



## CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE

# UNICREDIT MY CARE FUTURO

Il Set Informativo costituito da:

- Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)
- Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)
- Condizioni di Assicurazione, comprensive dell'informativa sul trattamento dei dati personali e sulle tecniche di comunicazione a distanza
- Glossario
- Proposta (in versione fac-simile)

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

### AVVERTENZA

Prima della sottoscrizione leggere attentamente i contenuti del presente Set Informativo.

Il prodotto è conforme alle Linee guida "Contratti Semplici e Chiari"

# Assicurazione Temporanea per il caso morte

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

Compagnia: UniCredit Allianz Vita S.p.A.  
Prodotto: UNICREDIT MY CARE FUTURO

Data di realizzazione: 30/10/2023  
Il presente DIP Vita è l'ultimo pubblicato disponibile.

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

## Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione temporanea per il caso morte che prevede, in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, la corresponsione di un capitale ai Beneficiari designati.



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

#### ✓ GARANZIA PRINCIPALE

##### Decesso dell'Assicurato

In caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, e sempreché il Contratto sia in regola con il pagamento dei premi, la Società garantisce ai Beneficiari designati dal Contraente, la corresponsione di un importo liquidabile in un'unica soluzione, pari al capitale indicato in polizza e scelto dal Contraente a partire da un importo minimo pari a 25.000 euro, fino ad un massimo pari a 1.500.000 euro - con incrementi pari a 5.000,00 euro o suoi multipli.

#### ✓ GARANZIE COMPLEMENTARI facoltative

In fase di sottoscrizione della Proposta, il Contraente può richiedere una o più delle seguenti Garanzie complementari per il caso in cui il **decesso dell'Assicurato sia conseguenza:**

- a) **di un infortunio** – per cui il capitale assicurato viene raddoppiato;
- b) **di un incidente stradale** – per cui il capitale assicurato viene triplicato.



### Che cosa NON è assicurato?

Non sono assicurabili coloro che:

✗ alla data di decorrenza del Contratto abbiano un'età inferiore a 18 anni (età anagrafica) e superiore a 70 anni (età assicurativa);

✗ dichiarino di aver ricevuto la diagnosi oppure di essersi sottoposti a ricoveri, interventi e/o cure per tumori maligni negli ultimi 10 anni;

✗ dichiarino di aver ricevuto una diagnosi oppure di essersi sottoposti a ricoveri, interventi, cure o di assumere o aver assunto farmaci in merito a una delle seguenti malattie negli ultimi 5 anni:

- malattie cardio-cerebrovascolari;
- malattie del sistema nervoso centrale e periferico;
- malattie dell'apparato respiratorio e muscolo-scheletrico;
- malattie dell'apparato digerente ed uro-genitale;
- malattie endocrine, dismetaboliche, degli organi di senso;
- malattie del sangue e del sistema immunitario.

Per coloro che dichiarino di:

- aver ricevuto prescrizioni di esami o di essersi sottoposti a controlli clinico-specialistici, di cui aspettano l'esito, negli ultimi 12 mesi in relazione alle malattie sopraelencate;
- presentare postumi invalidanti causati da malattie o infortuni, di essere titolare di una pensione di invalidità/inabilità o di aver fatto domanda per ottenerla presso ente preposto (ASL, INPS, INAIL);

si rendono necessari ulteriori accertamenti sanitari (con relativo rapporto di visita medica) e/o la presentazione del verbale di riconoscimento dell'invalidità al fine di stabilire se il soggetto è assicurabile.

Nei casi in cui l'Assicurato abbia un'età assicurativa inferiore a 56 anni e venga scelto un capitale assicurato fino a 75.000 euro (compresi), non sono assicurabili coloro che dichiarino di:

✗ aver ricevuto una diagnosi oppure di essersi sottoposti a ricoveri, interventi e/o cure in merito a una delle seguenti malattie: tumori maligni, diabete, malattie cardio-cerebrovascolari, malattie gastro-intestinali, malattie dell'apparato respiratorio;

\* esser stati ricoverati negli ultimi 24 mesi e/o di essere in attesa di ricovero in case di cura od ospedali (se non per interventi in ambito ortopedico, chirurgia estetica, parto).



## Ci sono limiti di copertura?

### Principali limitazioni - Garanzia principale e Garanzie complementari facoltative in caso di decesso

È escluso dalla garanzia il decesso causato da:

- ! dolo del Contraente o dei Beneficiari designati;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ! partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra dichiarata o non dichiarata, operazioni di pace, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare. Nel caso in cui l'Assicurato non abbia preso parte attiva ad uno o più degli atti suindicati e si dovesse già trovare nel territorio interessato al momento in cui tali eventi sono cominciati, la copertura si intende operante per 14 giorni dal loro inizio; dopodiché, se la minaccia derivante da tali eventi sia continuativa e persistente, il decesso è escluso dalla copertura fintanto che l'Assicurato rimanga nel territorio interessato. L'esistenza di una delle suddette situazioni già al momento dell'arrivo dell'Assicurato in un determinato territorio, e sempreché la minaccia derivante sia continuativa e persistente, comporta invece l'esclusione immediata della copertura;
- ! 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 ventiquattro mesi dalla decorrenza del Contratto o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione del Contratto;
- ! abuso di alcol o uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili, qualora il decesso sia conseguenza diretta del comportamento dell'Assicurato stesso.
- ! malattie, condizioni patologiche pregresse, conseguenze di infortuni precedenti la data di effetto delle garanzie;
- ! guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- ! eventi scaturiti dalla reazione nucleare o dalla radiazione nucleare, indipendentemente dalle cause che le hanno generate;
- ! contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici, ovvero avvenuto;
- ! durante l'esercizio di una delle attività professionali e sportive elencate nella rubrica "Ci sono limiti di copertura?" contenuta nel Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo Vita.

Nel caso in cui il decesso sia conseguenza diretta ed esclusiva di uno degli eventi sopra indicati, la Società non liquiderà la prestazione assicurata, ma restituirà i premi corrisposti, al netto delle eventuali imposte previste dalla legge.

La Società non riconosce la prestazione in caso di decesso dell'Assicurato durante i periodi di Carenza.

**Per informazioni integrative si rinvia al Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo Vita.**



## Dove vale la copertura?

- ✓ Le garanzie vengono prestate senza limiti territoriali.



## Che obblighi ho?

La corretta assunzione del rischio da parte della Società comporta la conoscenza dello stato di salute dell'Assicurato, che sottoscrive il "Questionario sullo stato di salute dell'Assicurato" ("Semplificato" o "Completo") relativo al proprio stato di salute. È estremamente importante quindi che le dichiarazioni siano esatte, complete e veritiere.

Per capitali assicurati pari o superiori a 305.000,00 euro l'assunzione del rischio da parte della Società comporta il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato e delle abitudini di vita dello stesso, da effettuarsi:

- analizzando il "Questionario Completo sullo stato di salute dell'Assicurato" firmato dall'Assicurato con cui informa la Società sul proprio stato di salute;
- richiedendo all'Assicurato di sottoporsi a visita medica e ad eventuali ulteriori accertamenti sanitari.

In ogni caso, copia della Proposta, del "Questionario Completo sullo stato di salute" e della documentazione sanitaria dovrà pervenire alla Società entro novanta giorni dalla data di sottoscrizione della Proposta, pena la decadenza della stessa. La copertura assicurativa opererà, quindi, solo a seguito dell'accettazione del rischio da parte della Società e comunque sempre successivamente al pagamento del premio (unico o ricorrente). In tal caso, il Contratto si concluderà nel momento in cui, effettuato l'addebito del premio dovuto, il premio medesimo venga accreditato sul conto corrente della Società e da questa trattenuto in segno di assunzione del rischio.

In caso di decesso dell'Assicurato la richiesta di liquidazione, corredata dalla documentazione necessaria, deve essere inoltrata alla Società mediante il modulo di liquidazione per sinistro da consegnare alla Filiale del Distributore presso cui è appoggiato

il Contratto ovvero mediante lettera contenente gli elementi identificativi del Contratto, le coordinate bancarie del conto corrente, intestato o cointestato all'avente diritto, dove accreditare l'importo e indirizzata a: UniCredit Allianz Vita S.p.A.- Piazza Tre Torri, 3-20145 Milano.

Per informazioni integrative si rinvia al Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo Vita.



### Quando e come devo pagare?

- Le prestazioni del Contratto vengono garantite previo versamento alla Società, da parte del Contraente, di un premio ricorrente di importo costante da corrispondersi in via anticipata alle ricorrenze stabilite; oppure da un premio unico da corrispondersi in un'unica soluzione in via anticipata all'atto della sottoscrizione della Proposta.
- Le predette modalità di versamento del premio sono alternative.
- L'importo del premio è determinato in base: all'età dell'Assicurato, alla durata del Contratto, all'importo assicurato (considerando il cumulo con altre coperture assicurative caso morte attive di UniCredit Allianz Vita) e alle garanzie prestate.
- Il premio ricorrente mensile è dovuto per tutta la durata del Contratto e comunque non oltre il decesso dell'Assicurato. Non è ammesso il pagamento in contanti.
- Il premio viene pagato con addebito diretto sul **rapporto bancario intrattenuto presso UniCredit S.p.A. intestato al Contraente**: addebito diretto su conto corrente ovvero su carta ricaricabile con IBAN UniCredit.
- Il premio ricorrente relativo al primo anno è dovuto per intero. In caso di mancato versamento, il Contratto è risolto e gli importi versati restano acquisiti dalla Società che non ha alcun obbligo in ordine alla prestazione assicurata.

Per informazioni integrative si rinvia al Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo Vita.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

- Il Contratto si intende concluso a condizione che sia stato effettuato il versamento del premio unico oppure della prima mensilità del premio pattuito e sia stata sottoscritta la Proposta, compreso il "Questionario sullo stato di salute dell'Assicurato" ("Semplificato" o "Completo"). La prestazione assicurata è operante dalle ore 24 del giorno indicato in Proposta quale data di decorrenza. La data di decorrenza coincide con la data di sottoscrizione della Proposta.
- La durata del Contratto può essere scelta all'interno di un intervallo temporale definito tra 5 e 30 anni, compatibilmente con l'età dell'Assicurato che, alla data di scadenza della Polizza, non potrà essere superiore a 75 anni (età assicurativa). La prestazione è operante per tutta la durata del Contratto intendendosi per tale l'arco di tempo che intercorre tra la data di decorrenza e la data di scadenza del Contratto stesso.
- Qualora l'Assicurato richieda di sottoporsi, a proprie spese, a visita medica e ad ulteriori accertamenti sanitari al fine di ridurre i periodi di carenza, la copertura assicurativa opererà solo a seguito dell'accettazione del rischio da parte della Società e comunque sempre successivamente al pagamento del premio. In tal caso, il Contratto si concluderà nel momento in cui, effettuato l'addebito del premio dovuto, il premio medesimo venga accreditato sul conto corrente della Società e da questa trattenuto in segno di assunzione del rischio. Tuttavia, nel caso in cui dalla documentazione sanitaria prodotta, emergano fattori di rischio, la Società si riserva la facoltà di rifiutare l'assunzione del rischio.



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

- Il Contraente può revocare la Proposta, ai sensi dell'articolo 176 del Decreto Legislativo 209/2005, fino al momento della conclusione del Contratto.
- Dopo la conclusione del Contratto, il Contraente può esercitare il diritto di recesso, ai sensi dell'articolo 177 del Decreto Legislativo 209/2005, entro un termine di sessanta giorni.
- Il Contraente ha facoltà di risolvere il Contratto sospendendo il pagamento dei premi ricorrenti.
- Qualora il Contraente abbia scelto di corrispondere il premio in un'unica soluzione all'atto della sottoscrizione della Proposta, potrà chiedere alla Società la risoluzione del Contratto. La Società provvederà a rimborsare la frazione del premio unico relativa al periodo di copertura non goduto, al netto di eventuali imposte.

Per informazioni integrative si rinvia al Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo Vita.



### Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

- La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto e di riduzione del Contratto.
- In caso di sospensione del Contratto (mancato versamento di una sola mensilità di premio), il Contraente ha facoltà di riattivarlo entro sei mesi dalla data in cui il versamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, previa corresponsione di tutti i premi arretrati aumentati degli interessi legali. Trascorsi sei mesi dalla data in cui il versamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, la riattivazione può avvenire solo dietro apposita domanda del Contraente e previa accettazione espressa della Società. La riattivazione del Contratto ne ripristina le prestazioni assicurate con effetto dalle ore 24 del giorno del versamento dell'importo dovuto. Trascorsi dodici mesi dalla data in cui il versamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, il Contratto non può più essere riattivato. Per le condizioni economiche si rinvia alla rubrica "Quali costi devo sostenere?" contenuta nel Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo Vita.

## Assicurazione temporanea per il caso morte

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

Compagnia: UniCredit Allianz Vita S.p.A.  
Prodotto: UNICREDIT MY CARE FUTURO

Data di realizzazione: 30/10/2023

Il presente DIP aggiuntivo Vita è l'ultimo pubblicato disponibile.

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

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

UniCredit Allianz Vita S.p.A., con sede legale in Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione al n. 1.00121, autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con provvedimenti del 16 maggio 1996 e 10 luglio 1997, Società appartenente al Gruppo Assicurativo Allianz, Albo Gruppi Assicurativi n. 018, Telefono: +39 02 7216.4259, Fax: +39 02 7216.4032, e-mail: unicityallianz.vita@pec.allianz.it, sito Internet: www.unicreditallianzvita.it

UniCredit Allianz Vita S.p.A. è una compagnia il cui capitale sociale è posseduto pariteticamente da Allianz S.p.A. ed UniCredit S.p.A. UniCredit Allianz Vita S.p.A., pur in presenza di inevitabile potenziale conflitto di interessi derivante dal rapporto di affari con il Gruppo UniCredit, opera in modo da non recare pregiudizio agli Assicurati e si impegna ad ottenere per gli Assicurati stessi il miglior risultato possibile indipendentemente da tale conflitto.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2022 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:

- il patrimonio netto della Società, pari a 519,1 milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale, pari a 112,2 milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali, pari a 428,0 milioni di euro.

Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria della Società (SFCR), disponibile sul sito internet della Società [www.unicreditallianzvita.it](http://www.unicreditallianzvita.it) e si riportano di seguito gli importi:

- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 537,5 milioni di euro;
  - del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a 241,9 milioni di euro;
  - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 1.094,9 milioni di euro;
  - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a 1.094,9 milioni di euro;
- e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) della Società, pari a 204%.

Al contratto si applica la legge italiana.



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

#### GARANZIA PRINCIPALE

Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP VITA.

#### GARANZIE COMPLEMENTARI facoltative

Nel caso in cui sia stata richiesta in fase di sottoscrizione la Garanzia complementare facoltativa **per il caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad infortunio, il capitale assicurato viene raddoppiato.**

Per infortunio s'intende un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca all'Assicurato lesioni fisiche obiettivamente constatabili e tali che abbiano come conseguenza la sua morte; qualora quest'ultima non sia immediata, ai fini assicurativi, deve avvenire entro dodici mesi dall'infortunio e la causa del decesso deve essere provata anatomopatologicamente.

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni determinate da sforzi (esclusi gli infarti);
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore o incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenze e negligenze anche gravi.

Nel caso in cui sia stata richiesta in fase di sottoscrizione la Garanzia complementare facoltativa **per il caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad incidente stradale, il capitale assicurato viene triplicato.**

Per infortunio conseguente ad incidente stradale s'intende l'infortunio cagionato da veicoli mezzi meccanici in circolazione – esclusi quelli ferroviari – che avvenga su strade d'uso pubblico o su aree a queste equiparate nonché su aree private in cui l'Assicurato rimane vittima, che produca all'Assicurato stesso lesioni fisiche obiettivamente constatabili e tali che abbiano come conseguenza diretta la sua morte entro dodici mesi dall'infortunio e la causa del decesso deve essere provata anatomopatologicamente.

A seguito della liquidazione del capitale, il Contratto si estingue.

In ogni caso la Società, a seconda della causa del sinistro, provvederà alla liquidazione del solo capitale assicurato relativo alla Garanzia interessata (i capitali assicurati con le diverse Garanzie non verranno tra loro cumulati).



#### Che cosa NON è assicurato?

##### Rischi esclusi

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



#### Ci sono limiti di copertura?

Nel caso in cui il decesso dell'Assicurato sia conseguenza diretta ed esclusiva di uno degli eventi di seguito indicati la Società non liquiderà la prestazione, ma restituirà i premi corrisposti al netto dei costi e delle eventuali imposte previste dalla legge:

##### ▪ **Decesso avvenuto durante lo svolgimento delle seguenti attività professionali:**

Forze dell'ordine e forze armate di seguito descritte: personale operante in area di conflitto, personale appartenente ad unità speciali e corpi speciali (nocs, sommozzatori, artificieri etc), personale imbarcato su sottomarini; giornalista, reporter e fotoreporter operante in area di conflitto; insegnante o sportivo professionista delle seguenti attività: alpinismo, attività subacquee in genere, automobilismo, equitazione, motociclismo, motonautica, paracadutismo sci alpinismo, snowboard acrobatico e/o estremo, speleologia, pugilato; sport estremi (base jumping, canyoning/torrentismo, hydrospeed, downhill, kitesurf, bungee jumping/repelling, canoa/rafting, tuffi da grandi altezze-secondo i criteri FINA-); operaio/addetto ad attività che implicino contatto/uso di materiale nocivo, venefico, esplosivo, radioattivo; operaio/addetto all'estrazione, produzione e rimozione di amianto; operaio/addetto alla costruzione/scavi di gallerie, pozzi, miniere, tunnel e simili; operaio/addetto ad attività svolte oltre i 10 metri di altezza; operaio/addetto di aziende petrolifere su piattaforme; personale circense, controfigure cinematografiche; piloti di aerei a reazione, pilota di altri aeromobili e relativo personale di bordo (es. elicotterista); volo su aeromobili/alianti/deltaplano/parapendio.

##### ▪ **Decesso avvenuti durante l'esercizio di una delle seguenti attività sportive:**

Alpinismo oltre 3° grado di difficoltà scala UIAA oppure oltre 4000 metri di altezza, Attività di sub (in cui si verifichi una o più delle seguenti condizioni: non accompagnati, in notturna, senza brevetto, senza autorespiratore, oltre 30 metri di profondità, visita di grotte, visita di relitti, ricerca di tesori, campane subacquee, tentativi di record), equitazione, competizioni e relativi allenamenti con qualsiasi mezzo a motore (Automobilismo, Motociclismo, Motonautica), paracadutismo, parapendio, pugilato, sci alpinismo, snowboard acrobatico e/o estremo, speleologia, sport estremi (base jumping, canyoning/torrentismo, hydrospeed, downhill, kitesurf, bungee jumping/repelling, canoa/rafting, tuffi da grandi altezze-secondo i criteri FINA), volo su aeromobili/ alianti/ deltaplano.

### Condizioni per le Assicurazioni senza visita medica

Nel caso in cui il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dalla data di decorrenza del Contratto e quest'ultimo sia in regola con il versamento dei premi, la Società non liquiderà la prestazione assicurata, ma provvederà alla restituzione di tutti i premi corrisposti, al netto dei costi e delle eventuali imposte previste dalla legge.

La Società non applicherà la limitazione sopraindicata e, pertanto, la prestazione dovuta sarà pari al capitale assicurato, qualora il decesso dell'Assicurato sia conseguenza diretta:

- di una delle seguenti malattie infettive acute, sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza, purché insorte in modo singolo, sporadico ed occasionale, comunque al di fuori di qualsiasi manifestazione collettiva avente carattere epidemico: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite primitiva, encefalite, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale acuta A o B, leptospirosi ittero-emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite, peste, rabbia, pertosse, rosolia, encefalite post-vaccinica, dengue, malaria.

Al contrario, non verrà corrisposta la prestazione assicurata durante il periodo di carenza laddove le malattie infettive sopraelencate si presentassero sotto forma di fenomeno epidemico, inteso come "manifestazione collettiva della malattia, che rapidamente si diffonde fino a colpire mortalmente un gran numero di persone, con diffusione su larga scala, in relazione alla quale sia stato dichiarato lo stato di emergenza dalle autorità nazionali competenti (o dichiarazione equivalente), valido fintanto che l'autorità stessa competente non lo revochi".

- di shock anafilattico sopravvenuto dopo la data di decorrenza;

- di infortunio - intendendosi per tale l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza il decesso – avvenuto dopo la data di decorrenza.

Nel caso in cui il decesso sia dovuto al contagio ed evoluzione ingravescente e distruttiva da parte del "**coronavirus**" o **covid-19** (o come potrebbe chiamarsi in futuro in relazione ad eventuali mutazioni genotipiche), la Società applicherà **sempre** una **carenza di 30 giorni**, a prescindere dalle modalità con le quali l'agente patogeno - oggi definito covid-19 - si possa presentare (forma epidemica o meno).

Nel caso in cui il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi quattro anni dalla data di decorrenza del Contratto e sia dovuto a sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, la Società non liquiderà la prestazione assicurata e provvederà alla restituzione di tutti i premi corrisposti al netto dei costi e delle eventuali imposte previste dalla legge.

### Condizioni per le Assicurazioni con visita medica

Qualora l'Assicurato non abbia aderito alla richiesta della Società di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, a parziale deroga delle Condizioni di Assicurazione, rimane convenuto che se il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi quattro anni dalla data di decorrenza del Contratto e sia dovuto a sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, la Società non liquiderà la prestazione ma provvederà alla restituzione di tutti i premi corrisposti al netto dei costi e delle eventuali imposte previste dalla legge.

Nel caso in cui il decesso sia dovuto al contagio ed evoluzione ingravescente e distruttiva da parte del "**coronavirus**" o **covid-19** (o come potrebbe chiamarsi in futuro in relazione ad eventuali mutazioni genotipiche), la Società applicherà **sempre** una **carenza di 30 giorni**.



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

### Cosa fare in caso di evento?

#### Denuncia di sinistro

Qui di seguito i documenti da consegnare unitamente alla richiesta di liquidazione:

- certificato di morte dell'Assicurato in originale, rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- qualora l'Assicurato coincida con il Contraente, una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa dall'avente diritto con firma autenticata; in alternativa verrà richiesto l'atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) limitatamente ai casi in cui sussista la necessità di svolgere approfondimenti circa la legittimazione dell'avente diritto e/o la corretta erogazione del dovuto.

La dichiarazione sostitutiva e l'eventuale atto di notorietà dovranno essere redatti dinanzi all'Autorità Comunale, Notaio o presso il Tribunale e specificare se il Contraente/Assicurato stesso ha lasciato o meno testamento.

- In caso di esistenza di testamento dovrà esserne inviata anche copia autenticata (o il relativo verbale di pubblicazione) e l'atto dovrà riportarne gli estremi identificativi, precisando altresì che detto testamento è l'unico da ritenersi valido e non impugnato e indicando quali sono gli unici eredi testamentari, loro dati anagrafici, grado di parentela e capacità di agire.
- Qualora non esista testamento, l'atto dovrà indicare quali sono gli unici eredi legittimi (compresi eventuali rinunciatari), loro dati anagrafici, grado di parentela e capacità di agire;
- fotocopia di un valido documento di identità dei beneficiari riportante firma visibile, nonché dei loro codici fiscali;
- qualora i soggetti/persone aventi diritto risultino minorenni o incapaci, decreto del Giudice Tutelare in originale o in copia autenticata contenente l'autorizzazione in capo al legale rappresentante dei minorenni o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero della Società da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa;
- relazione del medico curante (medico di famiglia) contenente le informazioni utili a sostenere la richiesta di liquidazione e ad illustrare la causa del decesso nonché lo stato clinico dell'Assicurato. Tale relazione potrà essere redatta su apposito modulo reso disponibile dalla Società e allegato in fac-simile al presente Set Informativo oppure disponibile anche presso lo sportello bancario dove è appoggiato il Contratto. In alternativa, la relazione potrà essere predisposta da parte del medico curante anche in forma libera, purché vengano riportati i medesimi contenuti informativi del citato modulo;
- nel caso in cui siano state sottoscritte le garanzie complementari facoltative e il decesso avvenga a seguito di infortunio o di incidente stradale, la denuncia di sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato, le circostanze e gli eventuali testimoni dell'infortunio o dell'incidente stradale e comprovare che il decesso è conseguenza dell'infortunio o dell'incidente stesso.

La Società può riservarsi di richiedere ulteriore documentazione in caso di particolari e circostanziate esigenze istruttorie e per una corretta erogazione della prestazione assicurativa. (a titolo esemplificativo e non esaustivo: decesso dell'Assicurato avvenuto al di fuori del territorio della Repubblica Italiana, discordanza tra i dati anagrafici del Beneficiario indicati in Polizza e i documenti prodotti dallo stesso, ecc...).

Le spese per l'acquisizione dei suddetti documenti resteranno a carico degli aventi diritto.

Alla Filiale del Distributore presso cui è appoggiato il Contratto nonché direttamente sul sito internet della Società [www.unicreditallianzvita.it](http://www.unicreditallianzvita.it) nella Sezione "Contattaci - Richiesta Informazioni" sono a disposizione indicazioni dettagliate sulla procedura da seguire.

#### Prescrizione

Ai sensi dell'art. 2952 codice civile i diritti derivanti dal Contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.

Si richiama l'attenzione del Contraente sui termini di prescrizione previsti dalla normativa vigente e sulle conseguenze in caso di omessa richiesta di liquidazione entro detti termini, anche avuto riguardo a quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni e integrazioni (obbligo di devoluzione delle somme prescritte al Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie).



	<p><b>Liquidazione della prestazione</b></p> <p>La Società, verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro trenta giorni dalla data di ricevimento della documentazione necessaria presso la Filiale del Distributore dove è appoggiato il Contratto o presso la propria sede. Decorso il termine dei trenta giorni sono dovuti gli interessi legali, calcolati a partire dal giorno in cui la Filiale del Distributore dove è appoggiato il Contratto ovvero la Società sono entrati in possesso della documentazione completa. Ogni pagamento viene disposto dalla Società mediante bonifico bancario su conto corrente intestato al legittimo richiedente.</p>
<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	<p>Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione, nonché la stessa cessazione del Contratto ai sensi degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.</p> <p>L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.</p>




### Quando e come devo pagare?


<b>Premio</b>	<p>L'importo del premio da versare alla Società è determinato in base all'età dell'Assicurato, alla durata del contratto, all'importo assicurato (considerando anche il cumulo con altre coperture assicurative caso morte attive di UniCredit Allianz Vita) e alle garanzie prestate.</p> <p>Il premio, a scelta del Contraente, può essere versato in un'unica soluzione in via anticipata all'atto della sottoscrizione della Proposta oppure secondo una periodicità mensile.</p> <p>Nel corso della durata contrattuale non è possibile modificare le Garanzie prescelte in fase di sottoscrizione; ne consegue che l'importo del premio annuo non può essere modificato nel corso della durata del pagamento dei premi.</p> <p>La prima mensilità del premio viene corrisposta dal Contraente alla Società in via anticipata al momento della sottoscrizione della Proposta.</p> <p>I premi successivi al primo - solo nel caso in cui l'Assicurato sia in vita - verranno corrisposti ad ogni ricorrenza mensile della data di decorrenza, a seconda della periodicità di versamento prescelta.</p> <p>Il premio viene pagato con addebito diretto sul <b>rapporto bancario intrattenuto presso UniCredit S.p.A. intestato al Contraente</b>: sul conto corrente UniCredit ovvero su carta ricaricabile con IBAN UniCredit.</p> <p>In caso di estinzione del rapporto di cui sopra, il versamento del premio viene effettuato mediante procedura di accredito diretto sul conto corrente della Società nei termini e con le modalità che la Società stessa comunicherà al Contraente.</p>
<b>Rimborso</b>	<p>La Società provvede a rimborsare al Contraente il premio da questi versato in caso recesso dopo la conclusione del Contratto, ovvero in caso di revoca e qualora abbia eventualmente anticipato il premio stesso.</p>
<b>Sconti</b>	<p>Il Contratto può essere sottoscritto a condizioni agevolate dai dipendenti in attività o in quiescenza del Gruppo Bancario UniCredit che siano anche correntisti della Banca: in tal caso è previsto uno sconto medio di premio pari al 30% attribuibile alla riduzione del caricamento.</p> <p>Tale agevolazione è estesa al coniuge e ai famigliari fino al secondo grado di parentela. E' inoltre riconosciuta ai Clienti Private under 36 e agli agenti in attività del canale My Agents.</p>




### Quando comincia la copertura e quando finisce?

<b>Durata</b>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.</p>
<b>Sospensione</b>	<p>Qualora una mensilità di premio ricorrente dovuto non venga corrisposta entro i trenta giorni successivi a ciascuna scadenza di pagamento, si determina la sospensione delle prestazioni previste; durante la sospensione la garanzia prevista dal Contratto non ha efficacia e, in caso di decesso dell'Assicurato mentre il Contratto è sospeso, non è prevista alcuna prestazione da parte della Società.</p>

 <b>Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?</b>	
<b>Revoca</b>	<p>Per l'esercizio della revoca il Contraente deve inviare comunicazione alla Società - contenente gli elementi identificativi della Proposta - mediante: richiesta di revoca da consegnare alla Filiale del Distributore presso cui è stata sottoscritta la Proposta ovvero lettera indirizzata a: UniCredit Allianz Vita S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano (Italia).</p> <p>La revoca ha effetto con decorrenza dalle ore 24 del giorno di consegna della richiesta alla Filiale del Distributore ovvero di spedizione della lettera risultante dal timbro postale di invio della stessa.</p> <p>Il premio eventualmente anticipato dal Contraente alla Società, viene restituito entro trenta giorni dal ricevimento da parte della Società medesima della comunicazione di revoca.</p>
<b>Recesso</b>	<p>Dopo la conclusione del Contratto il Contraente può esercitare il diritto di recesso, ai sensi dell'articolo 177 del Decreto Legislativo 209/2005, entro un termine di sessanta giorni.</p> <p>Per l'esercizio del suddetto diritto il Contraente deve inviare una comunicazione alla Società - contenente gli elementi identificativi del Contratto - mediante richiesta di recesso da consegnare alla Filiale del Distributore presso cui è stata sottoscritta la Proposta ovvero mediante lettera indirizzata a: UniCredit Allianz Vita S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano (Italia).</p> <p>Il recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto con decorrenza dalle ore 24 del giorno di consegna della richiesta alla Filiale del Distributore ovvero di spedizione della lettera risultante dal timbro postale di invio della stessa.</p> <p>Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società provvede a rimborsare al Contraente il premio versato, al netto delle eventuali imposte previste dalla legge.</p>
<b>Risoluzione</b>	<p>Il Contratto si risolve in caso di interruzione del pagamento dei premi ricorrenti, trascorsi dodici mesi dalla scadenza di pagamento del primo premio mensile non pagato senza che si sia provveduto alla riattivazione del Contratto.</p> <p>Qualora il Contraente abbia scelto di corrispondere il premio in un'unica soluzione all'atto della sottoscrizione della Proposta, potrà chiedere alla Società la risoluzione.</p> <p>Il Contratto si estingue anticipatamente e la Società provvede a rimborsare la frazione del premio unico relativa al periodo di copertura non goduto, al netto di eventuali imposte previste dalla legge.</p>

 <b>Sono previsti riscatti o riduzioni? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO</b>	
<b>Valori di riscatto e riduzione</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
<b>Richiesta di informazioni</b>	<p>Riferimenti utili per contattare UniCredit Allianz Vita S.p.A.- e richiedere informazioni sul Contratto:            Sede Legale: Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano - Tel. 02.7216.4259* - Fax: 02.7216.4032            Online: tramite il form di assistenza presente sul sito <a href="http://www.unicreditallianzvita.it">www.unicreditallianzvita.it</a> nella Sezione "Contattaci-Richiesta informazioni".</p> <p><i>* Numero di rete fissa, il costo della telefonata varia in base al proprio piano tariffario.</i></p>

 <b>A chi è rivolto questo prodotto?</b>	
<p>Il prodotto è rivolto a Clienti del canale Retail e Private del Gruppo UniCredit, come definiti dal Distributore, titolari di un conto corrente o di una carta ricaricabile con IBAN emessa dal Distributore stesso, che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- siano Persone Fisiche;</li> <li>- desiderino garantire, per una durata compresa tra 5 e 30 anni, a se stessi o ad uno o più soggetti terzi una tutela economica in forma di indennizzo per un importo almeno pari a Euro 25.000 in caso di decesso dell'Assicurato;</li> <li>- siano residenti e domiciliati in Italia.</li> </ul> <p>Il prodotto presuppone che l'Assicurato abbia un'età compresa tra 18 e 70 anni e 6 mesi (al momento della sottoscrizione), e comunque non superiore a 75 anni e 6 mesi al momento della scadenza del Contratto, e che sia residente e domiciliato in Italia e che, a seguito della compilazione e sottoscrizione del Questionario sullo stato di salute dell'Assicurato/ del Rapporto di Visita Medica per la valutazione dello stato di salute da parte della Società, e dell'eventuale Questionario Finanziario, sia stato ritenuto assicurabile.</p>	



## Quali costi devo sostenere?

### Costi gravanti sul premio

Spese di emissione	Caricamento espresso in percentuale
Non previste.	<p>Il caricamento espresso in percentuale trattenuto dalla Società a titolo di spese di acquisizione e gestione del Contratto, già incluso nei tassi di premio, è pari a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>per la garanzia principale:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 38% dell'importo di ciascun premio ricorrente costante versato</li> <li>- 36% dell'importo del premio unico versato</li> </ul> </li> <li>• <u>per le garanzie accessorie:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>36% dell'importo del premio (ricorrente o unico), al netto delle imposte previste per legge</li> </ul> </li> </ul>

In caso di premio ricorrente, è previsto un costo fisso pari a 12 euro annui.

In caso di premio unico, il costo fisso applicato è determinato moltiplicando 6,00 euro per la durata dell'Assicurazione. Si riportano di seguito 3 casi a titolo esemplificativo:

- 5 anni: 30,00 euro
- 15 anni: 90,00 euro
- 30 anni: 180,00 euro

#### AVVERTENZA

*L'Assicurando può volontariamente sottoporsi a visita medica al fine di ridurre i periodi di Carenza. Inoltre, sono previsti accertamenti sanitari aggiuntivi per capitali assicurati pari o superiori a 305.000,00 euro. I costi per tali accertamenti sanitari, non quantificabili a priori, non gravano sul premio e sono a carico dell'Assicurato cui è rimessa la scelta della struttura sanitaria a cui rivolgersi.*

#### Costi di intermediazione

La quota parte percepita dai Distributori, con riferimento all'intero flusso commissionale previsto dal prodotto e calcolata considerando un Assicurato di 40 anni e un capitale assicurato pari a 100.000,00 euro, è rappresentata nella seguente tabella:

Periodicità di versamento	Durata contrattuale		
	5 anni	15 anni	30 anni
Premio Ricorrente	70,62%	73,82%	76,84%
Premio Unico	77,96%	80,12%	82,01%

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

### All'impresa assicuratrice

Eventuali reclami riguardanti il contratto o il servizio assicurativo, possono essere presentati per iscritto alla Società mediante:

- posta cartacea indirizzata a UniCredit Allianz Vita S.p.A. – Servizio Clienti – Piazza Tre Torri 3 - 20145 Milano;
- online: tramite il form di assistenza presente sul sito [www.unicreditallianzvita.it](http://www.unicreditallianzvita.it) nella Sezione "Contattaci-Reclami".

Si precisa che la Società fornirà risposta entro 45 giorni dal ricevimento della documentazione. Per maggiori informazioni sulla procedura reclami è possibile consultare la Sezione "Contattaci-Reclami" del sito internet della Società all'indirizzo [www.unicreditallianzvita.it](http://www.unicreditallianzvita.it).

I reclami riguardanti il solo comportamento tenuto dal Distributore e dai suoi dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo della Società, saranno gestiti direttamente dal Distributore e potranno essergli indirizzati a mezzo di lettera raccomandata oppure per via telematica all'indirizzo riportato sul sito internet di ciascun Distributore. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire alla Società, la stessa lo trasmetterà tempestivamente al Distributore affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni stabilito dalla vigente normativa regolamentare, dandone contestuale notizia al reclamante.

Eventuali reclami riguardanti congiuntamente sia il comportamento del Distributore e dei suoi dipendenti e collaboratori sia quello della Società in relazione al contratto o servizio assicurativo, verranno trattati per la parte di rispettiva competenza dalla Società e dal Distributore, e verranno separatamente risolti al reclamante entro il termine dei 45 giorni stabilito dalla vigente normativa.

<p style="text-align: center;"><b>All'IVASS</b></p>	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a>. Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a> corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato alla Società e con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte della Società. In caso di reclamo inoltrato tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati vengano trasmessi in formato pdf.</p> <p>Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a>, alla Sezione "PER I CONSUMATORI – RECLAMI - Guida", nonché sul sito della Società <a href="http://www.unicreditallianzvia.it">www.unicreditallianzvia.it</a> alla Sezione "Contattaci - Reclami", attraverso apposito link al sito di IVASS. I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dati anagrafici del reclamante (nome, cognome, indirizzo postale - se disponibile anche indirizzo PEC - eventuale recapito telefonico);</li> <li>▪ indicazione dell'impresa di assicurazione di cui si lamenta l'operato;</li> <li>▪ chiara e sintetica descrizione del motivo di lamentela;</li> <li>▪ copia del reclamo già trasmesso all'impresa e dell'eventuale risposta ricevuta e di eventuali altri documenti utili alla trattazione del caso.</li> </ul> <p>Si ricorda tuttavia che in tutti casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.</p>
<p><b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>Mediazione (obbligatoria)</b></p>	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a>. (Legge 9/8/2013, n. 98 e successive eventuali modifiche).</p>
<p style="text-align: center;"><b>Negoziazione assistita</b></p>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società (Legge 10/11/2014, n.162 e successive eventuali modifiche).</p>
<p style="text-align: center;"><b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b></p>	<p><b>Risoluzione delle liti transfrontaliere</b></p> <p>Nel caso di lite transfrontaliera, tra un contraente avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed una Società avente sede in un altro stato membro, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede la Società di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito <a href="http://www.ec.europa.eu/fin-net">http://www.ec.europa.eu/fin-net</a>), o - se il contraente ha domicilio in Italia - all'IVASS, che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.</p>

## REGIME FISCALE

<b>Trattamento fiscale applicabile al contratto</b>	<p><b>IMPOSTA SUI PREMI</b> I premi versati per le assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad alcuna imposta; i premi relativi alla componente complementare infortunio e complementare infortunio da incidente stradale sono soggetti all'imposta sui premi di assicurazione nella misura del 2,5%.</p> <p><b>DETRAIBILITÀ FISCALE DEI PREMI</b> Nel caso in cui il Contraente persona fisica che sottoscrive la Polizza al di fuori di una attività d'impresa coincida con l'Assicurato, i premi versati per le assicurazioni sulla vita aventi ad oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente (in misura non inferiore al 5%) o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente (o del diverso soggetto cui sia fiscalmente a carico) nella misura e per gli importi massimi previsti dalla normativa pro tempore vigente. Per poter accedere al descritto beneficio fiscale è altresì necessario che il pagamento del premio avvenga a mezzo di strumenti che ne garantiscano la tracciabilità.</p> <p>Nel caso in cui il Contraente persona fisica che sottoscrive la polizza al di fuori di una attività d'impresa non coincida con l'Assicurato, per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato risulti fiscalmente a carico del Contraente.</p> <p>Ai fini della verifica della detrazione d'imposta sopra richiamata devono essere considerati, oltre ai premi versati per le assicurazioni sopra indicate, anche eventuali premi versati dal Contraente a fronte di assicurazioni sulla vita o assicurazioni infortuni stipulate anteriormente al 1° gennaio 2001 (che conservano il diritto alla detrazione d'imposta), fermo restando il limite massimo previsto dalla normativa pro tempore vigente.</p> <p>In virtù della detrazione d'imposta, il costo effettivo della copertura potrebbe risultare inferiore ai premi versati.</p> <p><b>TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE</b> Alla data di redazione del presente Documento, le somme liquidate in caso di decesso dell'Assicurato sono esenti da IRPEF e dall'imposta sulle successioni. Nel caso in cui il Beneficiario sia persona giuridica il trattamento fiscale delle somme liquidate dipenderà dalla normativa e dalle disposizioni fiscali tempo per tempo vigenti.</p> <p><b>IMPOSTA DI BOLLO</b> Le assicurazioni temporanee per il caso morte non sono soggette all'imposta di bollo.</p>
---	---

## AVVERTENZE

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

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

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

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE UNICREDIT MY CARE FUTURO

### INDICE:

ART.1 - PRESTAZIONI.....	2
ART.2 – ESCLUSIONI .....	3
ART.2.1 – ATTIVITÀ PROFESSIONALI CHE PREVEDONO L’ESCLUSIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA.....	4
ART.2.2 – ATTIVITÀ SPORTIVE CHE PREVEDONO L’ESCLUSIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE.....	5
ART.3 - SOGGETTO CHE PUÒ STIPULARE IL CONTRATTO (CONTRAENTE) E SOGGETTO CHE PUÒ ESSERE ASSICURATO (ASSICURATO).....	6
ART.4 - DICHIARAZIONI DELL’ASSICURATO .....	6
ART.4.1 - DICHIARAZIONI DELL’ASSICURATO PER CAPITALI ASSICURATI FINO A 75.000 EURO – SOLUZIONE SMART- .....	6
ART.4.2 - DICHIARAZIONI DELL’ASSICURATO PER CAPITALI ASSICURATI DA 80.000 EURO FINO A 300.000 EURO – SOLUZIONE PREMIUM- .....	7
ART.4.3 - DICHIARAZIONI DELL’ASSICURATO PER CAPITALI ASSICURATI PARI O SUPERIORI A 305.000 EURO – SOLUZIONE PLUS- ..	7
ART.5 - PERIODI DI CARENZA.....	9
ART. 5.1 - RIDUZIONE DEI PERIODI DI CARENZA .....	9
ART.6 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO .....	10
ART.7 - ENTRATA IN VIGORE DEL CONTRATTO.....	11
ART.8 - REVOCA DELLA PROPOSTA - RECESSO .....	11
ART.9 – DURATA ED ESTINZIONE DEL CONTRATTO .....	12
ART.10 - COMUNICAZIONI IN CORSO DI CONTRATTO.....	12
ART.11 - PREMIO .....	12
ART.12 - MANCATO VERSAMENTO DEL PREMIO RICORRENTE: SOSPENSIONE.....	13
ART.13 - RIPRESA DEL VERSAMENTO DEL PREMIO RICORRENTE: RIATTIVAZIONE .....	14
ART.14 – RISOLUZIONE DEL CONTRATTO A PREMIO UNICO .....	14
ART.15 - RISCATTO E PRESTITI .....	14
ART.16 - CESSIONE, PEGNO E VINCOLO .....	14
ART.17 – DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI .....	15
ART.18 – DENUNCIA DEL SINISTRO .....	15
ART.19 - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ.....	16
ART.19.1 – PAGAMENTI PER SOGGETTI MINORI DI ETÀ O INCAPACI DI AGIRE.....	16
ART.19.2 – PAGAMENTI PER PERSONE GIURIDICHE.....	17
ART.20 - DIRITTO PROPRIO DEI BENEFICIARI DESIGNATI.....	17
ART.21 – NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTABILITÀ.....	17
ART.22 – PRESCRIZIONE .....	17
ART.23 - TASSE ED IMPOSTE .....	17
ART.24 - FORO COMPETENTE .....	17
ART.25 – TRASFERIMENTO RESIDENZA.....	17
ART.26 – LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO.....	17

## DISCIPLINA DEL CONTRATTO

Il Contratto è disciplinato:

- dalla Proposta, dalla polizza quale documento che disciplina e prova la conclusione del contratto di assicurazione, dalle Condizioni di Assicurazione;
- dalle norme di legge, per quanto non espressamente disciplinato nel Contratto.

### ART.1 - PRESTAZIONI

UNICREDIT MY CARE FUTURO è un'assicurazione temporanea per il caso morte che prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- a) **Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato (Garanzia principale)**
- b) **Prestazione complementare per il caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad infortunio (Garanzia complementare facoltativa)**
- c) **Prestazione complementare per il caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad infortunio come conseguenza di un incidente stradale (Garanzia complementare facoltativa)**

In funzione delle Garanzie scelte dal Contraente in fase di sottoscrizione del Contratto, la Società si impegna a corrispondere le prestazioni come di seguito indicato.

#### a) **Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato (Garanzia principale)**

La Società garantisce, in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, il pagamento ai Beneficiari designati dal Contraente di un importo liquidabile in un'unica soluzione, pari al capitale assicurato indicato in polizza, scelto dal Contraente a partire da un importo minimo pari a 25.000,00 euro e fino ad un importo massimo pari a 1.500.000,00 euro -con incrementi pari a 5.000,00 euro o suoi multipli. Per capitali assicurati pari o superiori a 305.000,00 euro la conclusione del Contratto è subordinata all'accettazione del rischio da parte della Società.

Sono previsti dei periodi di Carenza nei quali la Società non riconosce la prestazione in caso di decesso, salvo che lo stesso non derivi da alcune cause specifiche, come previsto dall' Art. 5 "PERIODI DI CARENZA".

#### b) **Prestazione complementare per il caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad infortunio (Garanzia complementare facoltativa)**

Nel caso in cui sia stata richiesta, in fase di sottoscrizione del Contratto, tale Garanzia complementare facoltativa e il decesso dell'Assicurato avvenga come conseguenza di un infortunio, il capitale assicurato viene raddoppiato.

Per infortunio s'intende un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca all'Assicurato lesioni fisiche obiettivamente constatabili e tali che abbiano come conseguenza la sua morte entro dodici mesi dall'infortunio; la causa del decesso deve essere provata anatomopatologicamente.

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni determinate da sforzi (esclusi gli infarti);
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore o incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenze e negligenze anche gravi.

**c) Prestazione complementare per il caso di decesso dell'Assicurato dovuto ad infortunio come conseguenza di un incidente stradale (Garanzia complementare facoltativa)**

Nel caso in cui sia stata richiesta, in fase di sottoscrizione del Contratto, tale Garanzia complementare facoltativa e il decesso dell'Assicurato avvenga in seguito ad un infortunio come conseguenza di un incidente stradale, il capitale assicurato viene triplicato.

Per infortunio conseguente ad incidente stradale s'intende l'infortunio cagionato da veicoli mezzi meccanici in circolazione – esclusi quelli ferroviari – che avvenga su strade d'uso pubblico o su aree a queste equiparate nonché su aree private in cui l'Assicurato rimane vittima, che produca all'Assicurato stesso lesioni fisiche obiettivamente constatabili e tali che abbiano come conseguenza diretta la sua morte entro dodici mesi dall'infortunio; la causa del decesso deve essere provata anatomopatologicamente.

Le Garanzie complementari sono facoltative, pertanto devono essere espressamente scelte dal Contraente all'atto della sottoscrizione del Contratto; sono selezionabili sia singolarmente sia congiuntamente (i capitali assicurati non sono tra loro cumulabili).

La Società, a seconda della causa del decesso, provvederà alla liquidazione del solo capitale assicurato relativo alla Garanzia interessata (i capitali assicurati con le diverse Garanzie non verranno tra loro cumulati in caso di decesso).

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza contrattuale, il Contratto si estingue. In tal caso non sarà prevista alcuna prestazione a carico della Società ed i premi versati restano acquisiti da quest'ultima.

Nel caso in cui il pagamento dei premi venga sospeso non è prevista alcuna prestazione da parte della Società; per ulteriori dettagli si rimanda ai successivi Art.12 "MANCATO VERSAMENTO DEL PREMIO RICORRENTE: SOSPENSIONE" e Art.13 "RIPRESA DEL VERSAMENTO DEL PREMIO RICORRENTE: RIATTIVAZIONE"

La Società non riconosce, in ogni caso, le prestazioni qualora il decesso dell'Assicurato sia conseguenza diretta di una delle cause riportate al successivo Art. 2 - "ESCLUSIONI".

#### **ART.2 – ESCLUSIONI**

Le prestazioni in caso di decesso dell'Assicurato di cui all'Art.1 "PRESTAZIONI " sono garantite qualunque possa essere la causa del decesso (limitatamente alla garanzia principale), senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato stesso intervenuti successivamente alla stipulazione del Contratto, ad esclusione dei casi sotto riportati.

**È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:**

- dolo del Contraente o dei Beneficiari designati;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, operazioni di pace, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare. Nel caso in cui l'Assicurato non abbia preso parte attiva ad uno o più degli atti suindicati e si dovesse già trovare nel territorio interessato al momento in cui tali eventi sono cominciati, la copertura si intende operante per 14 giorni dal loro inizio; dopodiché, se la minaccia derivante da tali eventi sia continuativa e persistente, il decesso è escluso dalla copertura fintanto che l'Assicurato rimanga nel territorio interessato. L'esistenza di una delle suddette situazioni già al momento dell'arrivo dell'Assicurato in un determinato territorio, e sempreché la minaccia derivante sia continuativa e persistente, comporta invece l'esclusione immediata della copertura;
- 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 ventiquattro mesi dalla decorrenza del Contratto o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione del Contratto;



- abuso di alcol o uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili, qualora il decesso sia conseguenza diretta del comportamento dell'Assicurato stesso;
- malattie, condizioni patologiche pregresse, conseguenze di infortuni precedenti la data di effetto delle garanzie;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- eventi scaturiti dalla reazione nucleare o dalla radiazione nucleare, indipendentemente dalle cause che le hanno generate;
- contaminazione biologica e/o chimica connessa, direttamente o indirettamente, ad atti terroristici;

ovvero avvenuto:

- durante lo svolgimento di una delle attività professionali di cui all'Elenco A;
- durante l'esercizio di una delle attività sportive di cui all' Elenco B.

Nel caso in cui il decesso dell'Assicurato sia conseguenza diretta ed esclusiva di uno degli eventi sopra indicati, la Società non liquiderà la prestazione, ma restituirà i premi corrisposti al netto delle eventuali imposte previste dalla legge.

Inoltre, qualora il Contratto sia stato sottoscritto senza visita medica, nel caso in cui il decesso dell'Assicurato avvenga a seguito di una delle malattie e/o lesioni riportate nel "QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO" nella versione "SEMPLIFICATO" o "COMPLETO" (di seguito "QUESTIONARIO SEMPLIFICATO" e "QUESTIONARIO COMPLETO") e già diagnosticate alla data di sottoscrizione della Proposta, la Società non liquiderà alcuna prestazione.

Resta fermo che le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione del Contratto ai sensi degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.

#### **ART.2.1 – ATTIVITÀ PROFESSIONALI CHE PREVEDONO L'ESCLUSIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

Nel caso in cui l'Assicurato svolga una delle attività professionali sotto indicate, la copertura assicurativa non sarà operante durante l'esercizio delle stesse.

<b>ELENCO A - ATTIVITÀ PROFESSIONALI</b>
Operaio/addetto ad attività che implicino contatto/uso di materiale nocivo, venefico, esplosivo, radioattivo
Operaio/addetto alla costruzione/scavi di gallerie, pozzi, miniere, tunnel e simili
Operaio/addetto all' estrazione, produzione e rimozione di amianto
Operaio/addetto ad attività svolte oltre i 10 metri di altezza
Operaio/addetto di aziende petrolifere su piattaforme
Personale circense, controfigure cinematografiche
Giornalista/Reporter e fotoreporter operante in aree di conflitto
Pilota di aerei a reazione
Pilota di altri aeromobili e relativo personale di bordo (es. elicotterista)
<b>Forze dell'ordine e forze armate di seguito descritte:</b>
Personale operante in area di conflitto
Personale appartenente ad unità speciali e corpi speciali (nocs, sommozzatori, artificieri etc...)
Personale imbarcato su sottomarini

**Insegnante e/o sportivo professionista delle seguenti attività:**

Alpinismo  
Attività subacquea in genere  
Automobilismo  
Base Jumping  
Bungee Jumping/Repelling  
Canyoning/Torrentismo  
Canoa/Rafting  
Downhill  
Equitazione  
Hydrospeed  
Kitesurf  
Tuffi da grandi altezze-secondo i criteri FINA  
Motociclismo  
Motonautica  
Paracadutismo  
Pugilato  
Sci alpinismo  
Snowboard acrobatico e/o estremo  
Speleologia  
Volo su aeromobili, alianti, deltaplano, parapendio

**ART.2.2 – ATTIVITÀ SPORTIVE CHE PREVEDONO L'ESCLUSIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE**

Nel caso in cui l'Assicurato svolga una delle attività sportive sotto indicate, il Contratto si intende stipulato con l'esclusione delle coperture assicurative nel corso dello svolgimento dell'attività sportiva stessa.

**ELENCO B - ATTIVITÀ SPORTIVE**

Alpinismo se praticato oltre 3° grado di difficoltà scala UIAA oppure oltre i 4000 metri di altezza  
Attività di sub (in cui si verifichi una o più di queste condizioni: non accompagnati, in notturna, senza brevetto, senza autorespiratore, oltre 30 metri di profondità, visita di grotte, visita di relitti, ricerca di tesori, campane subacquee, tentativi di record)  
Base Jumping  
Bungee Jumping/Repelling  
Canyoning /Torrentismo  
Canoa/Rafting  
Downhill  
Equitazione  
Hydrospeed  
Tuffi dalle grandi altezze-secondo i criteri FINA  
Competizioni e relativi allenamenti con qualsiasi mezzo a motore (Automobilismo, Motociclismo, Motonautica)  
Kitesurf  
Paracadutismo  
Pugilato  
Sci alpinismo  
Snowboard acrobatico e/o estremo  
Speleologia  
Volo su aeromobili, alianti, deltaplano, parapendio

### ART.3 - SOGGETTO CHE PUÒ STIPULARE IL CONTRATTO (CONTRAENTE) E SOGGETTO CHE PUÒ ESSERE ASSICURATO (ASSICURATO)

Il Contratto può essere stipulato soltanto da un Contraente-persona fisica.

Il Contraente e l'Assicurato possono coincidere.

In ogni caso è assicurabile una persona che, alla data di decorrenza del Contratto, non abbia un'età inferiore a 18 anni (età anagrafica) e superiore a 70 anni (età assicurativa). Inoltre l'età dell'Assicurato alla data di scadenza della polizza non potrà essere superiore a 75 anni (età assicurativa).

La copertura assicurativa può essere attivata solo se l'Assicurato gode di un buono stato di salute come descritto negli articoli seguenti.

### ART.4 - DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Presupposto per la corretta assunzione del rischio è la conoscenza dello stato di salute dell'Assicurato.

Risulta, pertanto, di fondamentale importanza che le dichiarazioni dell'Assicurato al momento della redazione del questionario di cui all'Allegato 1 "QUESTIONARIO SEMPLIFICATO"/"QUESTIONARIO COMPLETO" siano esatte, complete e veritiere ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.

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

La conoscenza dello stato di salute viene acquisita dalla Società con modalità differenti, in relazione all'importo del capitale assicurato e all'età dell'Assicurato, come schematizzato nella tabella sottostante:

CAPITALE ASSICURATO (in euro)	ETÀ ASSICURATO 18- 55 ANNI	ETÀ ASSICURATO 56 - 65 ANNI	ETÀ ASSICURATO OLTRE 65 ANNI
SOLUZIONE SMART: fino a 75.000	Questionario Semplificato	Questionario Completo	Questionario Completo
SOLUZIONE PREMIUM: da 80.000 a 300.000	Questionario Completo	Questionario Completo	Questionario Completo + Rapporto Visita Medica
SOLUZIONE PLUS: da 305.000 a 750.000	Questionario Completo + Rapporto Visita Medica	Questionario Completo + Rapporto Visita Medica	Questionario Completo + Rapporto Visita Medica
SOLUZIONE PLUS: oltre 750.000	Questionario Completo + Rapporto Visita Medica + Questionario Finanziario	Questionario Completo + Rapporto Visita Medica + Questionario Finanziario	Questionario Completo + Rapporto Visita Medica + Questionario Finanziario

#### ART.4.1 - DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO PER CAPITALI ASSICURATI FINO A 75.000 EURO – SOLUZIONE SMART-

Per capitali assicurati di importo fino a 75.000 euro (compresi), la Società assume il rischio nei confronti di coloro che al momento della sottoscrizione della Proposta compilino e sottoscrivano il questionario di cui all'Allegato 1 "QUESTIONARIO COMPLETO", con esito positivo.

In base alle risposte fornite nel "Questionario Completo", la Società può richiedere ulteriori accertamenti sanitari (con relativo Rapporto di Visita Medica) e/o la presentazione del verbale di riconoscimento dell'invalidità o inabilità per la puntuale valutazione del rischio.

Se l'Assicurato ha un'età assicurativa inferiore a 56 anni, indipendentemente dall'importo del capitale assicurato, la Società assume il rischio nei confronti di coloro che al momento della sottoscrizione della Proposta compilino e sottoscrivano il questionario di cui all'Allegato 1 "QUESTIONARIO SEMPLIFICATO", con esito positivo.

**ART.4.2 - DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO PER CAPITALI ASSICURATI DA 80.000 EURO FINO A 300.000 EURO – SOLUZIONE PREMIUM-**  
Per capitali assicurati di importo da 80.000 euro fino a 300.000 euro (compresi), indipendentemente dall'età dell'Assicurato, la Società assume il rischio nei confronti di coloro che al momento della sottoscrizione della Proposta compilino e sottoscrivano il questionario di cui all'Allegato 1 "QUESTIONARIO COMPLETO", con esito positivo.

In base alle risposte fornite al "Questionario Completo", la Società può richiedere ulteriori accertamenti sanitari (con relativo Rapporto di Visita Medica) e/o la presentazione del verbale di riconoscimento dell'invalidità o inabilità per la puntuale valutazione del rischio.

Se l'Assicurato ha un'età superiore a 65 anni (età assicurativa), oltre a compilare e sottoscrivere il "QUESTIONARIO COMPLETO", dovrà necessariamente sottoporsi a visita medica e fornire il "Rapporto di Visita Medica" per la valutazione del rischio.

In ogni caso, copia della Proposta e dell'eventuale documentazione sanitaria dovrà pervenire alla Società entro novanta giorni dalla data di sottoscrizione della Proposta, pena la decadenza della stessa.  
La copertura assicurativa opererà, quindi, solo a seguito dell'accettazione del rischio da parte della Società e comunque sempre successivamente al pagamento del premio.

Tuttavia, nel caso in cui dalla documentazione sanitaria prodotta, emergano fattori di rischio, la Società si riserva la facoltà di rifiutare l'assunzione del rischio.  
In tal caso, la Società comunicherà il rifiuto del rischio e provvederà alla restituzione del premio eventualmente versato, al netto delle eventuali imposte previste dalla legge.

**ART.4.3 - DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO PER CAPITALI ASSICURATI PARI O SUPERIORI A 305.000 EURO – SOLUZIONE PLUS-**  
Per capitali assicurati di importo pari o superiore a 305.000,00 euro l'assunzione del rischio da parte della Società comporta il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato e delle abitudini di vita dello stesso, da effettuarsi:

- analizzando le dichiarazioni rese dall'Assicurato in Proposta rispondendo alle domande dell'Allegato 1 "QUESTIONARIO COMPLETO" con il quale egli informa la Società sul proprio stato di salute;
- richiedendo all'Assicurato di sottoporsi a **visita medica, fornendo il "Rapporto di Visita Medica"**, e ad **ulteriori accertamenti sanitari** (riportati nella tabella sottostante).

In ogni caso, copia della Proposta e della documentazione sanitaria (Rapporto di Visita Medica e referti esami) dovranno pervenire alla Società entro novanta giorni dalla data di sottoscrizione della Proposta, pena la decadenza della stessa.  
La copertura assicurativa opererà, quindi, solo a seguito dell'accettazione del rischio da parte della Società e comunque sempre successivamente al pagamento del premio.

Tuttavia, nel caso in cui dalla documentazione sanitaria prodotta, emergano fattori di rischio, la Società si riserva la facoltà di rifiutare l'assunzione del rischio.  
In tal caso, la Società comunicherà il rifiuto del rischio e provvederà alla restituzione del premio eventualmente versato, al netto delle eventuali imposte previste dalla legge.

Importo del Capitale Assicurato (in euro)	Accertamenti Sanitari Necessari
Da 305.000 euro sino a 500.000 euro	<p>“Rapporto di Visita Medica” (compilato dal medico di famiglia dell’assicurato o, in mancanza da un medico ospedaliero specialista in cardiologia o medicina interna)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- esame completo delle urine in laboratorio</li> <li>- esame elettrocardiografico a riposo</li> <li>- esami del sangue: azotemia, glicemia, creatininemia, colesterolo totale, HbA1c, HDL, LDL, trigliceridemia, transaminasi (GOT, GPT), gamma GT, emocromo completo con conta piastrine, fosfatasi alcalina, PT, HBsAg, anti HCV, test HIV (applicazione carenze se non prodotto)</li> </ul> <p>Per assicurando sesso maschile di età superiore a 50 anni: PSA</p>
Da 505.000 euro sino a 750.000 euro	<p>“Rapporto di Visita Medica” (compilato dal medico di famiglia dell’assicurato o, in mancanza da un medico ospedaliero specialista in cardiologia o medicina interna)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- certificato del medico curante</li> <li>- esame completo delle urine in laboratorio</li> <li>- esame elettrocardiografico a riposo e da sforzo al tappeto rullante o cicloergometro</li> <li>- rx del torace in due proiezioni</li> <li>- esami del sangue: azotemia, glicemia, creatininemia, colesterolo totale, HDL, LDL, fibrinogenemia, trigliceridemia, uricemia, bilirubinemia totale e frazionata, emocromo completo con conta piastrine, VES, PT, PTT, transaminasi (GOT, GPT), gamma GT, LDH, fosfatasi alcalina, protidogramma elettroforetico, HBs Ag e anti HCV, Test HIV (applicazione carenze se non prodotto)</li> </ul> <p>Per assicurando sesso maschile età superiore 50 anni: PSA</p>

Qualora, nell’ambito dei sopra elencati accertamenti sanitari, l’Assicurato non abbia aderito alla richiesta della Società di eseguire gli esami clinici necessari per l’accertamento dell’eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, rimane convenuto che se il decesso dell’Assicurato avvenga entro i primi quattro anni dalla data di decorrenza del Contratto e sia dovuto a sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, la Società non liquiderà la prestazione ma provvederà alla restituzione di tutti i premi corrisposti.

Nel caso in cui il decesso dell’Assicurato sia dovuto al contagio ed evoluzione ingravescente e distruttiva da parte del “coronavirus” o covid-19 (o come potrebbe chiamarsi in futuro in relazione ad eventuali mutazioni genotipiche), la Società applicherà sempre una carenza di 30 giorni. Tale periodo di carenza non è eliminabile.

Per capitali assicurati superiori a 750.000 euro, l’Assicurato dovrà sottoscrivere anche il “Questionario Finanziario”, per valutare la situazione economica.

## ART.5 - PERIODI DI CARENZA

Per capitali assicurati di importo fino a 300.000 euro -soluzione Smart e soluzione Premium- (considerando anche il cumulo con eventuali altre coperture assicurative caso morte attive presso UniCredit Allianz Vita, ad eccezione dei prodotti: Vita Protetta, Vita Protetta Smart, UniCredit My Life Care Smart), per i quali la Società consente la sottoscrizione della Proposta senza che l'Assicurato debba sottoporsi a visita medica, **qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dalla data di decorrenza del Contratto e quest'ultimo sia in regola con il versamento dei premi, la Società si impegna a corrispondere - in luogo del capitale assicurato indicato in polizza - una somma pari all'ammontare dei premi versati, al netto delle imposte previste dalla legge.**

Qualora il Contratto sia stato concluso in sostituzione di uno o più precedenti contratti - espressamente richiamati in polizza - l'applicazione della suddetta limitazione, avverrà tenendo conto dell'entità, forma e durata effettiva, a partire dalle rispettive date di decorrenza, dei contratti sostituiti.

La Società non applicherà entro i primi sei mesi dalla data di decorrenza del Contratto la limitazione sopraindicata e, pertanto, la prestazione dovuta sarà pari al capitale assicurato indicato in polizza, qualora il decesso dell'Assicurato sia conseguenza diretta:

a) di una delle seguenti malattie infettive acute, sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza, purché insorte in modo singolo, sporadico ed occasionale, comunque al di fuori di qualsiasi manifestazione collettiva avente carattere epidemico: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite primitiva, encefalite, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale acuta A o B, leptospirosi ittero-emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite, peste, rabbia, pertosse, rosolia, encefalite post-vaccinica, dengue, malaria.

Al contrario, non verrà corrisposta la prestazione assicurata durante il periodo di carenza laddove le malattie infettive sopraelencate si presentassero sotto forma di fenomeno epidemico, inteso come "manifestazione collettiva della malattia, che rapidamente si diffonde fino a colpire mortalmente un gran numero di persone, con diffusione su larga scala, in relazione alla quale sia stato dichiarato lo stato di emergenza dalle autorità nazionali competenti (o dichiarazione equivalente), valido fintanto che l'autorità stessa competente non lo revochi";

b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;

c) di infortunio - intendendosi per tale l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza il decesso dell'Assicurato - avvenuto dopo la data di decorrenza della polizza (fermo quanto disposto dall'Art. 2 "ESCLUSIONI").

Nel caso in cui il decesso sia dovuto al contagio ed evoluzione ingravescente e distruttiva da parte del "coronavirus" o covid-19 (o come potrebbe chiamarsi in futuro in relazione ad eventuali mutazioni genotipiche), la Società applicherà **sempre** una **carenza di 30 giorni**, a prescindere dalle modalità con le quali l'agente patogeno - oggi definito covid-19 - si possa presentare (forma epidemica o meno).

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi quattro anni dalla data di decorrenza del Contratto e sia dovuto a sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, la Società non liquiderà la prestazione ma provvederà alla restituzione di tutti i premi corrisposti, al netto delle eventuali imposte previste dalla legge.

### ART. 5.1 - RIDUZIONE DEI PERIODI DI CARENZA

L'Assicurato può richiedere alla Società, in fase di sottoscrizione della Proposta, di sottoporsi a proprie spese a visita medica e ad ulteriori accertamenti sanitari al fine di ridurre i periodi di carenza sopra riportati, ad eccezione dei 30 giorni di carenza previsti per il decesso da "coronavirus" o covid-19.

Gli accertamenti sanitari necessari a questo scopo comprendono:

- “Rapporto di Visita Medica” (compilato dal medico di famiglia dell'Assicurato o, in mancanza, da un medico ospedaliero specialista in cardiologia o medicina interna);
- esami sangue: test HIV (se quest'ultimo test non viene presentato è prevista l'applicazione del periodo di carenza di 4 anni, come indicato nel precedente paragrafo).

#### **ART.6 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO**

Il Contratto si intende concluso alla data di decorrenza indicata in Proposta, a condizione che il Contraente abbia sottoscritto la Proposta, versato il premio unico o la prima mensilità del premio ricorrente pattuito e che l'Assicurato abbia sottoscritto il questionario di cui all'Allegato 1 “QUESTIONARIO COMPLETO”/“QUESTIONARIO SEMPLIFICATO”.

La sottoscrizione della Proposta può avvenire con diverse modalità messe a disposizione del Contraente sulla base dei rapporti contrattuali in essere con il Distributore, come di seguito riportate:

- con firma autografa, presso le Filiali del Distributore;
- con firma digitale nei preposti ambienti digitali messi a disposizione dalla Banca ed accessibili via Internet al Contraente.

Ferma restando la possibilità di sottoscrivere con firma autografa su supporto cartaceo esclusivamente in sede la documentazione afferente alla polizza, il Distributore offre alla propria clientela la possibilità di sottoscrivere, in preposti ambienti digitali messi a disposizione dalla Banca ed accessibili via Internet alla clientela medesima, atti e documenti in formato elettronico, ai sensi del D. Lgs. 82/2005 ( Codice dell'Amministrazione Digitale) utilizzando il Certificato Qualificato di Firma Elettronica Qualificata rilasciato tramite la Banca dal Certificatore Accreditato e valido per la sottoscrizione di documenti, disposizioni o contratti relativi a prodotto e servizi venduti dalla Banca stessa. Il Contraente dichiara di essere informato che, qualora si avvalga di uno degli ambienti digitali di cui sopra (qualora gli stessi siano attivi per la specifica operatività oggetto di richiesta) e si sia dotato, a seguito dell'adesione allo stesso/agli stessi, di Certificato Qualificato di Firma Digitale, UniCredit Allianz Vita S.p.A., in alternativa alla firma autografa, riconosce l'utilizzo della modalità di sottoscrizione mediante Firma Digitale nei rapporti tra UniCredit Allianz Vita S.p.A. stessa e il Contraente, sia in relazione alla proposta relativa alla polizza di cui UniCredit Allianz Vita S.p.A. è emittente e all'eventuale correlata documentazione sia all'ulteriore documentazione afferente a disposizioni successive impartite dal Contraente alla Compagnia a valere sulla polizza in essere, ove tale ulteriore documentazione sia resa disponibile in formato elettronico presso il Distributore. I predetti Servizi sono offerti dal Distributore nei termini previsti dallo stesso, al quale il Contraente potrà rivolgersi per qualsiasi informazione.

L'efficacia del Contratto è subordinata all'espletamento da parte della Società dell'adeguata verifica della clientela ai sensi del D.Lgs. 231/2007 novellato dal D.Lgs. 90/2017. Ove, a rapporto assicurativo già in essere, non fosse possibile effettuare le ulteriori verifiche che si rendessero eventualmente necessarie ai sensi del predetto D.lgs. 231/2007, il Contratto si intenderà senz'altro risolto, previo espletamento delle procedure di sollecito dell'adeguata verifica.

Qualora l'Assicurato venga sottoposto ad accertamenti sanitari, il Contratto si considera concluso, ai sensi dell'articolo 1327 del Codice Civile, nel momento in cui, effettuato l'addebito del premio unico o della prima mensilità di premio, sulla base dell'autorizzazione di addebito di cui alla Proposta, il premio medesimo viene accreditato sul conto corrente della Società e da questa trattenuto in segno di assunzione del rischio.

La Società invierà al Contraente la polizza, quale lettera di conferma della relativa accettazione.

#### **ART.7 - ENTRATA IN VIGORE DEL CONTRATTO**

A condizione che sia stato effettuato il versamento del premio unico oppure della prima mensilità del premio pattuito, sia stata sottoscritta la Proposta e che l'Assicurato abbia sottoscritto il **QUESTIONARIO COMPLETO** e **QUESTIONARIO SEMPLIFICATO** la prestazione assicurata di cui all'Art.1 "PRESTAZIONI" è operante dalle ore 24 del giorno indicato in Proposta quale data di decorrenza.

La data di decorrenza coincide con la data di sottoscrizione della Proposta.

**In caso di sottoscrizione della Proposta in sede, con firma autografa o con firma digitale effettuata da lunedì a venerdì entro e non oltre le ore 22:30, il premio verrà addebitato il giorno stesso della sottoscrizione.**

**In caso di sottoscrizione della Proposta effettuata con la Firma digitale da lunedì a venerdì dopo le ore 22:30, il sabato e nei giorni festivi, il premio verrà addebitato il primo giorno lavorativo successivo alla sottoscrizione.**

In caso di sottoscrizione della Proposta in sede oppure fuori sede effettuata il sabato il premio verrà addebitato il primo giorno lavorativo successivo alla sottoscrizione.

#### **ART.8 - REVOCA DELLA PROPOSTA - RECESSO**

**Il Contraente può revocare la Proposta fino al momento della conclusione del Contratto.**

Per l'esercizio del diritto di revoca il Contraente **deve inviare comunicazione alla Società** - contenente gli elementi identificativi della Proposta - **mediante richiesta di revoca da consegnare alla Filiale del Distributore presso cui è stata sottoscritta la Proposta, ovvero mediante lettera indirizzata a: UniCredit Allianz Vita S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano (Italia).**

La revoca ha effetto con decorrenza dalle ore 24 del giorno di:

- consegna del modulo di richiesta alla Filiale del Distributore;
- ovvero
- spedizione della lettera risultante dal timbro postale di invio della stessa.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, la Società restituisce al Contraente il premio eventualmente corrisposto.

**Dopo la conclusione del Contratto, il Contraente può esercitare il diritto di recesso entro un termine di sessanta giorni.**

Per l'esercizio del diritto di recesso il Contraente **deve inviare comunicazione alla Società** – contenente gli elementi identificativi del Contratto - **con apposito modulo di richiesta di recesso da consegnare alla Filiale del Distributore presso cui è stata sottoscritta la Proposta ovvero con lettera indirizzata a: UniCredit Allianz Vita S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano (Italia).**

**Il suddetto modulo è reperibile anche sul sito internet [www.unicreditallianzvita.it](http://www.unicreditallianzvita.it) nella Sezione "*Contattaci - Richiesta Informazioni*", ove sono a disposizione indicazioni dettagliate sulla procedura da seguire.**

Il recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto con decorrenza dalle ore 24 del giorno di consegna del modulo di richiesta allo sportello bancario, ovvero del giorno di spedizione della lettera, quale risultante dal timbro postale di invio della stessa.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società provvede a rimborsare al Contraente il premio da questi corrisposto, al netto delle eventuali imposte previste dalla legge.



#### **ART.9 – DURATA ED ESTINZIONE DEL CONTRATTO**

La durata del Contratto può essere scelta, in un intervallo temporale compreso tra 5 e 30 anni, compatibilmente con l'età dell'Assicurato che, alla data di scadenza della polizza, non potrà essere superiore a 75 anni (età assicurativa).

Il Contratto si estingue nei seguenti casi:

- in caso di esercizio del diritto di recesso dal Contratto;
- in caso di interruzione del pagamento dei premi ricorrenti (tariffa TGXC23), trascorsi dodici mesi dalla scadenza di pagamento della rata di premio non pagata senza che si sia provveduto alla riattivazione del Contratto;
- per la versione a premio unico (tariffa TGXCU23), in caso di richiesta di interruzione della copertura assicurativa, come precisato al successivo Art.14 "RISOLUZIONE DEL CONTRATTO A PREMIO UNICO";
- in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata del Contratto;
- alla data di scadenza del Contratto.

#### **ART.10 - COMUNICAZIONI IN CORSO DI CONTRATTO**

##### **Documento Unico di Rendicontazione**

Entro sessanta giorni dalla chiusura di ogni anno solare, la Società si impegna ad inviare al Contraente il Documento Unico di Rendicontazione relativo alla posizione assicurativa, con l'indicazione dell'ammontare del capitale assicurato.

##### **Area Personale– Informazioni relative al rapporto contrattuale**

La Società mette a disposizione, all'interno del proprio Sito Internet [www.unicreditallianzvita.it](http://www.unicreditallianzvita.it), un'apposita Area Personale, dedicata ai Clienti, in cui poter consultare e tenere monitorate le informazioni relative al proprio contratto, le coperture attive, la relativa documentazione contrattuale e tenere costantemente sotto controllo lo stato del pagamento dei premi. Per accedere occorre che il Contraente selezioni l'apposito link presente nella home page del Sito, proceda alla registrazione ed alla conservazione delle credenziali identificative rilasciate.

L'Area Personale può essere utilizzata anche per effettuare operazioni dispositive, quali la richiesta di versamento del premio aggiuntivo ove consentito, la richiesta di un'operazione liquidativa (es. riscatto parziale e totale, denuncia del sinistro) o gestionale (es. variazione di indirizzo).

L'operatività dispositiva è consentita solo previa identificazione attraverso apposita procedura attivabile direttamente all'interno dell'Area Personale.

#### **ART.11 - PREMIO**

Le prestazioni di cui all'art. 1 "PRESTAZIONI" vengono garantite previo versamento alla Società, da parte del Contraente, di:

- un premio ricorrente con frazionamento mensile (tariffa TGXC23), di importo costante da corrispondersi in via anticipata alle ricorrenze stabilite;

oppure

- un premio unico (tariffa TGXCU23), da corrispondersi in un'unica soluzione in via anticipata all'atto della sottoscrizione della Proposta.

Le predette modalità di versamento del premio sono alternative.

L'importo del premio è determinato in base:

- all'età dell'Assicurato all'atto della sottoscrizione
- alla durata del Contratto
- al capitale assicurato (il capitale prescelto fa cumulo con eventuali altre coperture assicurative caso morte attive presso UniCredit Allianz Vita, ad eccezione dei prodotti: Vita Protetta, Vita Protetta Smart, UniCredit My Life Care Smart)
- alla scelta di abbinare alla Garanzia principale le Garanzie complementari.

Qui di seguito una tabella esemplificativa di premio ricorrente mensile e di premio unico per una polizza di durata 5, 15 o 30 anni. Tale rappresentazione intende fornire l'indicazione di premio per una persona di età pari a 40 anni, indipendentemente dal sesso. Gli importi si basano su un capitale assicurato pari a 100.000,00 euro. Elementi di personalizzazione diversi da quelli utilizzati per la tabella (quali ad esempio età e capitale assicurato) possono determinare variazioni anche significative del premio.

Durata	Periodicità di versamento del premio	Premio per 100.000 euro di capitale	Premio per 100.000 euro di capitale con raddoppio garanzia per decesso per infortunio	Premio per 100.000 euro di capitale con triplicazione garanzia per decesso per infortunio da incidente stradale	Premio per 100.000 euro di capitale con entrambe le coperture accessorie
5	Unico	774,00	1.109,00	1.174,00	1.319,00
15	Unico	3.984,00	4.989,00	5.184,00	5.619,00
30	Unico	19.891,00	21.901,00	22.291,00	23.161,00
5	Mensile	13,83	19,42	20,50	22,92
15	Mensile	23,50	29,08	30,17	32,58
30	Mensile	59,58	65,17	66,25	68,67

La prima mensilità di premio ricorrente, viene corrisposta al momento della sottoscrizione della Proposta, mentre le successive mensilità di premio verranno corrisposte - per tutta la durata del Contratto e solo nel caso in cui l'Assicurato sia in vita - ad ogni ricorrenza mensile della data di decorrenza.

**Nel corso della durata contrattuale non è possibile modificare o revocare le garanzie prescelte in fase di sottoscrizione; ne consegue che l'importo del premio ricorrente non può essere modificato nel corso della durata pagamento premi.**

Il premio viene pagato con addebito diretto sul **rapporto bancario intrattenuto presso UniCredit S.p.A. intestato al Contraente**: sul conto corrente UniCredit ovvero su carta ricaricabile con IBAN UniCredit.

In caso di estinzione del rapporto di cui sopra, il versamento dei premi ricorrenti viene effettuato mediante procedura di accredito diretto sul conto corrente della Società nei termini e con le modalità che la Società stessa comunicherà al Contraente.

Il premio relativo alla prima annualità deve essere regolarmente versato alle ricorrenze mensili previste. Diversamente il Contratto è risolto e gli importi versati restano acquisiti dalla Società senza alcun obbligo per quest'ultima in ordine alla prestazione di cui all'Art.1 "PRESTAZIONI".

#### **ART.12 - MANCATO VERSAMENTO DEL PREMIO RICORRENTE: SOSPENSIONE**

Il mancato versamento di una sola mensilità di premio complessivamente dovuto, **trascorsi trenta giorni** dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina la sospensione delle prestazioni di cui all'Art.1 "PRESTAZIONI". Ciò significa che in caso di decesso dell'Assicurato nel corso del periodo di sospensione **nulla è dovuto da parte della Società e la copertura assicurativa riprenderà ad essere attiva a partire dalla data di ripresa del versamento dei premi.**

**Durante i trenta giorni** successivi alla scadenza del premio, il pagamento della rata non comporta l'applicazione di interessi e, in caso di decesso dell'Assicurato, viene riconosciuta la prestazione prevista dal Contratto, sempreché la rata venga versata entro tale termine.

#### ART.13 - RIPRESA DEL VERSAMENTO DEL PREMIO RICORRENTE: RIATTIVAZIONE

Entro sei mesi dalla data in cui il versamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, il Contraente ha facoltà di riattivare il Contratto, riprendendo il versamento del premio, previa corresponsione di tutti i premi arretrati aumentati degli interessi legali.

Trascorsi sei mesi dalla data in cui il versamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, la riattivazione può avvenire solo dietro apposita domanda del Contraente e previa accettazione espressa della Società.

La riattivazione del Contratto, effettuata nei termini e secondo le modalità di cui sopra, ripristina le prestazioni assicurate di cui all'Art.1 "PRESTAZIONI", con effetto dalle ore 24 del giorno del versamento dell'importo dovuto.

Trascorsi dodici mesi dalla data in cui il versamento del premio avrebbe dovuto essere effettuato, senza che vi sia stata riattivazione, il Contratto è definitivamente risolto e nulla è dovuto da parte della Società.

#### ART.14 – RISOLUZIONE DEL CONTRATTO A PREMIO UNICO

Qualora il Contraente abbia scelto, all'atto della sottoscrizione della Proposta, di corrispondere il premio in un'unica soluzione potrà chiedere alla Società la risoluzione del Contratto in qualunque momento, ad esclusione dei trenta giorni precedenti la ricorrenza annuale.

**Il Contraente potrà presentare domanda di rimborso in forma libera, alla Filiale del Distributore** che ha in gestione il Contratto nonché **direttamente alla Società** a mezzo posta (con lettera indirizzata a: **UniCredit Allianz Vita S.p.A.** - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano), avendo cura di indicare le coordinate bancarie ove verrà **rimborsata la frazione del premio unico relativa al periodo di copertura non goduto, al netto di eventuali imposte**.

Il modulo di richiesta è reperibile anche sul sito internet [www.unicreditallianzvita.it](http://www.unicreditallianzvita.it) nella Sezione "*Contattaci – Richiesta Informazioni*".

Il Contratto si estinguerà a partire dal primo giorno seguente la prima ricorrenza annuale successiva alla richiesta di estinzione.

#### ART.15 - RISCATTO E PRESTITI

La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto del Contratto e non prevede la concessione di prestiti.

#### ART.16 - CESSIONE, PEGNO E VINCOLO

Il Contraente può cedere ad altre persone fisiche il Contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare la prestazione.

Tali atti diventano efficaci solo nel momento in cui la Società ne ha avuto notizia.

La Società invia, a conferma dell'avvenuta annotazione di tali atti, apposita appendice di variazione, che diviene parte integrante del Contratto.

Nel caso di pegno o vincolo, l'operazione di recesso richiede il preventivo o contestuale assenso scritto del creditore o del vincolatario.

Nel caso di vincolo, le operazioni di liquidazione richiedono l'assenso scritto del vincolatario.

Nel caso di pegno, le operazioni di liquidazione devono essere richieste dal creditore pignoratizio che si sostituisce in tutto e per tutto all'avente diritto, mentre le operazioni di variazione contrattuale devono essere richieste dal Contraente con assenso scritto del creditore pignoratizio.

Non è consentito dare in pegno o vincolare la prestazione a favore del Distributore, come previsto dall'art.55 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 salvo successive modifiche e/o integrazioni.

#### ART.17 – DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI

Il Contraente designa i Beneficiari delle prestazioni al momento della sottoscrizione della Proposta e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.

La designazione dei Beneficiari e le eventuali revoche e modifiche di essa devono essere comunicate per iscritto alla Società. Revoche e modifiche sono efficaci anche se contenute nel testamento del Contraente, purché la relativa clausola testamentaria faccia espresso e specifico riferimento alle polizze vita. Equivale a designazione dei Beneficiari la specifica attribuzione delle somme relative a tali polizze fatta nel testamento a favore di determinati soggetti.

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

- dopo che il Contraente ed i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

Nel primo caso le operazioni di pegno o vincolo del Contratto richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

Il Contraente ha la facoltà di indicare nel Modulo di Proposta un soggetto (Referente Terzo), diverso dal Beneficiario caso morte, al quale UniCredit Allianz Vita S.p.A. potrà fare riferimento per rintracciare il Beneficiario in caso di decesso dell'Assicurato.

Non è consentito designare quale beneficiario della prestazione assicurativa il Distributore, come previsto dall'art.55 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 salvo successive modifiche e/o integrazioni.

#### ART.18 – DENUNCIA DEL SINISTRO

In caso di decesso dell'Assicurato, la documentazione richiesta al fine di verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento della prestazione ed individuare con esattezza gli aventi diritto deve essere inoltrata alla Società, a mezzo posta (con lettera indirizzata a: UniCredit Allianz Vita S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano) oppure consegnata alla Filiale del Distributore presso cui è appoggiato il Contratto.

Presso la Filiale del Distributore che ha in gestione il Contratto nonché direttamente sul sito internet della Società [www.unicreditallianzvita.it](http://www.unicreditallianzvita.it) - nella Sezione "*Contattaci-Richiesta Informazioni*" sono a disposizione indicazioni dettagliate sulla procedura da seguire.

È comunque consentito all'avente diritto di richiedere la liquidazione della prestazione in forma libera, purché siano riportate le coordinate bancarie del conto corrente, intestato o cointestato all'avente diritto medesimo, per l'accredito, attraverso bonifico, dell'importo dovuto dalla Società.

Vengono di seguito indicati i **documenti da consegnare unitamente alla richiesta scritta di liquidazione per decesso:**

- **certificato di morte dell'Assicurato in originale, rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;**
- **qualora l'Assicurato coincida con il Contraente, una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà resa dall'avente diritto con firma autenticata;** in alternativa verrà richiesto l'**atto di notorietà (in originale o in copia autenticata)** limitatamente ai casi in cui sussista la necessità di svolgere approfondimenti circa la legittimazione dell'avente diritto e/o la corretta erogazione del dovuto.  
La dichiarazione sostitutiva e l'eventuale atto di notorietà dovranno essere redatti dinanzi all'Autorità Comunale, Notaio o presso il Tribunale. Su tale atto dovrà essere indicato se il Contraente/Assicurato stesso ha lasciato o meno testamento.
  - **In caso di esistenza di testamento dovrà esserne inviata anche copia autenticata** (o il relativo verbale di pubblicazione) e l'atto dovrà riportarne gli estremi identificativi, precisando altresì che detto testamento è l'unico da ritenersi valido e non impugnato e indicando quali sono gli unici eredi testamentari, loro dati anagrafici, grado di parentela e capacità di agire.

- Qualora non esista testamento, l'atto dovrà indicare quali sono gli unici eredi legittimi (compresi eventuali rinunciatari), loro dati anagrafici, grado di parentela e capacità di agire.
- fotocopia di un valido documento di identità soggetti/persone aventi diritto riportante firma visibile, nonché dei loro codici fiscali;
- relazione del medico curante (medico di famiglia) contenente le informazioni utili a sostenere la richiesta di liquidazione e ad illustrare la causa del decesso nonché lo stato clinico dell'Assicurato. Tale relazione, potrà essere redatta su apposito modulo reso disponibile dalla Società sul sito internet [www.unicreditallianzvita.it](http://www.unicreditallianzvita.it) - nella Sezione "Contattaci-Richiesta Informazioni", e allegato in fac-simile al presente Set Informativo, riportando nel dettaglio le informazioni cliniche richieste. Il modulo per la redazione della relazione sanitaria è disponibile anche presso la Filiale del Distributore dove è appoggiato il Contratto. In alternativa, la relazione potrà essere predisposta da parte del medico curante anche in forma libera, purché vengano riportati i medesimi contenuti informativi del citato modulo.
- nel caso in cui siano state sottoscritte le corrispondenti garanzie complementari facoltative e il decesso avvenga a seguito di infortunio o di infortunio da incidente stradale, la denuncia di sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato, le circostanze e gli eventuali testimoni dell'infortunio e copia autenticata del verbale dell'Autorità giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti in seguito all'evento a comprovare che il decesso è conseguenza dell'infortunio stesso.

La Società, anche nell'interesse degli aventi diritto, può riservarsi di richiedere altresì ulteriore documentazione in caso di particolari e circostanziate esigenze istruttorie e per una corretta erogazione della prestazione assicurativa (a titolo esemplificativo: relazione medica non esaustiva, decesso dell'Assicurato avvenuto al di fuori del territorio della Repubblica Italiana, decesso per infortunio o causa violenta, discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, ecc...)

La Società si farà carico dei costi che il richiedente si troverà a dover sostenere per l'eventuale produzione in copia delle cartelle cliniche, dei referti di esami sostenuti dall'Assicurato e/o di ogni altro accertamento medico rilasciato dalle competenti strutture sanitarie, provvedendo a rimborsare al richiedente medesimo le spese sostenute fino ad un importo massimo di 150,00 euro, dietro presentazione di idonea attestazione comprovante l'esborso sostenuto.

#### **ART.19 - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ**

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la Società provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro trenta giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa necessaria per dare corso alla liquidazione (documentazione suindicata ed eventuale documentazione richiesta da casi e circostanze particolari) presso la Filiale del Distributore dove è appoggiato il Contratto o presso la propria sede.

Decorso il termine dei trenta giorni sono dovuti gli interessi legali a favore degli aventi diritto.

Gli interessi sono calcolati a partire dal giorno in cui la Filiale del Distributore dove è appoggiato il Contratto ovvero la Società sono entrati in possesso della documentazione completa.

Ogni pagamento viene disposto dalla Società mediante bonifico bancario su conto corrente intestato al richiedente.

#### **ART.19.1 – PAGAMENTI PER SOGGETTI MINORI DI ETÀ O INCAPACI DI AGIRE**

Qualora i soggetti/persone aventi diritto risultino minorenni o incapaci, oltre alla richiesta di liquidazione, dovrà pervenire alla Società il **decreto del Giudice Tutelare in originale o in copia autenticata** contenente l'autorizzazione in capo al legale rappresentante dei minorenni o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero della Società da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa.

#### **ART.19.2 – PAGAMENTI PER PERSONE GIURIDICHE**

Qualora il soggetto avente diritto sia una persona giuridica, oltre alla richiesta di liquidazione dovrà essere inviata idonea documentazione (visura camerale, certificato rilasciato dalla pretura ecc.) che comprovi i poteri della persona fisica che agisce in nome e per conto della persona giuridica stessa, unitamente a fotocopia di un Suo valido documento di identità, riportante firma visibile nonché del codice fiscale.

#### **Art.20 - DIRITTO PROPRIO DEI BENEFICIARI DESIGNATI**

Ai sensi dell'articolo 1920 del Codice Civile, i Beneficiari acquistano, per effetto della designazione, un diritto proprio nei confronti della Società.

Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

#### **ART.21 – NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRABILITÀ**

Ai sensi dell'articolo 1923 del Codice Civile, le somme dovute dalla Società in virtù dei contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili, fatte salve specifiche disposizioni di legge.

#### **ART.22 – PRESCRIZIONE**

Ai sensi del secondo comma dell'articolo 2952 del Codice Civile, **i diritti derivanti dai Contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto** su cui i diritti stessi si fondano.

**Qualora i Beneficiari non richiedano entro il predetto termine di prescrizione la liquidazione della prestazione, l'importo viene devoluto dalla Società al fondo per le vittime delle frodi finanziarie come previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.**

#### **ART.23 - TASSE ED IMPOSTE**

Le eventuali tasse e le imposte relative al Contratto sono a carico del Contraente, dei Beneficiari o degli aventi diritto, secondo le norme di legge vigenti.

#### **ART.24 - FORO COMPETENTE**

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o delle persone fisiche che intendono far valere diritti derivanti dal Contratto.

#### **ART.25 – TRASFERIMENTO RESIDENZA**

Il Contraente è tenuto a comunicare le eventuali variazioni di indirizzo e ad informare tempestivamente la Società in caso di trasferimento della sua residenza all'estero ai fini di eventuali implicazioni di natura normativa, anche fiscale. Le suddette implicazioni potrebbero comportare limitazioni nell'esercizio di alcune facoltà contrattuali.

#### **ART.26 – LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO**

Al Contratto stipulato con UniCredit Allianz Vita S.p.A. si applica la legge italiana.

Allegato 1

QUESTIONARIO SEMPLIFICATO SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO	
1) ho ricevuto una diagnosi, o sono stato ricoverato, operato e/o sto ricevendo cure e medicine per una delle seguenti malattie:	
TUMORI MALIGNI	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
DIABETE	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
MALATTIE CARDIO-CEREBROVASCOLARI ipertensione arteriosa con valori pressori elevati nonostante il trattamento o che abbia causato danni di organi e/o apparati, angina, aritmia, chirurgia cardiovascolare, cardiopatia ischemica e/o ipertensiva, cardiomiopatie, scompenso cardiaco, infarto, valvulopatie con stenosi e/o insufficienza, embolia polmonare, trombosi profonda, trapianto, aneurismi, ictus, vasculopatia cerebrale, TIA (attacco ischemico transitorio), emorragia/ischemia cerebrale.	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
MALATTIE GASTRO-INTESTINALI esofago di Barrett, morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa, epatite B e/o C, sieropositività HBV e/o HCV, cirrosi epatica o epatopatia alcolica, fegato policistico, pancreatite cronica.	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO), asma bronchiale cronica in terapia continuativa o che abbia comportato ricoveri, enfisema, sarcoidosi, asportazione polmone anche solo parziale, ipertensione polmonare, asbestosi, silicosi, fibrosi cistica, trapianto polmonare.	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2) negli ultimi 24 mesi sono stato ricoverato e/o sono attualmente in attesa di ricovero, in case di cura od ospedali (esclusi interventi in ambito ortopedico, chirurgia estetica, parto)	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Voglio sottopormi ad accertamenti sanitari, facendomi carico degli eventuali costi, per poter attivare senza limiti temporali le coperture assicurative (in assenza di accertamenti sanitari la copertura assicurativa non sarà efficace per i primi 6 mesi dalla decorrenza della polizza - clausola di carenza)	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

QUESTIONARIO COMPLETO SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO	
1. L'Assicurato dichiara che: 1.1) la sua altezza in cm è pari a..... 1.2) il suo peso in Kg è pari a.....	
2. L'Assicurato attualmente presenta postumi invalidanti causati da malattie o infortuni, tutt'ora in cura o in corso di accertamento oppure è titolare di una pensione di invalidità o inabilità, o ne ha fatto domanda per ottenerla presso ente preposto (INPS, INAIL, ASL, ALTRO)?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. Negli ultimi 10 anni ha ricevuto una diagnosi, o si è sottoposto a ricoveri, interventi, e/o cure per tumori maligni (compreso leucemia, linfomi e mielomi)?	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. Negli ultimi 5 anni ha ricevuto una diagnosi, o si è sottoposto a ricoveri, interventi, cure o assume o ha assunto farmaci (ad eccezione di farmaci per ipercolesterolemia, farmaci per la pressione purché i valori siano mantenuti nella norma dalla terapia) in merito alle seguenti malattie?	
4.1) MALATTIE CARDIO-CEREBROVASCOLARI ipertensione arteriosa con valori pressori elevati nonostante il trattamento o che abbia causato danni di organi e/o apparati, angina, aritmia, chirurgia cardiovascolare, cardiopatia ischemica e/o ipertensiva, cardiomiopatie, scompenso cardiaco, infarto, valvulopatie gravi con stenosi e/o insufficienza grave, embolia polmonare, trombosi profonda, trapianto, aneurismi, ictus, vasculopatia cerebrale, TIA (attacco ischemico transitorio), emorragia/ischemia cerebrale.	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.2) MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO morbo di Parkinson, malattia del motoneurone, sclerosi laterale amiotrofica, sclerosi laterale primaria, atrofia muscolare progressiva, miastenia grave, sclerosi multipla, malattie demielinizzanti in genere, distrofie muscolari, epilessia non controllata dalla terapia, morbo di Alzheimer o altre demenze, corea di Huntington, meningioma, tumori benigni del cervello, depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare e psicosi, schizofrenia.	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.3) MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO E MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO <u>Malattie dell'apparato respiratorio</u> broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO), asma bronchiale cronica in terapia continuativa o che abbia comportato ricoveri, enfisema, sarcoidosi, asportazione polmone anche solo parziale, ipertensione polmonare, asbestosi, silicosi, fibrosi cistica, trapianto polmonare. <u>Malattie del sistema muscolo-scheletrico</u> lupus eritematoso sistemico, poliartrite nodosa, porpora, sclerodermia, artrite reumatoide, artrite psoriasica, connettivi sistemiche, fibromialgia, spondiloartropatia severa.	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4.4) MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE E MALATTIE DELL'APPARATURO-GENITALE <u>Malattie dell'apparato digerente</u> esofago di Barrett, morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa, epatite B e/o C, sieropositività HBV e/o HCV, cirrosi epatica o epatopatia alcolica, fegato policistico, pancreatite cronica. <u>Malattie dell'apparato uro-genitale</u> insufficienza renale cronica (anche lieve), rene policistico, malattia renale richiedente dialisi, glomerulonefrite, nefrite cronica e nefrosi cronica, displasia renale cistica congenita	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>



<p>4.5) MALATTIE ENDOCRINE E DISMETABOLICHE E DEGLI ORGANI DI SENSO</p> <p><u>Malattie endocrine e dismetaboliche</u>  diabete di tipo I, diabete di tipo II non compensato da terapia farmacologica, adenoma ipofisario in atto con necessità di terapia continuativa, iper o ipoparatiroidismo non compensato da terapia farmacologica, adenoma surrenalico.</p> <p><u>Malattie degli organi di senso</u>  glaucoma bilaterale con riduzione visus, nevrite ottica retrobulbare, edema papillare, retinopatia pigmentosa/ diabetica e/o ipertensiva, neurinoma, maculopatia degenerativa, neuropatie</p>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p>4.6) MALATTIE DEL SANGUE E DEL SISTEMA IMMUNITARIO</p> <p>talassemia maior, anemia aplastica o sferocitica o autoimmune o grave o emolitica, policitemia vera, trombocitemia essenziale, trombocitopenia idiopatica, mielodisplasia, mielofibrosi, gammopatia monoclonale, amloidosi, ipersplenismo, emofilie, HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa correlate.</p>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p>5. Negli ultimi 12 mesi le sono stati prescritti esami o si è sottoposto a controlli clinico-specialistici, di cui aspetta l'esito, in relazione alle malattie elencate al paragrafo 3 e 4?</p>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p>Voglio sottopormi ad accertamenti sanitari, facendomi carico degli eventuali costi, per poter attivare senza limiti temporali le coperture assicurative (in assenza di accertamenti sanitari la copertura assicurativa non sarà efficace per i primi 6 mesi dalla decorrenza della polizza - clausola di carenza)</p>	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Data ultimo aggiornamento: 30/10/2023

## INFORMATIVA SULLA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

La presente informativa le viene data in relazione al trattamento dei dati connesso all'erogazione della polizza assicurativa in suo favore a norma del Regolamento (UE) 2016/679 (il "GDPR") che tutela la libera circolazione dei dati e la riservatezza delle persone fisiche e in conformità ad ogni altra disposizione normativa dell'Unione Europea o degli Stati membri applicabile in materia di privacy (insieme, la "Normativa Privacy").

### 1. Titolare del trattamento e informazioni di contatto

Il Titolare del trattamento dei dati è:

- UniCredit Allianz Vita S.p.A. con sede legale in Milano, Piazza Tre Torri 3, contattabile all'indirizzo UniCredit Allianz Vita S.p.A., Piazza Tre Torri 3- 20145 Milano, oppure scrivendo all'indirizzo e-mail [dpo@unicreditallianzvita.it](mailto:dpo@unicreditallianzvita.it) ("UniCredit Allianz Vita" o la "Compagnia").

Il Responsabile della Protezione dei dati (DPO) di UniCredit Allianz Vita potrà essere contattato scrivendo all'indirizzo: UniCredit Allianz Vita S.p.A., Piazza Tre Torri 3 - 20145 Milano, oppure scrivendo all'indirizzo e-mail [dpo@unicreditallianzvita.it](mailto:dpo@unicreditallianzvita.it).

### 2. Categorie di dati trattati

2.1 UniCredit Allianz Vita tratterà le seguenti categorie di dati:

- dati anagrafici,
- dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita,
- digital contacts, quali e-mail, numero di cellulare, social network (ad es. Facebook, Twitter) e servizi di messaggistica/voip (ad es. Skype, WhatsApp, Viber, Messenger),
- dati sensibili quali i dati relativi alla salute per visite mediche,
- dati giudiziari.

### 3. Finalità dei trattamenti e basi giuridiche

Nella seguente tabella le indichiamo gli aspetti principali dei trattamenti dei suoi dati.

I dati raccolti e le finalità possono variare a seconda dei prodotti assicurativi acquistati; per questo nella tabella trova l'indicazione dei prodotti rilevanti per le diverse finalità. La invitiamo a verificare che le finalità sotto indicate si applichino anche ai prodotti da lei acquistati.

N	Finalità	Base giuridica	Categorie di dati trattati	Prodotti
1	Attività di consulenza su prodotti e servizi assicurativi con particolare riguardo alla valutazione sulle sue esigenze e sul suo profilo di rischio secondo quanto imposto dalla legge in materia di valutazione dell'adeguatezza del prodotto	Adempimento di un obbligo di legge (art. 6 lett. c GDPR)	a. Dati anagrafici b. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita c. Dati appartenenti alla categoria dei dati particolari, quali, ad esempio, i dati relativi alla salute	Vita

2	Conclusione, gestione ed esecuzione del rapporto contrattuale in particolare con riguardo alla preventivazione, alla conclusione della polizza, allo svolgimento degli adempimenti amministrativi, alla raccolta dei premi ed alla gestione della fase liquidativa	Necessità di dare esecuzione al contratto o a misure precontrattuali da lei richieste (art.6 lett. b GDPR)  Per quanto riguarda i dati sensibili sub c della colonna a fianco, consenso dell'interessato (art. 9, comma 2, lett. a GDPR)	a. Dati anagrafici b. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita c. Dati appartenenti alla categoria dei dati particolari, quali, ad esempio, i dati relativi alla salute per visite mediche	Vita
3	Creazione e gestione del rischio assicurativo	Legittimo interesse del titolare a creare e gestire il rischio assicurativo (art. 6 lett. f GDPR)	a. Dati anagrafici b. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita, anche con il ricorso alla consultazione di banche dati detenute da società specializzate o altri Enti	Vita
4	Scontistica	Necessità di dare esecuzione al contratto o a misure precontrattuali da lei richieste (art.6 lett. b GDPR)	a. Dati anagrafici b. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita	Vita
5	Svolgimento delle attività di sorveglianza di portafoglio e redistribuzione del rischio assicurativo tramite riassicurazioni	Legittimo interesse del titolare a creare e gestire in modo corretto il rischio assicurativo (art. 6 lett. f GDPR)	a. Dati anagrafici b. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita	Vita
6	Attività di analisi ed elaborazione dei dati volti all'incremento dell'efficienza dei prodotti e servizi, alla loro evoluzione e allo studio e valutazione di prodotti e servizi nuovi nel settore assicurativo I dati potranno altresì essere trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz SE, anche successivamente alla conclusione del rapporto assicurativo, per una maggiore efficienza dei sistemi informativi, nonché, in generale, per una migliore qualità dei propri servizi.	Legittimo interesse del titolare e dell'interessato al miglioramento dell'efficienza dei prodotti e dei servizi (art. 6 lett. f GDPR)  Per quanto riguarda i dati sensibili sub c della colonna a fianco, consenso dell'interessato (art. 9, comma 2, lett. a GDPR)	a. Dati anagrafici b. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini e alle sue scelte economiche c. Dati appartenenti alla categoria dei dati particolari, quali, ad esempio, i dati relativi alla salute	Vita

7	Tutela dei propri diritti e costituzione, esercizio e difesa dei diritti della Società in sede giudiziaria	Legittimo interesse del titolare a tutelare i propri diritti (art. 6 lett. f GDPR) e per i dati particolari la necessità di accertare, esercitare e difendere i propri diritti (art. 9, paragrafo 2, lett. f)	a. Dati anagrafici b. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita c. Dati appartenenti alla categoria dei dati particolari, quali, ad esempio, i dati relativi alla salute per visite mediche	Vita
8	Svolgimento di attività di prevenzione e individuazione delle frodi assicurative	Legittimo interesse del titolare a scongiurare attività a suo danno in un settore caratterizzato da un'alta incidenza di fenomeni fraudolenti (art. 6 lett. f GDPR)	a. Dati anagrafici b. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita anche con il ricorso alla consultazione di banche dati detenute da società specializzate o altri Enti c. Dati giudiziari	Vita
9	Adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti o normative comunitarie in materia di antiriciclaggio, casellario centrale infortuni, nonché nel caso in cui sia necessario adempiere ad ordini dell'autorità pubblica	Adempimento di un obbligo di legge (art. 6 lett. c GDPR)	a. Dati anagrafici b. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita	Vita
10	Risposta a richieste di diverso tipo inoltrate sui canali social del Titolare	Necessità di dare esecuzione al contratto o a misure precontrattuali da lei richieste (art. 6 lett. b GDPR)	a. Digital contacts, quali e-mail, numero di cellulare, social network (ad es. Facebook, Twitter) e servizi di messaggistica/voip (ad es. Skype, WhatsApp, Viber, Messenger).	Vita

#### 4. Tempi di conservazione

I dati saranno conservati per il tempo necessario al loro utilizzo, UniCredit Allianz Vita avrà cura di conservare i dati per il periodo minimo necessario nel rispetto delle indicazioni contenute nella normativa di settore e tenuto conto della necessità di accedervi per esercitare un diritto e/o difendersi in sede giudiziaria e procederà con cadenza periodica a verificare in modo idoneo l'effettivo permanere dell'interesse del soggetto cui si riferiscono i dati a svolgere il trattamento per le finalità sopra precisate.

In applicazione di questi criteri, in ossequio al combinato disposto della vigente normativa civilistica-fiscale-assicurativa (art. 2220 cod.civ., Reg. IVASS 5/2006 e Reg. IVASS 27/2008), di seguito si indicano gli specifici tempi di conservazione applicati da UniCredit Allianz Vita :

- per i dati raccolti per finalità contrattuali relativamente ai prodotti vita: 20 anni dalla cessazione dell'utilizzo dei dati stessi, salvo emergano contenziosi, nel qual caso i dati saranno conservati per tutta la durata del contenzioso stesso.

Decorso i termini, i dati verranno cancellati o saranno anonimizzati.

## 5. Ambito di diffusione dei dati

I suoi dati potranno essere trattati:

- da dipendenti della Società debitamente istruiti e autorizzati;
- da soggetti esterni che trattano i dati in qualità di responsabili del trattamento nel nostro interesse per le sole finalità connesse al servizio assicurativo.

In particolare i Suoi dati potrebbero essere comunicati ad altri soggetti nel contesto della c.d. catena assicurativa che tratteranno i dati sia in qualità di responsabili che di titolari autonomi. Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo Allianz SE o della catena distributiva quali agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società quali legali, periti e medici; società di servizi per il quietanzamento, società di servizi cui sono affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela giudiziaria, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali indicate nel plico postale; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti.

I Suoi dati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come **autonomi titolari**: soggetti inerenti al rapporto che la riguarda (ad esempio contraenti e assicurati), altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi ed associazioni del settore, broker assicurativi, banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio.

I dati personali, per obbligo di legge, devono altresì essere comunicati da UniCredit Allianz Vita S.p.A. a enti e organismi pubblici, quali ad esempio IVASS – Consap – COVIP – Enti Gestori di Assicurazioni Sociali Obbligatorie, nonché all’Autorità Giudiziaria e alle Forze dell’Ordine. Si informa, inoltre, che i dati personali degli interessati non verranno diffusi e che le informazioni relative alle operazioni dagli stessi poste in essere, ove ritenute sospette ai sensi della normativa antiriciclaggio, potranno essere comunicate agli altri intermediari finanziari del Gruppo Allianz Italia e Allianz SE, alle Autorità e ad altri organi di Vigilanza e Controllo.

## 6. Trasferimento all'estero dei dati

I Suoi dati potranno essere trasferiti verso altre società del Gruppo Allianz SE in paesi terzi europei/extraeuropei secondo le modalità stabilite dalle Binding Corporate Rules (BCRs) approvate dal Gruppo Allianz SE che potrà visionare sul sito internet della Compagnia. Nel caso in cui le BCR non trovassero applicazione (e quindi nel caso in cui il trasferimento non riguardi altre società del Gruppo Allianz SE) adotteremo clausole standard per il trasferimento dei dati verso paesi terzi per assicurare in ogni caso l’adeguata protezione per il trasferimento dei Suoi dati.

Nel caso in cui Lei voglia ottenere una copia dei dati trasferiti o avere maggiori informazioni sul luogo di conservazione può scrivere a: UniCredit Allianz Vita S.p.A. – Servizio Clienti - Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano oppure telefonare al numero 02.72164259 oppure scrivere all’indirizzo e-mail [privacy@unicreditallianzvita.it](mailto:privacy@unicreditallianzvita.it),

In ogni caso, qualora i Suoi dati dovessero essere trasferiti al di fuori dell’Unione Europea o al di fuori dell’Area Economica Europea, UniCredit Allianz Vita garantisce che il destinatario dei dati personali assicura un adeguato livello di protezione, in particolare, grazie all’adozione di particolari clausole contrattuali standard che disciplinano il trasferimento dei dati personali e che sono state approvate dalla Commissione Europea.

## 7. I diritti sul trattamento dei dati personali

In ogni caso, potrà rivolgersi a UniCredit Allianz Vita S.p.A. – Servizio Clienti - Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano oppure telefonare al numero 02.72164259 oppure scrivere all'indirizzo e-mail [privacy@unicreditallianzvita.it](mailto:privacy@unicreditallianzvita.it), per l'esercizio dei diritti di accesso, modifica, cancellazione e opposizione di seguito descritti (sanciti dalla Normativa Privacy):

- i. conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano, anche se non ancora registrati e la loro comunicazione in forma intellegibile;
- ii. indicazione dell'origine dei dati, delle finalità e modalità del trattamento, delle categorie di dati personali in questione, degli estremi del Titolare e del responsabile del trattamento, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, del periodo di conservazione o, se non è possibile, dei criteri per determinarlo;
- iii. aggiornamento, rettifica ovvero integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati, l'attestazione che le operazioni richieste sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

Inoltre, ha il diritto di chiedere la limitazione del trattamento dei dati che la riguardano e il trasferimento dei Suoi dati ad un diverso titolare (c.d. diritto alla portabilità dei dati) e di opporsi per motivi legittimi al trattamento dei dati che la riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta, o opporsi, in tutto o in parte, (tra gli altri, in relazione a specifici mezzi di comunicazione) al trattamento di dati personali che la riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale, fermo restando che la Società non ha in programma di eseguire simili trattamenti.

### 7.a) Diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo

Qualora ritenga che il trattamento dei Suoi dati è illecito, ha altresì il diritto di proporre reclamo al Garante italiano per la protezione dei dati personali.

#### RACCOLTA DEI CONSENSI PER FINALITÀ ASSICURATIVE

**Presta il consenso al trattamento dei propri dati relativi alla salute per le finalità assicurative indicate nell'informativa privacy allegata al presente modulo:**

Data	Nome, Cognome (o Denominazione) e firma degli interessati per il consenso
----- -----	----- -----

Data ultimo aggiornamento: 26/06/2023

## GLOSSARIO

**Appendice di variazione** – Documento che forma parte integrante del Contratto e che viene emesso in seguito a modifiche del Contratto (cessione, pegno e vincolo).

**Assicurato** – Persona fisica sulla cui vita è stipulato il Contratto di Assicurazione e che, nel caso di Contraente persona fisica, può coincidere o meno con il Contraente.

**Beneficiario** – Persona fisica o giuridica designata in Polizza dal Contraente, che per questo prodotto non può coincidere con l'Assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal Contratto quando si verifica l'evento assicurato.

**Carenza** – Periodo durante il quale le garanzie del Contratto di Assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata.

**Caricamenti** – Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi.

**Condizioni di Assicurazione** – Insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di Assicurazione.

**Contraente** – Il soggetto, persona fisica (che può coincidere o meno con l'Assicurato o con il Beneficiario) che stipula il Contratto di assicurazione e si impegna al pagamento del premio. È titolare a tutti gli effetti del Contratto.

**Contratto** – Accordo con il quale la Società, a fronte del pagamento dei premi, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

**Decorrenza** – Data da cui il Contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

**Distributore** – Il distributore di questo prodotto è UniCredit S.p.A., intermediario assicurativo iscritto nella Sezione D del Registro degli Intermediari. L'attività di distribuzione è svolta tramite gli addetti che operano all'interno dei locali dell'intermediario, tramite gli addetti all'attività di distribuzione assicurativa operanti al di fuori dei locali dell'intermediario e iscritti nella sezione E del suddetto Registro, nonché a distanza tramite le modalità tempo per tempo messe a disposizione da UniCredit S.p.A.

**Documento unico di rendicontazione** – Comunicazione annuale con la quale la Società fornisce un aggiornamento della posizione assicurativa.

**Durata contrattuale** – Periodo durante il quale il Contratto è efficace e la prestazione è operante.

**Età assicurativa dell'Assicurato** – Età dell'Assicurato espressa in anni interi, determinata arrotondando per eccesso le frazioni d'anno superiori a sei mesi e per difetto le frazioni d'anno inferiori e uguali a sei mesi.

**Firma digitale** – Un particolare tipo di firma qualificata basata su un sistema di chiavi crittografiche, una pubblica e una privata, correlate tra loro, che consente al titolare di firma elettronica tramite la chiave privata e a un soggetto terzo tramite la chiave pubblica, rispettivamente, di rendere manifesta e di verificare la provenienza e l'integrità di un documento informatico o di un insieme di documenti informatici.

**Infortunio** – Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

**IVASS** - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione.

**Polizza** – Documento che disciplina e prova la conclusione del contratto di assicurazione.

**Premio** – Importo che il Contraente corrisponde alla Società a fronte delle prestazioni previste dal Contratto.

**Prestazione** – Somma pagabile sotto forma di capitale che la Società garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

**Proposta** – Documento, sottoscritto dal Contraente, per richiedere alla Società la stipula del Contratto in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

**Recesso** – Diritto del Contraente di recedere dal Contratto entro sessanta giorni dalla data di conclusione e farne cessare gli effetti.

**Revoca** - Diritto del proponente di revocare la Proposta prima della conclusione del Contratto.

**Sinistro** – Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del Contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata.

**Società** - Compagnia (Unicredit Allianz Vita S.p.A.) autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale il Contraente stipula il Contratto di assicurazione.

Data ultimo aggiornamento: 26/06/2023



**SOTTOSCRIZIONE CONTRATTO UNICREDIT MY CARE FUTURO - CODICE TARIFFA TGXC23 oppure TGXCU23- N°PROPOSTA:**
**CONTRAENTE**

Cognome e Nome

Sesso                      Codice fiscale

Luogo e data di nascita

Indirizzo

Documento di identità

Numero

Ente, luogo e data rilascio

Indirizzo per la corrispondenza

**ASSICURATO**

Cognome e Nome

Sesso                      Cod. fiscale

Luogo e data di nascita

Indirizzo

Documento di identità

Numero

Ente, luogo e data rilascio

**BENEFICIARI CASO MORTE:**

Cognome/Ragione sociale\*

Nome\*

Data di nascita\*

Sesso

Codice fiscale/P.IVA

Indirizzo: Via/Corso/Piazza, n° civico

Città\*

CAP\*

E-mail

\*dati da inserire obbligatoriamente

**AVVERTENZA:** In caso di designazione del/dei beneficiario/i in forma generica nonché in caso di designazione in forma nominativa con indicazione parziale dei relativi dati anagrafici e recapiti, UniCredit Allianz Vita S.p.A. potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/dei beneficiario/i stesso/i. Si ricorda che la modifica o la revoca del beneficiario dovrà essere comunicata per iscritto a UniCredit Allianz Vita S.p.A., ai sensi degli art. 1920 e 1921 cod.civ..

**REFERENTE TERZO** (soggetto, diverso dal beneficiario, da indentificare nel caso in cui il Contraente manifesti esigenze specifiche di riservatezza, a cui UniCredit Allianz Vita S.p.A. potrà far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato)

Cognome/Ragione sociale\*

Nome\*

Codice Fiscale/P.IVA

Indirizzo: Via/Corso/Piazza, n° civico\*

Città\*

CAP\*

Numero di Telefono

E-mail

\*dati da inserire obbligatoriamente

**AVVERTENZA:** il dichiarante assume l'onere di consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali, prevista dalla normativa vigente (Regolamento UE 679/2016), ai soggetti a cui si riferiscono i dati comunicati a UniCredit Allianz Vita S.p.A.; l'informativa può essere reperita sul sito internet della Società.

Luogo e data \_\_\_\_\_

 Il Contraente \_\_\_\_\_  
 (firma autografa o digitale)

**CARATTERISTICHE DEL CONTRATTO**

 Decorrenza: [se visita medica: *il presente contratto decorre dalle ore 24 del giorno in cui il contratto ha esecuzione*]

Durata:                      anni

 Periodicità del premio: [*unico/ mensile*]

Capitale assicurato in caso di decesso: Euro

Capitale assicurato in caso di decesso per infortunio: Euro

Capitale assicurato in caso di decesso per infortunio da incidente stradale: Euro

 Premio [*unico/ mensile*] da versare (comprensivo del caricamento):      Euro

di cui Euro                      relativo alla componente infortuni

 [*Corrispondente premio su base annuale (comprensivo del caricamento)*      Euro]

di cui Euro                      relativo alla componente infortuni

[L'Assicurando ha richiesto la visita medica]

#### ACCERTAMENTI MEDICI

Esami semplificati: *si/no*

Esami parziali: *si/no*

Esami completi: *si/no*

Rapporto di Visita medica: *si/no*

Verbale di Invalidità: *si/no*

La Società si riserva di chiedere, per particolari esigenze istruttorie, ulteriore documentazione che si rendesse strettamente necessaria per definire l'eventuale assunzione del rischio.

#### AUTORIZZAZIONE DI ADEBITO

Si autorizza UniCredit S.p.A., in qualità di Distributore ad addebitare i premi dovuti, secondo la periodicità del premio prescelto, sul rapporto \_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_

Il Titolare del rapporto \_\_\_\_\_  
(firma autografa o digitale)

Il premio versato è accreditato su apposito conto corrente intestato a UniCredit Allianz Vita S.p.A.

**Attenzione: non è ammesso il pagamento del premio in contanti.**

#### DICHIARAZIONI

Il Contraente dichiara di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente Proposta, il Set Informativo (mod.UCB213 ed.11/2023) composto da: il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), il Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita), le Condizioni di Assicurazione (comprendenti dell'informativa sul trattamento dei dati personali e sulle tecniche di comunicazione a distanza), il Glossario e la Proposta in versione fac-simile e di aver avuto un tempo sufficiente per prenderne visione e comprenderne i contenuti prima della sottoscrizione.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Il Contraente \_\_\_\_\_  
(firma autografa o digitale)

Il Contraente dichiara di aver preso atto ed accettare le Condizioni di Assicurazione che costituiscono parte integrante del Contratto e che sono riportate nel Set Informativo.

Il Contraente dichiara altresì di essere stato informato che potrà revocare la presente Proposta o recedere dal Contratto nei termini e con le modalità di cui alla clausola di ripensamento, come disciplinata dall'Art.8 "Clausola di ripensamento" delle Condizioni di Assicurazione.

Qualora l'Assicurato sia persona diversa dal Contraente, egli esprime il consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art.1919 del Codice Civile.

Inoltre, l'Assicurato deve prestare particolare attenzione nella sottoscrizione poiché:

- le dichiarazioni 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;
- prima della sottoscrizione del "Questionario sullo Stato di Salute dell'Assicurato" nella versione "SEMPLIFICATO" o "COMPLETO", il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni fornite e riportate nello stesso;
- anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

#### [Questionario Semplificato sullo Stato di Salute dell'Assicurato

Agli effetti della validità della copertura assicurativa l'Assicurato DICHIARA espressamente:

- non aver ricevuto diagnosi e non essersi sottoposti a ricoveri, interventi e/o cure per una delle seguenti malattie:
  - TUMORI MALIGNI
  - DIABETE
  - MALATTIE CARDIO-CEREBROVASCOLARI

ipertensione arteriosa con valori pressori elevati nonostante il trattamento o che abbia causato danni di organi e/o apparati, angina, aritmia, chirurgia cardiovascolare, cardiopatia ischemica e/o ipertensiva, cardiomiopatie, scompenso cardiaco, infarto, valvulopatie con stenosi e/o insufficienza, embolia polmonare, trombosi profonda, trapianto, aneurismi, ictus, vasculopatia cerebrale, TIA (attacco ischemico transitorio), emorragia/ischemia cerebrale

#### 4. MALATTIE GASTRO-INTESTINALI

esofago di Barrett, morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa, epatite B e/o C, sieropositività HBV e/o HCV, cirrosi epatica o epatopatia alcolica, fegato policistico, pancreatite cronica

#### 5. MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO

broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO), asma bronchiale cronica in terapia continuativa o che abbia comportato ricoveri, enfisema, sarcoidosi, asportazione polmone anche solo parziale, ipertensione polmonare, asbestosi, silicosi, fibrosi cistica, trapianto polmonare

- b) **non esser stati ricoverati negli ultimi 24 mesi, e/o non essere in attesa di ricovero, in case di cura od ospedali** (se non per interventi in ambito ortopedico, chirurgia estetica, parto).]

#### OPPURE

#### [Questionario Completo sullo Stato di Salute dell'Assicurato

Agli effetti della validità della copertura assicurativa l'Assicurato DICHIARA espressamente:

- a) di **NON** presentare attualmente postumi invalidanti causati da malattie o infortuni, di **NON** esserne tutt'ora in cura o in corso di accertamento oppure essere titolare di una pensione di invalidità o inabilità, o averne fatto domanda per ottenerla presso ente preposto (INPS, INAIL, ASL, ALTRO) - salvo il caso in cui il verbale di riconoscimento di invalidità sia stato valutato con esito positivo dalla Compagnia-;
- b) di **NON** aver avuto negli ultimi 10 anni la diagnosi o essersi sottoposto a ricoveri, interventi, e/o cure per tumori maligni (compreso leucemia, linfomi e mielomi);
- c) di **NON** aver avuto negli ultimi 5 anni diagnosi o essersi sottoposto a ricoveri, interventi, e/o cure per una delle seguenti malattie:
1. MALATTIE CARDIO-CEREBROVASCOLARI (ipertensione arteriosa con valori pressori elevati nonostante il trattamento o che abbia causato danni di organi e/o apparati, angina, aritmia, chirurgia cardiovascolare, cardiopatia ischemica e/o ipertensiva, cardiomiopatie, scompenso cardiaco, infarto, valvulopatie gravi con stenosi e/o insufficienza grave, embolia polmonare, trombosi profonda trapianto, aneurismi, ictus, vasculopatia cerebrale, TIA -attacco ischemico transitorio-, emorragia cerebrale);
  2. MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO (morbo di Parkinson, malattia del motoneurone, sclerosi laterale amiotrofica, sclerosi laterale primaria, atrofia muscolare progressiva, miastenia grave, sclerosi multipla, malattie demielinizzanti in genere, distrofie muscolari, epilessia non controllata dalla terapia, morbo di Alzheimer o altre demenze, corea di Huntington, meningioma, tumori benigni del cervello, depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare e psicosi, schizofrenia)
  3. MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO E DEL SISTEMA MUSCOLOSCELETRICO  
– (broncopneumopatia cronica-ostruttiva -BPCO-, asma bronchiale cronica in terapia continuativa o che abbia comportato ricoveri, enfisema, sarcoidosi, asportazione polmone anche solo parziale, ipertensione polmonare, asbestosi, silicosi, fibrosi cistica, trapianto polmonare)  
– (lupus eritematoso sistemico, poliartrite nodosa, porpora, sclerodermia, artrite reumatoide, artrite psoriasica, connettivi sistemiche, fibromialgia, spondiloartropatia severa)
  4. MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE ED URO-GENITALE  
– (esofago di Barrett, morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa, epatite B e/o C, sieropositività HBV e/o HCV, cirrosi epatica o epatopatia alcolica, fegato policistico, pancreatite cronica)  
– (insufficienza renale cronica -anche lieve-, rene policistico, malattia renale richiedente dialisi, glomerulonefrite, nefrite cronica e nefrosi cronica, displasia renale cistica congenita)
  5. MALATTIE ENDOCRINE E DISMETABOLICHE E DEGLI ORGANI DI SENSO  
– (diabete di tipo I, diabete di tipo II non compensato da terapia farmacologica, adenoma ipofisario in atto con necessità di terapia continuativa, iper o ipoparatiroidismo non compensato da terapia farmacologica, adenoma surrenalico)  
– (glaucoma bilaterale con riduzione visus, nevrite ottica retrobulbare, edema papillare, retinopatia pigmentosa/ diabetica e/o ipertensiva, neurinoma, maculopatia degenerativa, neuropatie)
  6. MALATTIE DEL SANGUE E DEL SISTEMA IMMUNITARIO (talassemia maior, anemia aplastica o sferocitica o autoimmune o grave o emolitica, policitemia vera, trombocitemia essenziale, trombocitopenia idiopatica, mielodisplasia, mielofibrosi, gammopatia monoclonale, amoloidosi, ipersplenismo, emofilie, HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita -AIDS- o altre patologie ad essa correlate)
- d) **negli ultimi 12 mesi NON le sono stati prescritti esami o si è sottoposto a controlli clinico-specialistici, di cui aspetta l'esito in relazione alle malattie di cui al punto c) - salvo il caso in cui il Rapporto di Visita Medica sia stato valutato con esito positivo dalla Compagnia-.**]

**Agli effetti della validità della copertura assicurativa l'Assicurato inoltre DICHIARA espressamente di:**

- a. essere consapevole che nel caso pratici una delle **attività professionali** elencate (vedi elenco A) la copertura assicurativa **NON** sarà operante durante l'esercizio delle stesse;
- b. essere consapevole che nel caso pratici una o più delle **attività sportive** elencate (vedi elenco B) la copertura assicurativa **NON** sarà operante durante la pratica delle stesse.

**Elenco A**

Forze dell'ordine e forze armate di seguito descritte: personale operante in area di conflitto, personale appartenente ad unità speciali e corpi speciali (nocs, sommozzatori, artificieri etc), personale imbarcato su sottomarini; giornalista, reporter e fotoreporter operante in area di conflitto; insegnante o sportivo professionista delle seguenti attività: alpinismo, attività subacquea in genere, automobilismo, equitazione, motociclismo, motonautica, paracadutismo sci alpinismo, snowboard acrobatico e/o estremo, speleologia, pugilato, sport estremi (base jumping, canyoning/torrentismo, hydrospeed, downhill, kitesurf, bungee jumping/repelling, canoa/rafting, tuffi da grandi altezze-secondo i criteri FINA-); operaio/addetto ad attività che implicino contatto/uso di materiale nocivo, venefico, esplosivo, radioattivo; operaio/addetto all'estrazione, produzione e rimozione di amianto; operaio/addetto alla costruzione/scavi di gallerie, pozzi, miniere, tunnel e simili; operaio/addetto ad attività svolte oltre i 10 metri di altezza; operaio/addetto di aziende petrolifere su piattaforme; personale circense, controfigure cinematografiche; piloti di aerei a reazione, pilota di altri aeromobili e relativo personale di bordo (es. elicotterista); volo su aeromobili/alianti/ deltaplano/parapendio.

**Elenco B**

Alpinismo oltre 3° grado di difficoltà scala UIAA oppure oltre 4000 metri di altezza, attività di sub (in cui si verifichi una o più di queste condizioni: non accompagnati, in notturna, senza brevetto, senza autorespiratore, oltre 30 metri di profondità, visita di grotte, visita di relitti, ricerca di tesori, campane subacquee, tentativi di record), sci alpinismo, snowboard acrobatico e/o estremo, competizioni e relativi allenamenti con qualsiasi mezzo a motore (Automobilismo, Motociclismo, Motonautica, paracadutismo, speleologia, sport estremi (base jumping, canyoning/torrentismo, hydrospeed, downhill, kitesurf, bungee jumping/repelling, canoa/rafting, tuffi da grandi altezze-secondo i criteri FINA), volo su aeromobili, alianti, deltaplano, parapendio, equitazione, pugilato.

*[Qualora sia stata richiesta la visita medica, il Contraente prende atto che:*

- e) *la copertura assicurativa opererà solo a seguito dell'accettazione del rischio da parte della Società e comunque sempre successivamente al pagamento del premio;*
- f) *a condizione che sia stata sottoscritta la Proposta, il Contratto si considera concluso, nel momento in cui effettuato l'addebito del premio unico o della prima mensilità di premio, sulla base dell'autorizzazione di addebito sul rapporto indicato in Proposta, il premio medesimo viene accreditato sul conto corrente della Società e da questa trattenuto in segno di assunzione del rischio. A seguito della conclusione del contratto, la Società, anche ad ulteriore conferma dell'iniziata esecuzione, invia la polizza al Contraente.*

*Il Contraente dichiara pertanto di autorizzare, senza necessità di preventiva risposta da parte della Società, l'esecuzione del Contratto dal momento in cui, effettuato l'addebito del primo premio previsto, il premio medesimo viene accreditato sul conto corrente della Società e da questa trattenuto in segno di assunzione del rischio.*

*Il Contraente dichiara di aver preso atto inoltre che la presente Proposta resterà valida novanta giorni dalla data di sottoscrizione entro i quali dovrà pervenire alla Società l'eventuale documentazione sanitaria richiesta oltre alla presente Proposta: se entro tale termine il contratto non avesse avuto esecuzione, la Proposta si considererà decaduta.]*

Il Contraente dichiara di aver ricevuto dal Distributore, prima della sottoscrizione della Proposta:

- il documento contenente l'informativa sul Distributore, mediante comunicazione consegnata o trasmessa al Contraente e resa disponibile nei locali del Distributore, ai sensi dell'art.56, comma 1 e 2 lett. b) del Regolamento IVASS n.40 del 2 agosto 2018;
- il documento contenente le informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo NON-IBIP, mediante comunicazione consegnata o trasmessa al Contraente ai sensi dell'art. 56, comma 4 lett. a) del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018;
- il documento contenente:
  - l'elenco delle regole di comportamento del Distributore, ai sensi dell'art.56 comma 2 lett. c) del Regolamento IVASS n.40 del 2 agosto 2018;

- l'elenco recante la denominazione della o delle imprese di assicurazioni con le quali l'Intermediario ha rapporti d'affari, anche sulla base di una collaborazione orizzontale o di lettere di incarico, ai sensi dell'art.56 comma 2 lett. a) del Regolamento IVASS n.40 del 2 agosto 2018, reso disponibile nei locali del Distributore ovvero consegnato/trasmesso nei casi previsti dalla normativa vigente.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Il Contraente \_\_\_\_\_ L'Assicurato (se diverso dal Contraente) \_\_\_\_\_  
(firma autografa o digitale) (firma autografa o digitale)

Il Contraente dichiara di approvare specificatamente, ai sensi degli artt.1341 e 1342 del Codice Civile, sia l'Art.2 delle Condizioni di Assicurazione statuente le esclusioni della copertura assicurativa che l'Art.5 relativo alla disciplina dei periodi di carenza.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Il Contraente \_\_\_\_\_  
(firma autografa o digitale)

Aderendo al servizio di trasmissione delle comunicazioni in formato elettronico, messo a disposizione dalla Società, il Contraente dichiara di:

a) voler ricevere tutte le comunicazioni (a titolo esemplificativo e non esaustivo le comunicazioni periodiche previste dalla normativa vigente e dal Contratto) in formato elettronico, tramite la loro messa a disposizione nella propria Area Personale accessibile, previa registrazione, dal sito <https://www.unicreditallianzvita.it>; le comunicazioni saranno visualizzabili accedendo alla sezione "Documentazione Compagnia" della polizza. Le notifiche relative alla pubblicazione di tali comunicazioni saranno inviate all'indirizzo e-mail \_\_\_\_\_;

b) rinunciare, contestualmente, alla ricezione delle suddette comunicazioni via posta ordinaria in formato cartaceo;

c) di essere informato che potrà modificare in ogni momento la modalità di comunicazione prescelta, attivando la ricezione delle comunicazioni via posta ordinaria in formato cartaceo e rinunciando al servizio di posta elettronica.

Il Contraente dichiara altresì di essere a conoscenza che:

d) sarà suo onere comunicare tempestivamente a UniCredit Allianz Vita S.p.A. eventuali variazioni o sostituzioni dell'indirizzo di posta elettronica sopra indicato; UniCredit Allianz Vita S.p.A. è esonerata per eventuali conseguenze pregiudizievoli derivanti dal mancato recapito della e-mail dovuto ad una errata o tardiva comunicazione dell'indirizzo di posta elettronica da parte del Contraente o da malfunzionamento dei sistemi di posta elettronica del Contraente stesso;

e) qualora l'indirizzo di posta elettronica del Contraente fosse danneggiato o risultasse non più attivo e tale malfunzionamento fosse rilevato dai sistemi informatici di UniCredit Allianz Vita S.p.A., verrà ripristinata la modalità di ricezione delle comunicazioni mediante posta ordinaria, al seguente indirizzo del Contraente: \_\_\_\_\_

f) l'indirizzo di posta elettronica del mittente (UniCredit Allianz Vita S.p.A.) non potrà essere utilizzato dal Contraente per la richiesta di informazioni.

Luogo, data \_\_\_\_\_ Il Contraente \_\_\_\_\_  
(firma autografa o digitale)

#### **DICHIARAZIONE DEL CONTRAENTE**

Il Contraente dichiara altresì:

- di aver ricevuto da UniCredit S.p.A., in qualità di Distributore, informazioni circa la facoltà di ricevere il presente documento su supporto cartaceo o su supporto durevole diverso dal cartaceo e di aver optato per quest'ultima soluzione;
- di essere stato informato in merito alla possibilità di poter richiedere presso la Filiale di UniCredit S.p.A. copia cartacea gratuita della documentazione messa a disposizione su supporto durevole diverso dal cartaceo;
- che il Set Informativo relativo alla polizza mi è stato consegnato per la relativa presa visione, preventivamente alla sottoscrizione del Presente Modulo di Proposta, all'indirizzo e-mail da me indicato alla Banca e/ o nell'ambiente protetto del Servizio di Banca Multicanale via internet o del Servizio UniCredit Digital Mail Box, se attivato, e di essere stato messo nelle condizioni di conoscere preventivamente i contenuti della polizza;
- di essere stato informato che ferma restando la possibilità di sottoscrivere con firma autografa su supporto cartaceo la documentazione, afferente alla Polizza, messa a disposizione dal Distributore UniCredit S.p.A., il medesimo Distributore offre alla propria clientela la possibilità di sottoscrivere, in preposti ambienti digitali messi a disposizione dalla Banca ed accessibili via Internet alla clientela medesima, atti e documenti in formato elettronico ai sensi del D. Lgs. 82/2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale) utilizzando il Certificato Qualificato di Firma Digitale rilasciato tramite UniCredit S.p.A. dal Certificatore Accreditato e valido per la sottoscrizione di documenti, disposizioni o contratti relativi a prodotti e servizi venduti dalla Banca stessa;
- di essere informato che, qualora abbia aderito ad uno dei Servizi di cui sopra, UniCredit Allianz Vita S.p.A., riconosce che la documentazione relativa all'adesione alla Polizza e l'eventuale correlata documentazione nonché l'ulteriore documentazione afferente il rapporto contrattuale, ove la stessa sia resa disponibile in formato elettronico per la sottoscrizione, possano essere sottoscritte - salva eventuale temporanea indisponibilità - nei predetti ambienti con Firma Digitale, riconoscendo piena efficacia

alle stesse in relazione alle dichiarazioni da me sottoscritte con tali modalità a valere sul prodotto assicurativo;  
- che il presente documento sarà sottoscritto mediante Firma Digitale, dando atto che la consegna dello stesso viene effettuata da UniCredit S.p.A. all'indirizzo di posta elettronica da me indicato e/ o nell'ambiente protetto del Servizio di Banca Multicanale via internet o del Servizio UniCredit Digital Mail Box se attivato.

Luogo e data

Il Contraente \_\_\_\_\_  
(firma digitale)

#### Accettazione del rischio da parte della Società

Il Contraente e l'Assicurato prendono atto che la copertura assicurativa opererà solo a seguito della sottoscrizione del presente modulo di Proposta in tutte le sue parti, della compilazione e sottoscrizione del "Questionario sullo Stato di Salute dell'Assicurato" e del pagamento del premio dovuto.

Luogo e data

Il Contraente \_\_\_\_\_ L'Assicurato (se diverso dal Contraente) \_\_\_\_\_  
(firma autografa o digitale) (firma autografa o digitale)

#### ANNOTAZIONI

#### Consenso al trattamento dei dati personali

Gli interessati (Contraente e Assicurato), ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali - contenuta nel presente Set Informativo - acconsentono al trattamento dei loro dati personali per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati.

Acconsentono altresì al trattamento dei propri dati personali anche sensibili da parte di UniCredit Allianz Vita S.p.A. e di UniCredit S.p.A. per le finalità connesse alla conclusione ed all'esecuzione del presente contratto assicurativo.

Inoltre, l'Assicurato autorizza e delega la Società (UniCredit Allianz Vita S.p.A.) a richiedere, in caso di suo decesso, alle Strutture sanitarie e al proprio medico curante, la relativa documentazione clinica nonché la relazione sanitaria, ai fini della liquidazione del sinistro agli aventi diritto.

Luogo e data

Il Contraente \_\_\_\_\_ L'Assicurato (se diverso dal Contraente) \_\_\_\_\_  
(firma autografa o digitale) (firma autografa o digitale)

Data ultimo aggiornamento: 20/11/2023

RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE (medico di famiglia)

sulla causa che determinò il decesso dell'Assicurato e sulle sue condizioni sanitarie pregresse.

Il medico è pregato di redigere la presente fornendo tutte le informazioni utili ad illustrare l'inizio e il decorso di malattie gravi o comunque significative, eventualmente sofferte dall'Assicurato.

Si prega di rispondere in forma PARTICOLAREGGIATA a tutte le domande.

Cognome e Nome del medico curante .....

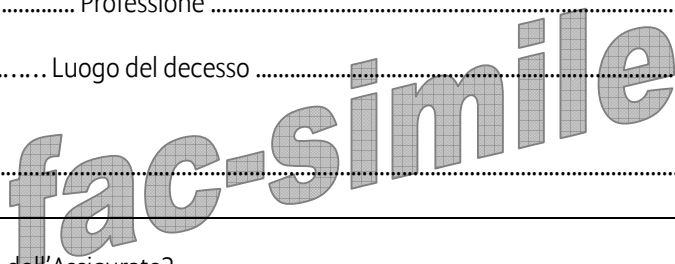
Telefono: ...../mail: .....

Cognome e nome dell'Assicurato defunto .....

Età /data di nascita..... Professione .....

Data del decesso: .... / ... / ..... Luogo del decesso .....  
(Prov. ....)

Causa del decesso .....



Da quando Lei era il medico dell'Assicurato?

.....

E' disponibile ad un contatto da parte della Compagnia per eventuali approfondimenti del caso ?.....

In caso affermativo indichi i recapiti ai quali può essere contattato e i relativi orari:.....

.....

.....

L'Assicurato ha mai fatto uso di alcolici o di sostanze stupefacenti? Indicare in che misura e da quando, se noti:

.....

.....

**BREVE STORIA CLINICA DELL'ASSICURATO (da compilare in caso di decesso causato da una patologia)**

Patologia che ha causato il decesso (diagnosi iniziale, successione morbosa, accidente terminale):

.....

.....

.....

Data in cui è stata effettuata la prima diagnosi della patologia: .....

Altre patologie di cui ha sofferto l'Assicurato (con particolare riferimento a cardiopatie, nefropatie, broncopatie, neuropatie, malattie metaboliche, tumorali ecc.), data della relativa diagnosi, sintomatologia e decorso:

.....

.....

.....

.....  
.....  
.....

Eventuali ricoveri ospedalieri, (trattamenti sanitari e interventi chirurgici eseguiti nei confronti dell'Assicurato per le patologie sofferte (indicare nome dell'Ospedale/Clinica Privata, data, motivo e durata del ricovero):

.....  
.....  
.....

L'Assicurato/a era a conoscenza della natura del male che ha causato il decesso o della natura di eventuali condizioni morbose precedenti:

.....  
.....

Quali altre notizie ed informazioni può aggiungere a migliore illustrazione del caso clinico?

.....  
.....  
.....

fac-simile

IL MEDICO CURANTE

Firma .....

Luogo ..... Data.....

Data ultimo aggiornamento: 26/06/2023



codice modello: UCB213  
edizione: 11/2023



**Vita**

**UniCredit Allianz Vita S.p.A.** - Sede legale - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano -  
Tel.+39 02 7216.4259 Fax+39 02 7216.4032 - [unicreditallianz.vita@pec.allianz.it](mailto:unicreditallianz.vita@pec.allianz.it)  
- [www.unicreditallianzvita.it](http://www.unicreditallianzvita.it) - CF e Registro Imprese di Milano n. 11432610159 -  
P. IVA 11931360157 Capitale sociale versato e sottoscritto euro 112.200.000,00 -  
Iscritta all'Albo imprese di assicurazione n. 1.00121 - Società appartenente al  
gruppo assicurativo Allianz, iscritto all'Albo gruppi assicurativi 018 - Soggetta  
alla direzione e coordinamento di Allianz S.p.A.