

Tutela 5

Codice F001011 - Edizione maggio 2017

Contratto di assicurazione sulla vita in forma temporanea in caso di morte.

Tariffa IUP115G

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- a) Nota Informativa;
- b) Condizioni di assicurazione;
- c) Glossario;
- d) Modulo di Proposta;

deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

UNIQA Previdenza SpA





Indice

■ Nota Informativa (pag. 1 di 11)	Contratto di puro rischio.....1 A. Informazioni sull’Impresa di assicurazione1 B. Informazioni sulle prestazioni assicurative e sulle garanzie offerte.....1 C. Informazioni su costi e regime fiscale e legale6 D. Altre informazioni sul Contratto7
■ Condizioni Contrattuali (pag. 1 di 19)	Sezione 11 Obblighi della Società e Disciplina del Contratto.....1 Sezione 2.....1 Condizioni garanzia base - Temporanea per il caso di morte a Premio Monoannuale1 Condizioni dell’assicurazione “Terminal Illness”7 complementare all’assicurazione Temporanea a premio Monoannuale.....7 Sezione 38 Assicurazioni complementari abbinabili alla Tariffa 115G.....8 Sezione 3/A8 Assicurazione complementare per il caso di invalidità totale e permanente a seguito di Infortunio o Malattia dell’Assicurato8 Sezione 3/B11 Assicurazione complementare per il caso di morte da infortunio11 Assicurazione complementare per il caso di morte da infortunio - Estensione garanzia13 Sezione 3/E.....14 Assicurazione complementare “SalvaVita” per il caso di malattia grave ...14 Sezione 418 Condizioni supplementari di Carenza18 Documentazione richiesta per ogni evento di liquidazione19
■ Allegato I (pag. 1 di 1)	Allegato I.....1 Modalità assuntive e accertamenti sanitari di base da richiedersi in rapporto all’entità del capitale da assicurare e all’età dell’assicurando1
■ Glossario (pag. 1 di 3)	Glossario1
■ Modulo di Proposta (pag. 1 di 8)	Modulo di Proposta.....1

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. Informazioni sull'Impresa di assicurazione

1. Informazioni generali

UNIQA Previdenza SpA è un'impresa con Sede Legale in Italia, appartenente al Gruppo Reale Mutua e che non ha alcun rapporto di controllo, di partecipazione o di direzione comune con società appartenenti al gruppo austriaco UNIQA Insurance Group AG. È autorizzata all'esercizio delle assicurazioni sulla vita con Decreto del Ministro dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato n. 17656 del 23/4/1988 (Gazzetta Ufficiale n. 117 del 20/5/1988), iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione al n. 1.00070

- Codice Fiscale/Registro Imprese di Milano n. 08084500589 - R.E.A. di Milano n. 1295872.
- Sede Legale: Via Carnia, 26 - 20132 Milano.
- Recapito Telefonico: 02.281891 - Sito Internet: <http://www.uniqagroup.it/>.
- Numero verde dedicato agli assicurati: 800 25 27 47.

Per qualsiasi informazione relativa al contratto è possibile rivolgersi al Servizio Clienti scrivendo all'indirizzo sopraindicato, oppure all'indirizzo e-mail: servizioclienti@uniqagroup.it.

La revisione contabile è affidata alla Società Pricewaterhousecoopers SpA, con sede in Via Monte Rosa, 91 - 20149 Milano (MI).

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Si riportano i dati relativi all'ultimo bilancio approvato:

- patrimonio netto: 150,04 milioni di Euro (di cui capitale sociale: 39,0 milioni di Euro, riserve patrimoniali: 110,25 milioni di Euro);
- Gli indici di solvibilità, regime Solvency II, al 31/12/2016 sono pari a: 1,3804 che rappresenta il "Ratio" Fondi propri ammissibili sul Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) e 2,7771 che rappresenta il "Ratio" Fondi propri ammissibili sul Requisito Patrimoniale Minimo (MCR).

B. Informazioni sulle prestazioni assicurative e sulle garanzie offerte

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

"**Tutela 5**" è un'assicurazione Temporanea per il caso di morte con durata limitata ad un solo anno. Tuttavia, salvo disdetta inviata da parte del Contraente almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale, l'assicurazione viene prorogata automaticamente per un ulteriore anno e così successivamente, con il massimo di 30 anni.

Fermo quanto sopra, la copertura è prestata solo sino ad un'età massima dell'Assicurato di 75 anni, e l'ingresso in assicurazione è possibile esclusivamente per età comprese tra 18 e 70 anni.

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

Prestazione in caso di decesso:

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso del periodo di copertura, UNIQA Previdenza SpA liquiderà ai Beneficiari un importo pari al capitale costante assicurato in polizza.

Il capitale assicurato non potrà essere inferiore all'importo minimo di Euro 50.000,00.

Il rischio di morte è coperto senza limiti territoriali e qualunque possa esserne la causa, con la sola limitazione di garanzia sotto specificata nel caso in cui il decesso sia:

- avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;

o causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle Condizioni stabilite dal competente Ministero;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi sei mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili.

Avvertenza: si ricorda che in questi casi la Società paga il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.

Ulteriori particolari sono descritti nelle relative Condizioni Contrattuali (Sezione 2).

Prestazione complementare compresa nel contratto:

La sottoscrizione "Tutela 5" dà diritto ad un'ulteriore estensione di garanzia - completamente gratuita - denominata "Terminal Illness" ("Malattia Terminale"). In forza di questa garanzia, qualora all'Assicurato venga diagnosticata una grave malattia che comporti un'aspettativa di vita di 6 mesi o meno, la Società provvederà al pagamento immediato del capitale previsto dall'assicurazione Temporanea di base.

La durata di questa estensione di garanzia è pari a quella della Temporanea di base stessa.

Ulteriori particolari sono descritti nelle relative Condizioni Contrattuali (Sezione 2).

Prestazioni complementari facoltative previste dal contratto:

- 1) prestazione in caso di invalidità totale e permanente a seguito di infortunio o malattia: Se l'Assicurato, nel corso del periodo di copertura ma non oltre il compimento del 65° anno di età, diviene invalido in modo totale e permanente a seguito di infortunio o malattia, UNIQA Previdenza SpA corrisponde all'Assicurato il relativo capitale assicurato indicato in polizza. A seguito della liquidazione, il contratto si estingue.

L'importo del capitale assicurato con la presente garanzia complementare, se richiesta, viene indicato dal Contraente al perfezionamento del contratto e dovrà essere compreso tra un valore minimo di Euro 30.000,00 e un valore massimo pari al doppio del capitale assicurato con la garanzia base, con l'ulteriore limite assoluto di Euro 500.000,00. La copertura è prestata fino all'età massima dell'Assicurato di 65 anni. L'età per l'ingresso in assicurazione varia da 18 a 60 anni.

Ulteriori particolari sono descritti nelle relative Condizioni Contrattuali (Sezione 3/A).

- 2) prestazione in caso di morte da infortunio: assicurazione complementare che dà diritto alla corresponsione di un capitale, in via aggiuntiva rispetto a quello della garanzia base, in caso di morte dell'Assicurato conseguente ad infortunio e - opzionalmente - del doppio di questo se la morte è provocata da incidente di circolazione stradale.

L'importo del capitale assicurato con la presente garanzia complementare, se richiesta, viene indicato dal Contraente al perfezionamento del contratto e dovrà essere compreso tra un valore minimo di Euro 30.000,00 e un valore massimo pari al capitale assicurato con la garanzia base, con l'ulteriore limite assoluto di Euro 500.000,00.

La copertura è prestata fino all'età massima dell'Assicurato di 70 anni. L'età per l'ingresso in assicurazione varia da 18 a 60 anni.

Ulteriori particolari sono descritti nelle relative Condizioni Contrattuali (Sezione 3/B).

- 3) prestazione in caso di malattia grave ("SalvaVita"):
assicurazione complementare che dà diritto alla corresponsione di un capitale, in via aggiuntiva rispetto a quello della garanzia base, nel caso venga diagnosticata ed accertata all'Assicurato una delle malattie gravi comprese nella copertura assicurativa e descritte nelle relative Condizioni Contrattuali (Sezione 3/E).

L'importo del capitale assicurato con la presente garanzia complementare, se richiesta, viene indicato dal Contraente al perfezionamento del contratto e dovrà essere compreso tra un valore minimo di Euro 30.000,00 e un valore massimo pari al capitale assicurato con la garanzia base, con l'ulteriore limite assoluto di Euro 220.000,00.

La copertura è prestata fino all'età massima dell'Assicurato di 65 anni. L'età per l'ingresso in assicurazione varia da 18 a 60 anni e il periodo massimo di copertura non può superare i 10 anni dalla data d'ingresso nella garanzia base; trascorso tale periodo la copertura potrà essere eventualmente rinnovata con riferimento alle condizioni in vigore al momento della richiesta.

Ulteriori particolari sono descritti nelle relative Condizioni Contrattuali (Sezione 3/E).

Sospensione e Limitazione di garanzia:

Le garanzie complementari sopra descritte, abbinabili alla garanzia principale del contratto, prevedono, in talune particolari circostanze, periodi di sospensione della garanzia e limitazioni nella copertura del rischio. Per una completa descrizione di queste casistiche si rimanda alle seguenti Sezioni delle Condizioni Contrattuali, comprese nel presente fascicolo:

- 3/A (assicurazione per il caso di invalidità totale e permanente);
- 3/B (assicurazione per il caso di morte da infortunio);
- 3/E (assicurazione "SalvaVita" per il caso di malattia grave).

Accertamenti Sanitari:

La stipulazione del presente contratto, indipendentemente dalla presenza o meno delle garanzie complementari, potrà richiedere (in funzione del livello delle prestazioni) una specifica documentazione sanitaria.

È tuttavia possibile, a determinate condizioni, limitarsi alla compilazione di un questionario, ma in tal caso è previsto un periodo di carenza (limitazione della prestazione assicurata) di sei mesi. Per maggiori dettagli si rimanda alle Condizioni Contrattuali comprese nel presente fascicolo (Sezione 4). Modalità specifiche sono in particolare previste per la garanzia relativa al decesso dovuto ad infezione da H.I.V. (Aids e patologie collegate).

Il Contraente è invitato a leggere con attenzione le raccomandazioni e avvertenze contenute in proposta relative alla compilazione del questionario sanitario.

3.1 Adeguamento annuale delle coperture assicurative

Ad ogni ricorrenza annuale della data di decorrenza del contratto, il Contraente - nel rispetto dei vincoli e delle condizioni di seguito descritti - può richiedere:

- a) un adeguamento (in aumento o in diminuzione) del livello delle coperture assicurative prestate dal contratto, relative sia alla garanzia base che alle garanzie complementari disponibili in "Tutela 5";
- b) l'attivazione di una garanzia complementare, fra quelle disponibili, ancora non presente in polizza;
- c) la disattivazione di una garanzia complementare già presente in polizza.

I vincoli nella scelta delle nuove coperture assicurative e/o della nuova combinazione di garanzie complementari sono riassunti nella tabella seguente:

garanzia (1)	Età Massima (2)	Capitale Minimo (3)	Capitale Massimo (4)
Gar. 1 (base)	70 anni	Euro 50.000,00	Non stabilito - Soggetto a valutazione della Società
Gar. 2	//	//	//
Gar. 3	60 anni	Euro 30.000,00	2 volte il Capitale base, con limite = Euro 500.000,00
Gar. 4	60 anni	Euro 30.000,00	1 volta il Capitale base, con limite = Euro 500.000,00
Gar. 5	60 anni	Euro 30.000,00	1 volta il Capitale base, con limite = Euro 220.000,00

Nella prima colonna è riportato l'elenco di tutte le garanzie disponibili in "Tutela 5":

- Gar. 1 (base)** Temporanea per il caso di morte a Premio Monoannuale. Questa garanzia deve essere sempre presente con un capitale assicurato pari almeno all'importo minimo indicato;
- Gar. 2** assicurazione "Terminal Illness". Questa garanzia è strettamente legata alla garanzia base e non è pertanto direttamente modificabile (vedi Condizioni che seguono);
- Gar. 3** assicurazione complementare per il caso di invalidità totale e permanente a seguito di Infortunio o Malattia dell'Assicurato (Sezione 3/A);
- Gar. 4** assicurazione complementare per il caso di morte da infortunio (Sezione 3/B);
- Gar. 5** assicurazione complementare "SalvaVita" per il caso di malattia grave (Sezione 3/E).

Nella seconda colonna viene indicata l'età massima - valutata alla ricorrenza annuale - in cui è possibile richiedere l'attivazione della corrispondente garanzia complementare; la disattivazione è invece possibile anche per età successive. Relativamente alla garanzia base ("Gar. 1"), l'età massima indicata corrisponde all'età limite in cui è possibile aumentare l'importo di capitale assicurato; la diminuzione (fino a un minimo di Euro 50.000,00) è possibile anche oltre.

Nella terza e quarta colonna vengono indicati i limiti di capitale per ogni singola garanzia: fermo restando, come sopra già ricordato, l'impossibilità di disattivare la garanzia base (che porterebbe all'estinzione della polizza), le garanzie complementari - se attive - non possono accettare importi assicurati al di fuori dell'intervallo considerato.

Avvertenze:

1. L'eventuale richiesta annuale di aumento del livello delle coperture assicurative, precedentemente in vigore per una qualunque garanzia, è soggetta a valutazione da parte della Società che si riserva di richiedere un'eventuale integrazione della documentazione sanitaria e/o delle dichiarazioni rilasciate dall'Assicurato al momento del perfezionamento del contratto;
2. L'assicurazione complementare per il caso di morte da infortunio ("Gar. 4" in tabella) prevede due modalità di sottoscrizione: nella prima il capitale liquidabile è pari al capitale assicurato (i cui limiti sono indicati nella 4ª colonna), nella seconda modalità il capitale liquidabile è pari al doppio del capitale assicurato stesso; anche la scelta della modalità di sottoscrizione fra le due indicate è modificabile alla ricorrenza annuale. Ulteriori dettagli sulle coperture assicurative previste da questa garanzia complementare sono disponibili alla Sezione 3/B delle Condizioni Contrattuali che seguono;
3. La copertura relativa all'assicurazione complementare "SalvaVita" ("Gar. 5" in tabella) non può superare i 10 anni dalla data di ingresso nella garanzia base; trascorso tale periodo la copertura potrà essere eventualmente rinnovata - fatta salva la valutazione da parte della Società di cui al punto 1 - con riferimento alle condizioni in vigore al momento della richiesta;

4. Il rispetto dei vincoli sopra descritti può indirettamente portare, in caso di richiesta di modifica di uno o più importi di capitale, ad una variazione anche dei capitali assicurati con altre garanzie.
Esempio: qualora venisse richiesta una diminuzione del capitale relativo alla garanzia base, anche i capitali relativi alle garanzie complementari - se presenti per importi superiori - verrebbero adeguati al valore indicato in quarta colonna.

La richiesta di adeguamento del livello di copertura assicurativa e/o della nuova combinazione di garanzie eventualmente prescelto - che deve pervenire in Società almeno 60 giorni prima della ricorrenza annuale interessata - deve essere inoltrata per raccomandata A.R. a:

UNIQA Previdenza SpA - Via Carnia, 26 - 20132 Milano.

La Società provvederà ad inviare comunicazione di conferma di tutte le modifiche effettuate, dei nuovi importi di premio corrispondenti e della data di effetto di tali modifiche.

Qualora l'adeguamento richiesto non venga invece accettato, verrà inviata al Contraente una comunicazione con le motivazioni della decisione.

4. Premi

Il premio annuo è determinato anno per anno in relazione alle garanzie prestate, al loro ammontare, all'età dell'Assicurato, all'inizio di ogni annualità, al suo stato di salute ed alle attività professionali svolte. In particolare, quanto più è alta l'età dell'Assicurato tanto maggiore è il rischio che si verifichi l'evento previsto dalla copertura assicurativa. Il crescere dell'età dell'Assicurato comporta quindi un progressivo aumento, anno dopo anno, del relativo premio versato.

Il costo delle singole garanzie complementari si determina come segue:

- 1) prestazione in caso di invalidità totale e permanente a seguito di infortunio o malattia:
Il premio per questa copertura assicurativa è determinato applicando i tassi di premio con riferimento all'età dell'Assicurato all'inizio dell'anno in corso.
- 2) prestazione in caso di morte da infortunio:
Per tale garanzia il premio accessorio annuo complessivo, imposte incluse, è pari all'1,50 per mille del capitale assicurato. Nel caso si opti per una garanzia di liquidazione raddoppiata a seguito di decesso da incidente di circolazione stradale, il premio è pari al 2,00 per mille.
- 3) prestazione in caso di malattia grave ("SalvaVita"):
Il premio per questa copertura assicurativa è determinato applicando i tassi di premio con riferimento all'età dell'Assicurato all'inizio dell'anno in corso.

Il pagamento dei premi, che deve avvenire con mezzi diversi dal denaro contante, può essere effettuato tramite una delle seguenti modalità:

- bonifico a favore di UNIQA Previdenza SpA sul c/c bancario Codice IBAN IT30030691271110000011526, intestato a UNIQA Previdenza SpA presso INTESA SANPAOLO - Filiale Financial Institutions - Via Langhirano, 1 - 43125 PARMA;
- assegno bancario o circolare non trasferibile a favore di UNIQA Previdenza SpA;
- assegno bancario o circolare non trasferibile a favore dell'Intermediario (solo per importi inferiori a Euro 15.000,00);
- bancomat/Carta di credito;
- bollettini e Vaglia postali.

La Società non si fa carico delle eventuali spese amministrative relative alle suddette forme di pagamento.

5. Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

La presente forma assicurativa non prevede modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili.

C. Informazioni su costi e regime fiscale e legale

6. Costi

6.1. Costi gravanti direttamente sul Contraente

6.1.1. Costi gravanti sul premio

Il costo complessivo per spese di acquisizione, gestione ed incasso, prelevato da ogni premio annuo, ammonta al 35% del premio stesso (al netto delle spese di emissione e dei diritti di quietanza successivamente indicati).

Le spese di emissione e di quietanza sono rappresentate da:

Spese di emissione ⁽¹⁾	Diritti di quietanza ⁽²⁾
Euro 5,00	Euro 5,00

⁽¹⁾ Costo applicato "una tantum" all'emissione del contratto.

⁽²⁾ Costi applicati su ciascuna rata di premio successiva alla prima.

Gli interessi di frazionamento, dovuti nel caso si scelga di corrispondere il premio annuo in rate semestrali, sono pari all'1,50%.

Non sono previste altre modalità di frazionamento del Premio.

L'onere per le visite mediche eventualmente da sostenersi è a totale carico dell'Assicurato. Si rimanda all'Allegato 1 alle Condizioni Contrattuali per ulteriori dettagli circa le modalità assuntive e gli accertamenti sanitari di base da richiedersi in rapporto all'entità del capitale da assicurare e all'età dell'Assicurato.

6.1.2. Costi per riscatto

La presente forma assicurativa non ammette riscatto.

6.1.3. Costi per l'erogazione della rendita

La presente forma assicurativa non prevede l'erogazione di una rendita.

6.2. Costi applicati in funzione delle modalità di partecipazione agli utili

La presente forma assicurativa non prevede modalità di partecipazione agli utili.

Con riferimento alle tipologie di costo di cui al presente paragrafo, si riporta la quota parte percepita dall'intermediario con riferimento al flusso commissionale relativo al prodotto determinata sulla base delle rilevazioni contabili relative all'ultimo esercizio della Società.

Quota - parte retrocessa ai distributori	
Anno 2016	63,59%

7. Sconti

La presente forma assicurativa non prevede applicazione di sconti.

8. Regime Fiscale e Legale

8.1 Regime Fiscale

Quanto sotto riportato, fa riferimento alla normativa fiscale vigente in Italia al momento della redazione della presente Nota Informativa. Con esso, non si intende fornire una descrizione esaustiva di tutti i possibili aspetti fiscali che potrebbero rilevare, direttamente o indirettamente, in relazione all'acquisto delle polizze:

8.1.1 Imposta sui premi

I premi delle assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad alcuna imposta.

I premi della garanzia complementare per il caso di morte da Infortunio, descritta alla Sezione 3/B delle Condizioni Contrattuali, sono soggetti all'imposta determinata dalla normativa fiscale vigente.

8.1.2 Detraibilità fiscale dei premi

Sul premio complessivamente versato a fronte della presente assicurazione è ammessa una detrazione d'imposta secondo le modalità e nei limiti previsti dalla normativa fiscale vigente. In virtù della detrazione fiscale dei premi, il costo effettivo dell'assicurazione risulta pertanto inferiore al premio versato.

8.1.3 Tassazione delle somme assicurate

Le somme ricevute a seguito di assicurazione sulla vita, corrisposte in caso di morte dell'Assicurato, sono esenti da imposizione IRPEF.

8.2 Regime Legale

8.2.1 Pignorabilità e Sequestrabilità

Ai sensi dell'art. 1923 del Codice Civile e fatti salvi i casi previsti dalla vigente normativa (2° comma dell'art. 1923 del Codice Civile e Regio Decreto 16/3/1942 n. 267 - "Legge fallimentare"), le somme dovute dalla Società in virtù di contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili.

8.2.2 Diritto proprio del Beneficiario

Ai sensi dell'art. 1920 del Codice Civile, il Beneficiario di un contratto di assicurazione sulla vita acquistata, per effetto della designazione fatta a suo favore dal Contraente, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione.

Ne deriva che - fatti salvi i diritti riservati ai legittimari previsti dal Codice Civile agli art. 536 e seguenti - le somme corrisposte a seguito di decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

D. Altre informazioni sul contratto

9. Modalità di perfezionamento del contratto

Il contratto è concluso nel momento in cui il Contraente ha conoscenza dell'avvenuta accettazione della Proposta da parte della Società.

Concluso il contratto, le coperture assicurative entrano in vigore alle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio, o del giorno di decorrenza indicato in polizza se successivo.

10. Risoluzione del contratto e sospensione del pagamento dei premi

Avvertenza: si ricorda che è facoltà del Contraente sospendere il pagamento dei premi, con conseguente estinzione automatica del contratto. Ciò tuttavia comporterà la perdita di quanto già versato.

Entro 12 mesi dalla sospensione si ha comunque diritto di richiedere il ripristino della piena efficacia del contratto. Se la richiesta di ripristino è successiva ai primi 6 mesi dalla sospensione, tuttavia, il ripristino stesso sarà subordinato all'accettazione scritta della Società, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

Ulteriori particolari sono descritti nelle relative Condizioni Contrattuali Sezione 2 art. 8.

11. Riscatto e Riduzione

La presente forma assicurativa non ammette valore di riscatto né di riduzione.

12. Revoca della proposta

Il Contraente, fino al momento della conclusione del contratto, ha la facoltà di revocare la propria proposta di assicurazione. Per l'esercizio della revoca il Contraente deve inviare una comunicazione scritta, mediante lettera raccomandata A.R., indirizzata a:

UNIQA Previdenza SpA - Via Carnia, 26 - 20132 Milano

contenente gli elementi identificativi della proposta e la dichiarazione di revoca.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca la Società rimborserà al Contraente il premio da questi eventualmente corrisposto, con il diritto di trattenere le spese di emissione del contratto effettivamente sostenute, di cui al punto 6.1.1 e quantificate nella proposta.

13. Diritto di recesso

Il Contraente ha altresì il diritto di recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui il contratto stesso è stato concluso. Il recesso deve essere esercitato mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento, inviata al medesimo indirizzo indicato al punto precedente, ed allegando l'originale di polizza con eventuali appendici.

La notifica del recesso libera le Parti da qualunque obbligazione derivante dal contratto con decorrenza dal giorno di spedizione della lettera raccomandata.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà al Contraente il premio corrisposto, con il diritto di trattenere:

- le spese di emissione del contratto effettivamente sostenute, di cui al punto 6.1.1 e quantificate sia nella proposta sia nel contratto;
- la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

14. Documentazione da consegnare alla Società per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

La documentazione necessaria per il caso di liquidazione della polizza è riportata in dettaglio in allegato alle Condizioni Contrattuali.

La richiesta di liquidazione, corredata della suddetta documentazione, deve essere inoltrata alla Società:

- tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a:
UNIQA Previdenza SpA - Via Carnia, 26 - 20132 Milano;

oppure:

- tramite comunicazione, debitamente sottoscritta, da consegnare direttamente alla Sede della Società o presso l'Intermediario cui è assegnata la polizza.

A seguito di particolari eventi straordinari, legati all'eventuale presenza di inchieste giudiziarie aperte dalle Autorità competenti, la Società potrà subordinare il pagamento del capitale richiesto all'esame di ulteriore documentazione che verrà di volta in volta specificata.

La Società effettuerà i pagamenti dovuti entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione necessaria ad accertare gli aventi diritto e a verificare l'obbligo di pagamento. Trascorso tale termine, il Beneficiario riceverà gli interessi per ritardato pagamento.

Ai fini dell'individuazione della scadenza del termine per il pagamento, qualora la richiesta di liquidazione, opportunamente documentata, sia effettuata presso la rete di vendita, si considera il momento della consegna dei documenti alla rete stessa.

Ogni pagamento viene effettuato presso UNIQA Previdenza SpA o presso la sede dell'Intermediario cui è assegnato il contratto.

Si ricorda, inoltre, che l'art. 2952 del Codice Civile dispone che i diritti derivanti dal contratto si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

15. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

Le Parti possono tuttavia pattuire l'applicazione di una diversa legislazione ed in tal caso sarà la Società a proporre quella da applicare; in ogni caso prevalgono le norme imperative di diritto italiano.

16. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto, ogni documento ad esso eventualmente allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana.

Le Parti possono tuttavia pattuire una diversa lingua di redazione ed in tal caso sarà la Società a proporre quella da applicare.

17. Reclami

Il contraente ha la facoltà, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, di inoltrare reclamo per iscritto all'intermediario o all'impresa preponente ai seguenti recapiti :

Ufficio Reclami di UNIQA Previdenza SpA, ad uno dei seguenti indirizzi:

- via posta : Via Carnia 26 - 20132 MILANO (MI)
- via fax : 02-28189677
- via posta elettronica: reclami@uniqagroup.it

Sono da intendersi di pertinenza dell'intermediario i reclami afferenti l'osservanza delle regole di comportamento previste dall'art. 183 del CAP come disciplinate dal Titolo II del Regolamento Isvap n. 5/2006 e successive modificazioni; l'intermediario risponde anche dei reclami aventi ad oggetto i comportamenti dei propri dipendenti e collaboratori.

Qualora l'esponente non si ritenesse soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di mancato riscontro da parte dell'intermediario e/o dell'impresa preponente entro il termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi a:

IVASS - Servizio Tutela del Consumatore

FAX: 06 42133206, Via del Quirinale, 21 00187 Roma,

utilizzando l'apposito modulo disponibile sul sito dell'IVASS e corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'intermediario e/o dall'impresa preponente e dell'eventuale riscontro fornito. Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali:

- dati anagrafici del reclamante (nome, cognome, indirizzo postale - se disponibile anche indirizzo PEC - eventuale recapito telefonico);
- indicazione dell'impresa di assicurazione di cui si lamenta l'operato;
- chiara e sintetica descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo già trasmesso all'impresa e dell'eventuale risposta ricevuta e di eventuali altri documenti utili alla trattazione del caso.

Nel caso di una controversia per eventi accaduti all'estero con un'impresa che ha sede in un altro Stato membro dell'Unione Europea, per provare a risolvere la questione in via stragiudiziale, è possibile attivare la procedura c.d. FIN-NET, creata appositamente in Europa per la risoluzione delle liti transfrontaliere.

Per attivare la rete FIN-NET è possibile rivolgersi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante.

Per maggiori informazioni sulla procedura FIN-NET è possibile collegarsi al seguente indirizzo:

http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/docs/finnet-guide/italy-light_it.pdf

In ogni caso, fatta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale:

- per le controversie in materia di contratti assicurativi ciascuno, tramite il proprio difensore, può accedere alla mediazione di cui al D.lgs 4.3.2010 n. 28 al quale si rimanda per le informazioni di dettaglio;

- per le controversie aventi ad oggetto una domanda di pagamento a qualsiasi titolo di somme non eccedenti Euro 50.000,00 (cinquantamila/00) si applica la disciplina di cui all'art. 3 D.L. 12.9.2014 n. 132, la cosiddetta negoziazione assistita, esperibile solo con l'assistenza di un difensore. L'esperienza del procedimento di negoziazione assistita è condizione di procedibilità delle domande giudiziali, fatte salve le eccezioni previste dallo stesso D.Lgs.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

18. Informativa in corso di contratto

La presente forma assicurativa non prevede modalità di partecipazione agli utili e pertanto non è previsto l'invio di alcun estratto conto annuale.

Fermo restando la necessità per la Società di informare tempestivamente per iscritto il Contraente di eventuali variazioni delle informazioni contenute nel presente Fascicolo Informativo derivanti da modifiche normative, per le variazioni non derivanti da tali innovazioni (ad esempio le informazioni sulla situazione patrimoniale) si rimanda al sito internet della Società: <http://www.uniqagroup.it/>.

È inoltre prevista per il Contraente o gli aventi diritto la facoltà di richiedere alla Società, secondo le modalità rese note sul sito internet www.uniqagroup.it, le credenziali di accesso alla propria area riservata, indicando le proprie generalità comprensive di un indirizzo e-mail valido al quale la Società potrà trasmettere le opportune comunicazioni.

19. Comunicazioni del Contraente alla Società

Si richiama l'attenzione del Contraente sulle disposizioni di cui all'art. 1926 del Codice Civile in merito alle comunicazioni da rendere alla Società in caso di modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto.

20. Conflitto di interessi

Il presente prodotto non presenta situazioni in conflitto d'interesse derivanti da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di Società del gruppo. Nessun accordo per il riconoscimento di utilità specifiche è stato stipulato dalla Società con terze parti.

Obblighi di adeguata verifica della clientela (Titolo II, art. 15 e ss. D.Lgs. 231/2007 e successive modificazioni e integrazioni e Sezione II, art. 7 e ss. Del Regolamento IVASS n. 5 del 21/07/2014)

Le nuove normative in materia di adeguata verifica della clientela in materia di contrasto al riciclaggio di denaro proveniente da attività illecite e di contrasto al terrorismo, impongono alla Società specifici obblighi da espletarsi mediante l'acquisizione di tutte quelle informazioni utili ad identificare il contraente, l'assicurato, il titolare effettivo nel caso di contraente persona giuridica ed il beneficiario, al momento della liquidazione della prestazione assicurativa. Dovrà essere identificato altresì l'eventuale soggetto che effettua l'operazione per conto di terzi, ovvero l'esecutore e quindi colui che opera in nome e per conto altrui in forza di poteri conferiti a mezzo di procure. Tali informazioni devono essere raccolte prima dell'apertura del rapporto continuativo, sia in fase di sottoscrizione della polizza che nel corso della durata del contratto a seguito di operazioni rappresentate da movimento di denaro, attraverso la compilazione e la sottoscrizione di appositi schede integrate nella modulistica e devono essere raccolte con lo scopo specifico di attestare e verificare l'identità degli stessi, sulla base di documenti, dati o informazioni ottenuti da una fonte affidabile e indipendente di cui va acquisita copia leggibile in formato cartaceo o elettronico.

In aggiunta la normativa prevede ulteriori informazioni da raccogliere in fase di stipula e di apertura del rapporto continuativo inerenti altre figure che potrebbero essere ulteriormente censite in tali fasi.

A tal fine l'art. 21 del citato decreto impone ai clienti (o l'eventuale soggetto che effettua l'operazione per conto di terzi ovvero all'esecutore) di fornire, sotto la propria responsabilità, le informazioni necessarie per consentire l'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela sopra indicati
A tal proposito si rimanda per il dettaglio a quanto riportato nella apposita modulistica.

UNIQA Previdenza SpA è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Il Rappresentante Legale
Michele Meneghetti



Sezione I

Obblighi della Società e Disciplina del Contratto

Obblighi della Società

Gli obblighi della Società risultano esclusivamente dalle Condizioni Contrattuali descritte al successivo paragrafo "Disciplina del Contratto", dalle norme legislative in materia, e dagli eventuali allegati di polizza rilasciati dalla Società stessa.

Disciplina del Contratto

Il contratto è disciplinato dalle:

- Condizioni dell'assicurazione Temporanea per il caso di morte a Premio Monoannuale comprensive delle Condizioni dell'assicurazione complementare gratuita "Terminal Illness";
- dalle Condizioni delle Assicurazioni complementari relative alle garanzie abbinabili all'assicurazione base sulla vita di cui al primo punto (Sezione 3, 3/A, 3/B e 3/E);
- Condizioni supplementari di Carenza (Sezione 4).

La presente forma assicurativa prevede la preventiva presentazione di alcuni accertamenti sanitari in rapporto all'entità del capitale assicurato. È tuttavia possibile, a determinate condizioni, limitarsi alla compilazione di un questionario, ma in tal caso è previsto un periodo di "carenza" (limitazione della prestazione assicurata) di sei mesi a decorrere dalla data di perfezionamento della polizza.

Le Condizioni di Carenza - qualora applicabili in quanto richiamate nel documento contrattuale rilasciato dalla Società al perfezionamento del contratto - sono descritte alla Sezione 4 del presente fascicolo.

Nel testo che segue, per "garanzia base" e "garanzie complementari" si intende:

- **garanzia base:** l'assicurazione principale del contratto "**Tutela 5**", Temporanea per il caso di morte a Premio Monoannuale;
- **garanzie complementari:** Tutte le assicurazioni facoltative e aggiuntive alla garanzia base, che completano nell'insieme la copertura assicurativa di "**Tutela 5**".

Le Condizioni delle garanzie complementari - qualora applicabili in quanto richiamate nel documento contrattuale rilasciato dalla Società al perfezionamento del contratto - sono regolate alle Sezioni 3/A, 3/B e 3/E del presente fascicolo.

Sezione 2

Condizioni garanzia base - Temporanea per il caso di morte a Premio Monoannuale

Art. 1 - Oggetto

In caso di morte dell'Assicurato nel corso del periodo di copertura e purché la polizza sia al corrente con il pagamento dei premi, la Società garantisce il pagamento immediato del capitale assicurato ai Beneficiari designati in polizza.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della polizza, questa si intenderà estinta ed il premio pagato resterà acquisito alla Società.

L'assicurazione è di durata monoannuale e, in mancanza di disdetta inviata da parte del Contraente almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente, con il massimo di 30 anni.

Fermo quanto sopra, la copertura è prestata solo sino ad un'età massima dell'Assicurato di 75 anni e l'ingresso in assicurazione è possibile esclusivamente per età comprese tra 18 e 70 anni. Il capitale minimo assicurabile è pari a Euro 50.000,00.

Art. 2 - Conclusione del contratto

Il contratto è concluso nel momento in cui il Contraente ha conoscenza dell'avvenuta accettazione della Proposta da parte della Società.

Concluso il contratto, le coperture assicurative entrano in vigore alle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio, o del giorno di decorrenza indicato in polizza se successivo.

Art. 3 - Revocabilità della proposta

Il Contraente, fino al momento della conclusione del contratto, ha la facoltà di revocare la propria proposta di assicurazione. Per l'esercizio della revoca il Contraente deve inviare una comunicazione scritta, mediante lettera raccomandata A.R., indirizzata a:

UNIQA Previdenza SpA - Via Carnia, 26 - 20132 Milano

contenente gli elementi identificativi della proposta e la dichiarazione di revoca.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca la Società rimborserà al Contraente il premio da questi eventualmente corrisposto, con il diritto di trattenere le spese di emissione del contratto effettivamente sostenute e quantificate nella proposta.

Art. 4 - Diritto di recesso del Contraente

Il Contraente ha il diritto di recedere dal contratto entro 30 giorni dal momento in cui il contratto stesso è stato concluso. Il recesso deve essere esercitato mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento, inviata al medesimo indirizzo indicato all'art. precedente, ed allegando l'originale di polizza con eventuali appendici.

La notifica del recesso libera le Parti da qualunque obbligazione derivante dal contratto con decorrenza dal giorno di spedizione della lettera raccomandata.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborserà al Contraente il premio corrisposto, con il diritto di trattenere:

- le spese di emissione del contratto effettivamente sostenute e quantificate sia nella proposta sia nelle presenti Condizioni;
- la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

Art. 5 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato, rese in sede di Proposta, devono essere esatte, complete e veritiere.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In particolare, in questi casi la Società si riserva:

- di contestare la validità del contratto, ai sensi dell'art. 1892 del Codice Civile, quando esiste dolo o colpa grave;
- di recedere dal contratto o, se è già avvenuto il sinistro, di ridurre le somme da liquidare, ai sensi dell'art. 1893 del Codice Civile, quando non esiste dolo o colpa grave.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

Art. 6 - Rischio di morte

Il rischio di morte è coperto senza limiti territoriali e qualunque possa esserne la causa, con la sola limitazione di garanzia sotto specificata nel caso in cui il decesso sia:

- a) avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;

o causato da:

- b) dolo del Contraente o del Beneficiario;
- c) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- d) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle Condizioni stabilite dal competente Ministero;
- e) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- f) suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi sei mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- g) uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili.

In questi casi la Società paga il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.

Art. 7 - Pagamento del premio

A fronte delle garanzie previste dalla presente forma assicurativa è dovuto un premio annuo anticipato determinato, anno per anno, in base all'età dell'Assicurato alla data di ricorrenza anniversaria.

Il premio annuo è dovuto, in ogni caso, non oltre la morte dell'Assicurato.

Il premio di questa Garanzia assicurativa, e delle eventuali Garanzie Complementari, può anche essere corrisposto in rate semestrali con una maggiorazione di costo pari all'1,50% del premio netto complessivo. In caso di decesso dell'Assicurato, tuttavia, l'ultimo premio annuo è dovuto per intero anche se frazionato.

Le spese di emissione del contratto, prelevate dalla prima rata di premio, e quelle di quietanza, prelevate dalle successive rate di premio, sono entrambe pari a Euro 5,00.

Il pagamento del premio, che deve avvenire con mezzi diversi dal denaro contante, può essere effettuato tramite una delle seguenti modalità:

- bonifico a favore di UNIQA Previdenza SpA sul c/c bancario Codice IBAN IT3000306912711100000011526, intestato a UNIQA Previdenza SpA presso INTESA SANPAOLO - Filiale Financial Institutions - Via Langhirano, 1 - 43125 PARMA;
- assegno bancario o circolare non trasferibile a favore di UNIQA Previdenza SpA;
- assegno bancario o circolare non trasferibile a favore dell'Intermediario (solo per importi inferiori a Euro 15.000,00);
- bancomat/Carta di credito;
- bollettini e Vaglia postali.

La Società non si fa carico delle eventuali spese amministrative relative alle suddette forme di pagamento.

Le rate di premio debbono essere pagate alle scadenze pattuite, contro quietanza emessa dalla Direzione Generale. È ammessa una dilazione di trenta giorni senza oneri di interessi. A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in alcun caso, opporre l'eventuale mancato invio di avvisi di scadenza o l'esazione dei premi precedentemente avvenuta al suo domicilio.

Art. 8 - Mancato pagamento del premio e Riattivazione

Trascorsi trenta giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata si determina la risoluzione del contratto ed i premi versati restano acquisiti alla Società.

Negli ulteriori cinque mesi successivi al mancato pagamento della rata di premio, il Contraente ha diritto di riattivare l'assicurazione, pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi calcolati al tasso legale, in base al periodo intercorso tra la relativa data di scadenza e quella di riattivazione.

La riattivazione può avvenire anche entro un termine massimo di un anno dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, ma solo previa espressa domanda del Contraente e

accettazione scritta della Società, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

A seguito di riattivazione, in ogni caso, la copertura assicurativa entra nuovamente in vigore per l'intero suo valore a partire dal momento in cui il Contraente:

1. sottoscrive la relativa appendice di riattivazione;
2. paga l'importo complessivo dei premi arretrati e degli interessi.

Art. 9 - Adeguamento annuale delle coperture assicurative

Ad ogni ricorrenza annuale della data di decorrenza del contratto, il Contraente - nel rispetto dei vincoli e delle condizioni di seguito descritti - può richiedere:

- a) un adeguamento (in aumento o in diminuzione) del livello delle coperture assicurative prestate dal contratto, relative sia alla garanzia base che alle garanzie complementari disponibili in "Tutela 5";
- b) l'attivazione di una garanzia complementare, fra quelle disponibili, ancora non presente in polizza;
- c) la disattivazione di una garanzia complementare già presente in polizza.

I vincoli nella scelta delle nuove coperture assicurative e/o della nuova combinazione di garanzie complementari sono riassunti nella tabella seguente:

garanzia (1)	Età Massima (2)	Capitale Minimo (3)	Capitale Massimo (4)
Gar. 1 (base)	70 anni	Euro 50.000,00	Non stabilito - Soggetto a valutazione della Società
Gar. 2	//	//	//
Gar. 3	60 anni	Euro 30.000,00	2 volte il Capitale base, con limite = Euro 500.000,00
Gar. 4	60 anni	Euro 30.000,00	1 volta il Capitale base, con limite = Euro 500.000,00
Gar. 5	60 anni	Euro 30.000,00	1 volta il Capitale base, con limite = Euro 220.000,00

Nella prima colonna è riportato l'elenco di tutte le garanzie disponibili in "Tutela 5":

- Gar. 1 (base)** Temporanea per il caso di morte a Premio Monoannuale. Questa garanzia deve essere sempre presente con un capitale assicurato pari almeno all'importo minimo indicato;
- Gar. 2** assicurazione questa garanzia è strettamente legata alla garanzia base e non è pertanto direttamente modificabile (vedi Condizioni che seguono);
- Gar. 3** assicurazione complementare per il caso di invalidità totale e permanente a seguito di Infortunio o Malattia dell'Assicurato (Sezione 3/A);
- Gar. 4** assicurazione complementare per il caso di morte da infortunio (Sezione 3/B);
- Gar. 5** assicurazione complementare "SalvaVita" per il caso di malattia grave (Sezione 3/E).

Nella seconda colonna viene indicata l'età massima - valutata alla ricorrenza annuale - in cui è possibile richiedere l'attivazione della corrispondente garanzia complementare; la disattivazione è invece possibile anche per età successive. Relativamente alla garanzia base ("Gar. 1"), l'età massima indicata corrisponde all'età limite in cui è possibile aumentare l'importo di capitale assicurato; la diminuzione (fino a un minimo di Euro 50.000,00) è possibile anche oltre.

Nella terza e quarta colonna vengono indicati i limiti di capitale per ogni singola garanzia: fermo restando, come sopra già ricordato, l'impossibilità di disattivare la garanzia base (che porterebbe all'estinzione della polizza), le garanzie complementari - se attive - non possono accettare importi assicurati al di fuori dell'intervallo considerato.

Avvertenze:

1. L'eventuale richiesta annuale di aumento del livello delle coperture assicurative, precedentemente in vigore per una qualunque garanzia, è soggetta a valutazione da parte della Società che si riserva di richiedere un'eventuale integrazione della documentazione sanitaria e/o delle dichiarazioni rilasciate dall'Assicurato al momento del perfezionamento del contratto;
2. l'assicurazione complementare per il caso di morte da infortunio ("Gar. 4" in tabella) prevede due modalità di sottoscrizione: nella prima il capitale liquidabile è pari al capitale assicurato (i cui limiti sono indicati nella 4^a colonna), nella seconda modalità il capitale liquidabile è pari al doppio del capitale assicurato stesso; anche la scelta della modalità di sottoscrizione fra le due indicate è modificabile alla ricorrenza annuale. Ulteriori dettagli sulle coperture assicurative previste da questa garanzia complementare sono disponibili alla Sezione 3/B che segue;
3. la copertura relativa all'assicurazione complementare "SalvaVita" ("Gar. 5" in tabella) non può superare i 10 anni dalla data di ingresso nella garanzia base; trascorso tale periodo la copertura potrà essere eventualmente rinnovata - fatta salva la valutazione da parte della Società di cui al punto 1 - con riferimento alle condizioni in vigore al momento della richiesta;
4. il rispetto dei vincoli sopra descritti può indirettamente portare, in caso di richiesta di modifica di uno o più importi di capitale, ad una variazione anche dei capitali assicurati con altre garanzie.
Esempio: Qualora venisse richiesta una diminuzione del capitale relativo alla garanzia base, anche i capitali relativi alle garanzie complementari - se presenti per importi superiori - verrebbero adeguati al valore indicato in quarta colonna.

La richiesta di adeguamento del livello di copertura assicurativa e/o della nuova combinazione di garanzie eventualmente prescelto - che deve pervenire in Società almeno 60 giorni prima della ricorrenza annuale interessata - deve essere inoltrata per raccomandata A.R. a:

UNIQA Previdenza SpA - Via Carnia, 26 - 20132 Milano.

La Società provvederà ad inviare comunicazione di conferma di tutte le modifiche effettuate, dei nuovi importi di premio corrispondenti e della data di effetto di tali modifiche.

Qualora l'adeguamento richiesto non venga invece accettato, verrà inviata al Contraente una comunicazione con le motivazioni della decisione.

Art. 10 - Riduzione

La presente forma assicurativa non ammette riduzione.

Art. 11 - Riscatto

La presente forma assicurativa non ammette riscatto.

Art. 12 - Concessione di Prestiti

La presente forma assicurativa non ammette possibilità di prestiti.

Art. 13 - Beneficiari

Il Contraente designa il Beneficiario e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione inviando lettera raccomandata a UNIQA Previdenza SpA o tramite disposizione testamentaria.

La Società procederà ad annotare in polizza o su documento di variazione le relative designazioni, revoche o modifiche. Non è più possibile revocare o modificare la designazione del Beneficiario nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente abbia rinunciato alla facoltà di revocare il Beneficiario e contestualmente il Beneficiario abbia accettato la designazione; entrambe le dichiarazioni dovranno essere comunicate per iscritto a UNIQA Previdenza SpA;

- successivamente al decesso del Contraente, senza disposizioni testamentarie al proposito;
 - dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto a UNIQA Previdenza SpA di volersi avvalere dei suoi diritti.
- In tali casi, l'operazione di recesso richiede l'assenso scritto del Beneficiario.

Art. 14 - Pagamenti della Società

La documentazione necessaria per il caso di liquidazione della polizza è elencata in allegato alle presenti Condizioni Contrattuali.

La richiesta di liquidazione, corredata della suddetta documentazione, deve essere inoltrata alla Società:

- tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a:
UNIQA Previdenza SpA - Via Carnia, 26 - 20132 Milano;

oppure:

- tramite comunicazione, debitamente sottoscritta, da consegnare direttamente alla Sede della Società o presso l'Intermediario cui è assegnata la polizza.

A seguito di particolari eventi straordinari, legati all'eventuale presenza di inchieste giudiziarie aperte dalle Autorità competenti, la Società potrà subordinare il pagamento del capitale richiesto all'esame di ulteriore documentazione che verrà di volta in volta specificata.

La Società effettuerà i pagamenti dovuti entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione necessaria ad accertare gli aventi diritto e a verificare l'obbligo di pagamento. Trascorso tale termine, il Beneficiario riceverà gli interessi per ritardato pagamento.

Ai fini dell'individuazione della scadenza del termine per il pagamento, qualora la richiesta di liquidazione, opportunamente documentata, sia effettuata presso la rete di vendita, si considera il momento della consegna dei documenti alla rete stessa.

Ogni pagamento viene effettuato presso UNIQA Previdenza SpA o presso la sede dell'Intermediario cui è assegnato il contratto.

Art. 15 - Cessione, Pegno e Vincolo della polizza

In conformità con quanto disposto dall'art. 1406 del Codice Civile, il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate.

Tali atti diventano efficaci soltanto quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, corredata dalla documentazione a essa inerente, ne abbia fatto annotazione sull'originale di polizza o su appendice.

In conformità a quanto disposto dall'art. 2805 del Codice Civile la Società può opporre al creditore pignoratizio le eccezioni che le spettano verso il Contraente originario sulla base del presente contratto.

In conformità a quanto disposto dall'art. 1409 del Codice Civile la Società può opporre al terzo cessionario tutte le eccezioni derivanti dal presente contratto.

Art. 16 - Tasse ed imposte

Tasse ed imposte sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto.

Art. 17 - Foro Competente

Per le controversie relative al presente contratto è esclusivamente competente l'Autorità Giudiziaria del Comune di residenza del Contraente.

Condizioni dell'assicurazione "Terminal Illness"

Complementare all'assicurazione Temporanea a premio Monoannuale

Art. 1 - Oggetto e Definizione di "Terminal Illness"

Nel caso in cui venga diagnosticata all'Assicurato una malattia terminale che, a giudizio del medico fiduciario di UNIQA Previdenza SpA, concorde con il medico curante dell'Assicurato, comporti un'aspettativa di vita dell'Assicurato di sei mesi o meno, la Società garantisce all'Assicurato il pagamento immediato del capitale previsto dall'assicurazione Temporanea per il caso di morte, in vigore al momento del riconoscimento dello stato di malattia terminale.

La comunicazione di diagnosi della malattia terminale deve avvenire entro la data di scadenza quale definita al successivo art. 3.

Art. 2 - Costo dell'assicurazione complementare "Terminal Illness"

Nessun costo aggiuntivo è previsto per la presente assicurazione complementare.

Art. 3 - Durata e risoluzione dell'assicurazione

La durata dell'assicurazione "Terminal Illness" è uguale alla durata dell'assicurazione Temporanea per il caso di morte di base.

La presente assicurazione si intende comunque risolta qualora il Contraente, per qualunque motivo, interrompa il pagamento dei premi relativi alla garanzia base. La copertura assicurativa potrà essere riattivata in base a quanto previsto nello specifico articolo delle Condizioni Contrattuali della polizza base.

Art. 4 - Esclusioni e Limitazioni dell'assicurazione

Le esclusioni e le limitazioni della presente assicurazione sono quelle medesime previste dall'art. 6 delle Condizioni Contrattuali della polizza base.

Art. 5 - Denuncia dello stato di malattia terminale

Qualora all'Assicurato venga diagnosticata una malattia terminale, il Contraente o l'Assicurato devono farne denuncia a UNIQA Previdenza SpA attraverso un apposito modulo trasmesso a mezzo raccomandata, redatto e firmato da un medico che attesti la diagnosi di malattia terminale, corredandolo con la relativa documentazione sanitaria.

Nella fase di accertamento dell'avvenuta diagnosi di malattia terminale da parte della Società, il Contraente o l'Assicurato, sotto pena di decadenza di ogni diritto derivante dalla presente assicurazione, si impegnano a fornire con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società ai fini del predetto accertamento.

UNIQA Previdenza SpA, infine, si riserva il pieno e incondizionato diritto di accertare la diagnosi di malattia terminale con propri medici di fiducia.

Art. 6 - Riconoscimento dello stato di malattia terminale e pagamento del capitale assicurato

Accertato lo stato di malattia terminale, quale definito al precedente art. 1, la Società pagherà il capitale garantito dalla presente assicurazione complementare entro trenta giorni dalla data di ricevimento di tutta la documentazione richiesta e delle eventuali integrazioni che si dovessero rendere necessarie.

L'assicurazione prevista dalla garanzia Temporanea per il caso di morte di base, e le eventuali altre garanzie complementari, si estingueranno una volta eseguito il pagamento della presente assicurazione complementare.

Qualora, invece, la malattia non venisse riconosciuta come terminale, il Contraente sarà tenuto a proseguire il versamento dei premi relativi alla polizza base e alle eventuali altre garanzie complementari per la durata prevista.

Art. 7 - Richiamo alle condizioni della garanzia base

Alla presente assicurazione complementare si applicano, per quanto qui non regolato, le Condizioni Contrattuali della garanzia base di polizza.

Sezione 3

Assicurazioni complementari abbinabili alla Tariffa 115G

Condizioni Contrattuali

“Tutela 5” prevede la possibilità di abbinare alla garanzia base principale - di cui alla Sezione 2 - altre garanzie assicurative complementari e specifiche.

In questa Sezione vengono riportate le relative Condizioni Contrattuali, applicabili là dove le relative garanzie complementari siano state esplicitamente richieste nel documento di Proposta e richiamate nel documento contrattuale rilasciato dalla Società al perfezionamento della polizza.

Sezione 3/A

Assicurazione complementare per il caso di invalidità totale e permanente a seguito di Infortunio o Malattia dell'Assicurato

Art. 1 - Oggetto

Se la polizza è al corrente con il pagamento dei premi e qualora l'Assicurato, nel corso del periodo di copertura annuale, venga colpito da invalidità totale e permanente, e l'evento si verifichi entro il compimento del 65° anno di età, la Società corrisponde all'Assicurato il relativo capitale assicurato, quale indicato in polizza.

Il suddetto capitale, indicato dal Contraente al perfezionamento del contratto, non potrà in ogni caso essere inferiore all'importo minimo di Euro 30.000,00 né superiore al doppio di quello della garanzia base con il limite di Euro 500.000,00.

Ai sensi e per gli effetti della presente assicurazione complementare si intende colpito da invalidità totale e permanente colui al quale, per sopravvenuta malattia organica o lesione fisica qualsiasi, purché l'una come l'altra indipendenti dalla sua volontà ed oggettivamente accertabili, venga riscontrato un grado di invalidità superiore al 65% con conseguente perdita definitiva ed irrimediabile della capacità lavorativa, indipendentemente dalla professione svolta.

Il grado di invalidità permanente viene determinato quando la stessa sarà accertata clinicamente e, a giudizio medico, le minorazioni risultano stabili, quantificabili e ad esito non infausto. La valutazione del grado di invalidità avverrà secondo le norme previste dal D.P.R. n. 1124 del 30 giugno 1965 (tabelle INAIL).

La garanzia è prestata sino ad un'età massima dell'Assicurato di 65 anni. Fermo restando questo limite, l'età per l'ingresso in assicurazione varia da 18 a 60 anni.

Art. 2 - Decorrenza e Termine della garanzia

L'assicurazione opera a partire dalle ore 24.00:

- **per gli infortuni:** dal momento in cui ha effetto l'assicurazione di base;
 - **per le malattie:** dal 90° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione di base.
- La presente assicurazione complementare si estingue nei seguenti casi:
- mancato pagamento dei premi della polizza base;
 - al termine dell'anno di assicurazione nel quale l'Assicurato compie 65 anni;
 - nel momento in cui viene riconosciuto lo stato di invalidità dell'Assicurato ai sensi delle presenti condizioni e corrisposta la relativa prestazione.

In quest'ultimo caso anche la polizza si estingue.

In ogni caso i premi già versati restano acquisiti di diritto dalla Società.

Art. 3 - Invalidità totale e permanente da infortunio: esclusioni

Non sono indennizzabili i danni:

- a) direttamente collegati ad un evento traumatico avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- b) verificatisi in connessione con atti di guerra, insurrezione, occupazione militare, invasione, ostilità;
- c) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (quali ad esempio: fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
- d) verificatisi in occasione di delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- e) derivanti da movimenti tellurici, da eruzioni vulcaniche o da inondazioni;
- f) derivanti dall'uso e guida di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura o nelle relative prove;
- g) derivanti dalla guida di veicoli o natanti nel caso in cui l'Assicurato sia privo della prescritta abilitazione e/o mancante dei requisiti prescritti dalla abilitazione stessa o dalla legge;
- h) derivanti dalla guida od uso di aeromobili;
- i) conseguenti agli infarti miocardici ed alle ernie discali;
- j) derivanti dall'esercizio o pratica di:
 - paracadutismo o sport aerei in genere;
 - sports ed attività acrobatiche, ivi compreso sci acrobatico o salto dal trampolino con sci o idrosci;
 - speleologia;
 - bob o guidoslitta;
 - pugilato;
 - scalata di roccia od accessi ai ghiacciai;
 - sport subacquei (anche senza uso di autorespiratori);
 - lotta nelle sue varie forme.
- k) derivanti dalla pratica delle attività sportive, ma solo qualora l'infortunio si verifichi durante gare e competizioni (e relative prove e allenamenti) organizzate o svolte sotto l'egida delle rispettive federazioni sportive o associazioni ad esse equiparabili;
- l) derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- m) sofferti in stato di ubriachezza o che siano conseguenti ad abuso di psicofarmaci o dall'uso di stupefacenti o allucinogeni.

L'assicurazione non vale inoltre per:

- le conseguenze di operazioni chirurgiche;
- gli accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

Ferme le esclusioni sopra elencate, nel caso in cui l'Assicurato svolga una delle attività di seguito specificate, l'assicurazione è limitata agli infortuni che lo stesso dovesse subire nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale:

- appartenenti a tutti i Corpi Armati dello Stato (militari o di Polizia), ai Vigili del Fuoco, alla Protezione Civile per i rischi speciali;
- fabbricanti, manipolatori o venditori di fuochi d'artificio od esplosivi in genere;
- operatori nel campo dell'energia nucleare;
- artisti ed attori esposti a rischi speciali (acrobati, domatori e simili);
- collaudatori di auto e motoveicoli;
- manipolatori di sostanze corrosive, infiammabili o tossiche;
- addetti a zoo, luna-park e simili;
- guide alpine;
- addetti alla estrazione in cave o miniere nonché alla costruzione o manutenzione di ponti, gallerie, grattacieli e simili;

- palombari;
- boscaioli, taglialegna, tagliapietre;
- scaricatori di porto;
- addetti a stazioni di monta equina e taurina;
- addetti alla manutenzione di impianti per funivie, seggiovie, funicolari e simili;
- addetti alla posa in opera di cavi o condutture aeree.

Art. 4 - Invalidità totale e permanente da malattia: esclusioni.

L'assicurazione non è operante per le invalidità:

a) direttamente collegate ad un evento traumatico avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;

o causate direttamente o indirettamente da:

- b) infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici in genere, anteriori alla data di decorrenza del presente contratto;
- c) abuso di alcolici od uso, a scopi non terapeutici, di psicofarmaci, stupefacenti od allucinogeni;
- d) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- e) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- f) trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- g) guerre ed insurrezioni;
- h) delitti dolosi compiuti dall'Assicurato o atti contro la propria persona da lui volontariamente commessi o consentiti.

Art. 5 - Modalità di comunicazione dello stato di invalidità

Qualora si verificasse l'invalidità dell'Assicurato, l'Assicurato o chi per esso è tenuto a darne comunicazione alla Società, a mezzo lettera raccomandata, accludendo un dettagliato certificato del medico curante sulle cause e sul decorso della malattia o lesione che hanno causato l'invalidità. Il Contraente e l'Assicurato sono tenuti a rispettare i seguenti obblighi:

- consentire alla Società tutte le indagini e visite mediche necessarie ad accertare lo stato di invalidità;
- rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione utile per l'accertamento dello stato di invalidità;
- fornire tutte le prove necessarie per determinare le cause e le conseguenze della malattia o della lesione che hanno prodotto l'invalidità.

Art. 6 - Accertamenti dello stato di invalidità

La Società renderà nota la propria decisione sul riconoscimento dell'invalidità e la comunicherà entro il termine massimo di 180 giorni dalla data di invio della lettera raccomandata del Contraente - di cui al precedente art. 5 - desunta dal timbro postale.

La Società, una volta accertato clinicamente lo stato di invalidità dell'Assicurato, provvede al pagamento del capitale definito in polizza.

Art. 7 - Controversia e Collegio Arbitrale

In caso di disaccordo sul diritto all'indennizzo, il Contraente, purché la polizza sia regolarmente in vigore, ha facoltà di chiedere la constatazione dello stato d'invalidità dell'Assicurato a mezzo di un Collegio arbitrale composto di tre medici, a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata alla Direzione della Società entro il termine di 60 giorni dalla comunicazione avutane.

I medici verranno 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, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 8 - Cessazione dello stato di invalidità

Qualora venga accertata la cessazione dell'invalidità totale e permanente dell'Assicurato, la Società notifica, con lettera raccomandata, sia al Contraente sia all'Assicurato, la revoca dell'esenzione dal pagamento dei premi, con decorrenza dalla data di cessazione dell'invalidità.

In questo caso, il Contraente è nuovamente tenuto al pagamento dei premi di polizza.

Art. 9 - Richiamo alle Condizioni della garanzia base

Alla presente assicurazione complementare si applicano, per quanto qui non regolato, le Condizioni Contrattuali della garanzia base di polizza.

Art. 10 - Costo della garanzia

A fronte delle garanzie previste dalla presente assicurazione complementare, è dovuto un premio annuo anticipato, determinato anno per anno in base all'età dell'Assicurato alla data di ricorrenza anniversaria, applicando i tassi di premio in vigore all'epoca della sua stipulazione.

Sezione 3/B

Assicurazione complementare per il caso di morte da infortunio

Art. 1 - Oggetto

Se la polizza è al corrente con il pagamento dei premi e qualora l'Assicurato deceda nel corso del periodo di copertura a causa di un infortunio - quale definito al successivo art. 2 - la Società si impegna a liquidare ai Beneficiari designati il relativo capitale assicurato, quale indicato in polizza. Il suddetto capitale, indicato dal Contraente al perfezionamento del contratto, non potrà in ogni caso essere inferiore all'importo minimo di Euro 30.000,00 né superiore a quello della garanzia base, con l'ulteriore limite massimo di Euro 500.000,00.

La garanzia è prestata sino ad un'età massima dell'Assicurato di 70 anni. Fermo restando questo limite, l'età per l'ingresso in assicurazione varia da 18 a 60 anni.

Art. 2 - Definizione di infortunio

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte dell'Assicurato. L'assicurazione vale se la morte dell'Assicurato per infortunio si verifica entro due anni dal giorno in cui l'infortunio stesso è avvenuto.

Sono considerati come infortuni anche:

- a) l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- b) l'avvelenamento, le intossicazioni e le lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere, salvo quanto previsto dall'art. 3 lettera d) che segue;

- c) morsi di animali, le punture e le ustioni di animali e vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni risarcibili a termini delle presenti condizioni particolari;
- d) l'affogamento;
- e) le lesioni (esclusi gli infarti e le ernie) determinate da sforzi;
- f) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio;
- g) gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche ed improvviso contatto con corrosivi;
- h) quelli sofferti in stato di malore e/o incoscienza;
- i) quelli conseguenti ad imperizia, imprudenza o negligenza anche dovuti a colpa grave;
- l) gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, aggressioni od atti violenti cui l'Assicurato non abbia preso parte.

Art. 3 - Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni

L'assicurazione è sospesa durante l'arruolamento volontario non sostitutivo del servizio di leva, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale e riprende vigore non appena cessate le anzidette cause di sospensione.

Sono esclusi dall'assicurazione:

- a) gli infortuni direttamente collegati ad un evento traumatico avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiasesicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- b) gli infortuni derivanti dalla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, dall'uso e guida di mezzi subacquei; gli infortuni subiti dall'Assicurato come pilota d'aereo o come membro dell'equipaggio; gli infortuni subiti dall'Assicurato in qualità di passeggero di aeromobile non autorizzato al volo e con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- c) l'esercizio delle seguenti attività sportive (anche se svolte a carattere ricreativo): alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di persona esperta, pugilato, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bobsleigh (guidoslitta), skelezon (slittino), rugby, baseball, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere;
- d) la partecipazione a corse o gare (e relative prove e allenamenti) organizzate o svolte sotto l'egida delle rispettive federazioni sportive o associazioni ad esse equiparabili, salvo che si tratti di:
 - raduni automobilistici e gare di regolarità pura;
 - regate veliche o raduni cicloturistici.
- e) gli infortuni dovuti a stato di ubriachezza nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni o simili; quelli sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolose o di atti temerari, restando comunque coperti da garanzia gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;
- f) gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo;
- g) gli infortuni derivanti da stato di guerra o insurrezioni;
- h) gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- i) gli infortuni derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Art. 4 - Estinzione dell'assicurazione

L'assicurazione complementare si estingue e i premi restano acquisiti dalla Società:

- a) in caso di mancato pagamento o cessazione dei premi della garanzia base;
- b) al termine del periodo previsto per il pagamento dei premi della garanzia base e, comunque, alla fine dell'anno di assicurazione in cui l'Assicurato avrà compiuto il 70° anno di età.

L'eventuale riscossione del premio infortuni nei casi che precedono non obbliga la Società, la quale restituirà quanto erroneamente incassato.

Art. 5 - Pagamento del capitale assicurato

Fermo restando l'obbligo della presentazione della documentazione secondo quanto previsto dall'allegato alle presenti Condizioni Contrattuali, la Società pagherà il capitale garantito dalla presente assicurazione complementare dopo che l'infortunio le sarà stato notificato, mediante lettera raccomandata, entro gli otto giorni successivi alla morte o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

La denuncia dovrà indicare il luogo, il giorno e l'ora, le cause, le circostanze e gli eventuali testimoni dell'infortunio, nonché quanto altro disponibile a comprovare che la morte è conseguente ad infortunio. Gli aventi diritto dovranno consentire alla Società lo svolgimento delle indagini e autorizzare i medici, intervenuti dopo l'infortunio, a dare le informazioni che fossero necessarie.

Art. 6 - Rinuncia al diritto di surroga

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surroga che le compete ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 7 - Richiamo alle Condizioni della garanzia base

Alla presente assicurazione complementare si applicano, per quanto qui non regolato, le Condizioni Contrattuali della garanzia base di polizza.

Non è applicabile, per questa assicurazione complementare, il periodo di "carezza" eventualmente previsto dalla garanzia base o da altre assicurazioni complementari stipulate senza visita medica.

Art. 8 - Costo della garanzia

Il costo annuo della presente assicurazione complementare, imposte incluse, è determinato anno per anno ed è pari all'1,50 per mille del capitale indicato in polizza.

Assicurazione complementare per il caso di morte da infortunio - Estensione garanzia

Il Contraente ha facoltà di richiedere, in sede di compilazione della proposta, il raddoppio della copertura assicurata nel caso in cui il decesso dell'Assicurato avvenga a seguito di incidente da circolazione stradale.

In tal caso il capitale garantito, quale definito all'art. 1 della presente Sezione 3/B, è raddoppiato se la morte avviene per infortunio:

- derivante all'Assicurato mentre si trova alla guida di veicoli e natanti, purché, se richiesto, sia in possesso di regolare abilitazione a norma delle disposizioni vigenti;
- causato all'Assicurato - come passeggero, pedone o bagnante - da qualsiasi mezzo di locomozione e trasporto terrestre, marittimo, lacuale e fluviale;
- occorso all'Assicurato in qualità di passeggero di aeromobile, purché non sia membro dell'equipaggio, l'aeromobile sia autorizzato al volo e il pilota sia titolare di brevetto idoneo.

Qualora sia stata richiesta la presente estensione di garanzia, il costo annuo dell'assicurazione complementare per il caso di morte da infortunio, imposte incluse, è pari al 2,00 per mille del capitale indicato in polizza.

Sezione 3/E

Assicurazione complementare "SalvaVita" per il caso di malattia grave

Art. 1 - Oggetto

Se la polizza è al corrente con il pagamento dei premi e qualora all'Assicurato, nel corso del periodo di copertura annuale, venga diagnosticata una delle malattie gravi descritte al successivo art. 2, la Società garantisce ai Beneficiari designati il pagamento del relativo capitale assicurato indicato in polizza. Il suddetto capitale, indicato dal Contraente al perfezionamento del contratto, non potrà in ogni caso essere inferiore all'importo minimo di Euro 30.000,00 né superiore a quello della garanzia base, con l'ulteriore limite massimo di Euro 220.000,00.

Nel caso in cui, alla data di scadenza dell'assicurazione SalvaVita, l'Assicurato non sia stato colpito da alcuna delle citate malattie gravi, la presente garanzia assicurativa si intenderà estinta ed i relativi premi pagati resteranno acquisiti dalla Società.

La garanzia SalvaVita è prestata sino ad un'età massima dell'Assicurato di 65 anni. Fermo restando questo limite, l'età per l'ingresso in assicurazione varia da 18 a 60 anni e il periodo massimo di copertura non può superare i 10 anni dalla data di ingresso nella garanzia base; trascorso tale periodo la copertura potrà essere eventualmente rinnovata con riferimento alle condizioni in vigore al momento della richiesta.

Art. 2 - Definizione delle malattie gravi indennizzabili

Le malattie gravi comprese nella copertura assicurativa e considerate indennizzabili sono le seguenti:

Tumore

Diagnosi di tumore maligno caratterizzato dalla crescita e dal diffondersi incontrollato di cellule maligne con invasione dei normali tessuti.

Il cancro deve essere confermato da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo. Il cancro comprende leucemia, linfomi maligni, malattia di Hodgkin, neoplasie maligne del midollo osseo e carcinoma cutaneo metastatico.

Dalla garanzia sono esclusi:

- carcinoma in situ, displasia cervicale, cancro della cervice CIN I, CIN II e CIN III, tutte le forme premaligne e i tumori non invasivi;
- cancro della prostata in fase iniziale, Stadio T1 (T1a e T1b compresi) secondo il sistema TNM o stadiazione equivalente;
- i melanomi cutanei, Stadio 1 (≤ 1 mm, livello I, livello II o livello III, senza ulcerazione), secondo la nuova classificazione AJCC 2002;
- ipercheratosi, carcinomi cutanei basocellulari e squamocellulari;
- tutti i tumori in presenza di infezione da HIV.

Chirurgia Cardiovascolare

Intervento chirurgico a cuore aperto mirato a correggere la stenosi o l'occlusione di due o più coronarie con innesti di porzioni autologhe della vena safena o dell'arteria mammaria interna. Non sono indennizzabili tutte le procedure non chirurgiche quali l'angioplastica con catetere a palloncino o la risoluzione chirurgica di un'ostruzione con tecniche laser.

È necessaria prova angiografica della patologia che ha reso necessario l'intervento.

Infarto miocardico

Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante dall'interruzione improvvisa di un apporto sufficiente di sangue alla regione interessata. La diagnosi viene formulata sulla base di tutti e tre i seguenti criteri:

- anamnesi di precordialgia tipica;
- nuove alterazioni elettrocardiografiche;
- aumento degli enzimi cardiaci.

Ictus

Accidente cerebrovascolare che produca un danno neurologico di durata superiore alle 24 ore e comprenda:

- a) infarto del tessuto cerebrale;
- b) emorragia di vaso intracranico, oppure;
- c) embolizzazione da fonte extracranica.

Insufficienza renale

Insufficienza renale terminale dovuta ad insufficienza renale cronica irreversibile di entrambi i reni. È necessaria prova che l'Assicurato si sottopone a emodialisi regolare o si è già sottoposto a trapianto renale.

Trapianto di organi principali

L'inclusione in una lista di attesa ufficiale o l'essersi sottoposto, come ricevente, al trapianto di:

- a) uno dei seguenti organi umani:
 - cuore, polmone, fegato, rene, pancreas;
- b) oppure di:
 - midollo osseo umano mediante cellule staminali emopoietiche, preceduto da ablazione totale di midollo osseo. Sono esclusi tutti i trapianti di cellule staminali di altro tipo.

Il trapianto deve essere ritenuto clinicamente necessario e basato sulla conferma di insufficienza d'organo.

Cecità

Perdita totale, permanente e irreversibile della vista in entrambi gli occhi dovuta a trauma o malattia. La diagnosi deve essere confermata clinicamente da un oculista specialista.

La cecità è tale solo se è impossibile correggerla mediante procedura medico-chirurgica.

Sclerosi multipla

Diagnosi inequivocabile formulata da un neurologo specialista (primario o aiuto) di Clinica o Istituto Universitario di Neurologia in seguito a più episodi di sintomi neurologici ben definiti con segni persistenti di interessamento dei nervi ottici, del tronco cerebrale e del midollo spinale, associati a compromissione della coordinazione e della funzione sensomotora.

L'Assicurato deve presentare deficit neurologici in più di un distretto del sistema nervoso, separati nel tempo da un periodo durante il quale vi sia stata prova di un certo grado di regressione dei sintomi. I deficit devono presentare i sintomi tipici della demielinizzazione a carico del cervello, dei nervi ottici, del tronco cerebrale o del midollo spinale.

Art. 3 - Condizioni di assicurabilità

La stipulazione della polizza è subordinata all'esito positivo della visita medica, che deve essere comprensiva di analisi microscopica delle urine eseguita in laboratorio, cui l'Assicurando deve sottoporsi con onere a suo carico.

Il capitale massimo assicurabile è pari a Euro 220.000,00 e, in presenza di visita medica, non è previsto alcun periodo di carenza, quale successivamente descritto.

Ferma restando la facoltà, da parte dell'Assicurando di sottoporsi a visita medica, la stipulazione della polizza è consentita anche senza visita medica, nei limiti previsti dalle specifiche modalità assuntive.

In assenza di visita medica l'Assicurando è tenuto comunque a compilare un questionario sanitario ed è previsto un periodo di carenza pari a 6 mesi a decorrere dalla data di perfezionamento della polizza. Nel caso in cui all'Assicurato, in tale periodo, venga diagnosticata una malattia grave, comunque accertata anche in epoca successiva al termine del suddetto periodo di carenza, la Società rimborsa l'importo dei premi versati relativi alla garanzia "SalvaVita" stessa, al netto delle eventuali imposte, se previste. Gli effetti della presente assicurazione complementare decadono automaticamente a seguito di tale rimborso, mentre la polizza base e le eventuali altre garanzie complementari rimangono in vigore alle condizioni per esse pattuite.

Tali limitazioni non hanno effetto se la malattia grave diagnosticata nel suddetto periodo di carenza sia conseguenza diretta di infortunio, ovvero di un trauma prodotto all'organismo, dopo la data di perfezionamento della presente assicurazione, da causa fortuita, esterna, violenta ed improvvisa.

Il rischio delle malattie gravi comprese nelle coperture assicurative di cui al precedente art. 2 è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.

Sono escluse dalla garanzia soltanto le malattie gravi:

- direttamente collegate ad un evento traumatico avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;

causate da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- malattia in presenza di sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o di sieropositività all'HIV;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- incidenti di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- tentativo di suicidio o di atto autolesionistico da parte dell'Assicurando;
- abuso di alcool, stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope o simili;
- volontario rifiuto di osservare le prescrizioni mediche.

In questi casi, la Società paga il solo importo della riserva matematica calcolata al momento della diagnosi della malattia grave, successivamente accertata.

Per tutti i pagamenti della Società devono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti - specificati al successivo art. 4 ed in allegato al presente fascicolo - atti a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

La Società richiederà comunque il certificato di nascita dell'Assicurato che può essere consegnato fin dal momento della stipulazione del contratto o che, in difetto, verrà richiesto con lettera raccomandata dalla Società all'Assicurato subito dopo la stipulazione.

Art. 4 - Denuncia, Diagnosi ed Accertamento della malattia grave - Liquidazione del capitale

- a) Ai fini della presente copertura, la malattia grave si considera insorta al momento della prima diagnosi documentata. Qualora l'Assicurato sia colpito da una malattia grave diagnosticata e indennizzabile, il Contraente o l'Assicurato devono farne denuncia alla Società entro 60 giorni dalla data in cui è stata diagnosticata la malattia, attraverso un apposito questionario trasmesso a mezzo raccomandata, redatto e firmato da un medico che attesti la diagnosi di malattia grave, corredandolo con la relativa documentazione medica richiesta.

La Società si impegna ad accertare l'avvenuta diagnosi della malattia grave entro 30 giorni dalla data del timbro postale di ricevimento della suindicata lettera raccomandata, salvo il caso di denuncia di sopravvenuta Invalidità Totale e Permanente (se la relativa copertura è stata prevista): in quest'ultimo caso il periodo di tempo massimo previsto per l'accertamento è di 180 giorni.

Nella fase di accertamento l'Assicurato o il Contraente, sotto pena di decadenza della relativa copertura assicurativa, si impegnano a fornire con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Società, ai fini del predetto accertamento, nonché a presentare le eventuali prove utili alla Società per stabilire cause ed effetti delle malattie gravi indennizzabili.

La Società, infine, si riserva il pieno ed incondizionato diritto di accertare la diagnosi di malattia grave con propri medici di fiducia.

Accertata la diagnosi della malattia grave, la Società corrisponderà il capitale assicurato entro 20 giorni dalla data dell'avvenuto accertamento e comunque non oltre 20 giorni dal limite indicato al paragrafo precedente. Tutte le eventuali garanzie complementari presenti in polizza verranno annullate con effetto dalla data di insorgenza della malattia grave.

In particolare, una volta corrisposto il capitale assicurato dovuto per la presente garanzia, l'assicurazione complementare "SalvaVita" si estingue e nulla è più dovuto nel caso in cui l'Assicurato venga colpito da altra malattia grave, mentre la polizza base resta comunque in vigore.

Tuttavia, con riferimento al capitale garantito in caso di morte dalla forma assicurativa base, se il decesso dell'Assicurato dovesse avvenire entro 3 mesi dalla data di accertamento della diagnosi di malattia grave, verranno applicate le seguenti restrizioni:

- nel caso di morte dell'Assicurato entro il primo mese successivo alla diagnosi, non verrà pagato il capitale assicurato per il caso di morte;
- nel caso di morte dell'Assicurato nel secondo mese successivo alla diagnosi, verrà pagato un terzo del capitale assicurato per il caso di morte;
- nel caso di morte dell'Assicurato nel terzo mese successivo alla diagnosi, verrà pagato un importo pari ai due terzi del capitale assicurato per il caso di morte.

Dal quarto mese in poi dopo la diagnosi, il capitale assicurato è ripristinato al 100%.

Qualora però il capitale caso morte della polizza base fosse superiore a quello assicurato con la garanzia "SalvaVita", la differenza viene comunque liquidata indipendentemente dalla data di decesso dell'Assicurato.

Qualora la Società non riconosca la malattia grave come indennizzabile, il Contraente o l'Assicurato hanno facoltà, entro 60 giorni dal ricevimento della dichiarazione negativa dell'accertamento, di promuovere, a mezzo lettera raccomandata, la decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici, di cui uno nominato dalla Società, l'altro dal Contraente o dall'Assicurato ed il terzo scelto di comune accordo dalle due Parti.

In caso di mancato accordo entro 10 giorni dalla richiesta dell'arbitrato, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Tribunale dove ha sede il Contraente. Il Collegio Arbitrale decide entro 30 giorni dalla sua costituzione, a maggioranza, senza formalità di procedura, come amichevole compositore, con parere vincolante anche se uno dei componenti rifiuta di firmare il relativo verbale.

Gli arbitri, qualora lo ritengano opportuno e senza obbligo di sentenza, possono promuovere qualsiasi tipo di accertamento sanitario.

Ciascuna delle parti sopporta le spese e le competenze del proprio medico prescelto e la metà di quelle del terzo medico.

Qualora il Collegio Arbitrale esprima un parere favorevole circa l'accertamento della diagnosi di una malattia grave, la corresponsione del capitale avverrà entro 20 giorni dalla data di comunicazione del suddetto parere.

Qualora siano scaduti i tempi previsti per la corresponsione della prestazione assicurata, come in precedenza riportati, saranno dovuti gli interessi moratori.

Art. 5 - Pagamento del premio annuo

Il premio per la garanzia "SalvaVita" è determinato anno per anno, in base all'età dell'Assicurato alla data di ricorrenza anniversaria, applicando i tassi di premio in vigore all'epoca della sua stipulazione.

Qualora il Contraente interrompa il pagamento dei premi relativi alla polizza base, la garanzia "SalvaVita" si intenderà estinta qualunque sia il numero dei premi annui già corrisposti, ed i premi versati restano acquisiti alla Società.

Se la malattia grave viene riconosciuta indennizzabile una volta ultimati i relativi accertamenti, l'obbligo al pagamento dei premi cessa definitivamente e la Società rimborsa le eventuali rate di premio al netto delle imposte, se presenti, con scadenza successiva alla data di diagnosi della malattia grave e che fossero state nel frattempo eventualmente corrisposte.

Qualora la malattia grave non venga riconosciuta indennizzabile a seguito dei relativi accertamenti effettuati, il Contraente è tenuto a versare i premi non corrisposti, scaduti successivamente alla data di insorgenza della malattia, aumentati degli interessi di riattivazione come stabiliti dalle Condizioni Contrattuali della polizza base.

Art. 6 - Obblighi delle parti

Gli obblighi della Società risultano esclusivamente dalla polizza e dagli eventuali allegati rilasciati.

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete. Nel caso di dichiarazioni inesatte e/o reticenti, la Società applicherà quanto previsto dalla normativa vigente in presenza ed in assenza di dolo o colpa grave (rispettivamente Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile).

In particolare, l'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle prestazioni assicurate.

Art. 7 - Richiamo alle condizioni della garanzia base

Alla presente garanzia si applicano, per quanto qui non regolato, le disposizioni della polizza base.

Sezione 4

Condizioni supplementari di Carenza

In questa Sezione vengono riportate le Condizioni di Carenza, applicabili là dove:

- la garanzia base del contratto, e/o una o più delle garanzie complementari abbinabili e comprese in polizza, richiedano il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica;
- l'Assicurato si sia limitato alla compilazione di un questionario anamnestico ed il presente contratto sia stato pertanto assunto, in particolare, senza visita medica;
- siano esplicitamente richiamate nel documento contrattuale rilasciato dalla Società al perfezionamento della polizza.

Art. 1 - Carenza per contratti senza visita medica

Premesso che l'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché si sottoponga a visita medica accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare, il presente contratto viene assunto senza visita medica e pertanto, a parziale deroga delle Condizioni Contrattuali, rimane convenuto che, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dal perfezionamento della polizza e la polizza stessa sia al corrente col pagamento dei premi, la Società corrisponderà - in luogo del capitale assicurato - una somma pari all'ammontare dei premi versati, al netto di eventuali spese accessorie e imposte.

La Società non applicherà entro i primi sei mesi dal perfezionamento del contratto la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero capitale assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiuolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, 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;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;
- c) di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio (fermo quanto disposto all'art. 6 delle Condizioni della garanzia base) l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Rimane inoltre convenuto, che qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni (sette anni se il capitale assicurato supera i 220.000,00 Euro) dal perfezionamento della polizza e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato.

Documentazione richiesta per ogni evento di liquidazione

Eventi di liquidazione								
	Riscatto totale	Riscatto parziale	Prestito	Pagamento capitale a Scadenza	Pagamento rendita a scadenza	Decesso Assicurato	Decesso Contraente	Sinistro sulle garanzie complementari
Richiesta sottoscritta dal Contraente corredata da copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.	•	•	•	•	•			•
Dichiarazione attestante la data effetto dell'ultima quietanza pagata.	•	•	•	•	•	•		•
Coordinate bancarie di un c/c intestato o cointestato ai singoli Beneficiari/Contraente in caso di pagamento della somma assicurata tramite bonifico bancario.	•	•	•	•	•	•		•
Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità dei Beneficiari della prestazione maturata, qualora diversi da Contraente e Assicurato	•	•		•	•	•		
Richiesta di opzione alla scadenza sottoscritta dal Contraente corredata da copia di un documento di riconoscimento in corso di validità per l'opzione rendita con descrizione della tipologia della rendita scelta.					•			
Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato, qualora diverso dal Contraente.				•	•			
Certificato di esistenza in vita dell'Assicurato o autocertificazione presso l'Agenzia. Tale documento è da presentare almeno due mesi prima di ogni ricorrenza annuale successiva alla scadenza in caso di pagamento rendita.					•			
Consenso e dati anagrafici/fiscali del Vincolatario, in presenza di vincolo attivo sulla polizza.	•	•	•					
Denuncia di sinistro, con descrizione dettagliata della malattia o della dinamica dell'infortunio.								•
Comunicazione di avvenuto decesso e copia del certificato di morte.						•	•	
Documentazione sanitaria relativa all'infortunio/malattia/causa del sinistro: • cartelle cliniche; • certificati medici; • lettera di dimissioni rilasciata dall'ospedale attestante il ricovero e la degenza; • altri accertamenti di cui già in possesso.						•		•
Relazione del medico curante sulla causa di decesso su modulo della Compagnia.						•		
Visita medico legale, in caso di richiesta di indennizzo per invalidità permanente o totale.								•
In caso di decesso dell'Assicurato/Contraente: • atto notorio per la determinazione della presenza di un testamento e/o degli eredi legittimi (Atto sostitutivo di notorietà per importi non superiori a Euro 15.000,00); • copia autenticata dell'eventuale testamento; • decreto del giudice tutelare, in presenza di Beneficiari minorenni.						•	•	
Certificato di non gravidanza del coniuge nel caso in cui la definizione del Beneficiario risulti essere "... figli nati e nascituri" o "Eredi legittimi".						•	•	
Documento delle autorità competenti, in caso di morte violenta, attestante le circostanze nelle quali è avvenuto il decesso e/o Documento delle autorità competenti attestante la chiusura dell'eventuale inchiesta giudiziaria.						•		
Richiesta di cambio Contraente, sottoscritta da tutti gli eredi legittimi, corredata dalla copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del nuovo Contraente.							•	
Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità del Soggetto munito della rappresentanza legale in caso di contratto stipulato per conto terzi.	•	•	•	•	•			
Copia della Visura camerale in caso di contratto stipulato per conto di una persona giuridica.	•	•	•	•	•			
Autocertificazione Fatca in caso di prestazione maturata liquidata a persona diversa dal Contraente.	•	•		•				

Copertura caso morte - fasce di capitale assicurabile

Età	Senza visita medica	VMU	VMU+AL	VMU+ECG+AL	VMU+ECG+AL+ES
Fino a 50 anni	Fino a Euro 240.000,00	Da Euro 240.001,00 a Euro 300.000,00	Da Euro 300.001,00 a Euro 390.000,00	Da Euro 390.001,00 a Euro 525.000,00	Da Euro 525.001,00 a Euro 1.000.000,00
Da 51 a 60 anni	Fino a Euro 180.000,00	Da Euro 180.001,00 a Euro 220.000,00	Da Euro 220.001,00 a Euro 260.000,00	Da Euro 260.001,00 a Euro 390.000,00	Da Euro 390.001,00 a Euro 525.000,00

Note:

- Per tutti i capitali superiori a Euro 240.000,00 viene richiesto il test HIV;
- Per età superiori a 60 anni, e per capitali fino a Euro 150.000,00, verrà sempre richiesta la visita medica con esame delle urine eseguito in laboratorio. Oltre questo capitale e per i proponenti con età superiore a 70 anni, la Società si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione sanitaria;
- Per Assicurandi con capitali superiori a quelli indicati in tabella, o di età superiore ai 60 anni, la Società si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione sanitaria.

VMU:	Visita Medica con esame delle urine eseguito in laboratorio.	
ECG:	Elettrocardiogramma da sforzo massimale al cicloergometro con valori di pressione arteriosa per ogni carico di lavoro secondo protocolli standard.	
AL	Assetto lipidico totale:	- Glicemia - Colesterolemia totale e frazionata, HDL, LDL, Trigliceridemia.
ES:	Esame completo del sangue:	- Azotemia, Creatininemia. - AST, ALT, Gamma G.T., Bilirubina totale e frazionata, Fosfatasi alcalina. - Emocromo completo con formula e conta piastrinica, Tempo di protrombina, Elettroforesi sieroproteica. - VES. - HBsAg - HBeAg - HCV. - PSA totale e libero (solo per gli uomini).

Avvertenze:

- 1) La fascia di appartenenza viene determinata sommando al capitale proposto il capitale complessivo eventualmente in corso, garantito con altre polizze vita precedentemente stipulate con UNIQA Previdenza;
- 2) La Società si riserva sempre il diritto di richiedere in casi particolari, per una più esatta valutazione del rischio, eventuali ulteriori esami in aggiunta a quelli previsti;
- 3) La richiesta di liquidazione degli onorari medici, nel caso in cui questi ultimi non vengano saldati direttamente dal Cliente, comporta l'obbligo di allegare ai certificati sanitari le relative regolari ricevute o fatture intestate alla Società. In sede di emissione della polizza, la Società provvederà ad inserire tale costo nel premio di prima rata che il Cliente dovrà versare per il perfezionamento del contratto. In ogni caso, comunque, le spese sostenute per gli accertamenti sanitari non sono mai a carico della Società.
- 4) Per capitali pari o superiori a Euro 525.000,00, è richiesta anche la compilazione di un apposito questionario finanziario, il cui modello è disponibile presso la Direzione della Società, accompagnato dai documenti ivi richiesti. La Società si riserva comunque la facoltà di richiedere la documentazione finanziaria anche per capitali inferiori.

Garanzia complementare "esonero pagamento premi"

Indipendentemente dal prodotto, la garanzia può essere prestata solo ed esclusivamente per polizze il cui premio, moltiplicato per gli anni di durata meno uno, determini un capitale sotto rischio inferiore a Euro 150.000,00.

Garanzia complementare "Salvavita"

Il capitale massimo assicurabile è pari ad Euro 220.000,00 e l'attivazione della garanzia è subordinata all'esito positivo della visita medica, comprensiva di analisi microscopica delle urine eseguita in laboratorio.

Ferma restando la facoltà, da parte dell'Assicurando, di sottoporsi comunque a visita medica, la stipulazione della polizza è consentita anche senza visita medica, con i seguenti limiti:

Importo massimo di capitale assicurato senza visita medica (*)		
fino a 50 anni	Euro 110.000,00	
51-55 anni	Euro 80.000,00	
56-60 anni	Euro 55.000,00	

(*) L'importo del capitale s'intende comprensivo anche di quello relativo alla Polizza base.

Appendice	Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la società ed il contraente.
Assicurato	Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o no con il contraente e con il Beneficiario. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.
Beneficiario	Persona fisica o giuridica designata in polizza dal contraente, che può coincidere o no con il contraente stesso e con l'Assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.
Caricamenti	Parte del premio versato dal contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della società.
Conclusione del contratto	Momento in cui il contraente riceve la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della società. In assenza di tale comunicazione, è il giorno in cui il contraente riceve il contratto sottoscritto dalla società.
Condizioni contrattuali (o di polizza)	Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.
Contraente	Persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla società.
Contratto (di assicurazione sulla vita)	Contratto con il quale la società, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.
Controassicurazione dei premi	Clausola contrattuale che prevede la restituzione dei premi pagati in caso di decesso dell'Assicurato, secondo le modalità precisate nelle condizioni contrattuali.
Costi (o spese)	Oneri a carico del contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla società.
Decorrenza della garanzia	Momento in cui le garanzie divengono efficaci ed in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.
Diritto proprio (del Beneficiario)	Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del contraente.
Durata del pagamento dei premi	Periodo che intercorre fra la data di decorrenza del contratto di assicurazione e la scadenza del piano di versamento dei premi previsto dal contratto stesso.
Età assicurativa	Modalità di calcolo dell'età dell'Assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.

Franchigia	Clausola che esclude dal risarcimento i danni inferiori ad un determinato ammontare, indicato in cifra fissa o percentuale.
Imposta sostitutiva	Imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono venire indicati nella dichiarazione dei redditi.
Indennizzo	Somma dovuta dalla società in caso di sinistro.
Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Intermediario	Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività.
IVASS (già ISVAP)	Istituto di vigilanza sulle assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo. A partire dal 1° gennaio 2013 l'IVASS è succeduta all'ISVAP in tutti i poteri, le funzioni e le competenze.
Malattia	Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.
Massimale	Somma fino alla cui concorrenza, per ciascun sinistro e per ciascun anno assicurativo, la società presta le garanzie.
Nota Informativa	Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la società deve consegnare al contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla società, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.
Perfezionamento del contratto	Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.
Periodo di copertura (o di efficacia)	Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.
Prescrizione	Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni.
Proposta	Documento o modulo sottoscritto dal contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla società la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.
Proroga	Prolungamento del periodo di efficacia del contratto di assicurazione.
Questionario sanitario (o anamnestico)	Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.
Quietanza	Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata della società in caso di pagamento in contanti o con assegno (bancario, circolare o di traenza), costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario, in caso

di accredito alla società (SDD bancario), ovvero dalla ricevuta in caso di pagamento in conto corrente postale.

Riserva matematica	Importo che deve essere accantonato dalla società per fare fronte agli impegni nei confronti degli assicurati assunti contrattualmente. La legge impone alle società particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziaria in cui essa viene investita.
Rivalutazione	Maggiorazione delle prestazioni assicurate attraverso la retrocessione di una quota del rendimento della gestione separata secondo la periodicità (annuale, mensile, ecc.) stabilita dalle condizioni contrattuali.
Rivalutazione minima garantita	garanzia finanziaria che consiste nel riconoscere una rivalutazione delle prestazioni assicurate ad ogni ricorrenza periodica stabilita dal contratto (annuale, mensile, ecc.) in base al tasso di interesse minimo garantito previsto dal contratto. Rappresenta la soglia al di sotto della quale non può scendere la misura di rivalutazione applicata alle prestazioni.
Scadenza	Data in cui cessano gli effetti del contratto.
Scheda Sintetica	Documento informativo sintetico redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la società deve consegnare al potenziale contraente prima della conclusione del contratto, descrivendone le principali caratteristiche in maniera sintetica per fornire al contraente uno strumento semplificato di orientamento, in modo da consentirgli di individuare le tipologie di prestazioni assicurate, le garanzie di rendimento, i costi e i dati storici di rendimento delle gestioni separate o dei fondi a cui sono collegate le prestazioni.
Scoperto	Parte dell'indennizzo, indicata in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.
Sinistro	Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.
Sostituto d'imposta	Soggetto obbligato, all'atto della corresponsione di emolumenti, all'effettuazione di una ritenuta, che può essere a titolo di acconto o a titolo definitivo, e al relativo versamento.
Sovrappremio	Maggiorazione di premio richiesta dalla società per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (sovrappremio professionale o sportivo).
Tasso minimo garantito	Rendimento finanziario, annuo e composto, che la società di assicurazione garantisce alle prestazioni assicurate. Può essere già conteggiato nel calcolo delle prestazioni assicurate iniziali oppure riconosciuto anno per anno tenendo conto del rendimento finanziario conseguito dalla gestione separata.
Tasso tecnico	Rendimento finanziario, annuo e composto, che la società di assicurazione riconosce nel calcolare le prestazioni assicurate iniziali.





UNIQA Previdenza SpA

Sede Legale: Via Carnia 26 - 20132 Milano - Capitale Sociale Euro 39.000.000,00 i.v. - C.F./ Registro Imprese Milano n. 08084500589

P.I. 09493200159 - R.E.A. n. 1295872 - Autorizzazione D.M. 17656 del 23/04/1988 (G.U. 117 del 20/05/1988) - Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00070

Gruppo Reale Mutua (Albo delle società capogruppo n. 006) - Società con unico azionista: UNIQA Assicurazioni SpA

Soggetta ad attività di direzione e coordinamento di Società Reale Mutua di Assicurazioni - www.uniqagroup.it - PEC: uniqaprevidenza@pec.uniqagroup.it

Tutela 5

Codice P001011 - Edizione maggio 2017

- **Contratto di assicurazione sulla vita in forma temporanea per il caso di morte con durata monoannuale.**

MODULO DI PROPOSTA

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

UNIQA Previdenza SpA

Tutela 5

Tariffa IUP115G

Agenzia	Cod.	Già inviata via fax <input type="checkbox"/>
_____	_____	
Produttore	Cod.	Decorrenza polizza
_____	_____	_____

Contraente

Cognome e nome / Ragione sociale*	Tip. di Ragione sociale**	Data di nascita	Luogo di nascita	Sesso
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Professione (indicare dettagliatamente le mansioni svolte e il settore di attività)		Residenza / Sede: via _____ N. _____		
<input type="checkbox"/> Da barrare qualora l'indirizzo di corrispondenza differisca dall'indirizzo di residenza. È necessario compilare l'apposito modulo; in mancanza, ogni comunicazione verrà inviata all'indirizzo di residenza.		Frazione (eventuale) _____ CAP _____ Comune _____ Prov _____		
Prefisso e telefono _____	Paese estero di residenza _____	Cittadinanza _____	Seconda Cittadinanza _____	
Codice fiscale (P.Iva solo in caso di Ditta Individuale) _____	Doc. di riconoscimento (allegato in copia leggibile) _____	N. documento _____		
Rilasciato da _____	Località di rilascio _____	Data di rilascio _____	Data di scadenza _____	
Codice sottogruppo (vedi tabella) _____	Codice Ateco (vedi tabella) _____	*In caso di Contraente "Persona Giuridica", si prega di compilare la "SCHEDE PER L'IDENTIFICAZIONE DEL TITOLARE/TITOLARI EFFETTIVI", da allegare alla presente proposta. *Da inserire obbligatoriamente in caso di Contraente "Persona Giuridica", i relativi codici sono descritti a pagina 6.		
Persona politicamente esposta SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CATEGORIA P.E.P. (vedi informativa sul retro del modulo) _____			

Soggetto munito della rappresentanza legale (da compilare nel caso di contratto stipulato per conto terzi - es. persona giuridica, tutore, ecc...)*

Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Prov
_____	_____	_____	_____
Codice fiscale _____	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Qualifica _____	
Indirizzo _____	<input type="checkbox"/> Rappresentante legale (per aziende e associazioni) _____	<input type="checkbox"/> Delegato/tutore _____	Prov _____ CAP _____
Paese estero di residenza _____	Cittadinanza _____	Seconda Cittadinanza _____	
Doc. di riconoscimento (allegato in copia leggibile) _____	N. documento _____	Data di rilascio/rinnovo _____	Data di scadenza _____
Rilasciato da _____	Località di rilascio _____	*Poteri di rappresentanza da verificare tramite attestazione in formato cartaceo o elettronico.	

Assicurando (compilare solo se diverso dal Contraente)

Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Sesso
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Professione (indicare dettagliatamente le mansioni svolte e il settore di attività)	Codice fiscale _____		
Residenza: via _____ N. _____	CAP _____	Frazione / Comune _____	Prov _____
Doc. di riconoscimento (allegato in copia leggibile) _____	N. documento _____	Data di rilascio/rinnovo _____	Data di scadenza _____
Rilasciato da _____	Località di rilascio _____		

Beneficiari (i relativi codici sono descritti a pagina 6)

In caso di morte dell'Assicurato l'importo liquidabile sarà pagato a: _____ Codice

Garanzie Base

1. Assicurazione in forma temporanea per il caso di morte	Premio annuo	Età	Durata dell'assicurazione
Capitale assicurato iniziale (minimo Euro 50.000,00)	€ _____	_____	1 anno automaticamente prorogabile salvo disdetta del Contraente

Garanzie Complementari (compilare i campi relativi alle garanzie complementari che si intende attivare)

2. Terminal Illness (compresa nella garanzia base)	4. Caso morte da infortunio con <input type="checkbox"/> Raddoppio o con <input type="checkbox"/> Triplicazione del capitale (Capitale minimo Euro 30.000 - massimo pari al capitale della garanzia base)
Capitale assicurato (come la garanzia base) _____	Capitale da assicurare _____
Premio annuo (copertura gratuita) _____	Premio annuo _____
3. Invalidità totale e permanente a seguito di infortunio o malattia (Capitale minimo Euro 30.000 - massimo pari a 2 volte il capitale della garanzia base con il limite di Euro 500.000)	5. "SalvaVita" per il caso di malattia grave (Capitale minimo Euro 30.000 - massimo Euro 220.000, con il limite del capitale della garanzia base)
Capitale da assicurare _____	Capitale da assicurare _____
Premio annuo _____	Premio annuo _____

Premio Totale

Premio annuo totale iniziale, comprensivo delle Garanzie Complementari scelte Euro _____ da corrispondersi con rateazione:
 Frazionamento del premio annuo Annuale Semestrale
 N.B.: Nel caso in cui non venisse indicato il frazionamento, la polizza sarà emessa con frazionamento del premio annuale. Spese di emissione Euro 5,00

A - Dichiarazioni dell'Assicurando e questionario sanitario

a) L'Assicurando ha attualmente una capacità di guadagno ridotta o fruiscie di pensione di invalidità?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Per quale motivo? Da quando?
b) In precedenza Le è mai stata rifiutata o rimandata una proposta di assicurazione sulla vita, di invalidità o di malattie gravi, oppure è stata accettata a condizioni speciali?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quando? Per quale motivo?
c) L'Assicurando nell'esercizio della sua professione, o nell'esercizio di attività extraprofessionali e/o di volontariato, è esposto a speciali pericoli? (esempio: contatti con materie venefiche e/o esplosive, linee elettriche ad alta tensione, fonditura, lavori su impalcatura o tetti, pilota di velivoli in genere, forze dell'ordine, pompieri, guida montana, giornalista/fotografo inviato speciale, stuntman, volontario con missioni all'estero, etc)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quale?
d) L'Assicurando pratica sport?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali? Come professionista o come dilettante?
e) L'Assicurando fa uso o ha fatto uso di tabacco, sostanze stupefacenti (droghe) o alcolici?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali? Quantità giornaliera? In passato (quando) o attualmente?
f) Altezza e peso attuali	Altezza: cm <input style="width: 40px;" type="text"/>	Peso: kg <input style="width: 40px;" type="text"/>

Per le domande da 1 a 8, se si risponde "SI", è obbligatorio compilare anche le domande riportate nella colonna di destra per consentire una corretta e completa valutazione.

1. Ai Suoi genitori o fratelli sono stati riscontrati casi di malattie del cuore o circolatorie, ictus, diabete, tumori maligni, malattie renali, malattie nervose o mentali prima dell'età di 60 anni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali malattie (in caso di tumore specificare la parte interessata)? Quando? A quale età è stata riscontrata la malattia? A quali persone? Sono ancora in vita?
2. È mai stato ricoverato in Case di cura, Ospedali, Sanatori, ecc.?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quando? Per quali cause? Dove? Per quanto tempo?
3. Si è mai sottoposto a test e analisi speciali inclusi quelli relativi a malattie veneree, epatite B o AIDS?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali? Quando? Con quale esito? Per quale motivo?
4. Ha mai praticato esami specialistici (urine, sangue, radiologici, elettrocardiografici, altri)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali? Quando? Con quale esito? Per quale motivo?
5. Ha mai sofferto di malattie che negli ultimi 5 anni hanno richiesto un trattamento medico?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali? Quando? Per quanto tempo? Per quale motivo? Con quale esito?
6. Assume regolarmente medicinali o ne ha assunti negli ultimi dodici mesi? È attualmente in cura?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quando e/o da quando? Quali? Con quale frequenza? Per quale motivo?
7. Presenta imperfezioni fisiche, mutilazioni, difetti di udito o visivi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali? Qual è la causa?
8. Ha sofferto o soffre di malattie:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali? Quando? Per quanto tempo? Con quale esito?
dell'apparato respiratorio? (asma, bronchite, enfisema, pleurite, tubercolosi, tumore, malattie delle altre vie - naso, laringe - altre malattie o disturbi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quando ha avuto termine la malattia?
dell'apparato cardiocircolatorio? (infarto, ictus, ischemia, angina pectoris, ipertensione, valvulopatie, varici degli arti inferiori, aritmie, fibrillazioni, scompenso, altre malattie o disturbi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
dell'apparato digerente? (gastroduodenite, ulcera gastroduodenale, coliti ulcerose, epatite virale, cirrosi epatica, calcolosi della colecisti, tumori, malattie del pancreas, ernia jatale, altre malattie o disturbi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
dell'apparato uro-genitale? (nefriti, insufficienza renale, calcolosi, ipertrofia prostatica, tumori, alterazioni del ciclo mestruale o disturbi genitali, altre malattie o disturbi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
dell'apparato osteo-articolare? (artriti, artrosi, tumori, malattia reumatoide con localizzazioni articolari ed extra-articolari, altre malattie o disturbi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
del sistema nervoso o della psiche? (epilessia, parestesie, paralisi, tumori, nevrosi, ansie, depressioni, schizofrenia, altre malattie o disturbi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
del sistema endocrino-metabolico? (diabete, alterazioni del colesterolo o degli altri grassi del sangue, alterazioni dell'ipofisi, della tiroide, del surrene, altre malattie o disturbi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
del sangue? (anemie, emorragie, leucemie, altre malattie o disturbi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
cancro o altri tumori maligni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Firma dell'Assicurando

Luogo e data

B - Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto

Gentile Cliente, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, le informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere in relazione alle Sue esigenze, tenendo presente che la mancanza di tali informazioni non consente una valutazione approfondita. Qualora Lei non intenda fornire tali informazioni, Le chiediamo gentilmente di sottoscrivere la "Dichiarazione di rifiuto di fornire le informazioni richieste" sotto riportata.

A. Qual è attualmente il Suo stato occupazionale?

- occupato con contratto a tempo indeterminato
- autonomo/libero professionista
- pensionato
- occupato con contratto atipico o a tempo determinato, ecc.
- non occupato

B. Lei ha eventuali soggetti da tutelare (carichi familiari o altri soggetti)? SI NO

C. Attualmente possiede altri prodotti assicurativi vita?

- risparmio/investimento
- previdenza/pensione complementare
- protezione assicurativa di rischio (morte, invalidità, malattie gravi)
- nessuna copertura assicurativa vita

D. Qual è la sua capacità di risparmio annuo?

- fino a Euro 5.000
- da Euro 5.000 a 15.000
- oltre Euro 15.000

Eventuali informazioni aggiuntive sulla situazione finanziaria

Quali delle seguenti affermazioni descrive meglio le Sue aspettative sulla crescita futura dei suoi redditi personali? in crescita stazionaria in diminuzione

E. Quali sono gli obiettivi assicurativo-previdenziali che intende perseguire con il contratto?

- risparmio/investimento
- previdenza/pensione complementare
- protezione assicurativa di rischio (morte, invalidità, malattie gravi)

Intende perseguire i suoi obiettivi assicurativo-previdenziali attraverso:

- versamenti unici
- versamenti periodici

Qual è l'orizzonte temporale che si prefigge per la realizzazione degli obiettivi?

- breve (<= 5 anni)
- medio (6 - 10 anni)
- lungo (> 10 anni)

Quali sono le sue aspettative di rendimento dell'investimento relativamente al prodotto proposto?

- nessuna (solo protezione assicurativa)
- bassa (rendimenti modesti ma sicuri nel tempo)
- media (possibili oscillazioni sul valore del contratto purchè con un livello di rischio contenuto)
- alta (massimizzazione della redditività con forti oscillazioni sul valore del contratto)

Dichiarazione di rifiuto di fornire le informazioni richieste

Dichiaro di non voler rispondere alle domande riportate nel Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto, nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

Firma e/o timbro del Contraente

(o del Rappresentante legale/Delegato)

(Da sottoscrivere solo se non si voglia dare risposta alle domande riportate nel "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto")

Dichiarazione di volontà di acquisto in caso di possibile inadeguatezza

Motivi di possibile inadeguatezza

Dichiaro di essere stato informato dal qui presente intermediario dei motivi per i quali, sulla base delle informazioni da me fornite e di eventuali altre informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle mie esigenze assicurative. Dichiaro altresì di voler comunque sottoscrivere il relativo contratto.

Firma e/o timbro del Contraente

(o del Rappresentante legale/Delegato)

Firma dell'Intermediario

(Da sottoscrivere solo se il contratto, sulla base delle risposte fornite o no dal cliente o sulla base di altre informazioni disponibili, non risulta o potrebbe non risultare adeguato)

Revocabilità della proposta e diritto di recesso del contraente Art. 3 e Art. 4 delle Condizioni Contrattuali

Modalità di pagamento del premio consentite dalla Compagnia

Il pagamento dei premi - che deve avvenire con mezzi diversi dal denaro contante - può essere effettuato tramite una delle seguenti modalità:

- bonifico a favore di UNIQA Previdenza SpA sul c/c bancario Codice IBAN IT300030691271110000011526, intestato a UNIQA Previdenza SpA presso INTESA SANPAOLO - Filiale Financial Institutions - Via Langhirano, 1 - 43125 PARMA;
- assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a UNIQA Previdenza SpA;

- attivazione della procedura SDD solo per le rate successive alla prima;
- assegno bancario o circolare non trasferibile intestato all'Agenzia, solo per importi inferiori a 15.000,00 Euro;
- bancomat/Carta di credito;
- bollettino e Vaglia postale.

Attenzione: nel caso di pagamento del premio con mezzi non direttamente indirizzati all'impresa, ovvero all'agente nella sua qualità di intermediario dell'impresa, la prova dell'avvenuto pagamento del premio alla compagnia è rappresentata dalla indicazione dell'importo pagato e dalla apposizione della firma del soggetto che provvede materialmente alla riscossione delle somme e alla raccolta della presente proposta.

Dichiarazioni finali

Io sottoscritto

- DICHIARO ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte da me rese - anche se materialmente scritte da altri - sono veritiere ed esatte e che non è stata taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza, facendomi carico di comunicare alla Compagnia eventuali variazioni dei dati da me forniti. Riconosco altresì che le dichiarazioni di cui al questionario A sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione dei rischi da parte della Società (ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile);
- PROSCIOLGO dal segreto professionale e legale i medici e gli Enti che possono 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'assicuratore stesso o da chi per lui comunicate ad altre persone od Enti per le necessità tecniche, statistiche assicurative e riassicurative;
- PRENDO ATTO che la Società in qualsiasi momento ha la facoltà di richiedere ulteriori accertamenti sanitari e/o eventuali dichiarazioni che possano essere utili alla Società stessa sia per la valutazione del rischio sia per la definizione del sinistro;
- PRENDO ATTO che la Società non sarà tenuta ad indicare i motivi delle proprie decisioni nel caso di applicazione di condizioni restrittive, rinvio o rifiuto della presente proposta che resterà comunque presso la Società, unitamente ad eventuale altra modulistica della Società stessa;
- PRENDO ATTO che la sottoscrizione della presente proposta ed il contestuale pagamento dell'importo sopra indicato non determina l'operatività della garanzia assicurativa. Il contratto s'intenderà perfezionato nel momento in cui il proponente verrà a conoscenza dell'accettazione da parte della Società della presente proposta, mediante ricevimento di specifica comunicazione scritta con conferma della copertura assicurativa, che decorrerà dal giorno della sottoscrizione della proposta, ovvero mediante ricevimento dell'originale di polizza emesso dalla Società stessa. L'importo corrisposto contestualmente alla sottoscrizione della presente proposta sarà trattenuto dalla Società a titolo di deposito e, in caso di accettazione della stessa, con conseguente perfezionamento del contratto, sarà imputato a titolo di premio. In caso di mancata accettazione, la Società restituirà al Contraente, la somma trattenuta a titolo di deposito.
- PRENDO ATTO che:
 - a) le dichiarazioni sanitarie non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
 - b) prima della sottoscrizione dei questionari A e B, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
 - c) anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

Firma e/o timbro del Contraente (o del Rappresentante legale/Delegato)

X _____

Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente)

X _____

Consenso alla trasmissione della documentazione in formato elettronico (Il consenso non è riferibile all'invio di materiale promozionale, pubblicitario o di altre comunicazioni commerciali e può essere revocato in ogni momento)

Con riferimento al presente contratto, il sottoscritto Contraente dichiara di **dare il proprio consenso** alla Compagnia affinché, nel corso del rapporto contrattuale, la stessa possa inviare la documentazione disponibile in formato elettronico (o le specifiche informazioni per il relativo recupero) al seguente indirizzo di posta elettronica, attualmente valido e regolarmente in uso. A tale proposito, il medesimo Contraente si impegna a comunicare ad UNIQA Previdenza o all'Intermediario ogni eventuale variazione dell'indirizzo e-mail sotto indicato e prende atto che la Compagnia, a suo insindacabile giudizio, potrà comunque sempre provvedere alla spedizione della documentazione anche in formato cartaceo.

Indirizzo e mail _____

Firma del Contraente

X

Informazioni per l'adeguata verifica della clientela

Il cliente dovrà fornire risposte precise ai quesiti sotto elencati. La mancata risposta comporta l'impossibilità da parte della Compagnia, a dar seguito all'operazione richiesta.

a) Indicare l'area geografica ove si svolge prevalentemente la propria attività professionale:

- Italia; Unione Europea (UE); Area extra UE.

b) Indicare lo scopo prevalente e la natura dell'operazione:

- Risparmio; Investimento; Tutela personale/familiare/previdenziale.

c) Indicare la prevalente provenienza dei fondi utilizzati per la realizzazione della presente operazione:

- Attività lavorativa; Smobilizzo fondi, azioni, titoli di stato o altri investimenti; Vendita/locazione beni mobili/immobili;
 Eredità e/o liberalità; Vincite al gioco;
 Risarcimenti assicurativi; Assegni da coniuge.

Firma del Contraente

X

Consenso al trattamento dei dati personali

Preso atto dell'informativa a me rilasciata

- acconsento al trattamento dei miei dati personali, anche sensibili qualora gli stessi siano richiesti dalla tipologia del contratto assicurativo in via di sottoscrizione, nell'ambito delle finalità indicate all'art. 2 lettera a) dell'informativa ricevuta. Il mancato consenso comporta per la Compagnia l'impossibilità di emettere e/o gestire il contratto assicurativo.
 acconsento al trattamento dei miei dati personali nell'ambito delle finalità indicate all'art. 2 lettera b) dell'informativa ricevuta.

Firma dell'Assicurando

X

Firma del Contraente

(o del Rappresentante legale/Delegato)

X

Spazio riservato all'Intermediario

Contestualmente alla firma della presente proposta il sottoscritto (nome e cognome in chiaro di chi ritira effettivamente il mezzo di pagamento)

ritira: assegno bancario/circolare ordine di bonifico altro _____

Intestato a: UNIQA Previdenza SpA _____

dell'importo di Euro _____

BARRARE SE NON SI EFFETTUA ALCUN INCASSO

Firma dell'Intermediario

NOTA BENE: qualora il pagatore differisca dal contraente o dal soggetto munito di legale rappresentanza, compilare l'apposita "Scheda di rilevazione dati".

DICHIARO che i dati relativi al Contraente sono stati da me raccolti e di aver rilasciato copia della documentazione prevista nell'art. 49 comma 2 Reg. IVASS 5/2006 (allegati 7A e 7B).

DICHIARO:

- di aver ricevuto e preso visione del Fascicolo Informativo conforme a quanto disposto del Regolamento IVASS 35/2010;
- di aver ricevuto copia del documento ex art. 49 comma 2 lettera a bis) del Regolamento IVASS 5/2006 riepilogativo dei principali obblighi di comportamento a cui gli intermediari sono tenuti (conforme al modello di cui all'allegato n. 7A);
- di aver ricevuto copia della dichiarazione ex art. 49 comma 2 lett. a) del Regolamento IVASS 5/2006 contenente i dati essenziali sull'intermediario e sull'attività svolta (conforme al modello di cui all'allegato n. 7B).

Firma dell'Intermediario

Luogo e data

Firma e/o timbro del Contraente

(o del Rappresentante legale/Delegato)

X

Comportamento tenuto in fase di sottoscrizione della presente proposta

L'Intermediario è tenuto a fornire una sintetica valutazione sul comportamento tenuto dal cliente nel corso della trattativa:

- Comportamento che non denota anomalie; Reticenza nel fornire le informazioni richieste; Interposizione di soggetti terzi senza apparente giustificazione.

Firma dell'Intermediario

X

Al fine di consentire la corretta emissione del contratto sottoscritto, prima di inviare il documento in Società verificare che tutti i campi siano stati compilati e le firme richieste siano state raccolte.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 - "Codice in materia di protezione dei dati personali" - (di seguito il "Codice") ed in relazione ai dati personali che Le vengono richiesti nella predisposizione e nella successiva amministrazione del contratto di assicurazione con UNIQA Previdenza SpA (di seguito la "Società" o il "Titolare"), La informiamo di quanto segue:

1. Fonte dei dati personali

I dati personali in possesso della Società sono raccolti presso l'Interessato prima di procedere alla stipula del contratto. Tutti i dati personali vengono trattati in modo lecito e secondo correttezza cui si è sempre ispirata l'attività della Società.

2. Finalità del trattamento dei dati

I dati personali sono trattati nell'ambito della normale attività della Società e secondo le seguenti finalità:

- per esigenze preliminari alla stipulazione dei contratti; per la conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti assicurativi nonché per la gestione e liquidazione dei sinistri, attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge; per l'adempimento degli obblighi previsti da leggi e regolamenti e dalla normativa comunitaria, ovvero da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge; per esigenze di tipo operativo e gestionale; per finalità di tutela del credito per la prevenzione e l'individuazione di frodi assicurative. La informiamo che in relazione a specifiche operazioni o ai prodotti da Lei richiesti, la Società potrà venire in possesso di dati che il Codice, all'art. 4 comma 1, lett. d) definisce come "sensibili" (quali ad es. i dati inerenti lo stato di salute dell'Assicurato/Danneggiato). Per il trattamento di tali dati la normativa richiede una manifestazione scritta del consenso di cui Le verrà fatta richiesta;
- per effettuare promozioni e/o vendita di nuovi prodotti della Società o di società del gruppo, monitorare il livello di soddisfazione della clientela sui prodotti e sui servizi offerti dalla Società ed effettuare indagini di mercato.

3. Modalità del trattamento dei dati

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei dati personali può avvenire anche con l'ausilio di mezzi elettronici, telematici o comunque automatizzati ed attraverso qualunque operazione o complesso di operazioni tra quelle indicate all'art. 4 comma 1, lett. a) del Codice e con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi. I dati sono trattati da soggetti incaricati nei confronti dei quali è stata effettuata una specifica formazione e sono state fornite puntuali indicazioni operative.

4. Natura del conferimento dei dati ed effetti del rifiuto del consenso

Il conferimento dei Suoi dati personali è facoltativo, salvo che sia richiesto da specifiche leggi o normative quali ad esempio quelle sul trasferimento valori e antiriciclaggio, sull'antiriciclaggio - Banca Dati IVASS, Casellario centrale infortuni. L'eventuale Suo rifiuto a fornirci i dati specificati comporterebbe:

- per le finalità di cui al precedente punto 2.a) l'impossibilità per la Società di formalizzare il rapporto contrattuale, assicurativo o previdenziale, ed eseguire i contratti e gestire e liquidare i sinistri attinenti l'attività assicurativa;
- per le finalità di cui al precedente punto 2.b) l'impossibilità per Lei di venire a conoscenza di ulteriori prodotti e servizi forniti dalla Società, senza per nulla incidere sul rilascio del prodotto assicurativo richiesto.

5. Categorie di soggetti alle quali i dati possono essere comunicati

Ferme restando le comunicazioni eseguite in adempimento di obblighi di legge, tutti i dati raccolti ed elaborati per la finalità di cui al precedente punto 2.a) potranno essere comunicati, per la medesima finalità ed in relazione alle specifiche caratteristiche del contratto da Lei sottoscritto, a:

- altri soggetti appartenenti al settore assicurativo, quali ad es. assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, agenti, subagenti, produttori di agenzia;
- mediatori di assicurazione (broker) ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad es. banche, SIM);

- altri soggetti coinvolti nello specifico rapporto (contraente, assicurati, beneficiari, danneggiati, coobbligati, tutori, ecc.);
- legali, periti, autofficine, medici, professionisti, consulenti esterni e loro incaricati;
- società di servizi ed altri incaricati cui sono affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi, incluse quelle cui sono affidate le attività riguardanti l'informatica, le procedure di archiviazione, la stampa della corrispondenza e la gestione della posta in arrivo ed in partenza;
- organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, imprese di assicurazioni associate per la tutela dei diritti delle compagnie di assicurazioni contro le frodi;
- tutti gli enti, istituti ed istituzioni nei riguardi dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria in virtù di norme di legge o di regolamenti;
- società di recupero crediti;
- istituti di credito;
- società nostre controllanti, controllate e collegate;
- organismi di certificazione e controllo amministrativo-contabile;
- organi dell'Autorità Giudiziaria di ogni ordine e grado civile e penale e da altri organi dello Stato o Enti Pubblici nonché da soggetti deputati a dirimere controversie di qualsiasi natura (ad es. procedure di conciliazione, arbitrati, mediazione, ecc.).

Per la finalità di cui al precedente punto 2.b), tutti i dati raccolti e trattati potranno essere comunicati, per la medesima finalità, a:

- società del Gruppo di appartenenza, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- società di fornitura di servizi informatici o di servizi di imbustamento e smistamento di corrispondenza ed archiviazione;
- società di fornitura di servizi di assistenza e informazione commerciale, anche tramite call center.

I soggetti appartenenti alle categorie alle quali i dati possono essere comunicati utilizzeranno i dati secondo le disposizioni impartite dal Titolare del trattamento operando essi stessi in qualità di "Titolari o Responsabili del Trattamento" ai sensi della legge, in piena autonomia e nel rispetto del vigente disposto normativo. Un elenco dettagliato dei suddetti soggetti è disponibile presso la Direzione della Società.

6. Diffusione dei dati

I dati personali non saranno oggetto di diffusione.

7. Trasferimento dei dati all'estero

Per le medesime finalità di cui al precedente punto 2.a) i dati personali possono essere trasferiti fuori dal territorio nazionale anche in paesi non aderenti all'Unione Europea. Per le finalità di cui al precedente punto 2.b) i dati personali possono essere trasferiti in paesi aderenti all'Unione Europea.

8. Diritti dell'Interessato

L'art. 7 del Codice conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal Titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

In qualsiasi momento l'interessato potrà rivolgersi al Titolare per l'esercizio dei propri diritti.

9. Il Titolare del trattamento

Il Titolare del Trattamento è UNIQA Previdenza SpA, nella persona dei legali rappresentanti, con Sede in Via Carnia, 26 - 20132 Milano. L'interessato, per l'esercizio dei suoi diritti, nonché per ricevere informazioni più dettagliate sui trattamenti e/o sui soggetti o le categorie di soggetti che vengono a conoscenza dei dati o ai quali i dati sono comunicati, si potrà rivolgere al Titolare tramite richiesta scritta da inviare all'Ufficio Affari Legali Societari e Segreteria Generale Area Supporto Organizzativo Privacy, Via Carnia, 26 - 20132 Milano, tel. 02-28189293, fax 02-28189325 e/o consultare il sito web www.uniqagroup.it.

INDICARE LA TIPOLOGIA DI RAGIONE SOCIALE DI PAGINA 2 IN BASE AI RELATIVI CODICI:

0 Ditta Individuale; 1 Società in nome collettivo (Snc); 2 Società in accomandita semplice (Sas); 3 Società a Responsabilità limitata (Srl); 4 Società per Azioni (Spa); 5 Società in accomandita per Azioni (Sapa); 6 Società cooperativa per azioni (Scpa); 7 Cooperativa; 8 Consorzio; 9 Associazione di professionisti; 10 Associazione No profit; 11 Enti previdenziali e assistenziali; 12 Fondazioni; 13 Altri Enti ed Istituti con personalità giuridica.

INDICARE I BENEFICIARI DI PAGINA 2 IN BASE AI RELATIVI CODICI:

Cod. 1 - L'Assicurato - Cod. 2 - Il Contraente - Cod. 3 - Eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato in parti uguali - Cod. 4 - I figli nati e nati dell'Assicurato in parti uguali - Cod. 5 - Il coniuge dell'Assicurato - Cod. 6 - Il coniuge e i figli dell'Assicurato nati e nati in parti uguali - Cod. 7 - I genitori dell'Assicurato in parti uguali - Cod. 8 - Vincolo a favore di terzi (indicare nome e cognome o ragione sociale). Qualora nessuna di tali forme corrispondesse alle esigenze, indicare comunque cognome e nome dei beneficiari per esteso negli appositi spazi.

I dati identificativi e le informazioni personali da riportare nel presente modulo di proposta sono raccolti altresì per adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela previsti dalle normative vigenti in materia di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo.

Le normative vigenti impongono alla Compagnia specifici obblighi di adeguata verifica della clientela da espletarsi mediante l'acquisizione delle informazioni utili ad identificare il cliente stesso (o l'eventuale soggetto che effettua l'operazione per conto di terzi ovvero l'esecutore); tali informazioni devono essere raccolte con lo scopo di verificarne l'identità, sulla base di documenti, dati o informazioni ottenuti da una fonte affidabile e indipendente di cui va acquisita copia leggibile in formato cartaceo o elettronico prontamente disponibile su richiesta della Compagnia.

In aggiunta la normativa prevede ulteriori informazioni da raccogliere in fase di stipula e di apertura del rapporto continuativo inerenti:

- l'identificazione del titolare effettivo (o dei titolari se più di uno) e la verifica dell'identità degli stessi sulla base di documenti, dati o informazioni ottenuti da una fonte affidabile e indipendente di cui va acquisita copia leggibile in formato cartaceo o elettronico prontamente disponibile su richiesta della compagnia);
- la raccolta di informazioni sullo scopo prevalente e sulla natura del rapporto continuativo, di cui alla Sezione "Informazioni per l'adeguata verifica della clientela";
- l'identificazione di eventuali persone politicamente esposte;
- la raccolta delle informazioni sulla provenienza dei fondi utilizzati per l'operazione, di cui alla Sezione "Informazioni per l'adeguata verifica della clientela";
- il comportamento tenuto dal cliente (o dall'eventuale soggetto che effettua l'operazione per conto di terzi) in occasione dell'instaurazione del rapporto continuativo, mediante la compilazione dell'apposita sezione "Comportamento tenuto in fase di sottoscrizione della presente proposta".

A tal fine l'art. 21 del citato decreto impone ai clienti (o l'eventuale soggetto che effettua l'operazione per conto di terzi ovvero all'esecutore) di fornire, sotto la propria responsabilità, le informazioni necessarie per consentire l'adempimento degli obblighi di adeguata verifica della clientela sopra indicati.

PER ULTERIORI APPROFONDIMENTI IN MATERIA SI PREGA DI CONSULTARE IL MANUALE ANTIRICICLAGGIO IN USO E/O LE CIRCOLARI INTEGRATIVE SUCCESSIVAMENTE EMANATE DALLA COMPAGNIA PER LA RETE DISTRIBUTIVA

Persona fisica

Per gli obblighi previsti in materia di adeguata verifica della clientela, le informazioni necessarie per l'identificazione del contraente, dell'esecutore ovvero dell'eventuale soggetto che effettua l'operazione per conto di terzi sono quelle contenute nella presente proposta di polizza, rispettivamente, nella sezione "Contraente" e nella sezione "Soggetto munito della rappresentanza legale".

Nei casi di rapporto continuativo instaurato per conto di terzi (ad esempio le persone giuridiche) il cosiddetto "Soggetto munito della rappresentanza legale" è colui che, in forza dei poteri conferiti a mezzo di procura o delega, instaura "de visu" il rapporto continuativo in nome e per conto altrui.

Rientra nella presente fattispecie anche il caso di persona fisica a sua volta rappresentata da un soggetto terzo da lui delegato o rappresentato in forza di legge (si pensi al tutore del minore o dell'inabile) e comunque qualsiasi soggetto delegato dal Contraente in forza di Procura.

P.E.P.: Persona politicamente esposta

Le persone fisiche quando instaurano un rapporto continuativo ai sensi dell'art. 15 comma 1 lettera a), devono indicare nella sezione del "Contraente" e del "Titolare effettivo" (ove presente) se risultano politicamente esposte, ovvero se rientrano nelle categorie sotto indicate e previste dall'art. 1 dell'allegato tecnico del D.Lgs. 231/2007.

Sono persone politicamente esposte (cosiddetti PEPs) i soggetti residenti in Italia, in altri Stati comunitari o in Stati extracomunitari che rivestono o hanno rivestito importanti cariche pubbliche quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- i capi di Stato, i capi di Governo, i Ministri e i Vice Ministri o Sottosegretari;
- i parlamentari;
- i membri delle corti supreme, delle corti costituzionali e di altri organi giudiziari di alto livello le cui decisioni non sono generalmente soggette a ulteriore appello, salvo in circostanze eccezionali;
- i membri delle Corti dei conti e dei consigli di amministrazione delle banche centrali;
- gli ambasciatori, gli incaricati d'affari e gli ufficiali di alto livello delle forze armate;
- i membri degli organi di amministrazione, direzione o vigilanza delle imprese possedute dallo Stato.

In nessuna delle categorie sopra specificate rientrano i funzionari di livello medio o inferiore.

NOTA BENE: in questa sezione barrare la casella SI se, ai sensi dell'art. 1 comma 2 lettera o) del suddetto decreto, i soggetti come sopra definiti, occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami, individuate sulla base dei criteri di cui all'art. 1 dell'allegato tecnico al suddetto decreto, se non occupano o non hanno occupato importanti cariche pubbliche in passato.

Per familiari diretti si intendono:

- Il coniuge;
- i figli ed i loro coniugi;
- coloro che nell'ultimo quinquennio hanno convissuto con i soggetti di cui alle precedenti lettere;
- i genitori.

Cliente Persona giuridica e titolare effettivo

Per le modalità di adempimento degli obblighi previsti dall'art. 19 comma 1 lettera a) in materia di adeguata verifica della clientela, le informazioni necessarie per l'identificazione del cliente persona giuridica devono essere integrate con:

- le informazioni del soggetto che effettua l'operazione per conto di terzi, che deve essere munito dei poteri di rappresentanza legale (deleghe o procure) verificate mediante riscontro con una fonte affidabile e indipendente di cui va acquisita copia leggibile in formato cartaceo o elettronico prontamente disponibile su richiesta della compagnia;
- le informazioni relative al "titolare effettivo" rappresentato dalla persona o dalle persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllano il cliente persona giuridica secondo i criteri previsti dalla legge, ai sensi dell'art. 1 comma 2 lettera u) del suddetto decreto.

L'identificazione del titolare effettivo deve essere sempre effettuata contestualmente all'identificazione del cliente e impone, per le persone giuridiche, i trusts ed i soggetti giuridici analoghi, l'adozione di misure adeguate e commisurate alla situazione giuridica, al fine di comprendere la struttura proprietaria e di controllo del cliente con personalità giuridica. Ai fini dell'identificazione del titolare effettivo, i clienti sono quindi tenuti a fornire, per iscritto e sotto la propria responsabilità, le informazioni necessarie ad attestarne lo "status" di titolare/i effettivi, mediante l'utilizzo di informazioni attendibili e provenienti da fonti affidabili, atti pubblici, visure camerali o simili, dei quali va acquisita copia in formato cartaceo od elettronico prontamente disponibile su richiesta della compagnia.

NOTA BENE: da compilare e sottoscrivere a cura del Rappresentante Legale/Procuratore se trattasi di Società NON ammessa alla quotazione in mercati regolamentati e sottoposta a obblighi di comunicazione conformi alla normativa comunitaria o a standard internazionali equivalenti.

L'identificazione dei titolari effettivi, deve essere effettuata compilando l'apposito modulo da allegare alla presente proposta.

Per titolare effettivo s'intende:

- in caso di società:
 - la persona fisica o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllino un'entità giuridica, attraverso il possesso o il controllo diretto o indiretto di una percentuale sufficiente delle partecipazioni al capitale sociale o dei diritti di voto in seno a tale entità giuridica, anche tramite azioni al portatore, purché non si tratti di una società ammessa alla quotazione su un mercato regolamentato e sottoposta a obblighi di comunicazione conformi alla normativa comunitaria o a standard internazionali equivalenti; tale criterio si ritiene soddisfatto ove la percentuale corrisponda al 25 per cento più uno di partecipazione al capitale sociale;
 - la persona fisica o le persone fisiche che esercitano in altro modo il controllo sulla direzione di un'entità giuridica;
- in caso di entità giuridiche quali le fondazioni e di istituti giuridici quali i trust, che amministrano e distribuiscono fondi:
 - se i futuri beneficiari sono già stati determinati, la persona fisica o le persone fisiche beneficiarie del 25 per cento o più del patrimonio di un'entità giuridica;
 - se le persone che beneficiano dell'entità giuridica non sono ancora state determinate, la categoria di persone nel cui interesse principale è istituita o agisce l'entità giuridica;
 - la persona fisica o le persone fisiche che esercitano un controllo sul 25 per cento o più del patrimonio di un'entità giuridica.

Il presente documento di proposta, per la finalità di cui sopra connesse all'adeguata verifica della clientela DEVE ESSERE INVIATO TEMPESTIVAMENTE ALLA COMPAGNIA, debitamente sottoscritto e firmato completo in tutte le sue parti AL FINE DI ADEMPIERE AGLI OBBLIGHI DI REGISTRAZIONE PREVISTI DALLA LEGGE E COMUNQUE NON OLTRE IL TRENTESIMO GIORNO SUCCESSIVO AL COMPIMENTO DELL'OPERAZIONE ovvero all'apertura, alla variazione e alla chiusura del rapporto continuativo.

FAC - SIMILE