



UNIPOL RISPARMIO PROTETTO

Assicurazione mista potenziata in caso di premorienza, con rivalutazione annua del capitale con bonus finale a premio annuo costante con Esonero del pagamento dei premi in caso di Invaldità (Tariffa U30019)

SET INFORMATIVO U30019-01/2025.1 composto da:

- KID (Documento contenente le Informazioni Chiave)

D30019-01/2025.1

- DIP AGGIUNTIVO IBIP (Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i 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. U30019 ed. 01/2025

Scopo

Il presente documento fornisce le informazioni chiave relative a questo prodotto d'investimento. Non si tratta di un documento promozionale. Le informazioni, prescritte per legge, hanno lo scopo di aiutarvi a capire le caratteristiche, i rischi, i costi e i guadagni e le perdite potenziali di questo prodotto e di aiutarvi a fare un raffronto con altri prodotti d'investimento.

Prodotto

UNIPOL RISPARMIO PROTETTO (Tariffa U30019), ideato da Unipol Assicurazioni S.p.A. (di seguito "Società") facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol.

Sito internet: www.unipol.it.

Per ulteriori informazioni chiamare il numero: 800.551.144.

CONSOB è responsabile della vigilanza della Società in relazione al presente documento contenente le informazioni chiave.

Data di realizzazione del documento: 02/01/2025 (ultimo aggiornamento).

Cos'è questo prodotto?

Tipo. Assicurazione mista potenziata in caso di premorienza, con rivalutazione annua del capitale con Bonus finale a premio annuo costante con Esonero del pagamento dei premi in caso di Invalidità.

Termine. La scadenza del contratto è fissata dal Contraente. La durata del contratto può variare da un minimo di 10 anni ad un massimo di 25 anni, rispettando comunque i vincoli sull'età assicurativa massima dell'Assicurato a scadenza, indicati nei documenti d'offerta. La Società non può estinguere unilateralmente il contratto che si risolve automaticamente alla scadenza o, prima di questa, nel caso di premorienza dell'Assicurato, fermo il pagamento di tre annualità di premio.

Obiettivi. L'obiettivo, realizzabile tramite un piano di versamenti annui, è la rivalutazione del capitale assicurato iniziale - già comprensivo di un rendimento minimo garantito dello 0,00% annuo composto (tasso tecnico) - in funzione del rendimento della Gestione separata Valore Unipol. La Gestione separata, denominata in Euro, è una speciale forma di gestione degli investimenti - separata da quella delle altre attività della Società e disciplinata da un apposito Regolamento - che privilegia la stabilità dei risultati rispetto alla massimizzazione della redditività corrente, investendo principalmente in titoli del comparto obbligazionario denominati in Euro, di emittenti sia pubblici sia privati. Il rendimento è calcolato con riferimento al valore di iscrizione degli attivi nella Gestione separata e non risente delle oscillazioni di prezzo della attività finanziarie che vengono contabilizzate solo al momento dell'eventuale realizzo. La misura di rivalutazione annua non può essere negativa ed è pari al rendimento realizzato dalla Gestione separata, al netto della commissione trattenuta dalla Società e scontato del tasso tecnico.

Investitori al dettaglio cui si intende commercializzare il prodotto. Il prodotto si rivolge sia a persone fisiche che a soggetti giuridici diversi dalle persone fisiche con esperienza e conoscenza teorica dei mercati finanziari e dei prodotti assicurativi di investimento anche non elevata, con tolleranza al rischio bassa (o superiore), aventi un obiettivo di risparmio/investimento su un orizzonte temporale medio (o superiore).

Prestazioni assicurative e costi. Il prodotto prevede le seguenti prestazioni principali:

- in caso di vita dell'Assicurato alla scadenza contrattuale, pagamento ai Beneficiari designati del capitale vita assicurato rivalutato, maggiorato del 15% (Bonus) a condizione che siano stati pagati tutti i premi pattuiti;
- in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza, pagamento del capitale morte assicurato che il Contraente può scegliere di maggiorare di una percentuale di Potenziamento del 50% o del 100%;
- in caso di Invalidità dell'Assicurato prima della scadenza, Esonero dal pagamento dei premi successivi alla data di denuncia dell'Invalidità, mantenendo la garanzia delle prestazioni principali previste dal contratto.

Il valore di tali prestazioni è riportato nella sezione "Quali sono i rischi e qual è il potenziale rendimento?".

A scadenza, il capitale dovuto in caso di vita può essere differito per un periodo di cinque anni, eventualmente rinnovabile previo accordo con la Società.

È inoltre possibile abbinare alla Garanzia principale ulteriori Garanzie accessorie o complementari. I valori riportati nel presente Documento sono calcolati nell'ipotesi che non vi siano né il Potenziamento della prestazione in caso di decesso né l'abbinamento di Garanzie accessorie o complementari. Ipotizzando di versare, per un Assicurato di 45 anni di età assicurativa alla decorrenza, un premio annuo di € 1.000,00 per il periodo di detenzione raccomandato (pari alla durata del contratto ipotizzata in 10 anni), il premio assicurativo è mediamente pari a € 21,48 all'anno (2,15% del premio annuo). In questa ipotesi il rendimento alla fine del periodo di detenzione raccomandato è ridotto di circa 0,20 punti percentuali per l'incidenza dei costi inclusi nel premio assicurativo. Il premio assicurativo non concorre alla formazione del capitale assicurato alla scadenza in quanto destinato a coprire il rischio demografico. L'importo mediamente investito in ciascun anno è pari a € 899,10 per € 1.000,00 di premio annuo.

Quali sono i rischi e qual è il potenziale rendimento?

Indicatore di Rischio



L'indicatore di rischio presuppone che il prodotto sia mantenuto per il periodo di detenzione raccomandato pari a 10 anni. Non è possibile disinvestire prima che siano trascorsi 3 anni dalla decorrenza.

L'indicatore sintetico di rischio è un'indicazione orientativa del livello di rischio di questo prodotto rispetto ad altri prodotti. Esso esprime la probabilità che il prodotto subisca perdite monetarie a causa di movimenti sul mercato o a causa dell'incapacità della Società di pagare quanto dovuto.

Abbiamo classificato questo prodotto al livello 2 su 7, che corrisponde alla classe di rischio "bassa".

Ciò significa che le perdite potenziali dovute alla performance futura del prodotto sono classificate nel livello "basso" e che è "molto improbabile" che le cattive condizioni di mercato influenzino la capacità della Società di pagarvi quanto dovuto.

Alla scadenza del contratto si ha diritto al pagamento del 100% del capitale vita assicurato iniziale, maggiorato del bonus a condizione che siano

stati pagati tutti i premi pattuiti. In caso di decesso si ha diritto al pagamento del 100% del capitale morte assicurato iniziale. Qualsiasi importo superiore a quello indicato e qualsiasi rendimento aggiuntivo dipendono dalla performance futura del mercato e sono incerti. Se la Società non è in grado di pagare quanto dovuto, potreste perdere il vostro intero investimento.

Scenari di Performance

Il possibile rimborso dipenderà dall'andamento futuro dei mercati, che è incerto e non può essere previsto con esattezza. Gli scenari riportati sono illustrazioni basate sui risultati passati e su alcune ipotesi.

Nel futuro i mercati potrebbero avere un andamento molto diverso.

Periodo di detenzione raccomandato: 10 anni. Esempio di investimento: € 1.000 all'anno. Premio assicurativo € 21,00		In caso di disinvestimento dopo 1 anno	In caso di disinvestimento dopo 5 anni	In caso di disinvestimento dopo 10 anni
Scenari di sopravvivenza				
Minimo	Esiste un rendimento minimo garantito in caso di disinvestimento. E' possibile disinvestire dopo 3 anni. Potreste perdere parte del vostro investimento.	-	€ 3.623	€ 9.205
Stress	Possibile rimborso al netto dei costi Rendimento medio per ciascun anno	-	€ 3.813 -8,90%	€ 9.885 -0,21%
Sfavorevole	Possibile rimborso al netto dei costi Rendimento medio per ciascun anno	-	€ 3.823 -8,82%	€ 9.964 -0,06%
Moderato	Possibile rimborso al netto dei costi Rendimento medio per ciascun anno	-	€ 3.854 -8,56%	€ 10.255 0,46%
Favorevole	Possibile rimborso al netto dei costi Rendimento medio per ciascun anno	-	€ 3.880 -8,34%	€ 10.510 0,90%
Importo investito nel tempo		€ 899	€ 4.496	€ 8.991
Scenario di morte				
Decesso dell'Assicurato	Possibile rimborso a favore dei vostri beneficiari al netto dei costi	€ 8.022	€ 8.250	€ 8.918
Premio assicurativo preso nel tempo		€ 21	€ 107	€ 215

Le cifre riportate comprendono tutti i costi del prodotto in quanto tale, ma possono non comprendere tutti i costi da voi pagati al consulente o al distributore. Le cifre non tengono conto della vostra situazione fiscale personale, che può incidere anch'essa sull'importo del rimborso.

Lo scenario di stress indica quale potrebbe essere l'importo rimborsato in circostanze di mercato estreme.

Lo scenario sfavorevole, lo scenario moderato e lo scenario favorevole presentano una diversa probabilità stimata di verificarsi. Per i tre scenari la probabilità che si verifichi un risultato peggiore di quello rappresentato è pari rispettivamente al 10%, al 50% e al 90%.

Le informazioni riguardanti le prestazioni minime garantite sono riportate nella sezione "Quali sono i rischi e qual è il potenziale rendimento?".

Cosa accade se la Società non è in grado di corrispondere quanto dovuto?

In caso di insolvenza della Società è possibile subire una perdita considerato che le prestazioni non sono garantite da soggetti terzi pubblici o privati. Il credito derivante dal contratto è comunque privilegiato rispetto a quelli vantati da altre tipologie di creditori.

Quali sono i costi?

La persona che fornisce consulenza sul prodotto o che lo vende potrebbe addebitare altri costi, nel qual caso fornirà informazioni su tali costi, illustrandone l'impatto sull'investimento.

Andamento dei costi nel tempo

Le tabelle mostrano gli importi prelevati dall'investimento per coprire diversi tipi di costi. Tali importi dipendono dall'entità dell'investimento, dalla durata della detenzione del prodotto e dall'andamento del prodotto. Gli importi sono qui riportati a fini illustrativi e si basano su un importo esemplificativo dell'investimento e su diversi possibili periodi di investimento.

Si è ipotizzato quanto segue:

- che il prodotto abbia la performance indicata nello scenario moderato;
- 1.000 EUR all'anno di investimento.

	In caso di disinvestimento dopo 1 anno	In caso di disinvestimento dopo 5 anni	In caso di disinvestimento dopo 10 anni
Costi totali	-	€ 1.082	€ 2.010
Incidenza annuale dei costi (*)	-	8,1% ogni anno	3,2% ogni anno

(*) Dimostra come i costi riducano ogni anno il rendimento nel corso del periodo di detenzione. Ad esempio, se l'uscita avviene alla fine del periodo di detenzione raccomandato, si prevede che il rendimento medio annuo sarà pari al 3,7% prima dei costi e al 0,5% al netto dei costi.

Una parte dei costi può essere condivisa con la persona che vende il prodotto per coprire i servizi che fornisce. L'importo verrà comunicato.

Composizione dei costi

Costi una tantum di ingresso o di uscita		Incidenza annuale dei costi in caso di uscita dopo 10 anni
Costi di ingresso	Non addebitiamo una commissione di ingresso. Sono compresi costi di distribuzione. La persona che vende il prodotto vi informerà del costo effettivo.	0,0%
Costi di uscita	I costi di uscita applicati in caso di riscatto prima della scadenza del contratto o in caso di recesso sono illustrati nella sezione "Per quanto devo detenerlo? Posso ritirare il capitale prematuramente?". Questi costi si applicano solo se viene esercitato il diritto di recesso o di riscatto da parte del Contraente. I costi di uscita sono indicati come 'N/A' nella colonna successiva in quanto non si applicano se il prodotto è conservato fino al periodo di detenzione raccomandato.	N/A
Costi correnti registrati ogni anno		
Commissioni di gestione e altri costi amministrativi o di esercizio	Costi fissi: € 1 da ogni rata di premio Costi in percentuale: 10,00% del premio annuo al netto dei costi fissi Costi di frazionamento (se applicabile): da 1% a 2% in base al frazionamento prescelto Commissione annua pari a 1,10 punti percentuali detratti dal tasso di rendimento della Gestione separata. Si tratta di una stima basata sui costi effettivi dell'ultimo anno.	3,2%
Costi di transazione	Percentuale del valore dell'investimento all'anno. Si tratta di una stima dei costi sostenuti per l'acquisto e la vendita degli investimenti sottostanti per il prodotto. L'importo effettivo varierà a seconda di quanto viene acquistato e venduto.	0,0%
Oneri accessori sostenuti in determinate condizioni		
Commissioni di performance	La commissione di performance è pari al 30% della differenza, se positiva, tra il tasso di rendimento della Gestione separata ed il 3%. L'importo effettivo varierà a seconda dell'andamento dell'investimento.	0,0%

Per quanto tempo devo detenerlo? Posso ritirare il capitale prematuramente?

Periodo di detenzione raccomandato: 10 anni

Periodo di detenzione minimo richiesto: 3 anni

Il periodo di detenzione raccomandato esprime un'indicazione sul periodo di tempo minimo entro cui i costi sostenuti per l'investimento potrebbero essere recuperati, tenuto anche conto del periodo in cui sono presenti penali in caso di eventuale uscita anticipata.

Il periodo di detenzione minimo richiesto è determinato considerando il termine oltre il quale è esercitabile il riscatto.

L'uscita anticipata ha un impatto negativo sulla performance del prodotto ma non ha impatti sulla protezione dalla performance futura del mercato.

Entro 30 giorni dalla conclusione del contratto, il Contraente può recedere dal contratto ed ha diritto al rimborso del premio eventualmente corrisposto, al netto di eventuali imposte, della parte di premio di rischio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e dei costi di emissione pari a € 50,00.

È possibile esercitare il diritto di riscatto dopo che siano trascorsi almeno tre anni dalla data di decorrenza del contratto e che siano state versate almeno tre annualità di premio. Se il Contraente interrompe il pagamento dei premi prima di aver versato tre annualità di premio, perde quanto già versato e il contratto si risolve. La penale applicata nel calcolo del valore di riscatto è funzione della durata residua rispetto alla durata del contratto e deriva dalla differenza fra il tasso di sconto complessivamente applicato (2,00% annuo composto) e il tasso tecnico (0,00% annuo composto).

L'impatto di tali costi è compreso nei valori della sezione "Quali sono i costi?".

Al verificarsi di determinati eventi, il riscatto può essere richiesto anche nei primi tre anni di assicurazione.

Come presentare reclami?

Eventuali reclami riguardanti il prodotto, la gestione del rapporto contrattuale, un servizio assicurativo o il comportamento della Società o dell'Agente (e relativi dipendenti e collaboratori) sono inoltrati alla Società tramite: (i) e-mail: reclami@unipol.it; (ii) fax: 02 51815353; (iii) posta: Unipol Assicurazioni S.p.A. - Customer Advocacy - Via della Unione Europea, 3/b - 20097 San Donato Milanese (MI); oppure (iv) modulo reclami disponibile sul sito www.unipol.it. I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela. È possibile anche inviare il reclamo direttamente all'Agente se riguarda il suo comportamento. 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.

Per ulteriori informazioni si rimanda alla sezione reclami del sito internet www.unipol.it.

Altre informazioni pertinenti

Il presente documento fornisce un'informazione di sintesi sulle caratteristiche, sulle garanzie, sui costi e sugli eventuali rischi del prodotto e deve essere letto congiuntamente al Set informativo, di cui è parte integrante, reso disponibile per obbligo giuridico e reperibile sul sito www.unipol.it.

Unipol Assicurazioni S.p.A.

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

Assicurazione mista potenziata in caso di premorienza, con rivalutazione annua del capitale con bonus finale a premio annuo costante con Esonero del pagamento dei premi in caso di Invalidità

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo
per i prodotti di investimento assicurativi (DIP aggiuntivo IBIP)



Compagnia: Unipol Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: UNIPOL RISPARMIO PROTETTO (Tariffa U30019)
Contratto rivalutabile (Ramo Assicurativo I)

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

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle presenti nel documento contenente le informazioni chiave per i prodotti di investimento assicurativi (KID), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

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

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

Al contratto si applica la legge italiana.



Quali sono le prestazioni?

L'assicurazione qui descritta è un'assicurazione sulla vita a premio annuo le cui prestazioni sono collegate al rendimento della Gestione separata "Valore Unipol" (di seguito "Gestione separata"), che costituisce l'unica attività finanziaria sottostante. Il regolamento della Gestione separata è disponibile sul sito www.unipol.it.

L'assicurazione prevede le seguenti prestazioni:

Prestazioni principali

- ✓ **Prestazioni in caso di vita:** La Società paga ai Beneficiari designati il capitale vita assicurato, aumentato di una percentuale (bonus finale) del 15%, alla scadenza contrattuale se l'Assicurato è in vita. Il capitale vita assicurato si accresce per effetto delle rivalutazioni annualmente riconosciute e consolidate, come descritto alla sezione "Quali sono i rischi e qual è il potenziale rendimento?".
- ✓ **Prestazioni in caso di decesso:** La Società paga ai Beneficiari designati il capitale morte assicurato, al momento del decesso dell'Assicurato se si verifica prima della scadenza contrattuale. Il capitale morte assicurato è pari al capitale vita assicurato come calcolato all'anniversario della data di decorrenza del contratto che precede o coincide con la data del decesso, eventualmente maggiorato della percentuale di Potenziamento del 50% o del 100%, scelta dal Contraente alla sottoscrizione del contratto.
- ✓ **Prestazioni in caso di Invalidità:** La Società esonera il Contraente dal pagamento delle rate di premio della Garanzia principale che scadono successivamente alla data di denuncia dell'Invalidità dell'Assicurato, purché questa sia riconosciuta dalla Società. A seguito dell'Esonero dal pagamento dei premi, la Garanzia principale viene considerata in regola con il pagamento delle rate di premio, via via che queste giungono a scadenza. L'Esonero dal pagamento dei premi non si applica ai premi relativi ad eventuali garanzie complementari ed accessorie.

Gli importi dei capitali assicurati dalla Garanzia principale possono essere aumentati nel corso della durata del contratto tramite un Adeguamento Volontario ("A.V.") del contratto, aderendo ad un'assicurazione A.V., proposta dalla Società e regolata dal contratto.

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

Garanzia complementare morte da Infortunio:

- ✓ **Capitale in caso di morte derivante da Infortunio (formula “duplice protezione”):** in caso di decesso dell’Assicurato, prima della scadenza, dovuto a Infortunio, la Società paga ai Beneficiari designati un ulteriore capitale, pari al capitale morte assicurato iniziale dalla Garanzia principale.
- ✓ **Capitale in caso di morte derivante da Infortunio con possibilità di raddoppio in caso di morte per incidente stradale (formula “triplice protezione”):** in caso di decesso dell’Assicurato, prima della scadenza, dovuto a Infortunio, la Società paga ai Beneficiari designati un ulteriore capitale, pari al capitale morte assicurato iniziale dalla Garanzia principale, che raddoppia qualora l’Infortunio sia conseguente ad incidente stradale.

Garanzia Accessoria: “Garanzia di Famiglia” (“G.F.”)

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

Il capitale assicurato mediante le suddette Garanzie complementari e accessorie è di ammontare costante e non è soggetto alle rivalutazioni eventualmente applicate alle prestazioni della Garanzia principale.

I rischi di morte e di Invalidità sono coperti, senza limiti territoriali, qualunque sia la causa, fatto salvo quanto indicato nella rubrica “Ci sono limiti di copertura?”.

Opzioni contrattuali

Differimento del pagamento del capitale: il Contraente può chiedere, almeno 90 giorni prima della scadenza del contratto, il differimento del capitale dovuto in caso di vita a scadenza per un periodo di cinque anni, eventualmente rinnovabile, previo accordo con la Società e alle condizioni stabilite mediante apposita appendice sottoscritta dalle parti. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all’Art. 5 delle Condizioni di Assicurazione.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

L’assicurazione non prevede le seguenti prestazioni:

- ✗ prestazioni direttamente collegate al valore di attivi contenuti in un Fondo interno detenuto dalla Società oppure al valore delle quote di uno o più OICR (unit-linked);
- ✗ prestazioni direttamente collegate ad un indice azionario o ad altro valore di riferimento (index-linked);
- ✗ prestazioni collegate ad operazioni di capitalizzazione;
- ✗ prestazioni in casi di malattia grave/perdita di autosufficienza/inabilità di lunga durata.



Ci sono limiti di copertura?

Esclusioni

Sono esclusi dalle Prestazioni principali il decesso e l’Invalidità causati direttamente o indirettamente da:

- ! dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- ! un evento (malattia o condizione patologica o Infortunio, intendendo per Infortunio un trauma prodotto all’organismo da causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili) preesistente e non dichiarato prima della conclusione del contratto o prima dell’eventuale riattivazione del contratto accordata dalla Società;
- ! partecipazione dell’Assicurato a delitti dolosi;
- ! partecipazione attiva dell’Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, insurrezione, sommossa, tumulto popolare, missioni di pace o qualsiasi operazione militare;
- ! atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, o di guerra civile, a cui l’Assicurato non ha preso parte attiva:
 - nel caso in cui tali situazioni fossero già esistenti al momento dell’arrivo dell’Assicurato nel territorio di accadimento oppure
 - nel caso in cui l’Assicurato si trovasse nel territorio di accadimento all’inizio delle ostilità ed il decesso avvenisse dopo 14 giorni dall’inizio delle stesse;
- ! eventi causati da: contaminazioni chimiche, armi nucleari, trasformazioni o assestamenti energetici dell’atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche ed esposizione a particelle ionizzanti;
- ! partecipazione a gare e corse di velocità, e relative prove e allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- ! guida di veicoli e natanti a motore per i quali l’Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, salvo il caso di guida con possesso di patente scaduta da non più di dodici mesi;
- ! incidente di volo, se l’Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo; in ogni caso è esclusa la morte causata da incidente di volo se l’Assicurato viaggia in qualità di membro dell’equipaggio;

- ! intossicazione provocata da assunzione di bevande alcoliche, dall'uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nel primo anno dell'eventuale riattivazione del contratto accordata dalla Società;
- ! atti contro la persona dell'Assicurato – compreso il rifiuto, comprovato da documentazione sanitaria, di sottoporsi a cure, terapie, interventi o altri trattamenti sanitari prescritti da medici - da lui volontariamente compiuti o consentiti, qualora il decesso o l'Invalidità siano avvenuti nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nel primo anno dall'eventuale riattivazione del contratto accordata dalla Società;
- ! trattamenti medici o chirurgici non resi necessari da Infortunio o malattia ovvero per i quali non esista prova di prescrizione o di consiglio di un medico.

In caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad una delle cause di cui sopra il contratto si risolve, comprese le eventuali Garanzie complementari e/o Garanzie accessorie abbinate, e la Società rimborsa al Contraente, ad eccezione del caso indicato alla lettera a) per il quale non è previsto alcun rimborso, un importo pari alla somma dei premi versati, ciascuno al netto della parte di premio di rischio, indicata in Polizza, ma comunque non inferiore al valore di riscatto eventualmente maturato dal contratto e non superiore al capitale in vigore per il caso di morte.

In caso di Invalidità dell'Assicurato dovuta ad una delle cause di cui sopra, il Contraente non ha diritto all'Esonero dal pagamento dei premi, ma può chiedere la corresponsione del valore di riscatto "speciale" risolvendo il contratto; per gli aspetti di dettaglio si rinvia alla rubrica "Sono previsti riscatti o riduzioni?".

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

Dalla Garanzia accessoria "Garanzia di Famiglia" sono esclusi tutti i casi di decesso del Secondo Assicurato causati direttamente o indirettamente dalle cause richiamate all'Art. 37 delle Condizioni di Assicurazione. In caso di decesso del Secondo Assicurato dovuto ad una di tali cause escluse, la prestazione della Garanzia accessoria non è dovuta; la garanzia stessa si risolve ed i relativi premi pagati restano acquisiti dalla Società a fronte del rischio corso.

Limitazioni

È previsto un periodo di carenza, nel quale la copertura della Garanzia principale non è piena, qualora l'Assicurato, con l'assenso della Società, si sia limitato a compilare un questionario sanitario senza sottoporsi a visita medica e/o agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società.

Il periodo di carenza varia a seconda del fatto che l'Assicurato (i) non si sia sottoposto a sola visita medica oppure (ii) pur essendosi sottoposto a visita medica non abbia effettuato il test HIV. In entrambi i casi, la garanzia per il caso di morte e quella di Esonero pagamento premi per Invalidità dovuti ad infezione – inclusa la sieropositività - da HIV o AIDS e patologie collegate sono soggette ad un periodo di carenza più lungo.

Durante il periodo di carenza:

- in caso di morte dell'Assicurato non direttamente conseguente alle cause indicate al par. 8.1 dell'Art. 8 delle Condizioni di Assicurazione, il contratto si risolve, comprese le eventuali Garanzie complementari e/o Garanzie accessorie abbinate, e la Società rimborsa al Contraente un importo pari alla somma dei premi versati, ciascuno al netto della parte di premio di rischio, indicata in Polizza, ma comunque non inferiore al valore di riscatto eventualmente maturato dal contratto e non superiore al capitale in vigore per il caso di morte;

- in caso di Invalidità dell'Assicurato, dovuta a una causa diversa dall'Infortunio, il Contraente non ha diritto all'Esonero dal pagamento dei premi, ma può chiedere il pagamento del valore di riscatto "speciale", risolvendo il contratto.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 8 delle Condizioni di Assicurazione.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Denuncia

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 le garanzie relative al decesso e all'Invalidità dovute ad infezione da H.I.V. (Aids e patologie collegate). Per Assicurandi con più di 60 anni di età assicurativa alla data di decorrenza o che avranno più di 70 anni di età assicurativa alla scadenza del contratto, è sempre obbligatoria la visita medica con eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società.

Cosa fare in caso di evento?

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

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, eccetto quella già prodotta e ancora in corso di validità.

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

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

specificando gli elementi identificativi del contratto.

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

Prescrizione

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

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

Erogazione della prestazione

I pagamenti sono effettuati entro 30 giorni dalla data in cui è sorto l'obbligo, purché a tale data - definita in relazione all'evento che causa il pagamento - sia stata ricevuta tutta la documentazione necessaria per verificare l'esistenza dell'obbligo di pagamento, individuare gli aventi diritto e adempiere gli obblighi fiscali e normativi; 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 del Contraente e dell'Assicurato devono 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 è 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.9 delle Condizioni di Assicurazione.



Quando e come devo pagare?

Il presente contratto prevede il pagamento di un premio annuo anticipato di importo costante per tutta la durata del contratto e comunque non oltre la morte dell'Assicurato, fermo restando l'Esonero dal pagamento dei premi previsto in caso di Invalidità dell'Assicurato.

Il premio annuo della Garanzia principale non può essere inferiore a € 1.000,00. Il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età assicurativa dell'Assicurato, nonché al suo stato di salute e alle sue abitudini di vita (professione, sport) che possono comportare l'applicazione di sovrappremi.

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

Il premio annuo può essere anche frazionato in rate semestrali, quadrimestrali, trimestrali, bimestrali o mensili, previa maggiorazione del suo importo; nella tabella seguente sono indicati gli importi minimi dell'eventuale rata di premio e la misura della relativa maggiorazione:

Premio

Frazionamento	Importo minimo di rata	Maggiorazione del premio annuo, se corrisposto con frazionamento:
Semestrale	€ 500,00	1,00%
Quadrimestrale	€ 400,00	1,25%
Trimestrale	€ 300,00	1,50%
Bimestrale	€ 200,00	1,75%
Mensile	€ 90,00	2,00%

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

con una delle seguenti modalità:

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

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

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

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

Limitatamente alla Prestazione principale descritta in rubrica "Quali sono le prestazioni?", è facoltà della Società offrire al Contraente l'opportunità di aderire ad un Adeguamento Volontario ("A.V."), aumentando l'importo della Prestazione principale e del premio annuo dovuto per la durata residua del contratto. L'Adeguamento Volontario avviene mediante l'adesione ad un'assicurazione A.V. nella stessa forma tariffaria dell'assicurazione principale.

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

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 di rischio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e dei costi di emissione. Per maggiori informazioni vedi la rubrica "Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?".

È previsto il rimborso del premio relativo alla Garanzia principale, al netto della parte di premio di rischio indicata in Polizza, 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

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 10 anni ad un massimo di 25 anni, con un'età assicurativa massima dell'Assicurato a scadenza di 75 anni, tenuto altresì conto che:

- la Garanzia complementare morte da Infortunio può essere richiesta se l'età assicurativa dell'Assicurato alla scadenza del contratto non supera i 65 anni;
- la Garanzia accessoria "Garanzia di Famiglia" può essere richiesta se l'età assicurativa dell'Assicurato e quella del Secondo Assicurato alla scadenza del contratto non supera i 65 anni e se la differenza di età tra Assicurato e Secondo Assicurato non supera i 25 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.

Sospensione

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla relativa data di scadenza, comporta le seguenti conseguenze:

- se il Contraente ha versato almeno tre annualità di premio, la garanzia del bonus finale e quella di Esonero dal pagamento dei premi restano sospese, e se non vengono riattivate, le stesse cessano definitivamente come pure si risolvono le eventuali Garanzie accessorie e complementari; le altre garanzie delle Prestazioni principali, diverse dal bonus finale e dall'Esonero dal pagamento dei premi, restano in vigore con capitali ridotti ma senza pagamento di ulteriori premi, salva la possibilità di

riattivazione.

- se, invece, il Contraente ha versato meno di tre annualità di premio, tutte le garanzie restano sospese e, se queste non vengono riattivate, il contratto si risolve ed i premi già pagati restano acquisiti dalla Società.

Si rinvia alla rubrica “Riscatto e riduzione” per le modalità di riattivazione.



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:

Unipol 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 di rischio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e dei costi di emissione indicati all'Art. 13 delle Condizioni di Assicurazione.

Risoluzione

Qualora il Contraente non abbia ancora versato le prime tre annualità di premio, il mancato pagamento anche di una sola rata di premio comporta, in assenza di riattivazione, la risoluzione del contratto ed i premi già pagati restano acquisiti dalla Società, come previsto alla rubrica “Quando comincia la copertura e quando finisce?”.



Sono previsti riscatti e riduzioni? SI NO

Valori di riscatto e riduzione

Purché siano trascorsi almeno tre anni dalla data di decorrenza del contratto e a condizione che siano state versate almeno tre annualità di premio, il Contraente può chiedere alla Società il pagamento del valore di riscatto.

Il valore di riscatto si ottiene scontando il capitale ridotto, più avanti definito, in vigore alla data di riscatto, per il periodo di tempo che intercorre tra la data del riscatto e quella della scadenza del contratto. Il tasso annuo di sconto è pari all'1,00%.

La data di riscatto è la data di ricevimento da parte della Società della relativa richiesta di riscatto o di riscatto “speciale” completa della documentazione necessaria (data di riscatto).

In situazioni particolari e nel rispetto di condizioni prestabilite nelle Condizioni di assicurazione, il riscatto può essere chiesto anche prima che siano stati versati i suddetti tre premi annui, ottenendo il valore di riscatto con un minimo garantito (valore di riscatto “speciale”).

Il riscatto o il riscatto “speciale”, determina la risoluzione del contratto con effetto dalla data del riscatto.

Non sono concessi riscatti parziali.

A condizione che siano state versate le prime tre annualità di premio, il Contraente può sospendere il pagamento dei premi relativi alla Garanzia principale, mantenendo il diritto alle prestazioni ridotte (capitale vita ridotto).

Il capitale vita ridotto si ottiene scontando il capitale vita assicurato iniziale - moltiplicato per il rapporto fra il numero, con eventuali frazioni, dei premi annui pagati ed il numero dei premi annui pattuiti - al tasso annuo dell'1,00% per il periodo che intercorre tra la data di scadenza della prima rata di premio non pagata e la scadenza del contratto, ed aggiungendo al valore così ottenuto la differenza fra il capitale vita assicurato - quale risulta rivalutato all'anniversario che precede la data di scadenza della prima rata di premio non pagata - ed il capitale vita assicurato iniziale.

A seguito della riduzione delle prestazioni decade anche il diritto al bonus finale e cessano la garanzia di Esonero dal pagamento dei premi e le eventuali Garanzie accessorie e complementari.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 20 delle Condizioni di Assicurazione.

Entro 180 giorni dalla riduzione o sospensione delle prestazioni 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 riduzione o sospensione delle prestazioni, 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 agli Artt. 18, 34 e 38.

I valori di riscatto e di riduzione possono essere inferiori ai premi versati.

Al fine di salvaguardare l'equilibrio e la stabilità della Gestione separata, nell'interesse della collettività dei Contraenti di contratti ad essa collegati, è previsto un limite complessivo osservato in un periodo di 30 giorni (Limite) relativamente a operazioni di riscatto riferibili a contratti collegati alla medesima Gestione separata in capo al medesimo Contraente, o a più Contraenti Collegati ad un medesimo soggetto anche attraverso rapporti partecipativi (Operazioni di riscatto). Il valore del Limite può modificarsi annualmente in funzione dell'ammontare complessivo delle Riserve matematiche dei contratti collegati alla Gestione separata. Alla data di liquidazione del valore di riscatto, in caso di superamento del Limite - anche per effetto del cumulo del valore di riscatto richiesto con Operazioni di riscatto effettuate nei 30 giorni precedenti - il valore di riscatto viene corrisposto in tranches di importo pari (o, nel caso dell'ultima tranche, inferiore) al Limite, ad intervalli di trenta giorni. La Società potrà liquidare in un'unica soluzione l'intero valore di riscatto qualora ciò non rechi grave pregiudizio alla collettività dei Contraenti di contratti collegati alla Gestione separata.

È possibile ottenere informazioni relative ai valori di riscatto e riduzione, inoltrando richiesta scritta a:

Richiesta di informazioni

Unipol Assicurazioni S.p.A. - Direzione Vita Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna
Fax 051.7096616 – e-mail: riscattivita@unipol.it - Tel. 800.551.144

Le informazioni sono reperibili anche presso l'Intermediario cui è assegnato il contratto.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto si rivolge sia a persone fisiche che a soggetti giuridici diversi dalle persone fisiche che hanno l'esigenza di realizzare un'operazione di risparmio, impegnandosi in un piano di accumulo con versamenti prestabiliti a scadenze fisse (annuali o subannuali), ottenendo anche un buon livello di copertura per il caso di Invalidità (grazie all'Esonero dal pagamento dei premi) e di decesso dell'Assicurato, anche in virtù della possibilità di scegliere una prestazione in caso di morte maggiorata rispetto a quella prevista per il caso di vita.

Le Prestazioni principali possono essere adeguate volontariamente su proposta della Società e/o integrate su richiesta del Contraente mediante l'abbinamento con eventuali Garanzie accessorie e/o complementari.

Per ulteriori informazioni sulla tipologia di Contraente a cui è destinato il prodotto si veda la sezione "Cos'è questo prodotto" del KID.



Quali costi devo sostenere?

Per l'informativa dettagliata sui costi si rinvia alla Sezione "Quali sono i costi?" del KID, descrittiva dell'impatto dei costi totali in termini di diminuzione del rendimento.

Ad integrazione delle informazioni contenute nel KID si riportano i seguenti costi a carico del Contraente.

TABELLA SUI COSTI PER RISCATTO

Riportiamo di seguito la tabella che fornisce la penale applicata nel calcolo del valore di riscatto in funzione della durata residua rispetto alla durata del contratto, calcolata con le modalità riportate nella rubrica "Sono previsti riscatti o riduzioni?".

Durata residua (anni interi)	Costi per riscatto	Durata residua (anni interi)	Costi per riscatto	Durata residua (anni interi)	Costi per riscatto
22	35,30%	14	24,20%	6	11,20%
21	34,00%	13	22,70%	5	9,40%
20	32,70%	12	21,20%	4	7,60%
19	31,40%	11	19,60%	3	5,80%
18	30,00%	10	18,00%	2	3,90%
17	28,60%	9	16,30%	1	2,00%
16	27,20%	8	14,70%		
15	25,70%	7	12,90%		

COSTI PER L'ESERCIZIO DELLE OPZIONI

Per l'esercizio delle opzioni contrattuali previste dal contratto - differimento del capitale - non è prevista l'applicazione di costi.

COSTI DI INTERMEDIAZIONE

Quota-parte percepita in media dagli intermediari con riferimento ai costi del contratto posti a carico del Contraente: 28,78%.

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


Quali sono i rischi e qual è il potenziale rendimento?

Ad ogni anniversario della decorrenza, compresa la scadenza contrattuale, il capitale vita assicurato quale risulta all'anniversario precedente, viene rivalutato, con il meccanismo descritto in maggior dettaglio nell'Art. 21 delle Condizioni di Assicurazione, in funzione della misura di rivalutazione.

La misura di rivalutazione coincide con il tasso di rendimento attribuito e non può, in ogni caso, essere inferiore a 0,00%.

Il tasso di rendimento attribuito è pari al tasso medio di rendimento realizzato dalla Gestione separata, al netto della commissione trattenuta dalla Società.

In caso di decesso dell'Assicurato, il capitale morte assicurato è pari al capitale vita come calcolato all'anniversario della data di decorrenza del contratto che precede o coincide con la data di decesso.

La progressiva maggiorazione delle prestazioni si consolida annualmente.

Informativa ai sensi degli art. 6 e 7 del Regolamento (UE) 2019/2088 e dell'art. 7 del Regolamento (UE) 2020/852

Nei criteri di selezione e gestione degli investimenti diretti sottostanti alla Gestione Separata sono integrati i fattori ESG (Environmental, Social, Governance, ossia ambientali, sociali e di governo societario), secondo quanto definito dalle "Linee Guida per le attività di investimento responsabile" di Unipol Gruppo, disponibili sul sito web.

Questa valutazione ex ante degli aspetti ESG consente un attento presidio dei rischi di sostenibilità relativamente a tali investimenti, prevedendo l'esclusione dall'universo investibile degli emittenti corporate e governativi che presentino rischi ESG non compatibili con gli obiettivi di gestione del rischio del Gruppo Unipol, secondo le modalità descritte dalle Linee Guida stesse.

Il presente prodotto non prende in considerazione i principali effetti negativi sui fattori di sostenibilità.

Gli investimenti sottostanti il presente prodotto non tengono conto dei criteri dell'UE per le attività economiche ecosostenibili.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'IVASS
e
alla CONSOB

Nel caso in cui il reclamo abbia esito insoddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni ovvero di 60 giorni se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori) è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it secondo le modalità indicate su www.ivass.it.

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

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

È possibile presentare reclamo alla CONSOB - Via G.B. Martini, 3 - 00198 Roma secondo le modalità indicate su www.consob.it per questioni attinenti: i) la trasparenza informativa del Documento contenente le Informazioni Chiave (KID), nel caso in cui il reclamo presentato alla Società abbia esito insoddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società; ii) il comportamento degli intermediari iscritti alla sezione D del Registro Unico Intermediari (Banche).

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

Mediazione	Interpellando, tramite un avvocato di fiducia, un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società, con le modalità indicate nel Decreto Legge 12 settembre 2014 n.132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n.162).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle	Procedura di arbitrato: arbitrato irrituale Le controversie di natura medica sul riconoscimento dell'Invalidità dell'Assicurato e sugli esiti del riesame di tale stato, possono essere demandate dalle parti per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno

controversie

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

Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/banking-and-finance/consumer-finance-and-payments/consumer-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.

Procedura dinanzi all'Arbitro per le Controversie Finanziarie (ACF): è possibile presentare ricorso all'ACF, istituito presso la CONSOB, per la risoluzione extragiudiziale delle controversie relative al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione D del Registro Unico Intermediari (Banche) in relazione alla violazione degli obblighi di diligenza, correttezza, informazione e trasparenza nell'esercizio delle attività di intermediazione.

REGIME FISCALE**Trattamento fiscale dei premi**

I premi assicurativi vita sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni ad eccezione dell'eventuale componente di premio destinata a copertura di garanzie complementari soggetta all'imposta sulle assicurazioni del 2,5%.

I premi versati a copertura del caso morte, danno diritto alla detrazione d'imposta ai fini IRPEF alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge [art. 15 del D.P.R. 917/86].

Trattamento fiscale delle somme corrisposte**Trattamento fiscale applicabile al contratto**

I capitali percepiti in caso di morte in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita, a copertura del rischio demografico, sono esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche.

Le somme percepite in caso di morte dell'Assicurato sono esenti dall'imposta sulle successioni.

Negli altri casi, le somme corrisposte sono soggette ad imposta sostitutiva delle imposte sui redditi ai sensi dell'Art. 26-ter del D.P.R. 600/73. L'imposta è applicata sul rendimento finanziario realizzato, pari alla differenza fra l'ammontare percepito e la somma dei relativi premi pagati riferiti alla sola prestazione caso vita.

Le somme percepite nell'esercizio di attività commerciali concorrono alla formazione del reddito di impresa e non sono soggette ad imposta sostitutiva.

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

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERE, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA DATA PREVISTA NELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE PER LA RIVALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.

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

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



UNIPOL RISPARMIO PROTETTO

Assicurazione mista potenziata in caso di premorienza, con rivalutazione annua del capitale con bonus finale a premio annuo costante con Esonero del pagamento dei premi in caso di Invalidità (Tariffa U30019)

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE comprensive di Glossario

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

Data ultimo aggiornamento: 02/01/2025

Presentazione

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

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

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

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

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

L'elenco degli intermediari incaricati è disponibile presso la Direzione della Società ed è riportato sul sito www.unipol.it

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

INDICE

GLOSSARIO	5
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA PRINCIPALE	7
QUALI SONO LE PRESTAZIONI?	7
ART. 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO	7
ART. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATE	7
ART. 3 - ESONERO DAL PAGAMENTO DEI PREMI IN CASO DI INVALIDITÀ	7
ART. 4 - ASSICURAZIONI A.V. (ADEGUAMENTO VOLONTARIO)	7
ART. 5 - DIFFERIMENTO DEL PAGAMENTO DEL CAPITALE DOVUTO IN CASO DI VITA ALLA SCADENZA	8
ART. 6 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO PER CAMBIAMENTO DI PROFESSIONE O DI ATTIVITÀ DELL'ASSICURATO	8
CI SONO LIMITI DI COPERTURA?	8
ART. 7 - ESCLUSIONI	8
ART. 8 - LIMITAZIONI	9
CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?	10
ART. 9 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO	10
ART. 10 - DENUNCIA ED ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ	10
ART. 11 - RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI INVALIDITÀ	10
ART. 12 - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ	10
QUANDO E COME DEVO PAGARE?	11
ART. 13 - PREMIO	11
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?	12
ART. 14 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO	12
ART. 15 - ENTRATA IN VIGORE DELL'ASSICURAZIONE	12
ART. 16 - DURATA DEL CONTRATTO	12
ART. 17 - MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO: SOSPENSIONE DELLE GARANZIE E RISOLUZIONE DELL'ASSICURAZIONE	13
ART. 18 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE	13
COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO?	13
ART. 19 - DIRITTO DI RECESSO	13
SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI?	13
ART. 20 - RIDUZIONE E RISCATTO	13
QUALI SONO I RISCHI E QUAL È IL POTENZIALE RENDIMENTO?	14
ART. 21 - CAPITALE VITA ASSICURATO INIZIALE - RIVALUTAZIONE	14
ART. 22 - CLAUSOLA DI RIVALUTAZIONE	15
COME POSSO RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	15
ART. 23 - ARBITRATO IRRITUALE	15
ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI	16
ART. 24 - BENEFICIARI	16
ART. 25 - DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO	16
ART. 26 - NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRABILITÀ	16
ART. 27 - PRESTITI	16
ART. 28 - CESSIONE, PEGNO E VINCOLO	16
ART. 29 - LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO	16
ART. 30 - IMPOSTE E TASSE	16
ART. 31 - FORO COMPETENTE	16

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE MORTE DA INFORTUNIO		17
CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?		17
ART. 32 - PRESTAZIONI ASSICURATE		17
CI SONO LIMITI DI COPERTURA?		17
ART. 33 - ESCLUSIONI		17
QUANDO E COME DEVO PAGARE?		18
ART. 34 - PREMIO		18
ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI		18
ART. 35 - RINVIO ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA PRINCIPALE		18
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA ACCESSORIA - GARANZIA DI FAMIGLIA		19
CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?		19
ART. 36 - PRESTAZIONI ASSICURATE		19
CI SONO LIMITI DI COPERTURA?		19
ART. 37 - ESCLUSIONI		19
QUANDO E COME DEVO PAGARE?		20
ART. 38 - PREMIO		20
ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI		20
ART. 39 - RINVIO ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA PRINCIPALE		20
ALLEGATO A – DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE ALLA SOCIETÀ IN RELAZIONE ALLA CAUSA DEL PAGAMENTO		21
ALLEGATO B – REGOLAMENTO DELLA GESTIONE SEPARATA		24
Valore Unipol		24

GLOSSARIO

I vocaboli sotto elencati hanno il seguente significato:

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

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

Assicurazione: 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.

Conflitto di interessi: Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Società può risultare in contrasto con quello del Contraente.

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

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

Contraenti Collegati: Soggetti che si trovano in rapporto di controllo o di collegamento (ai sensi dell'Art. 2359 del Codice Civile) o in rapporto di parentela (familiari stretti) con il Contraente di una polizza rivalutabile collegata ad una Gestione separata e che siano a loro volta Contraenti di polizze rivalutabili collegate alla medesima Gestione separata. Per familiari stretti del Contraente si intendono i/il figli/o; il coniuge non legalmente separato o il convivente del Contraente, nonché i figli dei medesimi; le persone a carico del Contraente o del coniuge non legalmente separato o del convivente del Contraente.

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

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

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

Garanzia: Prestazione contrattuale che la Società si impegna a pagare al Beneficiario in base alle condizioni previste dal contratto; ad essa possono essere abbinate altre prestazioni che di conseguenza vengono definite complementari o accessorie rispetto a quella principale.

Gestione separata: Un portafoglio di investimenti gestito separatamente dagli altri attivi detenuti dall'impresa di assicurazione, in funzione del cui rendimento si rivalutano le prestazioni dei contratti a esso collegati.

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

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

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

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

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

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

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

Prestazione: Somma pagabile sotto forma di capitale 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.

Riduzione: Diminuzione della prestazione assicurata conseguente alla scelta effettuata dal Contraente di sospendere il pagamento dei premi, normalmente determinata tenendo conto dei premi effettivamente pagati rispetto a quelli originariamente pattuiti.

Riscatto parziale: Facoltà del Contraente di riscuotere anticipatamente una parte del valore di riscatto maturato sul contratto.

Riscatto totale: Facoltà del Contraente di interrompere anticipatamente il contratto, richiedendo la liquidazione del valore di riscatto determinato in base alle Condizioni di Assicurazione/Contrattuali.

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.

Rivalutazione: Attribuzione alle prestazioni di una parte del rendimento della Gestione separata, che può avere valore positivo o negativo, secondo la periodicità stabilita dalle Condizioni di Assicurazione/Contrattuali.

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.

Tasso di rendimento minimo garantito: Rendimento finanziario minimo, annuo e composto, che la Società garantisce alle prestazioni. Può essere garantito anno per anno indipendentemente dal rendimento finanziario conseguito dalla Gestione separata, oppure garantito al verificarsi di determinati eventi previsti dal contratto.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA PRINCIPALE
QUALI SONO LE PRESTAZIONI?
ART. 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO

La Garanzia principale del contratto è un'assicurazione sulla vita mista potenziata in caso di premorienza, con rivalutazione annua del capitale con bonus finale, a premio annuo costante con Esonero dal pagamento dei premi in caso di Invalidità (tariffa U30019). Le prestazioni assicurate sono descritte all'Art. 2.

La Garanzia principale può essere:

- soggetta ad Adeguamento Volontario (Assicurazioni A.V.) nel corso della durata contrattuale, su proposta della Società e/o
- integrata, su richiesta del Contraente prima della conclusione del contratto, mediante la Garanzia complementare morte da Infortunio e la Garanzia accessoria "Garanzia di Famiglia" ("G.F."), disciplinate dalle specifiche Condizioni di Assicurazione riportate nelle relative sezioni.

ART. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATE

La Società paga ai Beneficiari designati:

- alla scadenza contrattuale, se l'Assicurato è in vita, il capitale vita assicurato a tale data, come definito all'Art. 21, aumentato di un bonus finale del 15%;

oppure

- al momento del decesso, se si verifica prima della scadenza contrattuale, il capitale morte assicurato. Il capitale morte assicurato è pari al capitale vita assicurato (escluso il bonus) come calcolato all'anniversario della data di decorrenza del contratto che precede o coincide con la data di decesso, eventualmente maggiorato della percentuale di Potenziamento del 50% o del 100% dello stesso scelta dal Contraente alla sottoscrizione del contratto. In tal caso il contratto si risolve con effetto dalle ore 24 della data del decesso. Il capitale morte assicurato iniziale è indicato in Polizza.

In caso di Invalidità dell'Assicurato, come definita e regolata all'Art. 3 e **purché riconosciuta dalla Società**, il Contraente ha diritto all'Esonero dal pagamento dei premi relativi alla Garanzia principale che hanno scadenza successiva alla data della denuncia dell'Invalidità.

Le coperture per i rischi di morte e di Invalidità sono valide senza limiti territoriali, qualunque sia la causa, **salve le esclusioni e le limitazioni stabilite agli Artt. 7 e 8.**

ESEMPIO – Potenziamento in caso di morte dell'Assicurato

Ipotesi	
(Y) Percentuale di Potenziamento scelta dal Contraente	50,00%
(A) Capitale morte assicurato	€ 25.000,00
Calcolo	
(B) Importo del Potenziamento: $A \times Y$	€ 25.000,00 x 50% = € 12.500,00
Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato: $A + B$	€ 25.000,00 + € 12.500,00 = € 37.500,00

ART. 3 - ESONERO DAL PAGAMENTO DEI PREMI IN CASO DI INVALIDITÀ

La Società esonera il Contraente dal pagamento delle rate di premio relative alla Garanzia principale, che scadono successivamente alla data di denuncia, definita all'Art. 10, dell'Invalidità dell'Assicurato, **purché riconosciuta dalla Società e ferme restando le esclusioni e le limitazioni descritte negli Artt. 7 e 8.**

L'Invalidità è determinata dall'assoluta e permanente impossibilità dell'Assicurato - comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile - a svolgere qualsiasi attività lavorativa, per infermità o difetto fisico o mentale sopravvenuti.

In caso di denuncia dell'Invalidità dell'Assicurato, il Contraente deve comunque proseguire nel pagamento dei premi fino al riconoscimento dell'Invalidità stessa da parte della Società; a seguito del riconoscimento, la Società rimborsa le rate di premio, relative alla Garanzia principale, già pagate e aventi scadenza successiva alla data della denuncia.

A seguito dell'Esonero dal pagamento dei premi, il contratto viene considerato in regola con il pagamento dei premi relativi alla Garanzia principale, via via che questi giungono a scadenza.

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

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

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

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

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

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

ART. 5 - DIFFERIMENTO DEL PAGAMENTO DEL CAPITALE DOVUTO IN CASO DI VITA ALLA SCADENZA

Il Contraente può richiedere per iscritto, **almeno 90 giorni prima della scadenza del contratto, e sempre che risultino corrisposti tutti i premi annui pattuiti**, che il contratto resti in vigore e che il pagamento del capitale dovuto in caso di vita a scadenza, sia differito per un periodo di cinque anni, eventualmente rinnovabile con le stesse modalità di richiesta, **previo accordo con la Società e alle condizioni stabilite mediante apposita appendice sottoscritta dalle parti.** La Gestione separata e la commissione trattenuta, stabilite agli Artt. 21 e 22, rimarranno invariate, mentre **le modalità di rivalutazione saranno quelle in vigore per la presente opzione alla scadenza contrattuale.**

Trascorsi 30 giorni dall'inizio del periodo di differimento il Beneficiario, con il consenso del Contraente, può chiedere alla Società, **mediante raccomandata A.R.**, di anticipare il termine del differimento, dando luogo al pagamento del capitale.

ART. 6 - 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. 7 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla garanzia il decesso e l'Invalidità causati direttamente o indirettamente da:

- a. dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- b. un evento (malattia o condizione patologica o Infortunio, intendendo per Infortunio un trauma prodotto all'organismo da causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili) preesistente e non dichiarato prima della conclusione del contratto o prima dell'eventuale riattivazione del contratto accordata dalla Società;
- c. partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- d. 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;
- e. atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, o di guerra civile, a cui l'Assicurato non ha preso parte attiva:
 - nel caso in cui tali situazioni fossero già esistenti al momento dell'arrivo dell'Assicurato nel territorio di accadimento;
 - oppure
 - nel caso in cui l'Assicurato si trovasse nel territorio di accadimento all'inizio delle ostilità ed il decesso avvenisse dopo 14 giorni dall'inizio delle stesse;
- f. contaminazioni chimiche, armi nucleari, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche ed esposizione a particelle ionizzanti;
- g. partecipazione a gare e corse di velocità, e relative prove e allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- h. guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, salvo il caso di guida con possesso di patente scaduta da non più di dodici mesi;
- i. incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo; in ogni caso è esclusa la morte causata da incidente di volo se l'Assicurato viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- j. intossicazione provocata da assunzione di bevande alcoliche, dall'uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nel primo anno dell'eventuale riattivazione del contratto accordata dalla Società;
- k. atti contro la persona dell'Assicurato – compreso il rifiuto, comprovato da documentazione sanitaria, di sottoporsi a cure, terapie, interventi o altri trattamenti sanitari prescritti da medici – da lui volontariamente compiuti o consentiti, qualora il decesso o l'Invalidità siano avvenuti nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nel primo anno dall'eventuale riattivazione del contratto accordata dalla Società;
- l. trattamenti medici o chirurgici non resi necessari da Infortunio o malattia ovvero per i quali non esista prova di prescrizione o di consiglio di un medico.

In caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad una delle cause di cui sopra 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 un importo pari alla somma dei premi versati, ciascuno al netto della parte di premio di rischio, indicata in Polizza, ma comunque non inferiore al valore di riscatto eventualmente maturato dal contratto e non superiore al capitale in vigore per il caso di morte.

In caso di Invalidità dell'Assicurato dovuta ad una delle cause di cui sopra, il Contraente non ha diritto all'Esonero dal pagamento dei premi, ma può chiedere, la corresponsione del valore di riscatto "speciale" secondo quanto stabilito all'Art. 20, risolvendo il contratto.

ART. 8 - 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 par. 8.1 e 8.2.

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 e di Invalidità dovrà essere fatta pervenire alla Società la documentazione prevista agli Artt. 10 e 12.

8.1 Carenza per assicurazione caso morte e Invalidità senza visita medica - Clausola 02

La copertura assicurativa per il caso morte 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:

a. una delle seguenti malattie infettive acute: tifo, paratifo, tetano, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale epidemica, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, 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, (fermo quanto disposto all'Art. 7, lettera b.).

La garanzia di Esonero dal pagamento dei premi in caso di Invalidità dell'Assicurato dovuta ad una causa diversa dall'Infortunio, è soggetta ad un periodo di carenza di un anno. Il periodo di carenza è esteso a tre anni per i casi di Invalidità dovuti a malattie neurologiche.

Il periodo di carenza è esteso a cinque anni per il caso di morte o di Invalidità 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 il 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 morte 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 morte assicurato perché il decesso, nonostante si sia verificato durante il periodo di carenza, è avvenuto in conseguenza diretta di una delle malattie per le quali non si applica il periodo di carenza.

8.2 Carenza per assicurazione caso morte e Invalidità 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, **le garanzie per i casi di morte e di Invalidità dovuti a tali cause sono soggette 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 le coperture assicurative per il caso di morte e di Invalidità si intendono pienamente efficaci fin dall'entrata in vigore dell'assicurazione di cui all'Art. 15.

In caso di morte dell'Assicurato dovuta ad una causa, diversa da quelle elencate al par. 8.1, intervenuta nei periodi di carenza sopra indicati, il contratto si risolve e la Società rimborsa al Contraente un importo pari alla somma dei premi versati, ciascuno

al netto della parte di premio di rischio, indicata in Polizza, ma comunque non inferiore al valore di riscatto eventualmente maturato dal contratto e non superiore al capitale in vigore per il caso di morte.

Resta inteso che, nel caso di riduzione, di cui all'Art. 17, il suddetto importo non può superare il valore della prestazione ridotta prevista per il caso di morte.

In caso di Invalidità dell'Assicurato dovuta ad una causa, diversa dall'Infortunio, intervenuta nei periodi di carenza sopraindicati, il Contraente non ha diritto all'Esonero dal pagamento dei premi, ma può chiedere la corresponsione del valore di riscatto "speciale" secondo quanto stabilito all'Art. 20, risolvendo il contratto.

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

ART. 9 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

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

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

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

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

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

Il contratto è stipulato nel presupposto che il Contraente abbia domicilio abituale o, nel caso di persona giuridica, sede legale in Italia. Il Contraente, quindi, deve 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 da cui risulta la variazione di domicilio abituale o sede legale.

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

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

ART. 10 - DENUNCIA ED ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ

Qualora si verifichi l'Invalidità dell'Assicurato deve esserne fatta denuncia alla Società **entro i 60 giorni successivi, mediante raccomandata A.R.**, per chiedere l'Esonero dal pagamento dei premi. La data della denuncia è il giorno di ricevimento da parte della Società della raccomandata completa di tutta la documentazione richiesta.

A tal fine è necessario fornire alla Società, tramite il competente intermediario incaricato, i documenti indicati nell'Allegato A in relazione a tale evento.

L'Assicurato e il Contraente sono tenuti a fornire alla Società, tramite il competente Intermediario incaricato, in modo veritiero e completo le dichiarazioni e la documentazione sanitaria richiesta dalla Società per l'accertamento dell'Invalidità e delle relative cause. Inoltre, su richiesta della Società, l'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti medici necessari per valutare lo stato di Invalidità, presso strutture sanitarie e da medici di fiducia della stessa Società.

La Società si impegna ad accertare l'Invalidità entro 180 giorni dalla data della denuncia o, comunque, dalla data di ricevimento dell'eventuale ulteriore documentazione richiesta ai sensi dell'Art. 12, inclusa quella relativa agli eventuali accertamenti medici effettuati su richiesta della Società.

Il decesso dell'Assicurato intervenuto durante l'accertamento equivale ad avvenuto riconoscimento dell'Invalidità da parte della Società.

ART. 11 - RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI INVALIDITÀ

Durante il periodo di Esonero dal pagamento dei premi, l'Assicurato riconosciuto invalido è **obbligato a sottoporsi - su richiesta e a spese della Società e non più di una volta all'anno - alle visite e agli esami medici necessari per accertare il permanere di tale stato. L'Assicurato e il Contraente sono inoltre tenuti a fornire in modo veritiero e completo le dichiarazioni e le prove richieste dalla Società per il suddetto accertamento.**

Qualora non sussista più l'Invalidità o, comunque, nel caso che l'Assicurato o il Contraente non adempiano ai precedenti obblighi, **la Società comunica la decadenza dell'Esonero dal pagamento dei premi al Contraente ed egli è tenuto a riprendere il versamento delle rate di premio che hanno scadenza successiva alla data della suddetta comunicazione. Se, invece, il Contraente non riprende il versamento dei premi, si applica quanto stabilito all'Art. 17.**

ART. 12 - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

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

Al fine di ottenere i pagamenti, gli aventi diritto devono prima **consegnare tutta la documentazione necessaria indicata nell'Allegato A con riferimento alla relativa causa del pagamento**, eccetto quella già prodotta in precedenza e ancora in corso di validità.

La documentazione deve essere fornita alla Società, tramite **l'Intermediario incaricato** oppure inviata **mediante raccomandata direttamente alla Società, specificando gli elementi identificativi del contratto**. Qualora l'esame della documentazione evidenzia situazioni particolari o dubbie che non consentono la verifica dell'obbligo di pagamento, l'individuazione degli aventi diritto o l'adempimento di obblighi fiscali o normativi, la Società richiede tempestivamente l'ulteriore documentazione necessaria.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento la relativa somma è messa a disposizione degli aventi diritto entro 30 giorni, fermo quanto stabilito in caso di Operazioni di riscatto che superino il Limite.

Il termine di 30 giorni decorre dalla data in cui è sorto l'obbligo di pagamento, 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 documentazione completa.

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

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

ART. 13 - PREMIO

13.1 - Premio e modalità di pagamento

Il Contraente **deve pagare un premio annuo anticipato di importo costante**, il cui ammontare **non può essere inferiore a € 1.000,00**.

Il premio annuo **deve essere corrisposto dal Contraente ad ogni anniversario della decorrenza del contratto**, ma comunque non oltre la morte dell'Assicurato e fermo restando l'Esonero dal pagamento dei premi, come previsto all'Art. 3, in caso di Invalidità.

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 indicati al par. 13.2. Il ritardato pagamento del premio o rata di premio comporta l'addebito di interessi come stabilito all'Art. 21, par. 21.2.

Nella tabella seguente sono indicati gli importi minimi della rata di premio, comprensiva anche dei costi applicati per frazionamento del premio annuo e indicati all'Art. 13, par. 13.2:

Tabella A

Frazionamento	Importo minimo di rata di premio (euro)
semestrale	500,00
quadrimestrale	400,00
trimestrale	300,00
bimestrale	200,00
mensile	90,00

Il Contraente ha la facoltà di cambiare il frazionamento del premio, **purché nei limiti indicati nella Tabella A**, all'anniversario della data di decorrenza del contratto. Tale scelta deve essere comunicata con un **preavviso di almeno 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 pagamento **deve essere intestato o girato alla Società oppure all'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 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.

In caso di estinzione del conto corrente bancario, il Contraente potrà rivolgersi a: Unipol Assicurazioni S.p.A. – Direzione Vita - Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna - tel. 051/50.77.647 - fax 051/5076627-638 - e-mail: clienti.vita@unipol.it, che fornirà le necessarie indicazioni operative per proseguire la gestione del rapporto assicurativo.

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

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

13.2 - Costi sul premio

I costi prelevati da ciascun premio della Garanzia principale sono i seguenti:

- **costi fissi:** € 1,00 da ogni premio o rata di premio;
- **costi in percentuale:** 10,00% del premio annuo, al netto dei costi fissi e degli eventuali costi di frazionamento;
- **costi di frazionamento:** applicati in base al frazionamento prescelto secondo quanto indicato nella Tabella B e calcolati sul premio annuo al netto dei costi fissi:

Tabella B

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

- **costi di emissione del contratto** trattenuti, in luogo dei precedenti costi, in caso di recesso: € 50,00.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

ART. 14 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Il contratto è concluso nel giorno in cui:

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

ART. 15 - ENTRATA IN VIGORE DELL'ASSICURAZIONE

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

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

ESEMPIO – Data di entrata in vigore dell'assicurazione

	Esempio 1	Esempio 2	Esempio 3	Esempio 4
Data di decorrenza	05/06/2021	10/06/2021	05/06/2021	01/06/2021
Data di conclusione del contratto	05/06/2021	05/06/2021	05/06/2021	07/06/2021
Data di versamento del premio	05/06/2021	05/06/2021	09/06/2021	05/06/2021
Entrata in vigore dell'assicurazione:	05/06/2021	10/06/2021	09/06/2021	07/06/2021

ART. 16 - DURATA DEL CONTRATTO

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

ART. 17 - MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO: SOSPENSIONE DELLE GARANZIE E RISOLUZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi trenta giorni dalla relativa data di scadenza (data di sospensione del pagamento dei premi), comporta - a partire dalle ore 24 di quest'ultima data - le seguenti conseguenze:

- se il Contraente ha versato almeno tre annualità di premio, la garanzia del bonus finale e quella di Esonero dal pagamento dei premi, di cui all'Art. 3, restano sospese e, se non vengono riattivate ai sensi dell'Art. 18, cessano definitivamente; le altre garanzie di cui all'Art. 2 restano in vigore con capitali ridotti, ai sensi dell'Art. 20, ma senza pagamento di ulteriori premi, salva la possibilità di riattivazione;
- se, invece, il Contraente ha versato meno di tre annualità di premio, tutte le garanzie restano sospese e, se non vengono riattivate, il contratto si risolve ed i premi già pagati restano acquisiti dalla Società a fronte del rischio corso.

ART. 18 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE

Entro 180 giorni dalla riduzione o 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 riduzione o 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.

Qualora la Società accetti di riattivare il contratto senza visita medica **si applicherà un periodo di carenza come previsto al precedente Art. 8.**

L'operazione di riattivazione comporta, oltre al pagamento delle rate di premio arretrate, l'addebito, in occasione della successiva rivalutazione, degli interessi per ritardato pagamento dei premi, così come indicato all'Art. 21, par. 21.2.

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. 9.

COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO?**ART. 19 - DIRITTO DI RECESSO**

Il Contraente può recedere dal contratto **entro trenta giorni dalla conclusione dello stesso** 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 di rischio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, nonché diminuito **dei costi di emissione del contratto indicati all'Art. 13.**

SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI?**ART. 20 - RIDUZIONE E RISCATTO****20.1 Riduzione**

A condizione che siano state versate le prime tre annualità di premio, il Contraente ha la facoltà di sospendere il pagamento dei premi relativi alla Garanzia principale, mantenendo il diritto alle prestazioni ridotte (capitale vita ridotto).

Il capitale vita assicurato ridotto si ottiene:

- scontando il capitale vita assicurato iniziale – moltiplicato per il coefficiente di riduzione in seguito definito – al tasso annuo dell'1,00% per il periodo che intercorre tra la data di scadenza della prima rata di premio non pagata e la scadenza del contratto,
- ed aggiungendo al valore così ottenuto la differenza tra il capitale vita assicurato, rivalutato all'anniversario della data di decorrenza del contratto che precede la data di scadenza della prima rata di premio non pagata, ed il capitale vita inizialmente assicurato.

Il coefficiente di riduzione di cui sopra è uguale al rapporto tra il numero dei premi annui pagati, comprese le eventuali frazioni di premio annuo, ed il numero dei premi annui pattuiti.

Ad ogni anniversario della data di decorrenza del contratto che coincida o sia successivo alla data di scadenza della prima rata di premio non pagata, il capitale vita ridotto è rivalutato. La rivalutazione è effettuata sommando al capitale vita ridotto, in vigore al precedente anniversario, l'importo che si ottiene applicando la misura di rivalutazione di cui all'Art. 22, allo stesso capitale vita ridotto.

20.2 Riscatto

Il Contraente può chiedere il riscatto **se sono trascorsi almeno tre anni dalla data di decorrenza del contratto e a condizione**

che siano state versate almeno tre annualità di premio. Il riscatto deve essere richiesto per iscritto, mediante raccomandata A. R. inviata alla Società.

La data di riscatto è la data di ricevimento da parte della Società della richiesta di riscatto o di riscatto "speciale" completa della documentazione necessaria (data di riscatto). Il riscatto totale comporta la risoluzione del contratto con effetto dalla data di riscatto.

Il valore di riscatto si ottiene scontando il capitale vita ridotto, in vigore alla data del riscatto, per il periodo di tempo che intercorre tra la data del riscatto e quella della scadenza del contratto. Il tasso annuo di sconto è pari all'1,00%.

Non è consentito il riscatto parziale.

Il valore di riscatto richiesto nel periodo di Esonero dai pagamenti dei premi per Invalidità dell'Assicurato viene calcolato con le modalità sopra descritte.

Nei casi di seguito precisati e sempre che il pagamento dei premi sia regolarmente in corso, il Contraente può chiedere il riscatto anche prima che siano state versate tre annualità di premio, ottenendo il valore di riscatto con un minimo garantito pari alla somma dei premi versati per la Garanzia principale al netto della parte di premio di rischio, indicato in Polizza, relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto (valore di riscatto "speciale").

Il riscatto "speciale" può essere chiesto esclusivamente nei casi di Invalidità dell'Assicurato dovuta a:

- una causa esclusa dalla garanzia di Esonero dal pagamento dei premi, ai sensi dell'Art. 7,
- una causa, diversa dall'Infortunio (come definito all'Art. 7), intervenuta durante il relativo periodo di carenza previsto per la garanzia stessa, ai sensi dell'Art. 8,

purché la richiesta sia fatta entro 90 giorni dalla data di comunicazione dell'esito dell'accertamento da parte della Società.

E' previsto un limite complessivo osservato in un periodo di 30 giorni (Limite) per operazioni di riscatto riferibili a contratti collegati alla medesima Gestione separata sottoscritti dal medesimo Contraente, o da più Contraenti Collegati ad un medesimo soggetto anche attraverso rapporti partecipativi (Operazioni di riscatto).

Nella Polizza è riportato l'importo del Limite vigente all'emissione del presente contratto. L'importo può variare al variare delle Riserve matematiche costituite per i contratti a prestazioni rivalutabili in base al rendimento della Gestione separata ed è pari al minor valore tra 15 milioni di euro e il 2% dell'ammontare delle Riserve matematiche risultante alla chiusura dell'ultimo periodo di osservazione. Il valore delle Riserve matematiche alla chiusura dell'ultimo periodo di osservazione è rilevabile dal Prospetto della composizione della Gestione separata stessa, pubblicato annualmente anche sul sito internet della Società.

Qualora il Limite sia superato, anche per effetto della somma tra il valore di riscatto richiesto e gli importi relativi a Operazioni di riscatto effettuate nell'arco dei 30 giorni che precedono la data di liquidazione del valore di riscatto del presente contratto, il valore di riscatto viene corrisposto **fino a concorrenza del Limite nei tempi previsti all'Art. 12. Per l'ammontare che eventualmente ecceda il Limite, la Società effettua il pagamento in più parti, ciascuna di importo pari (o, nel caso dell'ultima parte, inferiore) al Limite, ad intervalli di trenta giorni.**

La Società può liquidare in un'unica soluzione l'intero valore di riscatto qualora ciò non rechi grave pregiudizio alla collettività dei Contraenti di contratti collegati alla Gestione separata.

ESEMPIO – Riscatto Totale

Ipotesi	
(A) Data di riscatto	23/11/2022
(B) Data di scadenza	23/11/2023
(C) Periodo di tempo tra la data di riscatto e scadenza: (B-A)	(23/11/2023 - 23/11/2022) = 1 anno
(D) Capitale vita ridotto, in vigore alla data di riscatto	€ 15.271,47
(E) Tasso annuo di sconto	1,00%
Calcolo	
(F) Valore di riscatto totale: $D/(1+E)^C$	$\begin{aligned} & € 15.271,47 / (1+1,00\%)^{(1)} = \\ & € 15.271,47 / (1+1,00\%) = € 15.120,27 \end{aligned}$

QUALI SONO I RISCHI E QUAL È IL POTENZIALE RENDIMENTO?

ART. 21 - CAPITALE VITA ASSICURATO INIZIALE - RIVALUTAZIONE

21.1 Capitale vita assicurato iniziale

L'ammontare del capitale vita assicurato iniziale alla data di decorrenza è indicato in Polizza.

21.2 Rivalutazione del capitale vita assicurato

Il contratto è collegato al rendimento della Gestione separata "Valore Unipol", disciplinata dal Regolamento in allegato. Il capitale vita assicurato iniziale viene rivalutato, in funzione del rendimento della Gestione separata, come segue.

Ad ogni anniversario della decorrenza, compresa la scadenza contrattuale, il capitale vita assicurato, quale risulta all'anniversario precedente, viene rivalutato sommando allo stesso l'ammontare ottenuto moltiplicando la misura di rivalutazione, di cui all'Art. 22, per la somma dei due importi seguenti:

- l'importo che si ottiene moltiplicando il capitale vita assicurato iniziale per il rapporto fra il numero di anni trascorsi dalla data di decorrenza del contratto ed il numero di anni di durata contrattuale;
- l'importo che si ottiene come differenza fra il capitale vita assicurato quale risulta all'anniversario precedente e il capitale vita assicurato iniziale.

Nel caso in cui una o più rate di premio scadute nell'ultimo anno di durata del contratto siano state corrisposte oltre il trentesimo giorno dalla loro data di scadenza, **sono calcolati gli interessi per ritardato pagamento**. Per ciascuna rata di premio corrisposta in ritardo gli interessi si ottengono moltiplicando i seguenti tre fattori:

- rata di premio al netto dei premi supplementari per le eventuali Garanzie complementari e accessorie;
- tasso medio di rendimento realizzato dalla Gestione separata, di cui all'Art. 22, con un minimo del tasso legale di interesse;
- rapporto tra i giorni intercorrenti tra la data di scadenza della rata di premio e la data di effettivo incasso della stessa e 365 giorni.

Gli interessi complessivi sono sottratti al capitale vita assicurato rivalutato all'anniversario della data di decorrenza considerato.

Il nuovo capitale vita assicurato non potrà mai essere inferiore a quello rivalutato all'anniversario precedente.

ART. 22 - CLAUSOLA DI RIVALUTAZIONE

Secondo i criteri indicati nel Regolamento della Gestione Separata, all'inizio di ogni mese viene determinato il tasso medio di rendimento realizzato dalla Gestione separata, calcolato in riferimento al periodo di osservazione costituito dai dodici mesi immediatamente precedenti. La misura di rivalutazione da attribuire al contratto è calcolata in funzione del tasso medio di rendimento determinato al termine del periodo di osservazione che cade nel terzo mese che precede la data di rivalutazione. La data di rivalutazione coincide con ogni anniversario della data di decorrenza o con la data di scadenza.

ESEMPIO - Individuazione del periodo di osservazione e del relativo tasso medio di rendimento

Ipotizzando l'anniversario della data di decorrenza a giugno 2023, il tasso medio di rendimento della Gestione separata è quello realizzato nel periodo di osservazione che va dal 01/04/2022 fino al 31/03/2023

Misura di rivalutazione

Il tasso di rendimento attribuito è pari al tasso medio di rendimento realizzato dalla Gestione separata al netto della commissione trattenuta dalla Società.

La **commissione trattenuta dalla Società è pari a 1,10 punti percentuali**.

Nel caso in cui il rendimento realizzato dalla Gestione separata nel periodo di osservazione considerato risulti superiore al 3%, **la commissione trattenuta dalla Società viene incrementata di una misura in punti percentuali - commissione di performance - pari al 30% della differenza tra il tasso di rendimento realizzato e 3%**.

La misura annua di rivalutazione coincide con il tasso di rendimento attribuito.

La misura di rivalutazione non può in ogni caso essere inferiore a 0,00%.

COME POSSO RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

ART. 23 - ARBITRATO IRRITUALE

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

ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI**ART. 24 - 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. La designazione è revocabile o modificabile nelle stesse forme, precisando i Beneficiari ed il contratto per i quali viene effettuata la revoca o la modifica.

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

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

- ✓ dopo che il Contraente ed il Beneficiario hanno 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 ha comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi le operazioni di riscatto, pegno, vincolo di polizza e prestito 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. 25 - DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO

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

ART. 26 - NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRABILITÀ

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

ART. 27 - PRESTITI

Il Contraente in regola con il pagamento dei premi, anche se per effetto dell'eventuale Esonero del pagamento dei premi, nei limiti del 90% del valore di riscatto maturato al netto di eventuali imposte, può chiedere per iscritto alla Società la concessione di un prestito alle condizioni che formeranno oggetto di un'apposita appendice contrattuale.

ART. 28 - CESSIONE, PEGNO E VINCOLO

Il Contraente può cedere ad altri il contratto **solo dopo l'espresso consenso della Società**, così come può darlo in pegno o vincolare le somme assicurate. Tali atti sono efficaci nei confronti della Società se risultano **dalla Polizza o da appendice contrattuale e se sono firmati dalle parti interessate**.

In caso di pegno o vincolo, le operazioni di riscatto e, in generale, **ogni operazione di liquidazione richiedono il consenso scritto del creditore pignoratizio o del vincolatario**.

ART. 29 - LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

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

ART. 30 - IMPOSTE E TASSE

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

ART. 31 - FORO COMPETENTE

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA COMPLEMENTARE MORTE DA INFORTUNIO

(Garanzia complementare valida solo se espressamente richiamata in Polizza)

CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

ART. 32 - PRESTAZIONI ASSICURATE

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

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

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

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

A seconda della formula prescelta dal Contraente e risultante dalla Polizza, la Garanzia complementare morte da Infortunio prevede quanto descritto al successivo par. 32.1 o par. 32.2, dove si intende: (i) per Infortunio: un trauma prodotto all'organismo da causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili; (ii) per Infortunio conseguente ad incidente stradale: quello direttamente causato da veicoli e/o mezzi meccanici in circolazione - esclusi quelli ferroviari - che avvenga su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate.

32.1 Garanzia complementare “Morte da Infortunio” - duplice protezione

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

32.2 Garanzia complementare “Morte da Infortunio” e “Morte da Infortunio da incidente stradale” - triplice protezione

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

ESEMPIO - Prestazioni assicurate Garanzia complementare morte da Infortunio

Esempio 1: Nel caso in cui, alla decorrenza del contratto, il capitale morte assicurato iniziale della Garanzia principale sia pari a €25.000,00 e il Contraente abbia scelto di integrare l'assicurazione con la Garanzia complementare “Morte da Infortunio” (formula duplice protezione), qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato per causa diretta ed esclusiva di Infortunio, la Società paga un importo pari a €50.000,00 [€25.000,00 Garanzia principale + €25.000,00 Garanzia complementare “Morte da Infortunio”].

Esempio 2: Nel caso in cui, alla decorrenza del contratto, il capitale morte assicurato iniziale della Garanzia principale sia pari a €25.000,00 e il Contraente abbia scelto di integrare l'assicurazione con la Garanzia complementare “Morte da Infortunio” e “Morte da Infortunio da incidente stradale” (formula triplice protezione), (i) qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato per causa diretta ed esclusiva di Infortunio (ma non conseguente a incidente stradale), la Società paga un importo pari a €50.000,00 [€25.000,00 Garanzia principale + €25.000,00 Garanzia complementare “Morte da Infortunio”]; (ii) qualora tale Infortunio mortale sia conseguente ad incidente stradale, la Società paga un importo pari a €75.000,00 [€25.000,00 Garanzia principale + €25.000,00 Garanzia complementare “Morte da Infortunio” + €25.000,00 Garanzia complementare “Morte da Infortunio da incidente stradale”].

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

ART. 33 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla presente Garanzia tutti i casi di decesso derivanti direttamente o indirettamente dalle stesse cause previste all'Art. 7 per la Garanzia principale, nonché da:

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

speleologia, alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, arrampicata libera, downhill, bungee-jumping, canoa fluviale, rafting, torrentismo, sport subacquei in genere, rugby, football americano, hockey su ghiaccio, sport equestri in genere, ecc.), anche se svolti a carattere ricreativo.

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

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

ART. 34 - PREMIO

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

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

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

La Garanzia complementare **non beneficia dell'eventuale Esonero dal pagamento dei premi della Garanzia principale.**

Pertanto il Contraente è tenuto a proseguire il pagamento dei premi della Garanzia complementare anche dopo l'eventuale Esonero dal pagamento dei premi della Garanzia principale; in caso contrario la Garanzia complementare si risolve definitivamente dalla scadenza del primo premio o rata di premio non pagato e non può essere successivamente ripristinata.

Fermo restando quanto sopra stabilito per l'Esonero dal pagamento dei premi della Garanzia principale, la Garanzia complementare si risolve in tutti i casi in cui non è più dovuto il pagamento dei premi della Garanzia principale.

ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI

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

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA ACCESSORIA - GARANZIA DI FAMIGLIA

(Garanzia accessoria valida solo se espressamente richiamata in Polizza)

CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?
ART. 36 - PRESTAZIONI ASSICURATE

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

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

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

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

ESEMPIO - Prestazioni assicurate Garanzia accessoria "Garanzia di Famiglia"

Esempio 1: Nel caso in cui, alla decorrenza del contratto, il capitale morte assicurato iniziale della Garanzia principale sia pari a €100.000,00 e il Contraente abbia scelto di integrare l'assicurazione con la Garanzia accessoria "G.F.", qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato, la Società paga un importo pari a € 100.000,00, la Garanzia accessoria resta in vigore senza pagamento di ulteriori premi e, in caso di successivo decesso del Secondo Assicurato prima della scadenza contrattuale, la Società pagherà un ulteriore importo pari a €100.000,00 se al momento di tale decesso sopravviva almeno uno dei figli della coppia costituita dall'Assicurato e dal Secondo Assicurato.

Esempio 2: Nel caso in cui, alla decorrenza del contratto, il capitale morte assicurato iniziale della Garanzia principale sia pari a €100.000,00 e il Contraente abbia scelto di integrare l'assicurazione con la Garanzia accessoria "G.F.", qualora si verifichi il decesso del Secondo Assicurato contemporaneamente oppure nelle 24 ore immediatamente precedenti alla morte dell'Assicurato, il contratto si risolve e se al momento del decesso del Secondo Assicurato sopravvive almeno uno dei figli della coppia, costituita dall'Assicurato e dal Secondo Assicurato, la Società paga un importo pari a €200.000,00 [€100.000,00 Garanzia principale + €100.000,00 Garanzia accessoria].

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?
ART. 37 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla presente Garanzia accessoria il decesso del Secondo Assicurato derivante direttamente o indirettamente dalle stesse cause previste all'Art. 7 per la Garanzia principale - considerando quanto lì riferito all'Assicurato come riferito al Secondo Assicurato - nonché da:

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

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

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

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

ART. 38 - PREMIO

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

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

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

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

La Garanzia accessoria **non beneficia dell'eventuale Esonero dal pagamento dei premi della Garanzia principale.** Pertanto il Contraente è tenuto a proseguire il pagamento dei premi della Garanzia accessoria anche dopo l'eventuale Esonero dal pagamento dei premi della Garanzia principale; in caso contrario la Garanzia accessoria si risolve definitivamente dalla scadenza del primo premio o rata di premio non pagato e non può essere successivamente ripristinata.

Fermo restando quanto sopra stabilito per l'Esonero dal pagamento dei premi della Garanzia principale, la Garanzia accessoria si risolve in tutti i casi in cui non è più dovuto il pagamento dei premi della Garanzia principale, salvo il caso in cui il pagamento termini in conseguenza del decesso dell'Assicurato.

ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI

ART. 39 - RINVIO ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA GARANZIA PRINCIPALE

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

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**, eccetto quella già prodotta in precedenza e ancora in corso di validità. Qualora l'esame della documentazione evidenzii 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;
- attestazione sottoscritta dall'avente diritto, con la quale lo stesso dichiara, a seconda della circostanza ricorrente, che la liquidazione è percepita in relazione ad attività commerciali o, in alternativa, che non è percepita in relazione ad attività commerciali;
- comunicazione di svincolo redatta e sottoscritta dal vincolatario o beneficiario del creditore pignoratizio, solo nel caso in cui il contratto risulti vincolato o ceduto in pegno, che autorizzi il pagamento all'avente diritto o, viceversa, comunicazione che indichi l'ammontare del debito residuo vantato;
- documentazione necessaria alla verifica dell'effettivo potere di rappresentanza nel caso in cui l'avente diritto sia persona giuridica;

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

- certificato di morte dell'Assicurato;
- in caso di decesso a seguito di malattia:
 - relazione medica sulle cause del decesso, redatta su apposito modulo predisposto dalla Società (disponibile presso gli Intermediari incaricati) oppure redatta su carta semplice fornendo tutte le informazioni previste dal modulo stesso;
 - cartelle cliniche e accertamenti sanitari effettuati, relativi a eventuali ricoveri in ospedale o case di cura, con particolare riferimento al documento contenente la diagnosi della malattia sulla causa che ha portato al decesso dell'Assicurato;
- in caso di decesso dovuto a causa diversa da malattia:
 - documento rilasciato dall'autorità competente ed eventuale chiusura 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).

Differimento del pagamento del capitale dovuto in caso di vita dell'Assicurato alla scadenza

- richiesta del Contraente, con almeno 90 giorni di preavviso rispetto alla scadenza, di differimento del pagamento del capitale per un periodo di cinque anni;
- comunicazione di assenso scritto al differimento del pagamento del capitale del vincolatario o del creditore pignoratizio, solo nel caso in cui il contratto risulti vincolato o ceduto in pegno;
- documento valido comprovante l'esistenza in vita dell'Assicurato alla scadenza (o autocertificazione), da produrre entro i 90 giorni successivi alla scadenza a pena di decadenza della facoltà di differimento.

Inoltre, per anticipare il termine del differimento:

- richiesta del Beneficiario, avallata dal consenso del Contraente, di pagamento del capitale;
- fotocopia fronte retro di un documento di identità valido e codice fiscale di ciascun avente diritto o del Legale Rappresentante se l'avente diritto è persona giuridica;
- attestazione sottoscritta dall'avente diritto, con la quale lo stesso dichiara, a seconda della circostanza ricorrente, che la liquidazione è percepita in relazione ad attività commerciali o, in alternativa, che non è percepita in relazione ad attività commerciali;
- comunicazione di svincolo redatta e sottoscritta dal vincolatario o benestare del creditore pignoratizio, solo nel caso in cui il contratto risulti vincolato o ceduto in pegno, che autorizzi il pagamento 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;
- originale, o copia conforme all'originale del Decreto del Giudice Tutelare che autorizza la riscossione e dispone sul reimpiego delle somme, con esonero della Società assicuratrice 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).

Riscatto totale o prestito

- richiesta di riscatto totale o prestito compilata e sottoscritta dal Contraente, redatta su carta semplice oppure sull'apposito modulo predisposto dalla Società (disponibile presso gli Intermediari incaricati) nella quale sono indicati tutti i dati identificativi del Contraente stesso;
- fotocopia fronte retro di un documento d'identità valido e del codice fiscale del Contraente o del Legale Rappresentante se il Contraente è persona giuridica;
- certificato di esistenza in vita dell'Assicurato (o autocertificazione), solo nel caso in cui l'Assicurato sia diverso dal Contraente;
- attestazione sottoscritta dal Contraente con la quale lo stesso dichiara, a seconda della circostanza ricorrente, che la liquidazione è percepita in relazione ad attività commerciali o, in alternativa, che non è percepita in relazione ad attività commerciali (solo in caso di riscatto totale);
- comunicazione di svincolo redatta e sottoscritta dal vincolatario o benestare del creditore pignoratizio, solo nel caso in cui il contratto risulti vincolato o ceduto in pegno, che autorizzi il pagamento al Contraente o, viceversa, comunicazione che indichi l'ammontare del debito residuo vantato;
- documentazione necessaria alla verifica dell'effettivo potere di rappresentanza nel caso in cui il Contraente sia persona giuridica;
- assenso scritto del Beneficiario irrevocabile;
- in caso di riscatto: dichiarazione sottoscritta dal Contraente sui "Contraenti Collegati", con la quale lo stesso dichiara di non essere a conoscenza di soggetti qualificabili come Contraenti Collegati che, negli ultimi 30 giorni, abbiano effettuato Operazioni di riscatto relative a contratti collegati alla medesima Gestione separata, oppure dichiara di essere a conoscenza di tale circostanza indicando, in tal caso, i dati identificativi dei suddetti Contraenti Collegati e il tipo di collegamento esistente.

Scadenza del contratto in caso di vita dell'Assicurato

- 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;
- certificato di esistenza in vita dell'Assicurato (o autocertificazione), solo nel caso in cui l'Assicurato sia diverso dal Beneficiario;
- attestazione sottoscritta dall'avente diritto, con la quale lo stesso dichiara, a seconda della circostanza ricorrente, che la liquidazione è percepita in relazione ad attività commerciali o, in alternativa, che non è percepita in relazione ad attività commerciali;
- comunicazione di svincolo redatta e sottoscritta dal vincolatario o benestare del creditore pignoratizio, solo nel caso in cui il contratto risulti vincolato o ceduto in pegno, che autorizzi il pagamento 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;
- originale, o copia conforme all'originale, del Decreto del Giudice Tutelare che autorizza la riscossione e dispone sul reimpiego delle somme, con esonero della Società assicuratrice 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).

Invalità totale e permanente dell'Assicurato

- richiesta di liquidazione compilata e sottoscritta dal Contraente, redatta su carta semplice oppure sull'apposito modulo predisposto dalla Società (disponibile presso gli intermediari incaricati), entro i 60 giorni successivi al verificarsi dell'Invalità dell'Assicurato per ottenere l'Esonero di pagamento dei premi oppure entro i 90 giorni dalla data di comunicazione dell'esito dell'accertamento da parte della Società per richiedere il riscatto "speciale";
- documentazione sanitaria attestante l'Invalità dell'Assicurato per perdita totale, e presumibilmente permanente, della capacità di svolgere qualsiasi attività lavorativa;
- fotocopia fronte retro di un documento d'identità valido e del codice fiscale del Contraente o del Legale Rappresentante se il Contraente è persona giuridica;
- attestazione sottoscritta dal Contraente, con la quale lo stesso dichiara, a seconda della circostanza ricorrente, che la liquidazione è percepita in relazione ad attività commerciali o, in alternativa, che non è percepita in relazione ad attività commerciali;
- comunicazione di svincolo redatta e sottoscritta dal vincolatario o benestare del creditore pignoratizio, solo nel caso in cui il contratto risulti vincolato o ceduto in pegno, che autorizzi il pagamento al Contraente o, viceversa, comunicazione che indichi l'ammontare del debito residuo vantato;
- documentazione necessaria alla verifica dell'effettivo potere di rappresentanza nel caso in cui il Contraente sia persona giuridica;
- assenso scritto del beneficiario irrevocabile;
- dichiarazione sottoscritta dal Contraente sui "Contraenti Collegati", con la quale lo stesso dichiara di non essere a conoscenza di soggetti qualificabili come Contraenti Collegati che, negli ultimi 30 giorni, abbiano effettuato Operazioni di riscatto relative a contratti collegati alla medesima Gestione separata, oppure dichiara di essere a conoscenza di tale circostanza indicando, in tal caso, i dati identificativi dei suddetti Contraenti Collegati e il tipo di collegamento esistente.

ALLEGATO B – REGOLAMENTO DELLA GESTIONE SEPARATA
**REGOLAMENTO DELLA GESTIONE SEPARATA
Valore Unipol
DENOMINATA IN EURO**
1 Valore Unipol

La Società attua una speciale forma di gestione degli investimenti, separata da quella delle altre attività, che viene contraddistinta con il nome “Valore Unipol” (di seguito la “Gestione separata”).

Il valore delle attività gestite (di seguito le “Attività”) non sarà inferiore all'importo delle riserve matematiche costituite per i contratti a prestazioni rivalutabili in base ai rendimenti realizzati dalla Gestione separata.

Il presente Regolamento è parte integrante delle condizioni contrattuali.

La Gestione separata è disciplinata dal presente regolamento redatto ai sensi del Regolamento ISVAP n. 38 del 3 giugno 2011 e successive modifiche.

2 Politica di investimento

L'attuazione delle politiche di investimento della Gestione separata compete alla Società, che vi provvede realizzando una gestione professionale degli attivi.

Le scelte d'investimento mirano a ottimizzare il rendimento nel medio e lungo termine mantenendo un basso livello di rischio del portafoglio e perseguendo la stabilità dei rendimenti nel corso del tempo.

Lo stile gestionale adottato è finalizzato a perseguire la sicurezza, la prudenza e la liquidità degli investimenti tenendo conto della struttura degli impegni assunti e delle garanzie offerte dai contratti collegati alla Gestione separata.

Le risorse della Gestione separata sono investite esclusivamente in tipologie di attività che rientrano nelle categorie ammissibili alla copertura delle riserve tecniche, ai sensi della normativa vigente. Le principali tipologie di investimento sono di seguito descritte:

- Investimenti obbligazionari: titoli governativi, titoli corporate e quote di Organismi di investimento collettivo del risparmio (OICR) obbligazionari conformi alla normativa UCITS. Le scelte di investimento di natura obbligazionaria sono effettuate in coerenza con la struttura dei passivi e, a livello di singoli emittenti, in funzione della redditività e del rispettivo merito di credito;
- Investimenti azionari: strumenti finanziari quotati nei mercati regolamentati e quote di OICR azionari conformi alla normativa UCITS;
- Investimenti monetari: depositi bancari, pronti contro termine e quote di OICR monetari conformi alla normativa UCITS;
- Investimenti immobiliari: beni immobili, azioni di società immobiliari e Fondi immobiliari;
- Investimenti in altri strumenti finanziari: Fondi di Investimento Alternativi (“FIA”), Hedge Fund UCITS e quote di OICR non conformi alla normativa UCITS.

Nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa di settore, possono inoltre essere effettuati investimenti in strumenti finanziari derivati, con lo scopo di realizzare un'efficace gestione e di ridurre la rischio del portafoglio della gestione stessa.

Al fine di contenere l'esposizione al rischio mercato, nelle sue diverse configurazioni, vengono definiti i seguenti limiti quantitativi:

Tipologia di investimento	Massimo
Investimenti in titoli obbligazionari, monetari e altri valori assimilabili	100%
Investimenti in titoli azionari e altri valori assimilabili	35%
Investimenti immobiliari e altri valori assimilabili	20%
Investimenti in altri strumenti finanziari	20%

Con riferimento alla componente obbligazionaria del portafoglio si precisa che l'esposizione massima ai titoli corporate è del 65%.

Al fine di contenere il rischio di concentrazione, titoli corporate emessi da uno stesso emittente o da società facenti parte del medesimo Gruppo sono ammessi per un ammontare massimo pari al 5% del portafoglio obbligazionario.

Con riferimento alla componente azionaria del portafoglio si precisa che gli investimenti in titoli azionari non quotati non potranno essere presenti per una percentuale superiore al 10% del portafoglio.

La Società per assicurare la tutela dei Contraenti da possibili situazioni di conflitto di interesse si impegna al rispetto dei limiti di investimento in relazione ai rapporti con le controparti di cui all'art. 5 del Regolamento IVASS del 26 ottobre 2016, n. 30 ed eventuali successive modifiche.

Nell'ambito della politica d'investimento relativa alla Gestione separata, non è esclusa la possibilità di investire in strumenti finanziari emessi dalle suddette controparti.

La Società si riserva comunque, a tutela degli interessi dei Contraenti, di investire in strumenti finanziari o altri attivi emessi o gestiti dalle controparti di cui all'art. 5 del Regolamento IVASS del 26 ottobre 2016, n. 30, nel limite del 20%.

3 Determinazione del tasso medio di rendimento

Il tasso medio di rendimento della Gestione separata realizzato nel periodo di osservazione si ottiene rapportando il risultato finanziario di competenza del periodo considerato alla giacenza media delle Attività della Gestione separata nello stesso periodo. Il periodo di osservazione decorre dal 1° novembre al 31 ottobre dell'anno successivo.

Il risultato finanziario è costituito dai proventi finanziari di competenza del periodo di osservazione considerato (comprensivi degli scarti di emissione e di negoziazione di competenza), dagli utili e dalle perdite da realizzo per la quota di competenza della Gestione separata, al lordo delle ritenute di acconto fiscali ed al netto delle spese effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle Attività della Gestione separata e di quelle relative all'attività di verifica contabile effettuata dalla società di revisione. Non sono consentite altre forme di prelievo in qualsiasi modo effettuate.

Gli utili e le perdite da realizzo sono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti Attività nel libro mastro della Gestione separata e cioè al prezzo di acquisto per i beni di nuova acquisizione ed al valore di mercato all'atto di iscrizione nel libro mastro per i beni già di proprietà della Società.

Il rendimento della Gestione separata beneficia di eventuali utili derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti dalla Società in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della gestione.

La giacenza media delle attività della Gestione separata è pari alla somma delle giacenze medie nel periodo di osservazione dei depositi in numerario, degli investimenti e di ogni altra attività della Gestione separata. La giacenza media nel periodo di osservazione degli investimenti e delle altre attività è determinata in base al valore di iscrizione nel libro mastro della Gestione separata.

Nel periodo di osservazione si determinano dodici tassi medi di rendimento, ciascuno riferito ad un periodo costituito da dodici mesi consecutivi, il primo dei quali termina il 30 novembre e l'ultimo il 31 ottobre dell'anno successivo.

4 Modifiche al Regolamento

La Società si riserva il diritto di apportare eventuali modifiche al Regolamento della Gestione separata derivanti dall'adeguamento dello stesso alla normativa primaria e secondaria vigente o a fronte di mutati criteri gestionali, con esclusione, in questo ultimo caso, di modifiche meno favorevoli per il contraente.

La società si riserva di coinvolgere la Gestione separata in operazioni di scissione o fusione con altre Gestioni separate della Società stessa. Almeno 60 giorni prima della data stabilita per l'operazione di scissione o di fusione, la Società ne dà preavviso ai contraenti fornendo i dettagli dell'operazione stessa.

5 Certificazione della Gestione separata

La Gestione separata è annualmente sottoposta a certificazione da parte di una Società di revisione iscritta nell'apposito registro previsto dalla normativa vigente.

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 li prevede)

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

Premio - 1ª rata da versare

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

- rate successive - a partire dal

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

Decorrenza e durata del contratto, periodicità e frazionamento del premio

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

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

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
--------------	-----------	-------------	---------	-----------	--------

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 Si

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 Si Quali? _____

Precisazioni _____

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

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

No Si Quali? _____

Precisazioni _____

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

No Si 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 Si

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:

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

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

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

Avvertenze

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

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

Visita medica Questionario sanitario

Questionario Sanitario
L'Assicurando
1) Ha mai praticato esami clinici, dai quali sia emersa una malattia o con risultati fuori dalla norma negli ultimi 5 No Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

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

2) Ha sofferto o soffre (oppure è stato ricoverato in case di cura, ospedali, ha subito interventi o assume o ha assunto farmaci) per una delle seguenti malattie:
a) Malattie dell'apparato respiratorio
 No Si

(in caso di risposta affermativa indicare quale)

Adenoidi (operate e guarite)	<input type="checkbox"/> Pneumotorace	<input type="checkbox"/>
Asma bronchiale	<input type="checkbox"/> Poliposi corde vocali (operata e guarita)	<input type="checkbox"/>
Bronchiti (guarite da almeno 3 mesi)	<input type="checkbox"/> Poliposi nasale (operata e guarita)	<input type="checkbox"/>
Bronchite cronica	<input type="checkbox"/> Polmoniti e broncopolmoniti (guarite da almeno 6 mesi)	<input type="checkbox"/>
Bronchiectasie	<input type="checkbox"/> Rinite allergica e vasomotoria	<input type="checkbox"/>
Enfisema polmonare	<input type="checkbox"/> Silicosi	<input type="checkbox"/>
Fibrosi cistica	<input type="checkbox"/> Tonsillectomia	<input type="checkbox"/>
Fibrosi polmonare	<input type="checkbox"/> Faringiti	<input type="checkbox"/>
Otiti (guarite da almeno 3 mesi)	<input type="checkbox"/> Laringiti	<input type="checkbox"/>
Pleuriti (guarite da almeno 3 mesi)	<input type="checkbox"/> Sinusiti	<input type="checkbox"/>
Pneumoconiosi	<input type="checkbox"/> Tracheiti	<input type="checkbox"/>
Altre malattie infettive prime vie aeree	<input type="checkbox"/>	<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"/> Polmiosite	<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 pregressa	<input type="checkbox"/>
Cisti renali semplici	<input type="checkbox"/> Epididimite	<input type="checkbox"/>
Criptorchidismo (operato e guarito)	<input type="checkbox"/> Orchite	<input type="checkbox"/>
Endometriosi	<input type="checkbox"/> Ovarite (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"/> Osteoartrosi	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre malattie		

3) Fa uso di alcolici?

No Si

(in caso di risposta affermativa indicare i consumi)

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

4) Ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti?

No Si

(in caso di risposta affermativa indicare)

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

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

No Si

(in caso di risposta affermativa indicare motivazione sanitaria)

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

No Si

(in caso di risposta affermativa indicare i postumi)

7) Misure somatiche

Peso	Altezza
_____	_____

Segue Proposta n. _____

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

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

No Si

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

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

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

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

Revoca della Proposta e diritto di recesso

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

Modalità di pagamento del premio dell'emittendo contratto

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

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

Periodicità del Premio: _____

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

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

Firma del Contraente
(ovvero il Legale rappresentante)

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

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 e/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

USA_Info_Cont_01 – ed. 01.01.2025

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

Chi tratterà i dati personali?

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

Quali dati personali tratteremo?

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

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

Oltre i Dati da Lei direttamente forniti, potranno essere trattati anche Dati raccolti presso fonti terze¹.

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

Perché tratteremo i Dati?

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

- (F1) – Stipula della polizza, erogazione dei servizi assicurativi da Lei richiesti (di seguito, i “Servizi Assicurativi” o i “Servizi”) e attività connesse:** il trattamento avviene al fine di consentire la stipula della polizza, relativa al prodotto assicurativo da Lei richiesto, nonché allo scopo di erogarne i relativi Servizi. In particolare, il trattamento potrebbe riguardare, fra le altre, le seguenti attività: predisposizione e stipula di contratti assicurativi; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri; pagamento o esecuzione delle eventuali ulteriori prestazioni previste dai Servizi da Lei richiesti; attività pertinenti la riassicurazione e/o la coassicurazione.
- (F2) – Finalità amministrativo-contabile e adempimento degli obblighi normativi di settore:** il trattamento avviene al fine di consentire l'adempimento degli obblighi normativi (ad esempio, fiscali), amministrativi e contabili di volta in volta applicabili, nonché per l'adempimento degli altri specifici obblighi previsti dal settore assicurativo (in via esemplificativa, la tenuta dei registri assicurativi) e delle eventuali disposizioni impartite dai soggetti pubblici competenti, quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza².
- (F3) – Finalità antifrode:** il trattamento comporta lo svolgimento delle attività pertinenti la prevenzione e l'accertamento delle frodi assicurative e la valutazione in ordine alle relative azioni legali da intraprendere, anche di concerto con le altre compagnie assicurative del Gruppo Unipol.
- (F4) – Esercizio e difesa dei diritti:** il trattamento avviene allo scopo di consentire alla Compagnia l'eventuale esercizio di azioni e/o la difesa di diritti, da intraprendere sia per via stragiudiziale che in sede giudiziaria, nonché lo svolgimento delle investigazioni difensive per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti ritenuti illeciti o fraudolenti.
- (F5) – Finalità statistiche e/o tariffarie:** il trattamento attiene allo svolgimento di attività di analisi ed elaborazione dei dati per finalità tariffarie e/o statistiche, secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, informazioni commerciali e creditizie (relative alla Sua affidabilità e puntualità nei pagamenti) per l'analisi di nuovi mercati assicurativi, per la gestione ed il controllo interno.
- (F6) – Comunicazioni di servizio:** il trattamento prevede l'utilizzo dei Dati al fine di inviarLe comunicazioni di servizio, necessarie alla corretta esecuzione del Suo rapporto contrattuale con la Compagnia, nonché le altre comunicazioni previste come obbligatorie dalle specifiche normative di settore. La informiamo inoltre che alcuni dei dati personali da Lei forniti (nome, cognome, numero di polizza, indirizzo e-mail) potranno essere trattati anche al fine di fornirLe l'assistenza tecnica e garantirLe l'accesso alla Sua area riservata.
- (F7) – Comunicazioni commerciali relative a prodotti e/o servizi analoghi a quelli da Lei acquistati (anche, “Soft spam”):** il Suo indirizzo di posta elettronica, qualora da Lei fornito nell'ambito delle attività di acquisto dei Servizi Assicurativi, potrà essere utilizzato al fine di inviarLe comunicazioni commerciali relative a prodotti e servizi assicurativi, analoghi a quelli da Lei acquistati. Resta sempre ferma la Sua facoltà di opporsi, in qualunque momento, alla ricezione di tali comunicazioni (si veda il paragrafo, “**I Suoi diritti**”).

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

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

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

Come tratteremo i Suoi Dati?

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

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

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

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

A chi comunicheremo i Dati?

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

- soggetti esterni cui la Compagnia affida lo svolgimento di attività per proprio conto (in via esemplificativa, e non esaustiva, fornitori di servizi informatici, telematici e di archiviazione; soggetti cui sono affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; soggetti che forniscono attività di supporto alla gestione delle attività operative connesse – ad esempio, società di servizi postali; soggetti che svolgono attività di revisione, di consulenza, di informazione commerciale per rischi finanziari di controllo delle frodi, di recupero crediti, ecc.) e con cui la stessa stipula accordi volti a disciplinare il trattamento dei dati personali;
- altre società del Gruppo Unipol³, qualora necessario al perseguimento delle finalità suindicate;
- soggetti che fanno parte della c.d. “catena assicurativa”, in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti (ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE. In via esemplificativa: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali, investigatori privati; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; enti e organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati);
- le competenti autorità – giudiziaria (di seguito, “Autorità Giudiziaria”), ente pubblico (di seguito, “Pubblica Amministrazione”), autorità di controllo (ad esempio, IVASS) o di pubblica sicurezza – sia al fine di dar seguito ad esigenze di tutela di un diritto della Compagnia, sia qualora questo risulti necessario al fine di adempiere ad una disposizione di legge, di regolamento o di normativa europea, ovvero in base a un ordine e/o un provvedimento delle competenti autorità summenzionate;
- società assicurative, non appartenenti al Gruppo Unipol, qualora necessario al perseguimento dei legittimi interessi della Compagnia, ovvero di tali società, correlati a specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale;
- ANIA (Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici), per la raccolta ed elaborazione di elementi, notizie e dati strumentali all'esercizio e alla tutela dell'industria assicurativa, nonché per la gestione della Convenzione tra assicuratori per il risarcimento diretto (CARD);
- Organismi consortili del settore assicurativo, i quali operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazioni consorziate alle quali i dati possono essere comunicati;
- CONSAP (“Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici”);
- soggetti abilitati ad accedere ad alcuni Dati necessari per lo svolgimento di attività ausiliarie al rapporto contrattuale in oggetto (quali, in via esemplificativa, e non esaustiva, banche e istituti di credito, ente posta o altre società fornitrici di servizi simili, istituti di vigilanza o società che prestano il servizio di assistenza stradale);
- nel contesto della liquidazione di polizze appartenenti al ramo vita, i dati personali del beneficiario, entro i limiti di quanto strettamente necessario e ricorrendone i presupposti, potranno essere comunicati al/agli eredi del contraente che abbiano la qualifica di legittimari, in base a quanto stabilito tempo per tempo dall'Autorità Garante per i dati personali ovvero dall'Autorità giudiziaria.

Per ulteriori informazioni, consultare la sezione Privacy del sito web www.unipol.it.

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

Per quanto tempo tratteremo i Dati?

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

I Suoi diritti

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

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

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

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

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

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

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

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

Unipol Assicurazioni S.p.A.

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