunicazione del nuovo importo di rendita ridotta con un preavviso di almeno 180 giorni rispetto all'anniversario della data di decorrenza del contratto dal quale avrà effetto la revisione.

Ogni eventuale revisione potrà avvenire - con le modalità sopra riportate - a condizione che siano trascorsi almeno 5 anni dalla data di decorrenza del contratto o dalla precedente revisione.

#### ART. 6 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO PER CAMBIAMENTO DI PROFESSIONE O DI ATTIVITÀ DELL'ASSICURATO

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

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

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

### CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

#### ART. 7 - ESCLUSIONI

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

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

14. svolgimento di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati, addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili.

In questi casi il contratto si risolve e, ad eccezione del caso indicato alla lettera a., per il quale non è previsto alcun rimborso, la Società rimborsa al Contraente una somma pari al 50,00% dei premi pagati fino alla data di accertamento dello stato di Non Autosufficienza.

## ART. 8 - LIMITAZIONI

### 8.1 - Periodo di carenza

La copertura assicurativa è subordinata alla circostanza che l'Assicurato abbia compilato il questionario sanitario e, quando richiesto, si sia preventivamente sottoposto a visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società, accettandone modalità ed oneri. 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 stato di Non Autosufficienza dovrà essere fatta pervenire alla Società la documentazione prevista all'Art. 12.

**La garanzia per lo stato di Non Autosufficienza dovuto ad una causa diversa da shock anafilattico o da Infortunio (fermo quanto disposto all'Art. 7) è soggetta ad un periodo di carenza di un anno che decorre dalla data di entrata in vigore dell'assicurazione o dalla data di riattivazione accordata dalla Società ai sensi dell'Art. 18, periodo esteso a 3 anni per i casi dovuti a malattie neurologiche, nervose o mentali dovute a causa organica (come ad esempio Alzheimer, Parkinson, demenza senile, sclerosi multipla, etc.).**

Per Infortunio si intende un trauma prodotto all'organismo da causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili.

Qualora si verifichi lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, determinato da una causa diversa da shock anafilattico o da Infortunio, durante il suddetto periodo di carenza, il contratto si risolve e la Società rimborsa al Contraente una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto del costo di emissione.

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.

#### Esempi di applicazione della carenza

**Esempio 1:** L'Assicurato diventa Non Autosufficiente a causa di Alzheimer nei primi 3 anni dalla data di entrata in vigore dell'assicurazione.

La Società non paga la rendita assicurata, il contratto si risolve e la Società rimborsa al Contraente una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto del costo di emissione.

**Esempio 2:** Durante il periodo di carenza di un anno, l'Assicurato diventa Non Autosufficiente a causa di Infortunio.

Il contratto paga la rendita assicurata perché lo stato di Non Autosufficienza, nonostante si sia verificato durante il periodo di carenza, è stato procurato da una delle cause per le quali non si applica il periodo di carenza.

### 8.2 - Periodo di franchigia

Ai fini dell'operatività della copertura assicurativa lo stato di Non Autosufficienza deve perdurare almeno 90 giorni decorrenti dalla data di denuncia (periodo di franchigia).

#### CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

## ART. 9 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **ART. 10 - DENUNCIA ED ACCERTAMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA**

Qualora l'Assicurato manifesti uno stato di Non Autosufficienza, come definito all'Art. 2, deve esserne fatta denuncia per iscritto alla Società entro i 60 giorni successivi, **tramite l'Intermediario incaricato o con lettera raccomandata A.R.**, per chiedere il pagamento della rendita ai sensi dell'Art. 12. La data della denuncia è il giorno della comunicazione, completa di tutta la documentazione richiesta, effettuata direttamente presso l'Intermediario incaricato o il giorno di ricevimento da parte della Società della raccomandata A.R., anch'essa completa di tutta la documentazione richiesta.

La Società accerta lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato mediante un medico di sua fiducia che può prescrivere ulteriori visite mediche ed esami clinici. I costi relativi agli accertamenti sanitari sono a totale carico della Società, **ad eccezione di quelli previsti alla lettera a) dell'Allegato A.**

La Società si impegna ad accertare lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato entro 120 giorni dalla data di 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.

**In caso di decesso dell'Assicurato prima che sia completato l'accertamento dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato:**

- **se il decesso avviene durante il periodo di franchigia di cui all'Art. 8, par. 8.2, il contratto si risolve, la Società non effettua alcun pagamento ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società;**
- **se il decesso avviene dopo tale periodo di franchigia, lo stato di Non Autosufficienza si considera riconosciuto, fatto salvo quanto stabilito all'Art. 7, purché il decesso sia provocato dalla causa a cui è dovuto lo stato di Non Autosufficienza dichiarato in denuncia.**

Ultimati i controlli la Società comunica per iscritto all'Assicurato se riconosce o meno lo stato di Non Autosufficienza e il diritto alla prestazione.

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

**L'Assicurato riconosciuto in stato di Non Autosufficienza è obbligato a sottoporsi** - su richiesta della Società e non più di una volta all'anno - **alle visite e agli esami medici necessari per accertare il permanere di tale stato. L'Assicurato e il Contraente sono inoltre tenuti a fornire in modo veritiero e completo le dichiarazioni e le prove richieste dalla Società per il suddetto accertamento.** I costi relativi agli accertamenti sanitari sono a totale carico della Società.

**Qualora non sussista più lo stato di Non Autosufficienza o, comunque, nel caso in cui l'Assicurato o il Contraente non adempiano ai precedenti obblighi, la Società cessa la corresponsione della rendita.**

L'Assicurato è **comunque tenuto a comunicare alla Società, entro 60 giorni, l'eventuale recupero dello stato di autosufficienza.** In caso di recupero dell'autosufficienza e in caso di decesso dell'Assicurato, il contratto si risolve e la Società cessa l'erogazione della rendita. In entrambi i casi, dovranno essere restituite alla Società le rate di rendita eventualmente corrisposte con scadenza successiva al verificarsi di tali eventi.

#### **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 evidenzia situazioni particolari o dubbie tali da non consentire la verifica dell'obbligo di pagamento o l'individuazione degli aventi diritto o l'adempimento agli obblighi di natura fiscale oppure derivanti dalla normativa, 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 anticipato di importo costante**.

Il premio annuo **deve essere corrisposto dal Contraente anticipatamente ad ogni anniversario della decorrenza del contratto** (data di scadenza del premio) fino a che l'Assicurato è in vita o fino alla data di denuncia, ai sensi dell'Art. 10, dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, purché riconosciuto dalla Società.

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

Il pagamento del premio, a scelta del Contraente, può essere frazionato in rate mensili o semestrali; in tal caso sono applicati i costi di frazionamento indicati al par. 13.2.

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

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

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

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

#### 13.2 - Costi sul premio

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

I costi prelevati da ciascuno premio annuo sono i seguenti:

- **costo fisso:** € 30,00;
- **costo in percentuale:** 21,00% del premio annuo al netto dei costi fissi;
- **costi di frazionamento:** in base al frazionamento prescelto sono applicati sulla base della tabella seguente e calcolati sul premio annuo in aggiunta ad esso:

| Frazionamento | Costo |
|---------------|-------|
| semestrale    | 2,00% |
| mensile       | 4,50% |

Il premio è comprensivo dei costi per l'erogazione della rendita indicati all'Art. 3, par. 3.2.

### ESEMPIO - Costi di frazionamento

|                                                                   |                                              |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Premio annuo                                                      | € 600                                        |
| Frazionamento prescelto                                           | semestrale                                   |
| Aliquota costi di frazionamento mensile                           | 2,00%                                        |
| Rata di premio maggiorata dei costi di frazionamento              | $€ 600 * 2,00\% = € 12$                      |
| <b>Rata di premio</b>                                             | <b><math>(€ 600 + € 12)/2 = € 306</math></b> |
| Costi di emissione                                                | € 30                                         |
| <b>Prima rata di premio maggiorata dei costi di frazionamento</b> | <b><math>€ 306 + € 30 = € 336</math></b>     |

### 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                    | 05/06/2021 | 10/06/2021 | 05/06/2021 | 01/06/2021 |
| Data di conclusione del contratto     | 05/06/2021 | 05/06/2021 | 05/06/2021 | 07/06/2021 |
| Data di versamento del premio         | 05/06/2021 | 05/06/2021 | 09/06/2021 | 05/06/2021 |
| Entrata in vigore dell'assicurazione: | 05/06/2021 | 10/06/2021 | 09/06/2021 | 07/06/2021 |

#### ART. 16 - DURATA DEL CONTRATTO

La durata non è prefissata in quanto coincide con la vita dell'Assicurato ed ha inizio con la data di decorrenza riportata 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 - le seguenti conseguenze:

- se il Contraente ha versato almeno 8 annualità di premio, il contratto resta in vigore per la prestazione ridotta, ai sensi dell'Art. 20, ma senza pagamento di ulteriori premi, salva la possibilità di riattivazione;
- se, invece, il Contraente ha versato meno di 8 annualità di premio, le garanzie restano sospese e, se 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 90 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 90 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, la rendita assicurata 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. 9.

### COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO?

#### ART. 19 - DIRITTO DI RECESSO

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

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

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

### SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI?

#### ART. 20 - RIDUZIONE E RISCATTO

##### 20.1 - Riduzione

A condizione che siano trascorsi 8 anni dalla decorrenza del contratto e siano state versate le prime 8 annualità di premio, il Contraente ha la facoltà di sospendere il pagamento dei premi, mantenendo il diritto alla prestazione ridotta (rata di rendita mensile ridotta).

La rata di rendita mensile ridotta è pari al 95% della rata di rendita mensile assicurata moltiplicata per il coefficiente di riduzione.

Il coefficiente di riduzione è pari al minore tra uno e il risultato del rapporto tra il numero di premi annui pagati, comprese le eventuali frazioni di premio annuo, e la differenza tra 95 e l'età assicurativa dell'Assicurato alla data di decorrenza.

In caso di adesione ad un Adeguamento Volontario (A.V.), la rata di rendita mensile aggiuntiva ridotta dell'assicurazione A.V. è pari al 70% della rata di rendita mensile aggiuntiva moltiplicata per il coefficiente di riduzione dell'assicurazione A.V..

Il coefficiente di riduzione dell'assicurazione A.V. è pari al minore tra uno e il risultato del rapporto tra il numero di premi annui pagati dalla decorrenza dell'assicurazione A.V., comprese le eventuali frazioni di premio annuo, e la differenza tra 95 e l'età assicurativa dell'Assicurato alla data di decorrenza dell'assicurazione A.V..

#### ESEMPIO – Calcolo della prestazione ridotta dell'assicurazione principale

|                                                                                                                                                                        | Esempio 1                    | Esempio 2                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Età assicurativa dell'Assicurato alla decorrenza del contratto                                                                                                         | 45 anni                      | 45 anni                     |
| Rendita mensile assicurata (R)                                                                                                                                         | € 1.500                      | € 1.500                     |
| Numero di annualità pagate (comprese frazioni) (A)                                                                                                                     | 15                           | 52                          |
| Differenza tra 95 e l'età assicurativa dell'Assicurato alla data di decorrenza (B)                                                                                     | 95 - 45 = 50                 | 95 - 45 = 50                |
| Rapporto (C) : A / B                                                                                                                                                   | 15 / 50 = 0,3                | 52 / 50 = 1,04              |
| Coefficiente di riduzione (D):<br>Se C è minore di 1, il coefficiente di riduzione D è uguale a C<br>Se C è maggiore di 1, il coefficiente di riduzione D è uguale a 1 | C è minore di 1.<br>D = 0,3  | C è maggiore di 1.<br>D = 1 |
| Importo della rata di rendita mensile ridotta: 95% * R * D                                                                                                             | 95% * 1.500 * 0,3 = € 427,50 | 95% * 1.500 * 1 = € 1.425   |

## 20.2 - Riscatto

Non è previsto il diritto al riscatto.

### COME POSSO RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

#### ART. 21 - ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sul riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato e sugli esiti del riesame di tale stato, 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. 22 - BENEFICIARI

Il Beneficiario della prestazione di rendita è l'Assicurato.

#### ART. 23 - DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO

Il Beneficiario di un 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).

#### ART. 24 - NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRAIBILITÀ

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. 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.

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

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

**Documenti per la denuncia dello stato di Non Autosufficienza**

- richiesta di liquidazione compilata e sottoscritta dall'avente diritto o da altra persona che lo rappresenti, redatta su carta semplice oppure sull'apposito modulo predisposto dalla Società (disponibile presso gli Intermediari incaricati), nella quale siano indicati tutti i dati identificativi 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;
- relazione di visita di un medico fiduciario della Società;
- 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):**

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

**Documenti per il pagamento della rendita**

- una volta l'anno su richiesta della Società, documento valido comprovante l'esistenza in vita dell'Assicurato (certificato esistenza in vita o autocertificazione con allegata fotocopia fronte retro di un documento d'identità valido).

Proposta n.

Tariffa

### Agenzia

Agenzia Cod. Agenzia Cod. Subagenzia Cod. Produttore

### Contraente persona giuridica

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

### Contraente persona fisica

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

### Legale Rappresentante

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

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

### Assicurando (nel caso in cui sia diverso dal Contraente)

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

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

#### L'ASSICURATO

#### Tipologia del contratto

I successivi importi si intendono espressi in Euro.

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

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

#### Premio 1ª rata da versare

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

#### Rate successive – a partire dal

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

**Rate successive – a partire dall'anniversario della data di decorrenza in cui l'Assicurato raggiunge l'età assicurativa di anni 71 (la sezione si applica esclusivamente al prodotto Unipol Autonomia)**

Il premio annuo sarà determinato moltiplicando l'importo della rendita mensile assicurata per il coefficiente sotto riportato (rivedibile ogni 5 anni a partire dalla decorrenza in caso di modifica delle basi statistiche) e aggiungendo eventuali sovrappremi e il costo fisso di € 30,00:

- **2,380090** per tariffa in versione base;
- **2,350349** per tariffa in versione convenzione.

La rata di premio da corrispondere sarà calcolata in base al frazionamento prescelto, applicando i relativi interessi.

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

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

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

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

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

#### Convenzione

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

### Avvertenze

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurando o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione dei Questionari (ove previsti) il soggetto di cui al punto precedente deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nei questionari stessi;

### Questionario Abitudini di vita

L'Assicurando

#### 1. svolge la seguente professione:

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

Accesso a impalcature/ponteggi/tralicci &lt;= 15m

☐ Contatto con materiali esplosivi

Accesso a impalcature/ponteggi/tralicci anche &gt; 15m

☐ Lavori con macchinari pericolosi

Accesso a impalcature/tetti/ponteggi

☐ Svolge mansioni solo ed esclusivamente in ufficio

Altro \_\_\_\_\_

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

☐ No ☐ Sì Quali? \_\_\_\_\_

Precisazioni \_\_\_\_\_

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

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

☐ No ☐ Sì Quali? \_\_\_\_\_

Precisazioni \_\_\_\_\_

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

☐ No ☐ Sì Quali? \_\_\_\_\_

Precisazioni \_\_\_\_\_

#### 4. Pratica altri sport diversi da quelli indicati al precedente punto 2?

☐ No ☐ Sì Quali? \_\_\_\_\_

Precisazioni \_\_\_\_\_

#### 5. Stato Civile

#### 6. Ha in corso o in attesa di perfezionamento altre coperture Long Term Care con altre compagnie di assicurazione?

☐ No ☐ Sì Rendita \_\_\_\_\_

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 vengono riscontrate reticenze.

### Avvertenze

- L'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.
- Si invita a leggere attentamente l'articolo relativo alle carenze riportato nelle Condizioni di Assicurazione.

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

☐ Visita medica ☐ Questionario sanitario

## Questionario Sanitario

L'Assicurando:

1. Fuma?

|                                       |                          |            |
|---------------------------------------|--------------------------|------------|
| <b>No</b><br><input type="checkbox"/> | Che cosa?                | Da Quando? |
| <b>Sì</b><br><input type="checkbox"/> | Quantitativo giornaliero |            |

2. Fruisce di pensione di invalidità / inabilità o ha presentato domanda per ottenerla?

|                                       |                     |            |
|---------------------------------------|---------------------|------------|
| <b>No</b><br><input type="checkbox"/> | Per quale causa?    |            |
| <b>Sì</b><br><input type="checkbox"/> | Grado di invalidità | Da quando? |

3. Costituzione fisica

|              |           |
|--------------|-----------|
| Altezza (cm) | Peso (Kg) |
|--------------|-----------|

4. Il suo peso ha subito variazioni negli ultimi 12 mesi?

|                                       |                 |                           |
|---------------------------------------|-----------------|---------------------------|
| <b>No</b><br><input type="checkbox"/> | Di quanto? (Kg) | In aumento o diminuzione? |
| <b>Sì</b><br><input type="checkbox"/> | Motivo          | Per quale causa?          |

5. Ha mai sofferto, soffre o ha mai ricevuto cure per malattie:

### dell'apparato cardiovascolare?

ictus, angina pectoris, infarto, ipertensione arteriosa non controllata dalla terapia o qualsiasi altro problema del sistema circolatorio

|                                       |        |                                    |
|---------------------------------------|--------|------------------------------------|
| <b>No</b><br><input type="checkbox"/> | Quali? | Quando?                            |
| <b>Sì</b><br><input type="checkbox"/> | Durata | Precisazioni (Trattamento / esito) |

### tumorali?

cancro, tumori o neoplasie

|                                       |        |                                    |
|---------------------------------------|--------|------------------------------------|
| <b>No</b><br><input type="checkbox"/> | Quali? | Quando?                            |
| <b>Sì</b><br><input type="checkbox"/> | Durata | Precisazioni (Trattamento / esito) |

### dell'apparato respiratorio?

asma (escluso rinite stagionale), bronchite cronica, enfisema, tubercolosi o altri disturbi del sistema respiratorio (escluso adenoidi operate e guarite, faringiti, laringiti, sinusiti, otiti, tutte se guarite da almeno 3 mesi)

|                                       |        |                                    |
|---------------------------------------|--------|------------------------------------|
| <b>No</b><br><input type="checkbox"/> | Quali? | Quando?                            |
| <b>Sì</b><br><input type="checkbox"/> | Durata | Precisazioni (Trattamento / esito) |

### dell'apparato osteoarticolare / muscoloscheletrico?

osteoporosi, artriti, artrosi, infortuni con postumi o altri disturbi del sistema osteoarticolare / muscoloscheletrico

|                                       |        |                                    |
|---------------------------------------|--------|------------------------------------|
| <b>No</b><br><input type="checkbox"/> | Quali? | Quando?                            |
| <b>Sì</b><br><input type="checkbox"/> | Durata | Precisazioni (Trattamento / esito) |

### neurologiche?

morbo di Parkinson, malattia di Alzheimer, sindrome demenziale, sclerosi multipla, malattia di motoneuroni (es. sclerosi laterale amiotrofica), epilessia o qualsiasi altro disturbo progressivo debilitante

|                                       |        |                                    |
|---------------------------------------|--------|------------------------------------|
| <b>No</b><br><input type="checkbox"/> | Quali? | Quando?                            |
| <b>Sì</b><br><input type="checkbox"/> | Durata | Precisazioni (Trattamento / esito) |

### degli occhi?

glaucoma, cataratta, disturbi visivi o qualsiasi altro problema oculare (escluso congiuntivite guarita da almeno 3 mesi, semplici difetti visivi quali miopia o presbiopia corretti con lenti)

|                                       |        |                                    |
|---------------------------------------|--------|------------------------------------|
| <b>No</b><br><input type="checkbox"/> | Quali? | Quando?                            |
| <b>Sì</b><br><input type="checkbox"/> | Durata | Precisazioni (Trattamento / esito) |

### nervose?

depressione, stati d'ansia, psicosi, disturbi psichiatrici o altri

|                                       |        |                                    |
|---------------------------------------|--------|------------------------------------|
| <b>No</b><br><input type="checkbox"/> | Quali? | Quando?                            |
| <b>Sì</b><br><input type="checkbox"/> | Durata | Precisazioni (Trattamento / esito) |

### dell'apparato digerente?

colite ulcerosa, morbo di Crohn, malattia del fegato (cirrosi, epatiti) o qualsiasi altro disturbo dell'apparato digerente (escluso appendicite, calcoli colesticisti, ernie inguinali e ombelicali – tutte se operate e guarite – ed emorroidi se operate e guarite senza recidive)

|                                       |        |                                    |
|---------------------------------------|--------|------------------------------------|
| <b>No</b><br><input type="checkbox"/> | Quali? | Quando?                            |
| <b>Sì</b><br><input type="checkbox"/> | Durata | Precisazioni (Trattamento / esito) |

### dell'apparato genitourinario?

incontinenza o disturbi renali o della vescica, altri disturbi dell'apparato genitourinario (escluso fimosi e varicocele, se operati e guariti)

|                                       |        |                                    |
|---------------------------------------|--------|------------------------------------|
| <b>No</b><br><input type="checkbox"/> | Quali? | Quando?                            |
| <b>Sì</b><br><input type="checkbox"/> | Durata | Precisazioni (Trattamento / esito) |

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

**del sistema endocrino?**

diabete, malattie della tiroide, surrene o altre ghiandole endocrine

|                                       |        |                                    |
|---------------------------------------|--------|------------------------------------|
| <b>No</b><br><input type="checkbox"/> | Quali? | Quando?                            |
| <b>Sì</b><br><input type="checkbox"/> | Durata | Precisazioni (Trattamento / esito) |

**Altre?**

perdite di conoscenza, convulsioni, vertigini, test positivi per HIV

|                                       |        |                                    |
|---------------------------------------|--------|------------------------------------|
| <b>No</b><br><input type="checkbox"/> | Quali? | Quando?                            |
| <b>Sì</b><br><input type="checkbox"/> | Durata | Precisazioni (Trattamento / esito) |

6. Negli ultimi 5 anni ha consultato medici, subito ricoveri o le è stato prescritto un trattamento per qualsiasi malattia disturbo o infortunio non menzionato nel suddetto elenco?

|                                       |        |              |
|---------------------------------------|--------|--------------|
| <b>No</b><br><input type="checkbox"/> | Quali? | Quando?      |
| <b>Sì</b><br><input type="checkbox"/> | Durata | Precisazioni |

7. È in attesa di effettuare o ricevere esiti di esami diagnostici oppure è in attesa di un intervento?

|                                       |             |         |
|---------------------------------------|-------------|---------|
| <b>No</b><br><input type="checkbox"/> | Quali?      | Quando? |
| <b>Sì</b><br><input type="checkbox"/> | Motivazione |         |

8. Attualmente assume qualche trattamento farmacologico?

|                                       |         |          |
|---------------------------------------|---------|----------|
| <b>No</b><br><input type="checkbox"/> | Farmaco | Dosaggio |
| <b>Sì</b><br><input type="checkbox"/> |         |          |

9. Fa uso di alcolici (escluso fino a due bicchieri di vino a pasto)?

|                                       |            |                        |
|---------------------------------------|------------|------------------------|
| <b>No</b><br><input type="checkbox"/> | Quali?     | Consumi e precisazioni |
| <b>Sì</b><br><input type="checkbox"/> | Da quando? |                        |

10. Usa una sedia a rotelle, le stampelle o il bastone oppure altro ausilio ai movimenti?

|                                       |          |
|---------------------------------------|----------|
| <b>No</b><br><input type="checkbox"/> | Dettagli |
| <b>Sì</b><br><input type="checkbox"/> |          |

11. Necessita di assistenza nello svolgimento delle attività quotidiane quali alzarsi dal letto e coricarsi, lavarsi, vestirsi, muoversi all'interno della casa, alimentarsi, andare in bagno, sedersi o alzarsi da una sedia, uscire a passeggio o a fare la spesa?

|                                       |          |
|---------------------------------------|----------|
| <b>No</b><br><input type="checkbox"/> | Dettagli |
| <b>Sì</b><br><input type="checkbox"/> |          |

12. Nella sua parentela consanguinea (padre, madre, fratelli o sorelle) ci sono stati casi di una o più delle seguenti malattie prima dell'età di 65 anni?

malattia di Alzheimer, demenza, morbo di Parkinson, malattia di Huntington, malattia dei motoneuroni, sclerosi multipla

|                                       |                      |
|---------------------------------------|----------------------|
| <b>No</b><br><input type="checkbox"/> | Quali?               |
| <b>Sì</b><br><input type="checkbox"/> | A quali persone? Età |

13. Soffre o ha sofferto di amnesia, stato confusionale, perdita di memoria, vertigini, perdita di equilibrio, debolezza, svenimenti o affaticamento cronico?

|                                       |          |
|---------------------------------------|----------|
| <b>No</b><br><input type="checkbox"/> | Dettagli |
| <b>Sì</b><br><input type="checkbox"/> |          |

**Informativa in tema di disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche**

La Legge del 7 dicembre 2023 n. 193 (la "Legge"), entrata in vigore il 2 gennaio 2024, ha introdotto il cosiddetto "diritto all'oblio oncologico", il quale prevede che in fase di stipulazione o successivamente, nonché in caso di rinnovo di un contratto assicurativo, l'assicurato non è tenuto a fornire informazioni né subire indagini relative a patologie oncologiche dalle quali sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni (5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età compiuti) alla data della richiesta.

Le suddette informazioni non possono essere acquisite neanche da fonti diverse dall'assicurato e qualora fossero già note alla Società, le stesse non potranno essere utilizzate per la determinazione delle condizioni contrattuali. Nei casi previsti dalla Legge, nessuna visita medica o accertamento sanitario può inoltre essere richiesto all'assicurato in relazione alla pregressa patologia oncologica.

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

### Revoca della Proposta e diritto di recesso

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

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

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

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

Periodicità del Premio: \_\_\_\_\_.

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

Il/la 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)

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

#### Il Contraente dichiara:

- di impegnarsi a consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali agli altri soggetti interessati indicati nel contratto;
- di aver ricevuto dal distributore, prima della sottoscrizione della presente Proposta, il Modulo unico precontrattuale (MUP) per i prodotti assicurativi;
- di aver ricevuto, letto e compreso, prima della sottoscrizione della presente Proposta:
  - il Set Informativo \_\_\_\_\_;
  - il Documento Informativo relativo all'operazione di trasformazione, in caso di operazione di trasformazione;

Firma del Contraente  
(ovvero il Legale rappresentante)

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

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

Firma dell'Intermediario autorizzato

(Luogo)

(data)

### Unipol Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipol@pec.unipol.it - tel. +39 051 5076111 - fax +39 051 5076666 - Capitale sociale i.v. Euro 3.365.292.408,03  
Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00284160371 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 160304 - Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sez. I al numero 1.00183 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046 - unipol.com - unipol.it

*pagina intenzionalmente in bianco*

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

USA\_Info\_Cont\_01 – ed. 01.01.2025

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

### Chi tratterà i dati personali?

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

### Quali dati personali tratteremo?

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

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

Oltre i Dati da Lei direttamente forniti, potranno essere trattati anche Dati raccolti presso fonti terze<sup>1</sup>.

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

### Perché tratteremo i Dati?

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

- **(F1) – Stipula della polizza, erogazione dei servizi assicurativi da Lei richiesti (di seguito, i “Servizi Assicurativi” o i “Servizi”) e attività connesse:** il trattamento avviene al fine di consentire la stipula della polizza, relativa al prodotto assicurativo da Lei richiesto, nonché allo scopo di erogarne i relativi Servizi. In particolare, il trattamento potrebbe riguardare, fra le altre, le seguenti attività: predisposizione e stipula di contratti assicurativi; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri; pagamento o esecuzione delle eventuali ulteriori prestazioni previste dai Servizi da Lei richiesti; attività pertinenti la riassicurazione e/o la coassicurazione.
- **(F2) – Finalità amministrativo-contabile e adempimento degli obblighi normativi di settore:** il trattamento avviene al fine di consentire l'adempimento degli obblighi normativi (ad esempio, fiscali), amministrativi e contabili di volta in volta applicabili, nonché per l'adempimento degli altri specifici obblighi previsti dal settore assicurativo (in via esemplificativa, la tenuta dei registri assicurativi) e delle eventuali disposizioni impartite dai soggetti pubblici competenti, quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza<sup>2</sup>.
- **(F3) – Finalità antifrode:** il trattamento comporta lo svolgimento delle attività pertinenti la prevenzione e l'accertamento delle frodi assicurative e la valutazione in ordine alle relative azioni legali da intraprendere, anche di concerto con le altre compagnie assicurative del Gruppo Unipol.
- **(F4) – Esercizio e difesa dei diritti:** il trattamento avviene allo scopo di consentire alla Compagnia l'eventuale esercizio di azioni e/o la difesa di diritti, da intraprendere sia per via stragiudiziale che in sede giudiziaria, nonché lo svolgimento delle investigazioni difensive per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti ritenuti illeciti o fraudolenti.
- **(F5) – Finalità statistiche e/o tariffarie:** il trattamento attiene allo svolgimento di attività di analisi ed elaborazione dei dati per finalità tariffarie e/o statistiche, secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, informazioni commerciali e creditizie (relative alla Sua affidabilità e puntualità nei pagamenti) per l'analisi di nuovi mercati assicurativi, per la gestione ed il controllo interno.
- **(F6) – Comunicazioni di servizio:** il trattamento prevede l'utilizzo dei Dati al fine di inviarLe comunicazioni di servizio, necessarie alla corretta esecuzione del Suo rapporto contrattuale con la Compagnia, nonché le altre comunicazioni previste come obbligatorie dalle specifiche normative di settore. La informiamo inoltre che alcuni dei dati personali da Lei forniti (nome, cognome, numero di polizza, indirizzo e-mail) potranno essere trattati anche al fine di fornirLe l'assistenza tecnica e garantirLe l'accesso alla Sua area riservata.
- **(F7) – Comunicazioni commerciali relative a prodotti e/o servizi analoghi a quelli da Lei acquistati (anche, “Soft spam”):** il Suo indirizzo di posta elettronica, qualora da Lei fornito nell'ambito delle attività di acquisto dei Servizi Assicurativi, potrà essere utilizzato al fine di inviarLe comunicazioni commerciali relative a prodotti e servizi assicurativi, analoghi a quelli da Lei acquistati. Resta sempre ferma la Sua facoltà di opporsi, in qualunque momento, alla ricezione di tali comunicazioni (si veda il paragrafo, “**I Suoi diritti**”).

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

<sup>1</sup> In via esemplificativa, i Dati potranno essere raccolti presso o per il tramite di: contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario; coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.), presso cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; organismi associativi (es. ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, altre banche dati e soggetti pubblici; soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali e creditizie - in particolare tramite società terze che gestiscono Sistemi di Informazioni Creditizie - SIC, relativi cioè a richieste e rapporti di finanziamento, a cui partecipano banche e società finanziarie.

<sup>2</sup> Per l'adempimento di specifici obblighi normativi, in via esemplificativa, ci si riferisce a: (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, l'Autorità Garante per la protezione dei dati personali; (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali (ad esempio in forza della Legge n. 95/2015 di (a) ratifica dell'Accordo tra Stati Uniti d'America e Repubblica italiana in materia di recepimento della normativa FATCA – Foreign Account Tax Compliance Act e (b) ratifica degli accordi tra Italia ed altri Stati esteri per l'attuazione di uno scambio automatico di informazioni finanziarie a fini fiscali tra gli stessi tramite lo standard di comunicazione “Common Reporting Standard” o “CRS”); (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07); (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale titolare), per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità; (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni e la Banca Dati SITA ATRC, sugli Attestati di Rischio, gestita da ANIA.

### Come tratteremo i Suoi Dati?

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

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

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

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

### A chi comunicheremo i Dati?

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

- soggetti esterni cui la Compagnia affida lo svolgimento di attività per proprio conto (in via esemplificativa, e non esaustiva, fornitori di servizi informatici, telematici e di archiviazione; soggetti cui sono affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; soggetti che forniscono attività di supporto alla gestione delle attività operative connesse – ad esempio, società di servizi postali; soggetti che svolgono attività di revisione, di consulenza, di informazione commerciale per rischi finanziari di controllo delle frodi, di recupero crediti, ecc.) e con cui la stessa stipula accordi volti a disciplinare il trattamento dei dati personali;
- altre società del Gruppo Unipol<sup>3</sup>, qualora necessario al perseguimento delle finalità suindicate;
- soggetti che fanno parte della c.d. *“catena assicurativa”*, in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti (ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE. In via esemplificativa: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali, investigatori privati; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; enti e organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati);
- le competenti autorità – giudiziaria (di seguito, *“Autorità Giudiziaria”*), ente pubblico (di seguito, *“Pubblica Amministrazione”*), autorità di controllo (ad esempio, IVASS) o di pubblica sicurezza – sia al fine di dar seguito ad esigenze di tutela di un diritto della Compagnia, sia qualora questo risulti necessario al fine di adempiere ad una disposizione di legge, di regolamento o di normativa europea, ovvero in base a un ordine e/o un provvedimento delle competenti autorità summenzionate;
- società assicurative, non appartenenti al Gruppo Unipol, qualora necessario al perseguimento dei legittimi interessi della Compagnia, ovvero di tali società, correlati a specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale;
- ANIA (Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici), per la raccolta ed elaborazione di elementi, notizie e dati strumentali all'esercizio e alla tutela dell'industria assicurativa, nonché per la gestione della Convenzione tra assicuratori per il risarcimento diretto (CARD);
- Organismi consorziali del settore assicurativo, i quali operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazioni consorziate alle quali i dati possono essere comunicati;
- CONSAP (*“Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici”*);
- soggetti abilitati ad accedere ad alcuni Dati necessari per lo svolgimento di attività ausiliarie al rapporto contrattuale in oggetto (quali, in via esemplificativa, e non esaustiva, banche e istituti di credito, ente posta o altre società fornitrici di servizi simili, istituti di vigilanza o società che prestano il servizio di assistenza stradale);
- nel contesto della liquidazione di polizze appartenenti al ramo vita, i dati personali del beneficiario, entro i limiti di quanto strettamente necessario e ricorrendone i presupposti, potranno essere comunicati al/agli eredi del contraente che abbiano la qualifica di legittimari, in base a quanto stabilito tempo per tempo dall'Autorità Garante per i dati personali ovvero dall'Autorità giudiziaria.

Per ulteriori informazioni, consultare la sezione Privacy del sito web [www.unipol.it](http://www.unipol.it).

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

### Per quanto tempo tratteremo i Dati?

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

### I Suoi diritti

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

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

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

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

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

Collegandosi al sito [www.unipol.it](http://www.unipol.it) nella sezione Privacy, ovvero recandosi presso il Suo agente/intermediario di fiducia, troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni commerciali e promozionali sui nostri prodotti o servizi assicurativi.

Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

<sup>3</sup> Per ulteriori informazioni, si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito [www.unipol.com](http://www.unipol.com)

**Unipol Assicurazioni S.p.A.**

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