



UNIPOL LTC AZIENDA

Assicurazione temporanea di rendita vitalizia in caso di Non Autosufficienza a premio monoannuale (Tariffa LTC-COLL)

SET INFORMATIVO LTC-COLL-01/2025.1 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. LTC-COLL ed. 01/2025

Assicurazione temporanea di rendita vitalizia in caso di Non Autosufficienza a premio monoannuale

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

Compagnia: Unipol Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: UNIPOL LTC AZIENDA (Tariffa LTC-COLL)



Il presente DIP è stato realizzato in data 02/01/2025 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?

È un'assicurazione monoannuale collettiva in caso di Non Autosufficienza di rendita vitalizia per collettività, indifferenziata in base al sesso.



Che cosa è assicurato / Quali sono le prestazioni?

L'assicurazione prevede le seguenti prestazioni:

Prestazione in caso di perdita di autosufficienza

✓ in caso di riconoscimento da parte della Società dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, durante il periodo di copertura, la Società garantisce il pagamento della rendita annua assicurata, da erogare in rate mensili al Beneficiario designato finché l'Assicurato è in vita, purché permanga in stato di Non Autosufficienza.

Lo stato di Non Autosufficienza è determinato dall'incapacità, presumibilmente permanente, di svolgere parte delle seguenti 6 attività elementari della vita quotidiana:

- farsi il bagno;
- vestirsi e svestirsi;
- igiene del corpo;
- mobilità;
- continenza;
- bere e mangiare.

È inoltre coperto lo stato di Non Autosufficienza derivante dalla perdita delle capacità mentali, purché permanente e dovuta ad una patologia nervosa o mentale di natura organica, quali il morbo di Alzheimer o altre forme di patologia nervosa, che si traduce in incapacità di pensare, capire, ragionare o ricordare con conseguente incapacità di gestire sé stessi senza la supervisione continua da parte di una terza persona.

L'importo mensile della rendita assicurata non può superare Euro 2.000,00 e non può essere inferiore a Euro 500,00.



Che cosa NON è assicurato?

L'assicurazione non prevede prestazioni nei seguenti casi:

- × in caso di vita dell'Assicurato, con mantenimento dell'autosufficienza;
- × in caso di invalidità dell'Assicurato;
- × in caso di decesso dell'Assicurato.



Ci sono limiti di copertura?

! La garanzia relativa a ciascuna posizione individuale ha inizialmente un'efficacia limitata (periodo di carenza). In particolare, la garanzia per lo stato di Non Autosufficienza dovuto ad una causa diversa dall'Infortunio, è soggetta ad un periodo di carenza di 90 giorni dall'ingresso nell'assicurazione collettiva della posizione individuale, o dall'eventuale riattivazione accordata dalla Società. Tale periodo di carenza è esteso a un anno, per lo stato di Non Autosufficienza dovuto a malattie neurologiche.

In tali casi la Società non effettua alcun pagamento, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società. Le stesse limitazioni di garanzia si applicano all'eventuale aumento della prestazione, se richiesto dal Contraente, con riferimento all'incremento di importo.

! Qualora lo stesso evento accidentale determini lo stato di Non Autosufficienza di più Assicurati, l'importo massimo complessivo di rendita annua da corrispondere non potrà essere superiore a sei volte la rendita annua media assicurata pro-capite dell'assicurazione collettiva.

! È inoltre esclusa dalla garanzia la Non Autosufficienza dovuta direttamente o indirettamente a determinate cause elencate nella corrispondente rubrica del DIP Aggiuntivo Vita.



Dove vale la copertura?

Il rischio di Non Autosufficienza è coperto senza limiti territoriali.



Che obblighi ho?

L'Assicurato e il Contraente sono tenuti a comunicare tempestivamente alla Società ogni cambiamento di professione o di attività dell'Assicurato stesso (art.1926 c.c.).

Qualora l'Assicurato manifesti uno stato di Non Autosufficienza deve esserne fatta denuncia alla Società entro i 90 giorni successivi, mediante raccomandata A.R. per chiedere il pagamento della rendita ai sensi dell'art. 9 delle Condizioni di Assicurazione. La data della denuncia è il giorno di ricevimento da parte della Società della raccomandata completa di tutta la documentazione richiesta.

Per ogni tipologia di liquidazione deve essere presentata alla Società la richiesta di liquidazione compilata e sottoscritta da ciascun

avente diritto, redatta su carta semplice oppure sull'apposito modulo predisposto dalla Società, disponibile presso gli intermediari incaricati.

Nella richiesta di liquidazione devono essere indicati tutti i dati identificativi dell'avente diritto e deve essere allegata tutta la documentazione, specificata nel modulo stesso, con l'eccezione di quella già prodotta e ancora in corso di validità.

La richiesta di liquidazione deve essere fornita alla Società tramite il competente intermediario incaricato oppure inviata mediante raccomandata direttamente a:

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

specificando gli elementi identificativi del contratto.

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



Quando e come devo pagare?

L'assicurazione richiede, in via anticipata per ciascun periodo di copertura, il versamento alla Società del premio maggiorato dei diritti fissi a fronte delle prestazioni assicurate nel periodo stesso per l'insieme delle posizioni individuali relative agli Assicurati autosufficienti presenti in assicurazione relativamente alla collettività prevista dalla Convenzione stipulata dal Contraente con la Società.

L'importo del premio relativo a ciascuna posizione individuale (c.d. premio monoannuale) viene determinato in base a criteri uniformi e indipendenti dalla diretta volontà del singolo Assicurato (ad esempio in percentuale della retribuzione oppure in funzione di un importo prestabilito di rendita assicurata) e dipende altresì dalla durata del periodo di copertura e dall'età assicurativa raggiunta dall'Assicurato, nonché dal suo stato di salute e dalle sue abitudini di vita (ad esempio professione e attività sportive) che possono comportare l'applicazione di sovrappremi.

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

L'aumento dell'età assicurativa raggiunta dall'Assicurato ad ogni rinnovo dell'assicurazione monoannuale comporta – a parità degli altri parametri di calcolo – un incremento del premio per il relativo periodo di copertura riferito alla posizione individuale.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La durata dell'assicurazione è annuale (c.d. assicurazione monoannuale) e si rinnova automaticamente da un periodo al successivo fino alla risoluzione della Convenzione.

Il rinnovo automatico dell'assicurazione non opera per gli Assicurati che abbiano superato i 70 anni di età assicurativa.

Il contratto è concluso nel giorno in cui il Contraente, a seguito della stipula della Convenzione, sottoscrive la scheda di Polizza, emessa e firmata dalla Società. Per le cause di cessazione del contratto si rinvia alle Condizioni di Assicurazione.

La copertura relativa alla posizione individuale entra in vigore, a condizione che la relativa scheda di Polizza venga emessa dalla Società e che venga pagato il premio, alle ore 24 della data di decorrenza oppure della data di emissione, se successiva, indicate nella scheda di Polizza stessa oppure, in caso di richiesta di un sovrappremio per la posizione individuale, della data in cui la Società riceve l'accettazione scritta del Contraente.

Per ulteriori dettagli relativi all'entrata in vigore e cessazione delle garanzie relativamente a ciascuna posizione individuale, si rinvia all'art. 12 delle Condizioni di Assicurazione.



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

Non è prevista la revoca della proposta né il recesso dal contratto.

A seguito della sospensione del pagamento dei premi e della mancata riattivazione delle garanzie, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società in corrispettivo del rischio corso. Se la sospensione e la mancata riattivazione riguardano tutte le posizioni individuali, il contratto si risolve.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Il contratto non prevede riscatto o riduzione.

Assicurazione temporanea di rendita vitalizia in caso di Non Autosufficienza a premio monoannuale

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

Compagnia: Unipol Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: UNIPOL LTC AZIENDA (Tariffa LTC-COLL)



Il presente DIP è stato realizzato in data 02/01/2025 ed è l'ultimo aggiornamento pubblicato disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Unipol Assicurazioni S.p.A., in breve Unipol S.p.A. (di seguito "Società"), Capogruppo del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046, Sede Legale Via Stalingrado, 45; CAP 40128; Bologna (Italia); tel. +39 051.5077111; fax 051.7096584, siti internet: www.unipol.com - www.unipol.it; e-mail: assistenzavita@unipol.it; PEC: unipol@pec.unipol.it. La Società è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento IVASS n. 0178787 del 25 luglio 2024 adottato con Delibera IVASS n. 59/2024. La Società è iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sez. I al numero disponibile presso il sito unipol.it/informazioni-societarie.

Con effetto a far data dal 31 dicembre 2024 Unipol Gruppo S.p.A., già società di partecipazione assicurativa capogruppo del Gruppo Assicurativo Unipol, ha incorporato la controllata UnipolSai Assicurazioni S.p.A., acquisendone per l'effetto le autorizzazioni all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa ed assumendo la denominazione di Unipol Assicurazioni S.p.A. Il bilancio d'esercizio di Unipol Gruppo al 31 dicembre 2023 espone un patrimonio netto di 6.177 milioni di euro, di cui capitale sociale per 3.365 milioni di euro e totale riserve patrimoniali per 2.434 milioni di euro. Unipol Gruppo, quale società di partecipazione assicurativa, non era in precedenza tenuta a redigere la relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria dell'impresa (SFCR), che sarà redatta per la prima volta da Unipol Assicurazioni S.p.A. con riferimento alla data del 31 dicembre 2024 e sarà pubblicata nei termini di legge. Con riferimento al 31 dicembre 2023 Unipol Gruppo ha redatto e pubblicato la Relazione sulla solvibilità e sulla situazione finanziaria del Gruppo Unipol, disponibile sul sito internet della società al seguente link <https://www.unipol.it/it/relazione-sulla-solvibilita-e-condizione-finanziaria-2023>.

Al presente contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato / Quali sono le prestazioni?

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



Che cosa NON è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

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

- ! un evento - malattia o condizione patologica o Infortunio (qui e di seguito inteso come un trauma prodotto all'organismo da causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili) - preesistente al momento dell'ingresso in assicurazione della posizione individuale o al momento di una richiesta di aumento della prestazione (in questo caso l'esclusione si applica con riferimento all'incremento di importo) oppure al momento dell'eventuale riattivazione accordata dalla Società ai sensi dell'art. 15 delle Condizioni di Assicurazione. La presente esclusione non si applica qualora l'Assicurato abbia fornito prima dell'ingresso in assicurazione dichiarazioni in merito ai predetti eventi e la Società, eventualmente a fronte di ulteriori accertamenti sanitari e/o all'applicazione di sovrappremi sanitari, abbia accettato il rischio;
- ! dolo del Contraente o del Beneficiario;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ! atti di guerra, operazioni militari, partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, sommosse e tumulti popolari;
- ! contaminazioni chimiche e/o batteriologiche, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, accelerazioni di particelle atomiche ed esposizione a particelle ionizzanti;
- ! uso di stupefacenti o di allucinogeni e abuso continuativo di alcolici o di farmaci, comprovati da documentazione sanitaria;
- ! patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi, ecc.) che determinino un'effettiva ed obiettivamente accertabile incapacità a svolgere le attività elementari della vita quotidiana;

- ! partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- ! pratica di sport pericolosi (ad esempio: paracadutismo e sport aerei in genere, pugilato, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico in tutte le sue forme, bob, speleologia, alpinismo con scalata di roccia o accesso a ghiacciai, arrampicata libera, canoa fluviale, sport subacquei in genere);
- ! incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio.

Se lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato deriva da una di tali cause escluse dalla garanzia, la Società non effettua alcun pagamento, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Denuncia di sinistro

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

Prescrizione

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

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

Liquidazione della prestazione

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

Qualora si verifichi lo stato di Non Autosufficienza, l'Assicurato e il Contraente sono tenuti a fornire in modo veritiero e completo le dichiarazioni e le prove richieste dalla Società per l'accertamento dello stato di Non Autosufficienza e delle relative cause. Inoltre, su richiesta della Società, l'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti medici necessari per compiere la valutazione funzionale della propria capacità fisica, presso strutture sanitarie e da medici di fiducia della stessa Società.

Inoltre l'Assicurato riconosciuto in stato di Non Autosufficienza è obbligato a sottoporsi - su richiesta della Società e non più di una volta ogni tre anni - alle visite e agli esami medici necessari per accertare il permanere di tale stato.

Qualora non sussista più lo stato di Non Autosufficienza o, comunque, nel caso che l'Assicurato o il Contraente non adempiano ai precedenti obblighi, la Società comunica al Contraente e al Beneficiario la cessazione della corresponsione della rendita, a decorrere dalla prima rata mensile successiva alla data della comunicazione stessa.

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

Il contratto viene emesso sulla base della dichiarazione di domicilio abituale o indirizzo della sede legale rilasciata dal Contraente in occasione della sottoscrizione della Proposta.

Il Contraente è tenuto a comunicare tempestivamente e per iscritto alla Società, anche attraverso l'intermediario incaricato, l'eventuale variazione, intervenuta nel corso del contratto, del domicilio abituale o della sede legale verso uno Stato diverso dall'Italia, precisandone la data.

Per approfondimenti si rinvia all'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.

Cosa fare in caso di evento?

Dichiarazioni inesatte o reticenti



Quando e come devo pagare?

Premio

Fermo restando che le parti possono stabilire nella Convenzione modalità specifiche per il pagamento del premio, ogni versamento deve essere intestato o girato alla Società oppure al competente Intermediario incaricato, purché espressamente in tale sua qualità, e 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.

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.

Rimborso

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

Sconti

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

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata

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

Sospensione

La sospensione del pagamento dei premi per la posizione individuale determina l'automatica sospensione delle relative garanzie e, se queste non vengono riattivate, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società in corrispettivo del rischio corso. Se la sospensione e la mancata riattivazione riguardano tutte le posizioni individuali, il contratto si risolve.

Le garanzie sospese a seguito della sospensione del pagamento dei premi possono essere riattivate nel rispetto di modalità e termini prestabiliti. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 15 delle Condizioni di Assicurazione.



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

Revoca

Non prevista.

Recesso

Non previsto.

Risoluzione

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



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Valori di riscatto e riduzione

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

Richiesta di informazioni

-



A chi è rivolto questo prodotto?

È un'assicurazione collettiva sulla vita che opera esclusivamente in applicazione di un'apposita Convenzione che il Contraente (di norma un datore di lavoro o una forma pensionistica complementare collettiva, in adempimento ad un obbligo derivante da un contratto o accordo collettivo di lavoro, o altro Ente) stipula con la Società per i componenti di una collettività omogenea di individui, ciascuno dei quali potrà essere inserito nella collettiva, in veste di Assicurato, mediante una propria posizione individuale. Previa valutazione del rischio dato dalle abitudini di vita e delle condizioni di salute degli Assicurati, in ogni periodo di copertura vengono inclusi nell'assicurazione tutti i componenti della collettività che hanno i requisiti stabiliti nella Convenzione con età assicurativa compresa fra i 18 anni e i 70 anni.

La Società si riserva comunque la facoltà di accettare i rischi applicando eventuali sovrappremi o di rifiutare i rischi stessi.


Quali costi devo sostenere?
TABELLA DEI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

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

TABELLA SUI COSTI PER L'EROGAZIONE DELLA RENDITA

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

Spese, in percentuale della rendita, per la sua erogazione in rate mensili:	2,00%
-----------------------------------------------------------------------------	-------

COSTI DI INTERMEDIAZIONE

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

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

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

Unipol Assicurazioni S.p.A. - Direzione Vita Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna
 Fax: 02.51815353 e-mail: reclami@unipol.it

oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unipol.it.

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

All'impresa assicuratrice

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

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

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet della Società www.unipol.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto.

Una volta ricevuto il reclamo, la funzione Customer Advocacy di Unipol deve fornire riscontro al reclamante/proponente nel termine massimo di 45 giorni, oppure 60 giorni nel caso il reclamo riguardi il comportamento dell'Agente o dell'intermediario a titolo accessorio (e relativi dipendenti e collaboratori).

All'IVASS

Nel caso in cui il reclamo abbia esito insoddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine previsto è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it
 Info su: www.ivass.it.

I reclami indirizzati all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito Internet dell'IVASS e della Società, contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

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

Interpellando, tramite un avvocato di fiducia, un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al

procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Negoziazione assistita

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

**Altri sistemi
alternativi di
risoluzione delle
controversie**

- **Procedura di arbitrato: arbitrato irrituale**
Le controversie di natura medica sul riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato e sugli esiti del riesame di tale stato, sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. È fatta comunque salva la possibilità delle parti di concordare la nomina di un medico unico da scegliersi di comune accordo. Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le parti anche qualora uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.
- **Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/banking-and-finance/consumer-finance-and-payments/consumer-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.**

REGIME FISCALE
**Trattamento fiscale
applicabile al
contratto**
Trattamento fiscale dei premi

Il premio versato è esente dall'imposta sulle assicurazioni.

Il premio versato dal datore di lavoro (Azienda) è deducibile dal reddito d'impresa ai sensi dell'art. 95 del D.P.R. 917/86 (in conformità a contratto di lavoro, accordo o regolamento aziendale) o nei limiti stabiliti dall'art. 100 del D.P.R. 917/86.

Il premio non concorre a formare il reddito di lavoro dipendente se versato a favore della generalità dei dipendenti o di categorie di dipendenti (art. 51 del D.P.R. 917/86).

Il premio eventualmente versato (in tutto o in parte) dall'Assicurato non dà diritto alla detrazione sul reddito delle persone fisiche (art. 15 del D.P.R. 917/86).

Trattamento fiscale delle somme corrisposte

Le somme percepite dal Beneficiario in caso di Non Autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti della vita quotidiana, anche se erogate in forma di rendita, sono esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche.

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

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

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA 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.



UNIPOL LTC AZIENDA

Assicurazione temporanea di rendita vitalizia in caso di Non Autosufficienza
a premio monoannuale
(Tariffa LTC-COLL)

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE comprensive di Glossario

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

Data ultimo aggiornamento: 02/01/2025

Presentazione

UNIPOL LTC AZIENDA, la soluzione di protezione assicurativa di Unipol contro il rischio di Non Autosufficienza per collettività illustrata nel presente Set Informativo, è regolata dalle Condizioni di Assicurazione che seguono e che disciplinano il contratto insieme alla Convenzione, alla scheda di Polizza ed eventuali appendici sottoscritte tra le parti.

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

Le Condizioni di Assicurazione sono inoltre 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

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

INDICE

GLOSSARIO	4
CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?	6
ART. 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO	6
ART. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATE E DEFINIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA	6
ART. 3 - EROGAZIONE DELLA RENDITA	7
CI SONO LIMITI DI COPERTURA?	8
ART. 4 - ESCLUSIONI	8
ART. 5 - LIMITAZIONI	8
CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?	9
ART. 6 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO	9
ART. 7 - DENUNCIA ED ACCERTAMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	9
ART. 8 - RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	10
ART. 9 - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ	10
QUANDO E COME DEVO PAGARE?	10
ART. 10 - PREMIO	10
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?	11
ART. 11 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO	11
ART. 12 - INGRESSO E PERMANENZA NELL'ASSICURAZIONE, ENTRATA IN VIGORE DELLE GARANZIE	11
ART. 13 - DURATA DEL CONTRATTO E PERIODO DI COPERTURA DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE	11
ART. 14 - MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI: SOSPENSIONI DELLE GARANZIE E RISOLUZIONE DELL'ASSICURAZIONE	12
ART. 15 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE	12
COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO?	12
ART. 16 - DIRITTO DI RECESSO	12
SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI?	12
ART. 17 - RISCATTO E RIDUZIONE	12
COME POSSO RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	12
ART. 18 - CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE	12
ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI	13
ART. 19 - DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO	13
ART. 20 - NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRABILITÀ	13
ART. 21 - LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO	13
ART. 22 - IMPOSTE E TASSE	13
ART. 23 - FORO COMPETENTE	13
ALLEGATO A – DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE ALLA SOCIETÀ IN RELAZIONE ALLA CAUSA DEL PAGAMENTO	14

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.

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

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

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.

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

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

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

Garanzia: Prestazione contrattuale che la Società si impegna a pagare al Beneficiario in base alle condizioni previste dal contratto; ad essa possono essere abbinare altre prestazioni che di conseguenza vengono definite complementari o accessorie rispetto a quella 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/Scheda di Polizza: Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione o di capitalizzazione.

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

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.

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 monoannuale per il caso di Non Autosufficienza di rendita vitalizia per collettività (tariffa LTC-COLL), le cui prestazioni assicurate sono descritte all'Art. 2.1.

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

Con la presente assicurazione collettiva, in relazione a ciascuna posizione individuale presente nella scheda di Polizza emessa dalla Società per ogni periodo di copertura a fronte del versamento del relativo premio, la Società garantisce, qualora si verifichi lo stato di Non Autosufficienza (come definito all'Art. 2.2 e **purché riconosciuto dalla Società**) dell'Assicurato durante il periodo di copertura stesso, il pagamento della rendita annua assicurata alla data della denuncia effettuata ai sensi dell'Art. 7.

La rendita assicurata viene pagata al Beneficiario designato a norma della Convenzione, finché l'Assicurato è in vita e purché permanga lo stato di Non Autosufficienza. Le rate di rendita dovute sono quelle che scadono prima della data di decesso dell'Assicurato. Dovranno essere restituite alla Società le rate di rendita eventualmente corrisposte con scadenza successiva al decesso dell'Assicurato.

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

Le garanzie sono operanti senza limiti territoriali e **fatte salve le esclusioni e le limitazioni descritte rispettivamente agli Artt. 4 e 5**.

Fatto salvo quanto stabilito all'Art. 5.2 la rendita assicurata in ciascun periodo di copertura risulta esclusivamente, per ogni posizione individuale presente in assicurazione, dalla relativa scheda di Polizza.

2.2 - Definizione dello stato di Non Autosufficienza

Lo stato di Non Autosufficienza è determinato dall'incapacità - accertata ai sensi dell'Art. 7 – presumibilmente permanente, di svolgere, come sotto precisato, parte delle seguenti attività elementari della vita quotidiana:

- farsi il bagno;
- vestirsi e svestirsi;
- igiene del corpo;
- mobilità;
- continenza;
- bere e mangiare.

Per ognuna delle attività suddette viene constatato il grado di autonomia dell'Assicurato nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo lo schema di valutazione funzionale riportato nella seguente tabella. Lo stato di Non Autosufficienza viene riconosciuto quando la somma dei punteggi è almeno pari a 40.

Farsi il bagno

1° grado	L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno.	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa di farsi il bagno.	Punteggio 10

Vestirsi e svestirsi

1° grado	L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo.	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo.	Punteggio 10

Igiene del corpo

1° grado	L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con 1., 2. e 3.: 1. andare al bagno; 2. lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi; 3. effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività 1., 2. e 3.	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività 1., 2. e 3.	Punteggio 10

Mobilità

1° grado	L'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto.	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi.	Punteggio 10

Continenza

1° grado	L'Assicurato è completamente continente.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno.	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia.	Punteggio 10

Bere e mangiare

1° grado	L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: • sminuzzare/tagliare il cibo; • sbucciare la frutta; • aprire un contenitore o una scatola; • versare bevande nel bicchiere.	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	Punteggio 10

Qualora la somma dei punteggi non sia almeno pari a 40, è altresì coperto lo stato di Non Autosufficienza derivante dalla perdita delle capacità mentali, purché permanente e dovuta a patologia nervosa o mentale di natura organica (quali il morbo di Alzheimer o altre forme di patologia nervosa).

Per perdita delle capacità mentali si intende incapacità di pensare, capire, ragionare o ricordare con conseguente incapacità dell'Assicurato nel gestire sé stesso, senza la supervisione continua da parte di una terza persona, nello svolgimento delle attività di base della vita quotidiana.

Per il riconoscimento della condizione di Non Autosufficienza è necessario che:

- esista diagnosi clinica che attribuisca il deterioramento mentale a cause organiche;
- il grado di disabilità cognitiva risulti dalla somministrazione di Test Neuropsicologico (Mini Mental State Examination, MMSE), effettuata da medico specialista in conformità alle procedure indicate dalla Letteratura medico-scientifica di riferimento e con risultato inferiore a 15 (corretto in funzione dell'età e del grado di scolarità);
- l'Assicurato abbia perduto la propria autosufficienza e necessiti di controllo e/o supervisione continua da parte di terzi.

ART. 3 - EROGAZIONE DELLA RENDITA

3.1 - Rateazione e decorrenza della rendita

La rendita annua viene corrisposta, in rate mensili, a seguito del riconoscimento da parte della Società dello stato di Non

Autosufficienza dell'Assicurato – da denunciare ed accertare secondo le modalità descritte all'Art. 7 – **e fermo quanto indicato all'Art. 8 in caso di rivedibilità dello stesso.**

La scadenza di pagamento della prima rata mensile di rendita coincide con la data di decorrenza della rendita annua (c.d. rendita anticipata) ed è stabilita al primo giorno del mese che segue di almeno 30 giorni la data di denuncia. **Se l'accertamento dello stato di Non Autosufficienza si protrae oltre la suddetta data di decorrenza, la Società corrisponde le rate mensili di rendita arretrate insieme a quella in scadenza alla prima ricorrenza mensile successiva al riconoscimento.**

3.2 - Costi per l'erogazione della rendita

Le spese per il servizio di erogazione mensile della rendita sono le seguenti:

- **spese in percentuale:** 2,00% della rendita annua assicurata, indicata in scheda di Polizza già al netto delle stesse.

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

ART. 4 - ESCLUSIONI

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

- un evento - malattia o condizione patologica o Infortunio (qui e di seguito inteso come un trauma prodotto all'organismo da causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili) - preesistente al momento dell'ingresso in assicurazione della posizione individuale o al momento di una richiesta di aumento della prestazione (in questo caso l'esclusione si applica con riferimento all'incremento di importo) oppure al momento dell'eventuale riattivazione accordata dalla Società ai sensi dell'Art. 15. La presente esclusione non si applica qualora l'Assicurato abbia fornito prima dell'ingresso in assicurazione dichiarazioni in merito ai predetti eventi e la Società, eventualmente a fronte di ulteriori accertamenti sanitari e/o all'applicazione di sovrappremi sanitari, abbia accettato il rischio;
- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- atti di guerra, operazioni militari, partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, sommosse e tumulti popolari;
- contaminazioni chimiche e/o batteriologiche, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, accelerazioni di particelle atomiche ed esposizione a particelle ionizzanti;
- uso di stupefacenti o di allucinogeni e abuso continuativo di alcolici o di farmaci, comprovati da documentazione sanitaria;
- patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi, ecc.) che determinino un'effettiva ed obiettivamente accertabile incapacità a svolgere le attività elementari della vita quotidiana;
- partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- pratica di sport pericolosi (ad esempio: paracadutismo e sport aerei in genere, pugilato, salto dal trampolino con sci o idrosci), sci acrobatico in tutte le sue forme, bob, speleologia, alpinismo con scalata di roccia o accesso a ghiacciai, arrampicata libera, canoa fluviale, sport subacquee in genere);
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio.

Se lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato deriva da una di tali cause escluse dalla garanzia, la Società non effettua alcun pagamento, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società.

ART. 5 - LIMITAZIONI

5.1 - Periodo di carenza

La garanzia per lo stato di Non Autosufficienza dovuto ad una causa diversa dall'Infortunio, è soggetta ad un periodo di carenza di 90 giorni dall'ingresso in assicurazione della posizione individuale o dall'eventuale riattivazione accordata dalla Società ai sensi dell'Art. 15. Tale periodo è esteso a un anno per lo stato di Non Autosufficienza dovuto a malattie neurologiche.

Qualora lo stato di Non Autosufficienza sia determinato da una causa per la quale, al momento dell'insorgenza di detto stato, è operante il periodo di carenza, **la Società non effettua alcun pagamento, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società.**

Le stesse limitazioni di garanzia si applicano all'eventuale aumento della prestazione, se richiesto dal Contraente, con riferimento all'incremento di importo.

ESEMPIO DI APPLICAZIONE DELLA CARENZA

Durante il periodo di carenza di un anno, l'Assicurato diventa non autosufficiente a causa di una malattia neurologica, la Società non effettua alcun pagamento, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi pagati restano acquisiti dalla Società.

5.2 - Sinistro che colpisca più Assicurati

Qualora lo stesso evento accidentale determini lo stato di Non Autosufficienza di più Assicurati, la garanzia è limitata alla corresponsione di un importo massimo complessivo di rendita annua pari a sei volte la rendita annua media assicurata pro-

capite dell'assicurazione collettiva.

L'ammontare di rendita annua spettante a ciascuno dei suddetti Assicurati si determina suddividendo l'importo massimo complessivo di rendita annua in proporzione alle rispettive rendite annue assicurate.

ESEMPIO DI IMPORTO MASSIMO LIQUIDABILE IN CASO DI SINISTRO CHE COLPISCA PIÙ ASSICURATI

Nel caso di un'assicurazione collettiva in cui sono presenti:

20 Assicurati,

con rendita annua assicurata pro-capite pari a € 12.000,00,

l'importo massimo complessivo di rendita annua liquidabile a fronte di uno stesso evento accidentale è pari a € 72.000,00; tale importo si ottiene moltiplicando la rendita annua media assicurata pro-capite (€ 12.000,00) per sei (6).

Se uno stesso evento determina la Non Autosufficienza di un numero di Assicurati tale che la somma delle relative rendite annue assicurate risulti superiore a € 72.000,00, l'importo massimo complessivo di rendita annua liquidabile dalla Società è comunque pari a € 72.000,00; tale importo viene ripartito in proporzione alla rendita annua assicurata per ciascun Assicurato (nell'esempio uguale per tutti e pari ad € 12.000,00).

Ad esempio, nell'ipotesi che uno stesso evento determini la Non Autosufficienza di dieci (10) Assicurati, la rendita annua liquidata a ciascuno di essi è pari a € 7.200,00.

Quest'ultimo importo si determina dividendo ciascuna rendita annua assicurata (€ 12.000,00) per la somma degli importi delle rendite annue assicurate relativi agli Assicurati colpiti da Non Autosufficienza ($€ 12.000,00 * 10$) e moltiplicando il risultato per l'importo massimo complessivo di rendita annua liquidabile (€ 72.000,00):

$12.000,00 / (12.000,00 * 10) * 72.000,00 = 7.200,00$

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

ART. 6 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

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

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

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

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

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

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. 7 - DENUNCIA ED ACCERTAMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Qualora l'Assicurato manifesti uno stato di Non Autosufficienza, come definito all'Art. 2.2, deve esserne fatta denuncia alla Società **entro i 90 giorni successivi, mediante raccomandata A.R.** per chiedere il pagamento della rendita ai sensi dell'Art. 9. La data della denuncia è il giorno di ricevimento da parte della Società della raccomandata completa di tutta la documentazione richiesta secondo quanto previsto dall'Allegato A.

L'Assicurato e il Contraente sono tenuti a fornire in modo veritiero e completo le dichiarazioni e le prove richieste dalla Società per l'accertamento dello stato di Non Autosufficienza e delle relative cause. Inoltre, su richiesta della Società, l'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti medici necessari per compiere la valutazione funzionale della propria capacità fisica, presso strutture sanitarie e da medici di fiducia della stessa Società.

La Società si impegna ad accertare lo stato di Non Autosufficienza entro 180 giorni dalla data della denuncia o, comunque, dalla data di ricevimento dell'eventuale ulteriore documentazione richiesta ai sensi dell'Art. 9, inclusa quella relativa agli eventuali

accertamenti medici.

ART. 8 - RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

L'Assicurato riconosciuto in stato di Non Autosufficienza è obbligato a sottoporsi - su richiesta della Società e non più di una volta ogni tre anni - alle visite e agli esami medici necessari per accertare il permanere di tale stato. L'Assicurato e il Contraente sono inoltre tenuti a fornire in modo veritiero e completo le dichiarazioni e le prove richieste dalla Società per il suddetto accertamento.

Qualora non sussista più lo stato di Non Autosufficienza o, comunque, nel caso che l'Assicurato o il Contraente non adempiano ai precedenti obblighi, la Società comunica al Contraente e al Beneficiario la cessazione della corresponsione della rendita, a decorrere dalla prima rata mensile successiva alla data della comunicazione stessa.

In tal caso l'eventuale nuova attivazione delle garanzie dovrà essere esplicitamente accordata dalla Società.

ART. 9 - 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, la Società abbia ricevuto tutta la documentazione necessaria. In caso contrario, la somma viene messa a disposizione entro 30 giorni dal ricevimento da parte della Società della suddetta documentazione completa.

Decorso tale termine ed a partire dal medesimo sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto, calcolati secondo i criteri della capitalizzazione semplice, al tasso annuo pari al saggio legale tempo per tempo in vigore, anche agli eventuali fini ed effetti di cui all'Art. 1224, 2° co., c.c..

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

ART. 10 - PREMIO

10.1 - Premio e modalità di pagamento

Il premio è dovuto dal Contraente, insieme ai diritti fissi, in via anticipata alla data di decorrenza di ciascun periodo di copertura (data di scadenza del premio), ma non oltre la morte o la data di denuncia, ai sensi dell'Art. 7, dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, purché riconosciuto dalla Società.

In caso di ingresso in assicurazione della posizione individuale nel corso dell'anno di copertura, il relativo premio viene determinato in proporzione alla frazione di anno di copertura.

Il premio di competenza di ciascun periodo di copertura, indicato nella relativa scheda di Polizza, è dovuto per intero.

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

Fermo restando che le parti possono stabilire nella Convenzione modalità specifiche per il pagamento del premio, ogni versamento deve essere intestato o girato alla Società oppure al competente Intermediario incaricato, purché espressamente in tale sua qualità, e 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.

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.

10.2 - Costi sul premio

I costi gravanti sul premio della posizione individuale sono i seguenti:

- diritti: € 1,00 in aggiunta al premio;

- **costi fissi:** € 20,00 prelevati dal premio;
- **costi in percentuale:** 20,00% del premio al netto dei costi fissi sopra indicati.

ESEMPIO - Costi sul premio

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

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?
ART. 11 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Il contratto è concluso nel giorno in cui il Contraente sottoscrive la scheda di Polizza emessa e firmata dalla Società.

ART. 12 - INGRESSO E PERMANENZA NELL'ASSICURAZIONE, ENTRATA IN VIGORE DELLE GARANZIE

All'ingresso in assicurazione della posizione individuale, **a condizione che la relativa scheda di Polizza venga emessa dalla Società e che venga pagato il premio nei termini di cui agli Artt. 10 e 14**, le garanzie entrano in vigore alle ore 24 della data di decorrenza (decorrenza) indicata in scheda di Polizza oppure della data di emissione, se successiva, indicata nella scheda di Polizza stessa o, in caso di richiesta di un sovrappremio per la posizione individuale, della data in cui la Società riceve l'accettazione scritta del Contraente; **detta accettazione deve essere inviata, pena decadenza, entro 10 giorni dalla richiesta del sovrappremio.**

La suddetta modalità si applica anche in caso di aumento della rendita assicurata per la posizione individuale, con riferimento all'entrata in vigore del solo incremento di garanzia.

La posizione individuale si estingue alle ore 24 del giorno in cui l'Assicurato perde, per causa diversa da sinistro, i requisiti previsti dalla Convenzione; **entro i 30 giorni successivi il Contraente è tenuto a comunicare la perdita dei requisiti alla Società, mediante raccomandata A.R.. A condizione che venga rispettato tale termine**, la Società rimborsa al Contraente l'eventuale parte di premio relativa alla frazione di anno in cui la garanzia non è stata in vigore.

ART. 13 - DURATA DEL CONTRATTO E PERIODO DI COPERTURA DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE

La durata dell'assicurazione è annuale (c.d. assicurazione monoannuale), con periodo di copertura coincidente:

- con l'anno solare, per le posizioni individuali presenti in assicurazione all'inizio dell'anno stesso;
- con la frazione di anno solare successiva all'ingresso in assicurazione, per le posizioni individuali che entrano in assicurazione nel corso dell'anno stesso.

Salvo il caso di cessazione della Convenzione, l'assicurazione si rinnova automaticamente da un periodo di copertura al successivo.

Il rinnovo automatico dell'assicurazione non opera per gli Assicurati che abbiano superato i 70 anni di età assicurativa. Al termine del periodo di copertura durante il quale l'Assicurato avrà superato tale età assicurativa, la relativa posizione individuale si estingue.

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

ESEMPIO DI CALCOLO DELL'ETÀ ASSICURATIVA

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

ART. 14 - MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI: SOSPENSIONI DELLE GARANZIE E RISOLUZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Il mancato pagamento del premio, trascorso il termine di 30 giorni dalla relativa data di scadenza o dalla data di emissione, se successiva, indicata nella relativa scheda di Polizza, comporta - a partire dalle ore 24 della suddetta data di scadenza del premio - la sospensione delle garanzie e, se queste non vengono riattivate ai sensi dell'Art. 15, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società in corrispettivo del rischio corso.

A parziale deroga dell'Art. 2.1, in caso di denuncia effettuata ai sensi dell'Art. 7 dopo la data di scadenza del primo premio rimasto insoluto e fermo restando che lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato deve essersi verificato nei termini previsti al medesimo Art. 2.1, il riconoscimento da parte della Società che lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato si è verificato:

- entro la data di scadenza del primo premio rimasto insoluto, comporta la corresponsione della rendita che risultava in vigore alla data di scadenza stessa;
- dopo la data di scadenza del primo premio rimasto insoluto, ma entro il termine di cui al primo comma del presente articolo, comporta la corresponsione della rendita che sarebbe risultata in vigore in caso di regolare versamento del premio, previo pagamento del premio stesso.

ART. 15 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE

Entro 180 giorni dalla sospensione delle garanzie per mancato pagamento del premio, il Contraente può riattivarle pagando il premio arretrato per la posizione individuale, **aumentato degli interessi legali per il periodo intercorso fra la relativa data di scadenza e quella di riattivazione.**

Trascorsi 180 giorni dalla sospensione delle garanzie, la riattivazione può essere concessa dalla Società che, per decidere se accordarla, **può richiedere eventuali accertamenti sanitari.**

La riattivazione ripristina le garanzie con effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio arretrato aumentato degli interessi.

In ogni caso sono fatte salve le esclusioni e le limitazioni previste per le garanzie.

COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO?
ART. 16 - DIRITTO DI RECESSO

Non è previsto il diritto di recesso.

SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI?
ART. 17 - RISCATTO E RIDUZIONE

L'assicurazione collettiva e le singole posizioni individuali non sono riscattabili.

Non sono previsti valori di riduzione.

COME POSSO RISOLVERE LE CONTROVERSIE?
ART. 18 - CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sul riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato e sugli esiti del riesame di tale stato, sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. È fatta comunque salva la possibilità delle parti di concordare la nomina di un medico unico da scegliersi di comune accordo. Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle

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

ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI

ART. 19 - DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO

Il Beneficiario di un contratto di assicurazione sulla vita acquista, per effetto della designazione fatta a suo favore dal Contraente, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione (Art. 1920 del Codice Civile). Pertanto le somme corrisposte al Beneficiario a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario di quest'ultimo.

ART. 20 - NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRABILITÀ

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

ART. 21 - LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

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

ART. 22 - IMPOSTE E TASSE

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

ART. 23 - 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**, fatta eccezione per quella già prodotta in precedenza e ancora in corso di validità. Qualora l'esame della documentazione evidenzi situazioni particolari o dubbie tali da non consentire la verifica dell'obbligo di pagamento o l'individuazione degli aventi diritto o l'adempimento agli obblighi di natura fiscale oppure derivanti dalla normativa, la Società richiederà tempestivamente l'ulteriore documentazione necessaria in relazione alle particolari esigenze istruttorie.

Documentazione per la denuncia dello stato di Non Autosufficienza

- Ai fini dell'accertamento da parte della Società dello stato di Non Autosufficienza di un Assicurato, **il Contraente deve farne denuncia con i termini e le modalità stabilite all'art. 7 delle Condizioni di Assicurazione**. La denuncia, effettuata su modello fornito dalla Società, oppure redatta su carta semplice fornendo tutte le informazioni previste dal modello stesso, **deve essere corredata dagli estremi del conto corrente sul quale effettuare l'accredito della rendita (intestataro, codice IBAN)**.

Inoltre, **devono essere forniti**:

- fotocopia fronte retro del documento d'identità valido e del codice fiscale dell'avente diritto;
- Certificato attestante lo stato Non Autosufficienza e Relazione medica sulle cause della perdita di Autosufficienza, entrambi da compilarsi a cura:
 - del medico curante dell'Assicurato, nel caso in cui la somma dei punteggi di cui all'art. 2.2 sia almeno pari a 40;
 - di un neurologo o di uno psichiatra, qualora la somma dei punteggi di cui all'art. 2.2 sia inferiore a 40 e la Non Autosufficienza derivi dalla perdita permanente delle capacità mentali dovuta ad una patologia nervosa o mentale di natura organica, quali il morbo di Alzheimer o altre forme di patologia nervosa, che si traduce in incapacità di pensare, capire, ragionare o ricordare e nell'impossibilità di gestirsi senza la continua supervisione di terzi.
- mandato e/o procura e/o decreto di nomina di Amministratore di sostegno o del Tutore o del Curatore dell'avente diritto, nonché copia fronte/retro del documento d'identità valido e codice fiscale del Procuratore/Mandatario/Amministratore di sostegno/Tutore/Curatore (*);
- decreto del Giudice Tutelare che autorizza la riscossione e dispone sul reimpiego delle somme, con esonero della Società da ogni responsabilità circa il pagamento della somma stessa e da ogni ingerenza e responsabilità circa l'eventuale reimpiego, 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). Gli importi da far autorizzare verranno comunicati dalla Società. (*)

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

Documentazione per il pagamento della rendita

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

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

CONTRAENTE:

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____ Codice Fiscale _____
Domicilio abituale o sede legale _____ Indirizzo _____ Cap _____ Prov. _____
Indirizzo email _____ Recapito telefonico _____

LEGALE RAPPRESENTANTE:

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____
Indirizzo _____ Comune _____ Cap _____ Prov. _____
Data di nascita _____ Luogo _____ Prov. _____
Indirizzo email _____ Recapito telefonico _____

Tipo delega: Presidente Amministratore Delegato Delegato Procuratore
Altro

Documento di riconoscimento del Contraente/Legale Rappresentante: _____

Data di rilascio/rinnovo _____ Luogo _____

Codice attività: S.A.E. _____
AT.ECO. _____

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

Firma del Legale Rappresentante*(solo se il Contraente è persona Giuridica)***Assicurandi:** _____**Beneficiari:** Stabiliti in Convenzione

Data di decorrenza _____ Durata Convenzione (anni) _____ Premio da corrispondere al perfezionamento (in Euro) _____

Codice tariffa _____ Descrizione tariffa _____

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

Agenzia/Unità Broker _____ Codice Broker _____
Sub Agenzia _____

Contraente _____

PERIODICITÀ E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Periodicità del premio: **monoannuale**

Fermo restando che le parti possono stabilire nella Convenzione modalità specifiche per il pagamento del premio, ogni versamento **deve essere intestato o girato alla Società oppure al competente Intermediario incaricato, purché espressamente in tale sua qualità, e 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.

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.**

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

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

IL CONTRAENTE

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

Agenzia/Unità Broker _____ Codice Broker _____
Sub Agenzia _____

Contraente _____

La Società emetterà, in base alla presente Proposta e ad eventuale altra documentazione, il relativo contratto assicurativo (sempre che essa ritenga di accettare il rischio).

La Società presta le garanzie indicate nella Proposta alle condizioni della forma assicurativa relativa alla tariffa riportata nel Set Informativo sotto indicato.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Avvertenze:

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

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

Il Contraente dichiara:

- * di impegnarsi a consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali agli altri soggetti interessati indicati nel contratto;
- * di aver ricevuto dal distributore o visionato sul suo sito internet o nei suoi locali, prima della sottoscrizione della presente Proposta, i documenti precontrattuali contenenti le informazioni sul distributore, le informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo NON-IBIP 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, il Set Informativo**

IL CONTRAENTE

Dichiaro che i dati relativi alla presente Proposta sono stati da me raccolti, di aver verificato l'identità del Contraente e che le firme sono state apposte sulla Proposta in mia presenza

(Luogo) _____

(data) _____

L'AGENTE/UNITÀ BROKER _____

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

Unipol Assicurazioni S.p.A.

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

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) 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**”):

- 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);
- 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);
- informazioni riguardanti la Sua posizione assicurativa con la Compagnia (in via esemplificativa, premi pagati, sinistri liquidati, ecc.);
- informazioni riguardanti i sinistri connessi alla Sua posizioni assicurative, anche intrattenute con altre compagnie assicurative;
- dati relativi ai Suoi metodi di pagamento (quali, ad esempio, le Sue coordinate bancarie);
- 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 terze¹.

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 vigilanza².
- (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.

¹ 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.

² 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 anticiclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07); (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale titolare), per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità; (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni e la Banca Dati SITA ATRC, sugli Attestati di Rischio, gestita da ANIA.

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 Unipol³, 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 consortili 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.

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.

Collegandosi al sito 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.

³ Per ulteriori informazioni, si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito www.unipol.com

Unipol Assicurazioni S.p.A.

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