



## UNIPOL VITA DECRESCENTE - PA

Assicurazione temporanea in caso di morte con capitale decrescente  
a premio annuo costante e limitato  
(Tariffa U20021) - per Assicurati Fumatori e Non Fumatori

### SET INFORMATIVO U20021-06/2025.1 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. U20021 ed. 06/2025

# Assicurazione temporanea in caso di morte con capitale decrescente e a premio annuo costante e limitato

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

Compagnia: Unipol Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: UNIPOL VITA DECRESCENTE - PA (Tariffa U20021)

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 temporanea in caso di morte con capitale decrescente e premio annuo costante e limitato, a condizioni tariffarie differenziate in base all'abitudine al fumo dell'Assicurato.



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

### Prestazione in caso di decesso

✓ in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale la Società paga ai Beneficiari designati il capitale assicurato al momento del decesso, il cui importo è pari al capitale assicurato iniziale diminuito di un importo costante moltiplicato per il numero di periodi di decrescenza (anni, semestri, quadrimestri, trimestri, bimestri e mesi) interamente trascorsi dalla data di decorrenza.

Il Contraente beneficia di migliori condizioni tariffarie se:

- ✓ l'Assicurato è in grado di dichiarare di essere Non Fumatore;
- ✓ in presenza di un capitale complessivamente assicurato non superiore a € 450.000,00, la Società riceve accertamenti sanitari di livello superiore rispetto a quello minimo da essa richiesto in relazione all'importo di capitale complessivamente assicurato. Il capitale complessivamente assicurato è pari ai capitali assicurati dalla Società in caso di morte dell'Assicurato, anche con altri contratti Vita con valutazione del rischio.



## Che cosa NON è assicurato?

L'assicurazione non prevede prestazioni nei seguenti casi:

- ✗ vita dell'Assicurato;
- ✗ invalidità dell'Assicurato;
- ✗ perdita di autosufficienza/inabilità di lunga durata dell'Assicurato.



## Ci sono limiti di copertura?

! La prestazione prevede un periodo di carenza in cui la copertura non è pienamente efficace, se l'Assicurato, con l'assenso della Società, non ha effettuato:

- la visita medica. Nel periodo di carenza di (i) 180 giorni è escluso il decesso da qualsiasi causa, salvo sia conseguenza diretta di una delle seguenti cause sopravvenute: a) alcune malattie infettive acute b) shock anafilattico c) Infortunio; (ii) 5 anni è escluso il decesso dovuto a infezione, inclusa la sieropositività, da HIV o AIDS e patologie collegate;
- il test HIV, ma solo la visita medica. Nel periodo di carenza di 7 anni è escluso il decesso dovuto a infezione, inclusa la sieropositività, da HIV o AIDS e patologie collegate.

Se l'Assicurato muore nel periodo di carenza per cause escluse, il contratto si risolve e la Società rimborsa al Contraente una somma pari ai premi versati

! Non è coperto il decesso dell'Assicurato se causato dal dolo del Contraente o dei Beneficiari; in questo caso la prestazione non è dovuta ed i premi restano acquisiti dalla Società.



## Dove vale la copertura?

Il rischio di morte è coperto 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 (i) alla Società, le modifiche di professione o di attività dell'Assicurato avvenute in corso di contratto e (ii) alla Società o all'Intermediario incaricato, se l'Assicurato, dichiaratosi Non Fumatore, inizia o ricomincia a fumare in corso di contratto, anche sporadicamente. 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 per tutta la durata del piano di pagamento dei premi (inferiore alla durata contrattuale) e comunque non oltre la morte dell'Assicurato. Il premio è determinato in relazione alla garanzia prestata, alla durata ed ammontare, all'età assicurativa dell'Assicurato, nonché al suo stato di salute, al livello degli accertamenti sanitari compiuti, al suo comportamento relativamente al fumo ed alle sue abitudini di vita (professione, sport), che possono comportare l'applicazione di sovrappremi. Il premio annuo può essere frazionato, a scelta del contraente, in rate mensili, bimestrali, trimestrali, quadrimestrali o semestrali previa maggiorazione del suo importo. Nella tabella seguente sono indicati i costi di frazionamento da applicare al premio annuo al netto del costo di emissione:

| Frazionamento  | Costo |
|----------------|-------|
| semestrale     | 1,25% |
| quadrimestrale | 1,50% |
| trimestrale    | 1,75% |
| bimestrale     | 2,00% |
| mensile        | 2,25% |

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 il giorno in cui la Polizza, firmata dalla Società, è 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. L'assicurazione entra in vigore alle ore 24: (i) della data di decorrenza, se il contratto è concluso ed è stata versata la prima rata di premio o (ii) del giorno di versamento della prima rata di premio o, se successivo, di conclusione del contratto, in caso di versamento e/o conclusione successivi alla data di decorrenza. Il contratto cessa alla data di scadenza ed ha durata minimo 2 anni e massimo 30 anni, con un'età assicurativa massima dell'Assicurato a scadenza di 80 anni.



### 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 lettera 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:** Le garanzie sono sospese per il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza. Se le garanzie non sono riattivate entro i 180 giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il contratto si risolve ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società. Trascorsi 180 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

Il contratto non prevede riscatto o riduzione.

# Assicurazione temporanea in caso di morte con capitale decrescente e a premio annuo costante e limitato

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

Prodotto: UNIPOL VITA DECRESCENTE - PA (Tariffa U20021)



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: [assisten zavita@unipol.it](mailto:assisten zavita@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 il decesso causato direttamente o indirettamente da:

- partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, insurrezione, sommossa, tumulto popolare, missioni di pace o qualsiasi operazione militare;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo o in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi 2 anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione accordata dalla Società.

In tali casi il contratto si risolve e la Società rimborsa al Contraente una somma pari all'ammontare dei premi versati.



### A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato ad Assicurati che, alla decorrenza del contratto, hanno età assicurativa compresa tra 18 e 78 anni.

Il prodotto si rivolge sia a persone fisiche che a soggetti giuridici diversi dalle persone fisiche che hanno come esigenza principale la protezione contro il rischio di decesso dell'Assicurato mediante la corresponsione ai Beneficiari designati di un capitale assicurato che decresce nel corso della durata contrattuale.



### Quali costi devo sostenere?

#### TABELLA DEI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

|                                                                                                                           |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Costi di emissione del contratto in aggiunta al primo premio o alla prima rata di premio (trattenuti in caso di recesso): | €30,00 |
| Costi fissi prelevati da ciascun premio annuo:                                                                            | €30,00 |
| Costi in percentuale prelevati da ciascun premio annuo al netto dei costi di emissione e dei costi fissi:                 | 18,00% |

#### COSTI DI INTERMEDIAZIONE

Quota-parte percepita in media dagli intermediari con riferimento ai costi posti a carico del Contraente: 30,43%.

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** 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 assicurativi vita sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni e quelli versati a copertura del caso morte sono detraibili ai fini IRPEF ai sensi di legge.  
**Trattamento fiscale delle somme corrisposte** - Le somme corrisposte in caso di morte sono esenti dall'imposta sulle successioni e, limitatamente al capitale erogato a copertura del rischio demografico, sono esenti anche dall'IRPEF.  
Le somme percepite nell'esercizio di attività commerciali non sono soggette ad imposta sostitutiva.

**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 VITA DECRESCENTE - PA

Assicurazione temporanea in caso di morte con capitale decrescente  
a premio annuo costante e limitato  
(Tariffa U20021) - per Assicurati Fumatori e Non Fumatori

### CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE comprensive di Glossario

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

Data ultimo aggiornamento: 26/06/2025

## Presentazione

UNIPOL VITA DECRESCENTE - PA, 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                                                                     | 6         |
| ART. 3 - DEFINIZIONE DI NON FUMATORE                                                                | 6         |
| ART. 4 - VERIFICA DELLO STATO DI NON FUMATORE IN CASO DI MORTE                                      | 6         |
| ART. 5 - PASSAGGIO DALLO STATO DI NON FUMATORE A QUELLO DI FUMATORE                                 | 7         |
| ART. 6 - PASSAGGIO DALLO STATO DI FUMATORE A QUELLO DI NON FUMATORE                                 | 7         |
| ART. 7 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO PER CAMBIAMENTO DI PROFESSIONE O DI ATTIVITÀ DELL'ASSICURATO      | 7         |
| <b>CI SONO LIMITI DI COPERTURA?</b>                                                                 | <b>7</b>  |
| ART. 8 - ESCLUSIONI                                                                                 | 7         |
| ART. 9 - LIMITAZIONI                                                                                | 7         |
| <b>CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?</b>                                                | <b>8</b>  |
| ART. 10 - DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO                                            | 8         |
| ART. 11 - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ                                                                   | 9         |
| <b>QUANDO E COME DEVO PAGARE?</b>                                                                   | <b>9</b>  |
| ART. 12 - PREMIO                                                                                    | 9         |
| <b>QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?</b>                                               | <b>10</b> |
| ART. 13 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO                                                                 | 10        |
| ART. 14 - ENTRATA IN VIGORE DELL'ASSICURAZIONE                                                      | 11        |
| ART. 15 - DURATA DEL CONTRATTO                                                                      | 11        |
| ART. 16 - MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI: SOSPENSIONE DELLE GARANZIE E RISOLUZIONE DELL'ASSICURAZIONE  | 11        |
| ART. 17 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE                                            | 11        |
| <b>COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO?</b>                                                           | <b>11</b> |
| ART. 18 - DIRITTO DI RECESSO                                                                        | 11        |
| <b>SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI?</b>                                                          | <b>12</b> |
| ART. 19 - RISCOSSO E RIDUZIONE                                                                      | 12        |
| <b>ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI</b>                                                               | <b>12</b> |
| ART. 20 - BENEFICIARI                                                                               | 12        |
| ART. 21 - DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO                                                          | 12        |
| ART. 22 - NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRAIBILITÀ                                                  | 12        |
| ART. 23 - CESSIONE, PEGNO E VINCOLO                                                                 | 12        |
| ART. 24 - LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO                                                            | 12        |
| ART. 25 - IMPOSTE E TASSE                                                                           | 12        |
| ART. 26 - FORO COMPETENTE                                                                           | 12        |
| <b>ALLEGATO A – DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE ALLA SOCIETÀ IN RELAZIONE ALLA CAUSA DEL PAGAMENTO</b> | <b>13</b> |
| <b>ALLEGATO B – COMBINAZIONE TARIFFARIA E TABELLA DEGLI ACCERTAMENTI SANITARI</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 temporanea in caso di morte con capitale decrescente e premio annuo costante e limitato, a tariffa differenziata in base all'abitudine al fumo (tariffa U20021).

Sono applicate condizioni tariffarie migliori nel caso in cui l'Assicurato possa dichiarare di essere Non Fumatore - come definito all'Art. 3 - e qualora, in presenza di un capitale complessivamente assicurato non superiore a €450.000,00, siano forniti alla Società accertamenti sanitari di livello superiore, in quanto più approfonditi, rispetto a quelli richiesti dalla Società per la valutazione del rischio relativo al capitale complessivamente assicurato (vedi Allegato B).

La durata di pagamento dei premi, inferiore alla durata del contratto, è stabilita all'Art. 12.

### ART. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATE

La Società paga ai Beneficiari designati, in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, il capitale assicurato quale risulta al momento del decesso, il cui importo è pari al capitale assicurato iniziale, diminuito di un importo costante moltiplicato per il numero dei periodi di decrescenza (anni, semestri, trimestri, bimestri e mesi) interamente trascorsi dalla data di decorrenza. Il suddetto importo costante si ottiene dividendo il capitale assicurato iniziale per il numero dei periodi (la cui frequenza, indicata in polizza, è a scelta del Contraente) contenuti nella durata contrattuale.

#### ESEMPIO – Prestazione assicurata

| Ipotesi                                                                                                            |                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| (A) Capitale assicurato iniziale:                                                                                  | € 200.000,00                                                                |
| (B) Durata contrattuale                                                                                            | 20 anni                                                                     |
| Data di decorrenza polizza                                                                                         | 15/10/2024                                                                  |
| Frequenza di decrescenza del capitale:                                                                             | Semestrale                                                                  |
| (C) Numero di periodi di decrescenza su base annua:                                                                | 2                                                                           |
| (D) Numero di periodi contenuti nella durata contrattuale: B x C                                                   | 20 x 2 = 40 periodi                                                         |
| Calcolo                                                                                                            |                                                                             |
| (E) Importo costante di decrescenza del capitale assicurato: A : D                                                 | € 200.000,00 : 40 = € 5.000,00                                              |
| Data di decesso assicurato                                                                                         | 05/05/2029                                                                  |
| (F) Numero di periodi interamente trascorsi tra la data di decorrenza Polizza e la data di decesso dell'Assicurato | 9 periodi                                                                   |
| Capitale assicurato al momento del decesso dell'Assicurato: A - (F x E)                                            | € 200.000,00 - (9 x € 5.000,00) = € 200.000,00 - € 45.000,00 = € 155.000,00 |

In caso di decesso prima della scadenza contrattuale il contratto si risolve con effetto dalle ore 24 della data del decesso altrimenti, alla scadenza il contratto si risolve **senza corresponsione di alcuna prestazione ed i premi pagati restano acquisiti dalla Società a fronte del rischio corso**.

Il rischio di morte è coperto senza limiti territoriali, qualunque ne sia la causa, **salvo quanto stabilito all'Art. 8 e all'Art. 9**.

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

### ART. 3 - DEFINIZIONE DI NON FUMATORE

Ai fini del presente contratto è considerato Non Fumatore colui che non ha fumato (sigarette, sigari, pipa, sigarette elettroniche o altro), neanche sporadicamente, nei 24 mesi che precedono la sottoscrizione della Proposta o la data della comunicazione, in corso di contratto, dell'eventuale passaggio dallo stato di fumatore a quello di Non Fumatore (Art. 6).

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

**Alle dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato si applica quanto stabilito dall'Art. 10.**

### ART. 4 - VERIFICA DELLO STATO DI NON FUMATORE IN CASO DI MORTE

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

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

**ART. 5 - PASSAGGIO DALLO STATO DI NON FUMATORE A QUELLO DI FUMATORE**

Se l'Assicurato, dichiaratosi Non Fumatore, inizia o ricomincia a fumare, anche sporadicamente, il medesimo ed il Contraente **devono immediatamente darne comunicazione per iscritto tramite l'Intermediario incaricato o con lettera raccomandata A/R inviata direttamente alla Società.**

In tale caso la Società provvederà a rideterminare il premio annuo o il capitale assicurato.

Il nuovo premio, o il nuovo capitale assicurato, viene calcolato applicando le corrispondenti condizioni tariffarie, relative agli Assicurati fumatori, in base all'età assicurativa e alla durata iniziali, alla decorrenza del contratto. L'età assicurativa è calcolata in anni interi, arrotondata per eccesso se la frazione di anno supera 6 mesi oppure per difetto in caso contrario.

**La modifica dell'importo del premio annuo, o dell'ammontare del capitale assicurato, ha effetto a partire dalla data di scadenza della prima rata di premio successiva** alla data di ricevimento della comunicazione del cambio di stato tabagico e risulterà da appendice contrattuale. Con effetto dalla medesima data di ricevimento della comunicazione il contratto si risolverà di diritto se, decorsi 30 giorni dal ricevimento della comunicazione stessa, l'appendice contrattuale non è stata sottoscritta dalle parti.

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

Se l'Assicurato, dichiaratosi fumatore, passa allo stato di Non Fumatore, il medesimo ed il Contraente possono darne **comunicazione per iscritto tramite l'Intermediario incaricato o con lettera raccomandata A/R inviata direttamente alla Società.**

In tale caso la Società provvederà a rideterminare il premio annuo applicando le corrispondenti condizioni tariffarie, relative agli Assicurati Non Fumatori, in base all'età assicurativa e alla durata iniziali, alla decorrenza del contratto.

La variazione ha effetto a partire dalla scadenza della prima rata di premio successiva alla data di ricevimento della comunicazione del cambio di stato tabagico e risulterà da appendice contrattuale.

Nel caso di successiva perdita dello stato di Non Fumatore, vale quanto indicato all'Art. 5.

**ART. 7 - 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.

|                                     |
|-------------------------------------|
| <b>CI SONO LIMITI DI COPERTURA?</b> |
|-------------------------------------|

**ART. 8 - ESCLUSIONI**

**È escluso dalla garanzia il decesso causato direttamente o indirettamente da:**

- dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, insurrezione, sommossa, tumulto popolare, missioni di pace o qualsiasi operazione militare;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo o in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi 2 anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione accordata dalla Società.

In tali 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 all'ammontare dei premi versati.

**ART. 9 - LIMITAZIONI**

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

Nel caso in cui l'Assicurato, previo assenso della Società, decida di non sottoporsi a visita medica e/o agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti, **viene applicato un periodo di carenza che decorre dalla data di entrata in vigore dell'assicurazione o dalla data di riattivazione accordata dalla Società**, secondo quanto previsto ai successivi par. 9.1 e 9.2.

La mancata sottoposizione a visita medica non implica in alcun modo rinuncia da parte della Società ad accertare quali erano le effettive condizioni di salute dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto. Per tale ragione in caso di decesso dovrà essere fatta pervenire alla Società la documentazione prevista all'Art. 11.

### 9.1 - Carenza per assicurazione caso morte senza visita medica - Clausola 02

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

- una delle seguenti malattie infettive acute: tifo, paratifo, tetano, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro spinale epidemica, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A, B e C, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post vaccinica, ebola;
- shock anafilattico;
- infortunio, intendendo per Infortunio un trauma prodotto all'organismo da causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili.

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

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

#### Ipotesi

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

**Esempio 1:** Durante il periodo di carenza di 180 giorni, l'Assicurato decede, ad esempio, a causa di un aneurisma.

La Società non paga il capitale assicurato, il contratto si risolve e la Società rimborsa al Contraente una somma pari all'ammontare dei premi versati.

**Esempio 2:** Durante il periodo di carenza di 180 giorni, l'Assicurato decede, ad esempio, in conseguenza diretta di salmonellosi.

Il contratto si risolve e la Società paga il capitale assicurato perché il decesso, nonostante si sia verificato durante il periodo di carenza, è stato causato direttamente da una delle malattie per le quali non si applica il periodo di carenza.

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

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

Il periodo di carenza è operante solo se la Clausola 02 o, rispettivamente, la Clausola 11, è espressamente richiamata in Polizza; in caso contrario la copertura assicurativa per il caso di morte si intende pienamente efficace fin dall'entrata in vigore dell'assicurazione (Art. 14).

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

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

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

#### ART. 10 - DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

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

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

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

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

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

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. 11 - 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. 12 - PREMIO

##### 12.1 - Premio e modalità di pagamento

Il presente contratto prevede il **pagamento di un premio annuo di importo costante, il cui ammontare non può essere inferiore a € 120,00**.

Il premio annuo **deve essere corrisposto dal Contraente anticipatamente ad ogni anniversario della decorrenza del contratto** e comunque non oltre la morte dell'Assicurato.

La durata del piano di pagamento dei premi, individuata in base alla Tabella A, è inferiore alla durata del contratto:

Tabella A

| Durata (anni) |                 | Durata (anni) |                 | Durata (anni) |                 |
|---------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|
| contratto     | pagamento premi | contratto     | pagamento premi | contratto     | pagamento premi |
|               |                 | 11            | 6               | 21            | 16              |
| 2             | 1               | 12            | 7               | 22            | 17              |
| 3             | 2               | 13            | 8               | 23            | 18              |
| 4             | 2               | 14            | 9               | 24            | 19              |
| 5             | 3               | 15            | 10              | 25            | 20              |
| 6             | 3               | 16            | 11              | 26            | 21              |
| 7             | 4               | 17            | 12              | 27            | 22              |
| 8             | 4               | 18            | 13              | 28            | 23              |
| 9             | 5               | 19            | 14              | 29            | 24              |
| 10            | 5               | 20            | 15              | 30            | 25              |

Il pagamento del premio annuo può essere frazionato, a scelta del Contraente, in rate mensili, bimestrali, trimestrali, quadrimestrali o semestrali. In tal caso sono applicati i costi di frazionamento (Art. 12, par. 12.2)

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 90 giorni** qualora il pagamento del premio venga effettuato tramite Addebito diretto SDD (Sepa Direct Debit).

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

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

**In ogni caso il primo versamento deve essere effettuato tramite una modalità di pagamento diversa da Addebito diretto SDD.**

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

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

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

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.

## 12.2 - Costi sul premio

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

Inoltre i costi prelevati da ciascun premio annuo sono i seguenti:

- **costi fissi:** € 30,00;
- **costi in percentuale:** 18,00% del premio al netto dei costi fissi.
- **costi di frazionamento:** in base al frazionamento prescelto sono applicati sulla base della Tabella B e calcolati sul premio annuo:

**Tabella B**

| Frazionamento  | Costo |
|----------------|-------|
| semestrale     | 1,25% |
| quadrimestrale | 1,50% |
| trimestrale    | 1,75% |
| bimestrale     | 2,00% |
| mensile        | 2,25% |

### ESEMPIO - Costi di frazionamento

| Frazionamento prescelto                                                         | bimestrale                         |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| (A) Premio annuo                                                                | € 300,00                           |
| (B) Numero rate di premio su base annua                                         | 6 rate                             |
| (C) Interessi di frazionamento                                                  | 2,00%                              |
| (D) Costi di frazionamento: A x C                                               | € 300,00 x 2,00% = € 6,00          |
| (E) Rata di premio bimestrale successiva alla prima rata di premio: (A + D) : B | (€ 300,00 + € 6,00) : 6 = € 51,00  |
| (F) Costi di emissione:                                                         | € 30,00                            |
| <b>Prima rata di premio: E + F</b>                                              | <b>€ 51,00 + € 30,00 = € 81,00</b> |

## QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

### ART. 13 - 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. 14 - 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                    | 07/10/2024 | 11/10/2024 | 07/10/2024 | 07/10/2024 |
| Data di conclusione del contratto     | 07/10/2024 | 07/10/2024 | 07/10/2024 | 11/10/2024 |
| Data di versamento del premio         | 07/10/2024 | 07/10/2024 | 09/10/2024 | 09/10/2024 |
| Entrata in vigore dell'assicurazione: | 07/10/2024 | 11/10/2024 | 09/10/2024 | 11/10/2024 |

#### ART. 15 - DURATA DEL CONTRATTO

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

#### ART. 16 - MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI: SOSPENSIONE DELLE GARANZIE E RISOLUZIONE DELL'ASSICURAZIONE

**Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza, comporta - a partire dalle ore 24 di quest'ultima data - la sospensione delle garanzie e, se queste non vengono riattivate ai sensi dell'Art. 17, il contratto si risolve ed i premi già pagati restano acquisiti dalla Società a fronte del rischio corso.**

#### ART. 17 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE

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

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

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

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

Alle dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato ai fini della riattivazione del contratto si applica quanto stabilito dall'Art. 10.

### COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO?

#### ART. 18 - 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 trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio da questi eventualmente corrisposto, al netto dell'eventuale imposta sulle assicurazioni e della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, nonché diminuito **dei costi di emissione del contratto indicati all'Art. 12.**

**SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI?****ART. 19 - RISCOSSO E RIDUZIONE**

Non sono previsti valori di riscatto e riduzione.

**ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI****ART. 20 - BENEFICIARI**

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

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

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

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

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

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

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

**ART. 21 - DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO**

Il Beneficiario acquista, per effetto della designazione fatta a suo favore dal Contraente, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione (Art. 1920 del Codice Civile). Le somme pagate al Beneficiario, a seguito del decesso dell'Assicurato, non rientrano nell'asse ereditario.

**ART. 22 - NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRABILITÀ**

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

**ART. 23 - CESSIONE, PEGNO E VINCOLO**

Il Contraente può cedere ad altri il contratto **solo previo espresso consenso della Società**, così come può darlo in pegno o vincolare le somme assicurate.

Tali atti, per avere efficacia nei confronti della Società, **devono risultare dalla Polizza o da appendice contrattuale ed essere firmati dalle parti interessate.**

Nel caso di pegno o vincolo, **le operazioni di liquidazione richiedono il consenso scritto del creditore pignoratizio o vincolatario.**

**ART. 24 - LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO**

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

**ART. 25 - IMPOSTE E TASSE**

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

**ART. 26 - 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.

**Decesso dell'Assicurato prima della scadenza del contratto**

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

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

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

**ALLEGATO B – COMBINAZIONE TARIFFARIA E TABELLA DEGLI ACCERTAMENTI SANITARI**

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

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

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

dove:

|                        | Accertamenti sanitari richiesti dalla Società per la valutazione del rischio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Argento<br>(Livello 1) | <p><b>Visita medica e test HIV</b></p> <p>Nel caso in cui l'Assicurato, previo assenso della Società, decida di non sottoporsi a visita medica e al test HIV è prevista la compilazione del Questionario Sanitario (fermi in tal caso i periodi di carenza previsti dalle Condizioni di Assicurazione).</p> <p>Per Assicurati con età assicurativa alla data di decorrenza superiore a 60 anni e/o età assicurativa a scadenza superiore ad anni 70 è sempre <b>obbligatoria la visita medica</b>.</p> |
| Oro<br>(Livello 2)     | <p><b>Visita medica e ulteriori accertamenti sanitari relativi al Livello 2</b> (elenco di accertamenti fornito dalla Società)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Platino<br>(Livello 3) | <p><b>Visita medica e ulteriori accertamenti sanitari relativi al Livello 3</b> (elenco di accertamenti fornito dalla Società)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

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 (se diverso dal Contraente)

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

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

|                        |          |                |                 |
|------------------------|----------|----------------|-----------------|
| Cognome e Nome         |          | Sesso          | Data di nascita |
| Luogo di nascita       |          | Codice Fiscale |                 |
| Indirizzo di residenza |          |                |                 |
| CAP                    | Località | Provincia      |                 |

### Beneficiari

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

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

- ☐ il Contraente
 ☐ l'Assicurato
- ☐ Designazione nominativa del Beneficiario
- È richiesta l'esclusione dell'invio al/i Beneficiario/i di comunicazioni prima della scadenza? ☐ sì ☐ no

|                                  |          |                         |                   |
|----------------------------------|----------|-------------------------|-------------------|
| Cognome e Nome / Ragione Sociale |          | Sesso                   | Data di nascita   |
| Luogo di nascita                 |          | Codice Fiscale / P. IVA |                   |
| Indirizzo di residenza           |          |                         |                   |
| CAP                              | Località | Provincia               |                   |
| Indirizzo email                  |          | Recapito telefonico     | Quota beneficio % |

☐ Altra Designazione del Beneficiario

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

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

☐ Designazione nominativa del Beneficiario

|                                  |          |                         |                   |
|----------------------------------|----------|-------------------------|-------------------|
| Cognome e Nome / Ragione Sociale |          | Sesso                   | Data di nascita   |
| Luogo di nascita                 |          | Codice Fiscale / P. IVA |                   |
| Indirizzo di residenza           |          |                         |                   |
| CAP                              | Località | Provincia               |                   |
| Indirizzo email                  |          | Recapito telefonico     | Quota beneficio % |

☐ Altra Designazione del Beneficiario

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

|                                  |          |                         |                 |
|----------------------------------|----------|-------------------------|-----------------|
| Cognome e Nome / Ragione Sociale |          | Sesso                   | Data di nascita |
| Luogo di nascita                 |          | Codice Fiscale / P. IVA |                 |
| Indirizzo di residenza           |          |                         |                 |
| CAP                              | Località | Provincia               |                 |
| Indirizzo email                  |          | Recapito telefonico     |                 |

**Tipologia del contratto**

I successivi importi si intendono espressi in Euro.

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

- ☐ Potenziamento ☐ 50% ☐ 100% ☐ Garanzia complementare "Morte da Infortunio"  
☐ Garanzia accessoria "Garanzia di Famiglia" (G.F.) ☐ Garanzia complementare "Morte da Infortunio da incidente"  
☐ Garanzia accessoria "Garanzia Malattia Grave" (M.G.) ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

**Premio - 1ª rata da versare**

|                            |                          |                        |                            |                            |              |
|----------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------|
| Garanzia base              | Sovrappremi              | Garanzia complementare | Garanzia accessoria (G.F.) | Garanzia accessoria (M.G.) | Premio netto |
| Interessi di frazionamento | Imposte su complementare | Costi di emissione     | Diritti di Quietanza       | Premio lordo               |              |

**- rate successive - a partire dal**

|                                                 |                          |                        |                                                  |                            |              |
|-------------------------------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------|--------------|
| Garanzia base                                   | Sovrappremi              | Garanzia complementare | Garanzia accessoria (G.F.)                       | Garanzia accessoria (M.G.) | Premio netto |
| Interessi di frazionamento                      | Imposte su complementare | Costi di emissione     | Diritti di Quietanza                             | Premio lordo               |              |
| Spese trattenute in caso di rimborso del premio |                          |                        | Costi di emissione trattenuti in caso di recesso |                            |              |

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

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

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

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

|                  |                    |                                   |                                                                                                                                                                               |
|------------------|--------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Capitale/Rendita | Rateazione Rendita | Percentuale reversibilità rendita | <input type="checkbox"/> Richiesta di attivazione SDD<br><input type="checkbox"/> Richiesta di attivazione Piano riscatti parziali Programmati __, __% (indicare percentuale) |
|------------------|--------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Convenzione / Classe**

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

### Avvertenze

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

### 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. Solo in presenza di premi differenziati in base all'abitudine al fumo dell'Assicurando (se il prodotto lo prevede)

ha mai fumato negli ultimi 24 mesi? (in caso di risposta affermativa indicare quale)

☐ No ☐ Sì

Cosa? \_\_\_\_\_

Da quando? \_\_\_\_\_

Quantitativo giornaliero \_\_\_\_\_

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

- hanno preso visione dell'articolo "Definizione di Non Fumatore" delle Condizioni di Assicurazione;
- l'Assicurando non ha mai fumato, neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della Proposta;
- di essere consapevoli che, pertanto, sussiste il requisito che consente al Contraente di beneficiare della riduzione di premio riservata agli Assicurandi Non Fumatori;
- qualora l'Assicurando inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, sono consapevoli di doverne dare comunicazione entro 30 giorni all'Intermediario o alla Società mediante raccomandata affinché la Società possa agire come previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

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

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

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

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

|                             |                                                              |                          |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Analisi delle urine         | <input type="checkbox"/> Pap-test                            | <input type="checkbox"/> |
| Colposcopia                 | <input type="checkbox"/> Prove di funzionalità respiratoria  | <input type="checkbox"/> |
| Ecocardiogramma             | <input type="checkbox"/> Radiografia                         | <input type="checkbox"/> |
| Ecografia                   | <input type="checkbox"/> Ricerca di sangue nelle feci        | <input type="checkbox"/> |
| Elettrocardiogramma         | <input type="checkbox"/> Teleradiogramma                     | <input type="checkbox"/> |
| Esami del sangue            | <input type="checkbox"/> Test HIV (o similari)               | <input type="checkbox"/> |
| Esami oculistici            | <input type="checkbox"/> Biopsia                             | <input type="checkbox"/> |
| Mammografia                 | <input type="checkbox"/> PSA (antigene prostatico specifico) | <input type="checkbox"/> |
| Markers per le epatiti      | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |
| Altro tipo di esame clinico |                                                              |                          |

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

a) Malattie dell'apparato respiratorio ☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

|                                           |                                                                                 |                          |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Adenoidi (operate e guarite)              | <input type="checkbox"/> Pneumotorace                                           | <input type="checkbox"/> |
| Asma bronchiale                           | <input type="checkbox"/> Poliposi corde vocali (operata e guarita)              | <input type="checkbox"/> |
| Bronchiti (guarite da almeno 3 mesi)      | <input type="checkbox"/> Poliposi nasale (operata e guarita)                    | <input type="checkbox"/> |
| Bronchite cronica                         | <input type="checkbox"/> Polmoniti e broncopolmoniti (guarite da almeno 6 mesi) | <input type="checkbox"/> |
| Bronchiectasie                            | <input type="checkbox"/> Rinite allergica e vasomotoria                         | <input type="checkbox"/> |
| Enfisema polmonare                        | <input type="checkbox"/> Silicosi                                               | <input type="checkbox"/> |
| Fibrosi cistica                           | <input type="checkbox"/> Tonsillectomia                                         | <input type="checkbox"/> |
| Fibrosi polmonare                         | <input type="checkbox"/> Faringiti                                              | <input type="checkbox"/> |
| Otiti (guarite da almeno 3 mesi)          | <input type="checkbox"/> Laringiti                                              | <input type="checkbox"/> |
| Pleuriti (guarite da almeno 3 mesi)       | <input type="checkbox"/> Sinusiti                                               | <input type="checkbox"/> |
| Pneumoconiosi                             | <input type="checkbox"/> Tracheiti                                              | <input type="checkbox"/> |
| Altre malattie infettive prime vie aeree  |                                                                                 |                          |
| Altre malattie dell'apparato respiratorio |                                                                                 |                          |

b) Malattie dell'apparato cardiocircolatorio ☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

|                                                    |                                                                                            |                          |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Aritmie (es. morbo di Wolff Parkinson White, ecc.) | <input type="checkbox"/> Flebite                                                           | <input type="checkbox"/> |
| Cardiopatie congenite                              | <input type="checkbox"/> Tromboflebite                                                     | <input type="checkbox"/> |
| Infarto miocardico                                 | <input type="checkbox"/> Trombosi                                                          | <input type="checkbox"/> |
| Cardiomiopatia ischemica                           | <input type="checkbox"/> Embolia polmonare                                                 | <input type="checkbox"/> |
| Angina stabile                                     | <input type="checkbox"/> Altre malattie tromboemboliche venose                             | <input type="checkbox"/> |
| Angina instabile                                   | <input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca                                            | <input type="checkbox"/> |
| Altre cardiopatie ischemiche                       | <input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa                                            | <input type="checkbox"/> |
| Ictus emorragico                                   | <input type="checkbox"/> Ipertensione polmonare                                            | <input type="checkbox"/> |
| Ictus ischemico                                    | <input type="checkbox"/> Miocardiopatie (es. dilatativa, ipertrofica, ecc.)                | <input type="checkbox"/> |
| Emorragia cerebrale e cerebellare                  | <input type="checkbox"/> Pericardite (guarita da almeno 1 anno)                            | <input type="checkbox"/> |
| Emorragia subaracnoidea                            | <input type="checkbox"/> Valvulopatie (es. aortica, mitralica, polmon., tricuspidale ecc.) | <input type="checkbox"/> |
| Leucoencefalopatia multifattoriale                 | <input type="checkbox"/> Varici arti inferiori non complicate                              | <input type="checkbox"/> |
| Altre malattie dell'apparato cardiocircolatorio    |                                                                                            |                          |

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

**c) Malattie neurologiche e psichiatriche**

☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

|                                             |                                                                                |                          |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Cefalee non complicate                      | <input type="checkbox"/> Neuropatia periferica                                 | <input type="checkbox"/> |
| Demenze                                     | <input type="checkbox"/> Polimiosite                                           | <input type="checkbox"/> |
| Epilessia                                   | <input type="checkbox"/> Psicosi                                               | <input type="checkbox"/> |
| Meningoencefaliti                           | <input type="checkbox"/> Sclerosi multipla                                     | <input type="checkbox"/> |
| Meningiti                                   | <input type="checkbox"/> Sindrome ansiosa                                      | <input type="checkbox"/> |
| Miastenia                                   | <input type="checkbox"/> Sindrome di Guillain Barré (guarita da almeno 1 anno) | <input type="checkbox"/> |
| Morbo di Parkinson                          | <input type="checkbox"/> Sindromi depressive                                   | <input type="checkbox"/> |
| Cefalee non complicate                      | <input type="checkbox"/>                                                       | <input type="checkbox"/> |
| Altre malattie neurologiche e psichiatriche |                                                                                |                          |

**d) Malattie endocrine e metaboliche**

☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

|                                        |                                                                                            |                          |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Diabete                                | <input type="checkbox"/> Dislipidemie miste                                                | <input type="checkbox"/> |
| Gotta                                  | <input type="checkbox"/> Altre malattie dislipidemiche                                     | <input type="checkbox"/> |
| Ipercolesterolemia                     | <input type="checkbox"/> Interv. chirur. su gonadi, ipofisi, paratiroidi, surrene, tiroide | <input type="checkbox"/> |
| Ipertrigliceridemia                    | <input type="checkbox"/> Ipo e iperfunz. di gonadi, ipofisi, paratiroidi, surrene, tiroide | <input type="checkbox"/> |
| Altre malattie endocrine e metaboliche |                                                                                            |                          |

**e) Malattie dell'apparato uro-genitale**

☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

|                                                     |                                                                        |                          |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Adenoma prostatico (operato e guarito)              | <input type="checkbox"/> Insufficienza renale cronica                  | <input type="checkbox"/> |
| Balanite e balanopostite (guarite da almeno 3 mesi) | <input type="checkbox"/> Malformazioni uterine                         | <input type="checkbox"/> |
| Bartolinite (guarita da almeno 3 mesi)              | <input type="checkbox"/> Metrite (guarita da almeno 3 mesi)            | <input type="checkbox"/> |
| Calcolosi renale complicata                         | <input type="checkbox"/> Nefriti interstiziali                         | <input type="checkbox"/> |
| Calcolosi renale non complicata (operata e guarita) | <input type="checkbox"/> Nefrectomia pregressa                         | <input type="checkbox"/> |
| Cisti renali semplici                               | <input type="checkbox"/> Epididimite                                   | <input type="checkbox"/> |
| Criptorchidismo (operato e guarito)                 | <input type="checkbox"/> Orchite                                       | <input type="checkbox"/> |
| Endometriosi                                        | <input type="checkbox"/> Ovarite (guarite da almeno 3 mesi)            | <input type="checkbox"/> |
| Endometriti (guarite da almeno 3 mesi)              | <input type="checkbox"/> Pielonefrite acuta e pielite acuta (guarite)  | <input type="checkbox"/> |
| Fibromiomas mammella (operata e guarita)            | <input type="checkbox"/> Prostatite (guarita da almeno 3 mesi)         | <input type="checkbox"/> |
| Fibromiomas uterina (operata e guarita)             | <input type="checkbox"/> Rene policistico                              | <input type="checkbox"/> |
| Fibromiomas uterina (non operata)                   | <input type="checkbox"/> Sindrome nefrosica                            | <input type="checkbox"/> |
| Fimosi                                              | <input type="checkbox"/> Varicocele                                    | <input type="checkbox"/> |
| Glomerulonefriti                                    | <input type="checkbox"/> Vulvite e vaginite (guarite da almeno 3 mesi) | <input type="checkbox"/> |
| Idrocele                                            | <input type="checkbox"/> Asportazione cisti ovarica                    | <input type="checkbox"/> |
| Altre malattie dell'apparato uro-genitale           |                                                                        |                          |

**f) Malattie dell'apparato digerente**

☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

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

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

**g) Tumori**

☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

Tumori maligni ☐ Trattamenti chirurgici ☐  
 Trattamenti chemioterapici ☐ Trattamenti radianti ☐  
 Altro \_\_\_\_\_

**h) Altro**

☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

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

**3) Fa uso di alcolici?**

☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare i consumi)

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

**4) Ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti?**

☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare)

Quali? \_\_\_\_\_ Quando l'ultima volta? \_\_\_\_\_ Da quando? \_\_\_\_\_

**5) Gode di pensione d'invalidità o ha presentato domanda per ottenerla?**

☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare motivazione sanitaria)

\_\_\_\_\_

**6) Ha subito infortuni o ha sofferto di malattie che hanno causato postumi temporanei o permanenti?**

☐ No ☐ Si

(in caso di risposta affermativa indicare i postumi)

\_\_\_\_\_

**7) Misure somatiche**

Peso \_\_\_\_\_ Altezza \_\_\_\_\_

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

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

**Nella sua parentela consanguinea (padre, madre, fratelli, sorelle) ci sono stati casi di infarto, coronopatia, cardiomiopatia, ictus, rene policistico, tumori maligni, poliposi intestinale, diabete prima dei 60 anni?**

☐ No ☐ Si

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

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**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.

**Revoca della Proposta e diritto di recesso**

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

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

Periodicità del Premio: \_\_\_\_\_

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

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

Firma del Contraente  
(ovvero il Legale rappresentante)

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

Firma Secondo Assicurando  
(ovvero il Legale rappresentante)

**Dichiarazioni conclusive**

**Io sottoscritto:**

- **DICHIARO** ad ogni effetto di legge che le indicazioni fornite nella presente Proposta, nonché nel Questionario per la raccolta di informazioni del Cliente [n. \_\_\_\_ (\*)] e nei questionari (ove previsti), necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, esatte e complete e che non ho 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.

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

**Il Contraente dichiara:**

- di impegnarsi a consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali agli altri soggetti interessati indicati nel contratto;
- di avere effettuato la designazione generica del/i Beneficiario/i in luogo di quella nominativa nella consapevolezza che ciò può comportare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/i Beneficiario/i (\*);
- di essere consapevole che l'eventuale modifica o revoca del/i beneficiario/i deve essere comunicata per iscritto alla Società, anche attraverso l'Intermediario incaricato, o effettuata per testamento;
- di aver ricevuto dal distributore, prima della sottoscrizione della presente Proposta, il Modulo unico precontrattuale (MUP) per il prodotto:
  - assicurativo NON-IBIP (\*\*)
  - d'investimento assicurativo (\*\*\*)
 collocato e le regole di comportamento del distributore, previsti dal Reg. IVASS n. 40 del 2/8/2018;
- di aver ricevuto, letto e compreso, prima della sottoscrizione della presente Proposta:
  - la Raccomandazione personalizzata n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (\*\*);
  - il Set Informativo \_\_\_\_\_;
  - il Documento Informativo relativo all'operazione di trasformazione (\*\*\*\*);

Firma del Contraente

(ovvero il Legale rappresentante)

Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente)

(ovvero il Legale rappresentante)

Firma Secondo Assicurando (se il prodotto lo prevede)

(ovvero il Legale rappresentante)

(\*) solo in caso di designazione generica;

(\*\*) solo per contratti con prestazioni rivalutabili;

(\*\*\*) solo per contratti con prestazioni di puro rischio;

(\*\*\*\*) solo in caso di operazione di trasformazione;

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

Firma dell'Intermediario autorizzato

(Luogo)

(data)

*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)