



## UNIPOLSAI VITA FORMULA BASE

Assicurazione temporanea caso morte  
a capitale decrescente e premio annuo costante limitato  
(Tariffa U20009)

SET INFORMATIVO U20009-10/2022.1 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. U20009 ed. 10/2022

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

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

Compagnia: UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: UNIPOLSAI VITA FORMULA BASE (Tariffa U20009)

Il presente DIP è stato realizzato in data 24/10/2022 ed è l'ultimo aggiornamento pubblicato disponibile



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

## Che tipo di assicurazione è?

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



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

L'assicurazione prevede la seguente prestazione:

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

Sono assicurabili capitali inferiori a €400.000,00.



## Che cosa NON è assicurato?

L'assicurazione non prevede le seguenti prestazioni:

- ✗ In caso di vita dell'Assicurato.
- ✗ In caso di invalidità dell'Assicurato.
- ✗ In caso di malattia grave/perdita di autosufficienza/inabilità di lunga durata dell'Assicurato.



## Ci sono limiti di copertura?

- ! E' previsto un periodo di carenza, nel quale la copertura assicurativa non è piena, qualora l'Assicurato, con l'assenso della Società, si sia limitato a compilare un questionario sanitario senza sottoporsi a visita medica e/o agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società. La garanzia per il decesso dovuto ad infezione - inclusa la sieropositività - da HIV o AIDS e patologie collegate, è soggetta ad un periodo di carenza più lungo. Durante il periodo di carenza, in caso di morte dell'Assicurato non direttamente conseguente alle cause indicate all'Art. 9 delle Condizioni di Assicurazione, cui si rinvia per i dettagli, il contratto si risolve e la Società rimborsa al Contraente una somma pari all'ammontare dei premi versati.
- ! Non è coperto dalla garanzia principale il decesso causato dal dolo del Contraente o dei Beneficiari; in questo caso la prestazione non è dovuta e i premi pagati restano acquisiti dalla Società. Sono inoltre esclusi dalla garanzia i casi di decesso dovuti direttamente o indirettamente da determinate cause elencate nella corrispondente rubrica del DIP Aggiuntivo Vita.



## Dove vale la copertura?

Il rischio di morte è coperto senza limiti territoriali.



## Che obblighi ho?

Il contratto richiede il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica ed eventuali ulteriori accertamenti sanitari. È tuttavia possibile, a determinate condizioni, limitarsi alla compilazione di un questionario, ma in tal caso la garanzia non risulterà pienamente efficace, come indicato nella rubrica "Ci sono limiti di copertura?". Modalità assuntive specifiche sono previste per la garanzia relativa al decesso dovuto ad infezione da H.I.V. (AIDS e patologie collegate). Per Assicurandi con più di 60 anni di età assicurativa alla data di decorrenza o che avranno più di 70 anni di età assicurativa alla scadenza del contratto, è sempre obbligatoria la visita medica. L'età assicurativa è calcolata in anni interi, arrotondata per eccesso se la frazione di anno supera 6 mesi oppure per difetto in caso contrario.

Il Contraente è tenuto a comunicare alla Società modifiche di professione o attività dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto ai sensi dell'Art.1926 del Codice Civile.

Qualora l'Assicurato, dichiaratosi non fumatore, inizi o ricominci a fumare in corso di contratto anche sporadicamente, è tenuto, insieme al Contraente, a darne comunicazione scritta all'Intermediario cui è assegnato il contratto oppure tramite lettera raccomandata alla Società.

Per ogni tipologia di liquidazione deve essere presentata alla Società la richiesta di liquidazione compilata e sottoscritta da ciascun avente diritto, redatta su carta semplice oppure sull'apposito modulo predisposto dalla Società, disponibile presso gli Intermediari incaricati. Nella richiesta di liquidazione devono essere indicati tutti i dati identificativi dell'avente diritto e deve essere allegata tutta la documentazione, specificata nel modulo stesso, con l'eccezione di quella già prodotta e ancora in corso di validità.



### Quando e come devo pagare?

Il presente contratto prevede il pagamento di un premio annuo anticipato di importo costante per tutta la durata del periodo di pagamento dei premi (inferiore alla durata contrattuale) e comunque non oltre la morte dell'Assicurato. Per maggiori dettagli si rimanda alla tabella in rubrica "Quando e come devo pagare?" del DIP Aggiuntivo Vita.

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

Il pagamento del premio annuo può essere anche frazionato in rate semestrali, quadrimestrali, trimestrali, bimestrali o mensili, previa maggiorazione del suo importo; nella tabella seguente sono indicati gli interessi di frazionamento da applicare al premio annuo al netto del costo di emissione:

Frazionamento	Interessi di frazionamento
Semestrale	1,25%
Quadrimestrale	1,50%
Trimestrale	1,75%
Bimestrale	2,00%
Mensile	2,25%



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

Per durata del contratto si intende l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza dello stesso.

La durata del contratto può essere fissata da un minimo di 2 anni ad un massimo di 30 anni, con un'età assicurativa massima dell'Assicurato a scadenza di 75 anni.

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

L'assicurazione entra in vigore alle ore 24 della data di decorrenza indicata in Polizza purché il contratto sia già concluso e sia stata versata la prima rata di premio. Nel caso in cui la conclusione del contratto e/o il versamento della prima rata di premio siano avvenuti successivamente alla decorrenza, l'assicurazione entra in vigore alle ore 24 del giorno del versamento o del giorno, se successivo, di conclusione del contratto.

Il contratto cessa alla data di scadenza e negli altri casi indicati nelle Condizioni di Assicurazione.



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

Fino a quando il contratto non è concluso, il proponente può revocare la Proposta già sottoscritta.

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso.

La sospensione del pagamento dei premi determina l'automatica sospensione delle garanzie e, se queste non vengono riattivate, le stesse si risolvono di diritto.

Si rinvia al DIP Aggiuntivo Vita per gli aspetti di dettaglio.



### Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Il contratto non prevede riscatto o riduzione.

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

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

Compagnia: UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: UNIPOLSAI VITA FORMULA BASE (Tariffa U20009)

Il presente DIP è stato realizzato in data 24/10/2022 ed è l'ultimo aggiornamento pubblicato disponibile



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

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

**UnipolSai Assicurazioni S.p.A.**, in breve UnipolSai S.p.A. (di seguito "Società"), Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046, Sede Legale Via Stalingrado, 45; CAP 40128; Bologna (Italia); tel. +39 051.5077111; fax 051.7096584, siti internet: [www.unipolsai.com](http://www.unipolsai.com) - [www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it); e-mail: [assistenzaavita@unipolsai.it](mailto:assistenzaavita@unipolsai.it); PEC: [unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it](mailto:unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it). La Società è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984; numero di Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione presso l'IVASS: Sez. I n. 1.00006.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2021, il patrimonio netto della Società è pari ad € 6.561,9 milioni con capitale sociale pari ad € 2.031,46 milioni e totale delle riserve patrimoniali, pari ad € 3.882,6 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria della Società (SFCR), disponibile sul sito [www.unipolsai.com](http://www.unipolsai.com), ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2021, è pari ad € 2.982,8 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 1.342,3 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 9.720,1 milioni e ad € 9.442,7 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2021, pari a 3,26 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati sulla base del Modello Interno Parziale, al cui utilizzo la Società è stata autorizzata dall'IVASS in data 7 febbraio 2017, a decorrere dal 31 dicembre 2016.

Al presente contratto si applica la legge italiana.



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

L'assicurazione qui descritta è assicurazione temporanea in caso di morte a capitale decrescente ed a premio annuo costante limitato, a condizioni tariffarie differenziate in base all'abitudine al fumo dell'Assicurato. Il Contraente beneficerà dell'applicazione di condizioni tariffarie migliori qualora l'Assicurato sia in grado di dichiarare di essere Non Fumatore secondo quanto stabilito all'Art. 3 delle Condizioni di Assicurazione.

L'assicurazione prevede la seguente prestazione:

### Prestazione principale

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 riportato nel DIP VITA, è escluso dalla Prestazione principale il decesso causato direttamente o indirettamente da:

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

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



## Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

### Denuncia di sinistro

Ad integrazione di quando riportato nel DIP Vita, la richiesta di liquidazione, deve essere fornita alla Società tramite il competente intermediario incaricato oppure inviata mediante raccomandata direttamente a:

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Direzione Vita  
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.

### Cosa fare in caso di evento?

#### 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, 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.

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.

### Dichiarazioni inesatte o reticenti

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. 10 delle Condizioni di Assicurazione.



## Quando e come devo pagare?

Il presente contratto prevede il pagamento di un premio annuo anticipato, di importo costante, per una durata (inferiore alla durata contrattuale) stabilita dalla tabella seguente e comunque non oltre la morte dell'Assicurato:

### Premio

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

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

con una delle seguenti modalità:

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

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

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

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

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

## Rimborso

È previsto il rimborso del premio in caso di revoca della Proposta e in caso di recesso dal contratto, in questo ultimo caso, diminuito delle eventuali imposte, della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e dei costi di emissione. Per maggiori informazioni vedi la rubrica "Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?"

È previsto il rimborso del premio in caso di decesso intervenuto durante il periodo di carenza oppure dovuto direttamente o indirettamente ad una delle cause escluse indicate nella rubrica "Ci sono limiti di copertura?" del presente documento, a cui si rimanda per maggiori informazioni.

## Sconti

Il contratto non prevede l'applicazione di sconti di premio.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

### Durata

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

### Sospensione

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza, comporta l'automatica sospensione delle garanzie e, se queste non vengono riattivate, il contratto si risolve ed i premi già pagati restano acquisiti dalla Società.

Le garanzie sospese a seguito del mancato pagamento dei premi possono essere riattivate entro 180 giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata.

Trascorsi 180 giorni ed entro un anno dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, la riattivazione può essere effettuata dietro richiesta ed accettazione scritta da parte, rispettivamente, del Contraente e della Società.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 17 delle Condizioni di Assicurazione.



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

### Revoca

Prima della conclusione del contratto, il proponente può revocare la Proposta già sottoscritta, dandone comunicazione mediante raccomandata A. R. inviata direttamente alla Società:

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

contenente gli elementi identificativi della Proposta sottoscritta.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca, la Società provvede al rimborso dell'intero ammontare del premio eventualmente già versato.

### Recesso

Il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dal momento in cui il contratto è concluso dandone comunicazione mediante raccomandata A. R. inviata direttamente alla Società, all'indirizzo sopra riportato, contenente gli elementi identificativi del contratto.

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

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio eventualmente corrisposto, al netto di eventuali imposte, della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e dei costi di emissione indicati nella Proposta e riportati nella rubrica "Quali costi devo sostenere?".

### Risoluzione

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio comporta la risoluzione del contratto, come previsto alla rubrica "Quando comincia la copertura e quando finisce?".





**Sono previsti riscatti o riduzioni?**  SI  NO

**Valori di riscatto e riduzione**

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

**Richiesta di informazioni**

-



**A chi è rivolto questo prodotto?**

L'assicurazione è destinata ad Assicurati che, alla decorrenza del contratto, abbiano età assicurativa compresa tra 18 e 73 anni. Il prodotto si rivolge sia a persone fisiche che a soggetti giuridici diversi dalle persone fisiche che hanno come esigenza principale la protezione contro il rischio di decesso dell'Assicurato mediante la corresponsione ai Beneficiari designati di un capitale assicurato che decresce nel corso della durata contrattuale.

La presente assicurazione è rivolta a coloro che intendono assicurarsi per capitali inferiori a € 400.000,00.



**Quali costi devo sostenere?**

#### TABELLA DEI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO

Costi di emissione da corrispondere in aggiunta alla prima rata di premio:	€ 20,00
Costi fissi prelevati da ciascun premio annuo:	€ 27,00
Costi in percentuale (a titolo di acquisizione, gestione e incasso) prelevati da ciascun premio annuo al netto dei costi fissi:	17,00%
Costi di emissione trattenuti, in luogo dei precedenti costi, in caso di recesso	€ 20,00

#### COSTI DI INTERMEDIAZIONE

Quota-parte percepita in media dagli intermediari con riferimento ai costi posti a carico del Contraente: 36,26%.

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

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

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

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Direzione Vita  
Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna  
Fax: 02.51815353 e-mail: [reclami@unipolsai.it](mailto:reclami@unipolsai.it)

oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito [www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.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.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it) e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto.

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

**All'IVASS**

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

Info su: [www.ivass.it](http://www.ivass.it).

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:**

<b>Mediazione</b>	Interpellando, tramite un avvocato di fiducia, un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
<b>Negoziazione assistita</b>	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).
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet <a href="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">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</a> 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**

<b>Trattamento fiscale applicabile al contratto</b>	<p><b>Trattamento fiscale dei premi</b></p> <p>I premi assicurativi vita non sono soggetti ad alcuna imposta ad eccezione dell'eventuale componente di premio destinata a copertura di garanzie complementari soggetta all'imposta sulle assicurazioni del 2,5%. I premi versati a copertura del caso morte, danno diritto alla detrazione d'imposta ai fini IRPEF alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge [art. 15 del D.P.R. 917/86].</p> <p><b>Trattamento fiscale delle somme corrisposte</b></p> <p>I capitali percepiti in caso di morte in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita, a copertura del rischio demografico, sono esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche.</p> <p>Le somme percepite in caso di morte dell'Assicurato sono esenti dall'imposta sulle successioni.</p> <p>Le somme percepite nell'esercizio di attività commerciali concorrono alla formazione del reddito di impresa e non sono soggette ad imposta sostitutiva.</p> <p>Le eventuali imposte relative al contratto sono a carico del Contraente o degli aventi diritto.</p>
---	---

**L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERE, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.**

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

**PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE SARA' POSSIBILE CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.**





## UNIPOLSAI VITA FORMULA BASE

Assicurazione temporanea caso morte  
a capitale decrescente e premio annuo costante limitato  
(Tariffa U20009)

### CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE comprensive di Glossario

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

Data ultimo aggiornamento: 24/10/2022

## Presentazione

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

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

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

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

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

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

# INDICE

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

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

Il contratto è un'assicurazione temporanea in caso di morte a capitale decrescente e a premio annuo costante e limitato, a tariffa differenziata in base all'abitudine al fumo (tariffa U20009).

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

**ART. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATE**

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

**ESEMPIO – Prestazione assicurata**

Ipotesi	
(A) Capitale assicurato iniziale	€ 200.000,00
(B) Durata contrattuale	20 anni
Data di decorrenza	01/10/2023
Data di decesso Assicurato	05/05/2027
(C) Numero di periodi di decrescenza su base annua	2 (decrescenza semestrale)
(D) Numero di periodi contenuti nella durata contrattuale: B x C	20 x 2 = 40 periodi
Calcolo	
(E) Importo costante di decrescenza del capitale assicurato: A / D	€ 200.000,00 : 40 = € 5.000,00
(F) Numero di periodi interamente trascorsi tra la data di decorrenza e la data di decesso dell'Assicurato	7 periodi
<b>Capitale assicurato al decesso dell'Assicurato: A - (F x E)</b>	<b>€ 200.000,00 - (7 x € 5.000,00) = € 200.000,00 - € 35.000,00 = € 165.000,00</b>

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

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

L'ammontare del capitale assicurato iniziale e lo stato tabagico dell'Assicurato sono indicati in Polizza.

**ART. 3 - DEFINIZIONE DI NON FUMATORE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Se l'Assicurato, dichiaratosi fumatore, passa allo stato di Non Fumatore, il medesimo ed il Contraente possono darne **comunicazione scritta** all'Intermediario cui è assegnato il contratto oppure **mediante lettera raccomandata** inviata direttamente alla Società.

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

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

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

#### **ART. 7 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO PER CAMBIAMENTO DI PROFESSIONE O DI ATTIVITÀ DELL'ASSICURATO**

L'Assicurato e il Contraente sono tenuti a comunicare tempestivamente alla Società ogni cambiamento di professione o di attività dell'Assicurato stesso che possa comportare un aggravamento del rischio, mediante **comunicazione scritta** all'Intermediario cui è assegnato il contratto oppure **mediante lettera raccomandata** inviata direttamente alla Società.

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

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

### **CI SONO LIMITI DI COPERTURA?**

#### **ART. 8 - ESCLUSIONI**

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

- a. dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- b. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c. partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, insurrezione, sommossa, tumulto popolare, missioni di pace o qualsiasi operazione militare;
- d. 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;
- e. suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione accordata dalla Società.

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

#### **ART. 9 - LIMITAZIONI**

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

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

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

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

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

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

c. Infortunio, intendendo per Infortunio (fermo quanto disposto all'Art. 8) un trauma prodotto all'organismo da causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili.

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

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

**Ipotesi**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**ART. 11 - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ**

Tutti i pagamenti della Società in esecuzione del contratto vengono effettuati **presso il domicilio della stessa o quello del**



**competente Intermediario incaricato**, contro rilascio di regolare quietanza da parte degli aventi diritto, oppure **mediante accredito sul conto corrente bancario dell'avente diritto**.

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

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

Qualora l'esame della suddetta documentazione evidenzia situazioni particolari o dubbie tali da non consentire la verifica dell'obbligo di pagamento o l'individuazione degli aventi diritto o l'adempimento agli obblighi di natura fiscale oppure derivanti dalla normativa, la Società richiederà tempestivamente l'ulteriore documentazione necessaria in relazione alle particolari esigenze istruttorie.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la somma corrispondente viene messa a disposizione degli aventi diritto entro 30 giorni dalla data in cui è sorto l'obbligo stesso, purché a tale data, come definita nelle presenti Condizioni di Assicurazione in relazione all'evento che causa il pagamento, la Società abbia ricevuto tutta la documentazione necessaria. In caso contrario, la somma viene messa a disposizione entro 30 giorni dal ricevimento da parte della Società della suddetta documentazione completa.

Decorso il termine di 30 giorni previsto per i pagamenti della Società - compreso il pagamento dell'importo da rimborsare in caso di recesso - ed a partire dal suddetto termine di 30 giorni, sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto.

Gli interessi moratori sono calcolati secondo i criteri della capitalizzazione semplice, al tasso annuo pari al saggio legale tempo per tempo in vigore, anche agli eventuali fini ed effetti di cui all'Art. 1224, 2° co., del Codice Civile.

## QUANDO E COME DEVO PAGARE?

### ART. 12 - PREMIO

#### 12.1 - Premio e modalità di pagamento

Il presente contratto prevede il **pagamento di un premio annuo anticipato di importo costante**, il cui ammontare **non può essere inferiore a € 50,00**.

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

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

Tabella A

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

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

Il Contraente ha la facoltà di cambiare il frazionamento del premio all'anniversario della data di decorrenza del contratto.

Tale scelta deve essere comunicata con un **preavviso di novanta giorni** qualora il pagamento del premio venga effettuato tramite Addebito diretto SDD (Sepa Direct Debit).

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

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

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

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

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

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

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

## 12.2 - Costi sul premio

In aggiunta alla prima rata di premio è dovuto l'importo di € 20,00 per **costi di emissione del contratto**.

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

- **costi fissi:** € 27,00;
- **costi in percentuale:** 17,00% del premio al netto dei costi fissi;
- **costi di frazionamento:** in base al frazionamento prescelto sono applicati sulla base della Tabella B e calcolati sul premio annuo:

**Tabella B**

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

### ESEMPIO - Costi di frazionamento

(A) Premio annuo	€ 250,00
Frazionamento prescelto	bimestrale
(B) Numero rate di premio su base annua	6
(C) Aliquota costi di frazionamento bimestrale	2,00%
(D) Costi di frazionamento: A x C	€ 250,00 x 2,00% = € 5,00
<b>Rata di premio bimestrale successiva alla prima rata di premio: (A + D) / B</b>	<b>(€ 250,00 + € 5,00)/6 = € 42,50</b>
Prima rata di premio maggiorata dei costi di emissione	€ 42,50 + € 20,00 = € 62,50

### QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

#### ART. 13 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Il contratto è concluso nel giorno in cui:

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

#### ART. 14 - ENTRATA IN VIGORE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione entra in vigore alle ore 24 della data di decorrenza indicata in Polizza, **a condizione che a tale data il contratto sia stato concluso e sia stata versata la prima rata di premio**. Nel caso in cui la conclusione del contratto e/o il versamento della prima rata di premio siano avvenuti successivamente alla data di decorrenza, l'assicurazione entra in vigore alle ore 24 del giorno del versamento o del giorno, se successivo, di conclusione del contratto.

**In ogni caso sono fatti salvi i periodi di carenza delle garanzie esplicitamente previsti.**

**ESEMPIO – Data di entrata in vigore dell'assicurazione**

	Esempio 1	Esempio 2	Esempio 3	Esempio 4
Data di decorrenza	05/06/2023	10/06/2023	05/06/2023	01/06/2023
Data di conclusione del contratto	05/06/2023	05/06/2023	05/06/2023	07/06/2023
Data di versamento del premio	05/06/2023	05/06/2023	09/06/2023	05/06/2023
Entrata in vigore dell'assicurazione	05/06/2023	10/06/2023	09/06/2023	07/06/2023

**ART. 15 - DURATA DEL CONTRATTO**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO?**
**ART. 18 - DIRITTO DI RECESSO**

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

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

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

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

Non sono previsti valori di riscatto e riduzione.

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

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

La designazione dei Beneficiari può essere fatta dal Contraente al momento della sottoscrizione del contratto con apposita

clausola, inserita in Polizza, o con successiva dichiarazione scritta comunicata alla Società o per testamento ed è revocabile o modificabile nelle stesse forme, precisando i Beneficiari ed il contratto per i quali viene effettuata la revoca o la modifica. In caso di disposizione testamentaria la designazione o variazione dei Beneficiari del contratto potrà essere altresì effettuata mediante attribuzione ai medesimi delle prestazioni contrattuali.

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

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

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

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

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

Il Beneficiario 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.

#### **ART. 22 - NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRAIBILITÀ**

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

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

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

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

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

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

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

#### **ART. 25 - IMPOSTE E TASSE**

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

#### **ART. 26 - FORO COMPETENTE**

Per le controversie relative al presente contratto, è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o domicilio del Contraente, del Beneficiario ovvero degli aventi diritto.

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

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

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

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

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

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

**ALLEGATO B – GLOSSARIO**

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

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

**Assicurazione (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.

**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.

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

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

**Durata del piano di pagamento dei premi:** Periodo che intercorre tra la data di decorrenza del contratto e la scadenza pattuita per il piano di versamento dei premi.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

Proposta n. \_\_\_\_\_ Tariffa \_\_\_\_\_

**Agenzia**

Agenzia \_\_\_\_\_ Cod. Agenzia \_\_\_\_\_ Cod. Subagenzia \_\_\_\_\_ Cod. Produttore \_\_\_\_\_

**Contraente persona giuridica**

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

**Contraente persona fisica**

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

**Legale Rappresentante**

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

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

### Assicurando (se diverso dal Contraente)

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

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

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

### Beneficiari

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

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

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

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

- Altra Designazione del Beneficiario

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

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

Designazione nominativa del Beneficiario

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

Altra Designazione del Beneficiario

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

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

**Tipologia del contratto**

*I successivi importi si intendono espressi in Euro.*

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

<input type="checkbox"/> Potenziamento <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> Garanzia complementare "Morte da Infortunio"
<input type="checkbox"/> Garanzia accessoria "Garanzia di Famiglia" (G.F.)	<input type="checkbox"/> Garanzia complementare "Morte da Infortunio da incidente stradale"
<input type="checkbox"/> Garanzia accessoria "Garanzia Malattia Grave" (M.G.) <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75%	

**Premio - 1ª rata da versare**

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

**- rate successive - a partire dal**

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

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

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

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

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

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

**Convenzione / Classe**

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

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

### Avvertenze

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

### Questionario Abitudini di vita

#### L'Assicurando

**1. svolge la seguente professione:**

\_\_\_\_\_

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

Accesso a impalcature/ponteggi/tralicci <= 15m  Contatto con materiali esplosivi

Accesso a impalcature/ponteggi/tralicci anche > 15m  Lavori con macchinari pericolosi

Accesso a impalcature/tetti/ponteggi  Svolge mansioni solo ed esclusivamente in ufficio

Altro \_\_\_\_\_

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

No  Sì Quali? \_\_\_\_\_

Precisazioni \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

No  Sì Quali? \_\_\_\_\_

Precisazioni \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

No  Sì Quali? \_\_\_\_\_

Precisazioni \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

ha mai fumato negli ultimi 24 mesi? (in caso di risposta affermativa indicare quale)  No  Sì

Cosa?	Da quando?	Quantitativo giornaliero
_____	_____	_____

\_\_\_\_\_

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

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

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

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

### Avvertenze

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

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

- Visita medica  Questionario sanitario

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

## Questionario Sanitario

### L'Assicurando

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

*(in caso di risposta affermativa indicare quale)*

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

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

a) Malattie dell'apparato respiratorio  No  Si

*(in caso di risposta affermativa indicare quale)*

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

b) Malattie dell'apparato cardiocircolatorio  No  Si

*(in caso di risposta affermativa indicare quale)*

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



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

**c) Malattie neurologiche e psichiatriche**

No  Si

*(in caso di risposta affermativa indicare quale)*

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

**d) Malattie endocrine e metaboliche**

No  Si

*(in caso di risposta affermativa indicare quale)*

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

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

No  Si

*(in caso di risposta affermativa indicare quale)*

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

**f) Malattie dell'apparato digerente**

No  Si

*(in caso di risposta affermativa indicare quale)*

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

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

**g) Tumori**

No  Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

Tumori maligni	<input type="checkbox"/> Trattamenti chirurgici	<input type="checkbox"/>
Trattamenti chemioterapici	<input type="checkbox"/> Trattamenti radianti	<input type="checkbox"/>
Altro		

**h) Altro**

No  Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

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

**3) Fa uso di alcolici?**

No  Si

(in caso di risposta affermativa indicare i consumi)

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

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

No  Si

(in caso di risposta affermativa indicare)

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

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

No  Si

(in caso di risposta affermativa indicare motivazione sanitaria)

\_\_\_\_\_

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

No  Si

(in caso di risposta affermativa indicare i postumi)

\_\_\_\_\_

**7) Misure somatiche**

Peso	Altezza
_____	_____

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

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

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

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


**Revoca della Proposta e diritto di recesso**

Il Contraente ha diritto di revocare la presente Proposta finché il contratto non sia concluso; ha inoltre diritto di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla conclusione dello stesso; quest'ultimo termine si estende a 60 giorni qualora il contratto di assicurazione sia connesso all'erogazione di un Mutuo o altro contratto di Finanziamento. Il diritto di revoca o di recesso deve essere esercitato per iscritto mediante raccomandata A.R. da inviare a UnipolSai Assicurazioni S.p.A. – Direzione Vita – Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna, contenente gli elementi identificativi, rispettivamente, della Proposta o del contratto. La Società rimborserà, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, il premio complessivo eventualmente versato al netto della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, dei costi di emissione trattenuti in caso di recesso e delle eventuali imposte.

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

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

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

Periodicità del Premio: \_\_\_\_\_.

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

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

Firma del Contraente  
(ovvero il Legale rappresentante)

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

Firma Secondo Assicurando  
(ovvero il Legale rappresentante)

**Dichiarazioni conclusive**

**Io sottoscritto:**

- **DICHIARO** ad ogni effetto di legge che le indicazioni fornite nella presente Proposta, nonché nel Questionario per la raccolta di informazioni del Cliente [n. \_\_\_\_ (\*\*)] e nei questionari (ove previsti), necessarie alla valutazione del rischio da parte della Società, sono veritiere, esatte e complete e che non ho taciuto, omessa od alterata alcuna circostanza in relazione alle domande riportate all'interno, assumendo ogni responsabilità delle risposte stesse, anche se scritte da altri.
- **PROSCIOLGO** dal segreto professionale e legale medici ed Enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, ed acconsento che tali informazioni siano dall'esecutore stesso o da chi per lui comunicate ad altre persone ed Enti per le necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

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

**Il Contraente dichiara:**

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

Firma del Contraente  
(ovvero il Legale rappresentante)

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

Firma Secondo Assicurando (se il prodotto lo prevede)  
(ovvero il Legale rappresentante)

(\*) solo in caso di designazione generica;  
(\*\*) solo per contratti con prestazioni rivalutabili;

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

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

Firma dell'Intermediario autorizzato

\_\_\_\_\_,  
(Luogo)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(data)

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

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

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

**PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI.** I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa, quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi ed elaborazione dei dati (esclusi quelli particolari) a fini tariffari e statistici, secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, informazioni commerciali e creditizie (relative alla Sua affidabilità e puntualità nei pagamenti).

In relazione alle finalità di cui al punto (i), il trattamento dei Suoi dati risulta dunque necessario sia per l'esecuzione delle attività precontrattuali da Lei richieste (tra cui il rilascio del preventivo e la quantificazione del premio), nonché per il perfezionamento ed esecuzione del contratto assicurativo<sup>3</sup>, sia per l'adempimento dei collegati obblighi legali e normativi previsti in ambito assicurativo, ivi incluse le disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza<sup>4</sup>. Il trattamento dei Suoi dati è inoltre necessario per il perseguimento, da parte della nostra Società, delle altre Società del nostro Gruppo e dei terzi destinatari nell'ambito della catena assicurativa (si veda nota 7), dei legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv). Potremo invece trattare eventuali Suoi dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso<sup>5</sup>.

Il conferimento dei Suoi dati per le predette finalità è quindi necessario per la stipula della polizza e per fornirLe i servizi richiesti, ed in alcuni casi risulta obbligatorio per contratto o per legge. Per cui, il mancato rilascio dei dati necessari e/o obbligatori per le suddette finalità, potrebbe impedire il perfezionamento del contratto o la fornitura delle prestazioni contrattuali da Lei richieste. Mentre il rilascio di taluni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti, indicato come facoltativi, può risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio, ma non incide sulle prestazioni richieste. La informiamo inoltre che alcuni dei dati personali da Lei forniti (nome, cognome, numero di polizza, indirizzo e-mail) saranno trattati dalla nostra Società al fine di identificarLa ed inviarLe le comunicazioni inerenti le modalità di accesso all'area personale a Lei riservata per la fruizione di alcuni servizi a Lei dedicati. I medesimi dati potranno essere utilizzati, in caso di attività di assistenza tecnica, per la gestione delle problematiche relative all'accesso o alla consultazione della suddetta area. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.

I Suoi indirizzi (di residenza e di posta elettronica) potranno essere eventualmente utilizzati anche per inviarLe, via posta cartacea o elettronica, comunicazioni commerciali e promozionali relative a nostri prodotti e servizi assicurativi, analoghi a quelli da Lei acquistati, salvo che Lei non si opponga, subito o anche successivamente, alla ricezione di tali comunicazioni (si vedano le indicazioni riportate in **Quali sono i Suoi diritti**).

**A CHI COMUNICHIAMO I SUOI DATI.** I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere conosciuti solo dal personale autorizzato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa. Tali soggetti operano quali responsabili del trattamento per nostro conto<sup>6</sup>.

I Suoi dati potranno essere comunicati ad altre società del Gruppo Unipol<sup>7</sup> a fini amministrativi interni e per il perseguimento di legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di cui ai predetti punti (ii), (iii) e (iv). Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i dati potranno essere comunicati anche a società assicurative, non appartenenti al Gruppo, ove indispensabili per il perseguimento da parte della nostra Società e/o di queste ultime società di legittimi interessi correlati a tali esigenze o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale. I Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa<sup>8</sup> (si veda anche nota 4).

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

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

### Note

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



**UnipolSai Assicurazioni S.p.A.**

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