UniCredit | Allianz Vita

UniCredit | Allianz Assicurazioni

Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche

Di cosa si tratta?

Una legge (n. 193 del 7 dicembre 2023) sul "**diritto all'oblio oncologico**", ovvero il diritto delle persone "guarite" da una patologia oncologica di non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica nei casi previsti dalla legge stessa, inclusi **la stipula o il rinnovo di contratti relativi a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi.** La legge prevede l'emanazione, nei mesi successivi, di decreti attuativi e provvedimenti che completeranno il quadro normativo.

Qual è l'obiettivo della legge?

Garantire la **parità di trattamento e la non discriminazione nonché il diritto all'oblio** alle persone guarite da patologie oncologiche, come sancito dalla Costituzione, dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea e del Piano europeo di lotta contro il cancro.

Cosa prevede la legge?

- Ai fini della stipula o del rinnovo dei contratti relativi a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi, **non è ammessa la richiesta di informazioni relative allo stato di salute concernenti patologie oncologiche pregresse, il cui trattamento attivo sia concluso senza episodi di recidiva da più di 10 anni** (o 5 anni se la patologia fosse insorta prima del compimento del 21esimo anno di età), né è permesso richiedere effettuazione di visite mediche, di controllo o accertamenti sanitari. **A partire dal 24.04.2024, per determinate patologie oncologiche si applicano termini temporali ridotti, come previsto dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 (GU n.96 del 24/04/2024) che è possibile consultare su www.unicreditallianzvita.it (l'elenco delle patologie con i relativi termini ridotti è altresì riportata in calce).**

- **Le suddette informazioni non possono essere acquisite neanche da fonti diverse** dal cliente e, qualora siano già in possesso dell'Impresa oppure dell'Intermediario, non possono essere utilizzate per la determinazione delle condizioni contrattuali.

- In tutte le fasi di accesso a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi, comprese le trattative precontrattuali e la stipula o rinnovo dei contratti, le Imprese e gli Intermediari devono **informare il cliente sul diritto sancito dalla nuova legge** anche attraverso i moduli o formulari utilizzati per la stipula o il rinnovo dei contratti.

- **Non possono essere applicati dall'Impresa limiti, costi né oneri aggiuntivi né trattamenti diversi** rispetto a quanto previsto per gli altri clienti.

- Se le suddette le informazioni sono state fornite precedentemente, decorsi i termini previsti dalla legge (10 anni o 5 anni se la patologia fosse insorta prima del compimento del 21esimo anno di età) e dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024, le stesse **non possono essere utilizzate ai fini della valutazione del rischio**; a tal fine il cliente può richiedere tempestivamente la cancellazione di tali informazioni inviando all'Impresa, tramite raccomandata A/R o Pec, la "certificazione" rilasciata secondo le modalità che saranno previste in un decreto di prossima pubblicazione.

In vigore da quando?

La legge è entrata in vigore dal **2 gennaio 2024.**

Tabella delle patologie per le quali è previsto un termine ridotto per il maturarsi dell'oblio oncologico rispetto al limite dei dieci anni (o cinque se diagnosi precedente al compimento del 21° anno di età) dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico.		
Tipo Tumore	**Specificazioni**	**Anni dalla fine del trattamento**
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, >21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	>21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni Uomini con diagnosi <45 anni Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5
La presente tabella corrisponde all'Allegato 1 del Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 e può essere aggiornata, ove occorra, entro il 31 dicembre di ogni anno.		

UniCredit | Allianz Vita

UniCredit | Allianz Assicurazioni

Creditor Protection Finanziamenti Imprese CHIRO con Premio non finanziato

Nel presente documento sono contenuti:

- Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi (Dip Vita) e per i prodotti assicurativi danni (Dip Danni)
- Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi (Dip aggiuntivo Multirischi)
- Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, Fac-Simile del Modulo di Adesione ed Informativa privacy

AVVERTENZA

Prima della sottoscrizione leggere attentamente quanto riportato all'interno del presente documento

Edizione: 24/06/2024 – Ultimo aggiornamento: 24/06/2024

Assicurazione Temporanea Caso Morte

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi

(DIP Vita)

Impresa UniCredit Allianz Vita S.p.A., Gruppo Allianz

Prodotto "Creditor Protection Finanziamenti Imprese Chiro con Premio non finanziato"

Data di realizzazione 24/06/2024 – Il presente DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

Che tipo di assicurazione è?

L'offerta "CPI Finanziamenti Imprese Chiro con Premio non finanziato" ad adesione facoltativa, è rivolto esclusivamente ai clienti UniCredit che rientrano nei seguenti parametri/caratteristiche:
Imprese tito
lari di un mutuo e/o apertura di credito chirografario erogato o in fase di erogazione da parte di UniCredit, il cui Assicurato – alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione – abbia un'età pari o superiore a 18 anni e di età inferiore a 70 anni e risulti di età inferiore a 75 anni alla Data di scadenza del Finanziamento, sia residente fiscalmente in Italia e che risulti assicurabile secondo le verifiche assuntive previste dalle disposizioni dell'Impresa di Assicurazione. Nell'ambito dell'offerta "CPI Finanziamenti Imprese Chiro con Premio non finanziato", la soluzione "Assicurazione Temporanea Caso Morte" è l'offerta, ad adesione facoltativa, destinata alle Imprese che intendano tutelarsi dal rischio di non poter ripagare il debito a seguito dell'evento decesso, riguardante la persona fisica di rilevante importanza per l'Impresa individuata come Assicurato. L'adesione a questa Assicurazione Vita è subordinata alla contestuale adesione alla collegata Assicurazione contro i Danni in forma collettiva, commercializzata da UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A. riservata alle Imprese titolari di un mutuo e/o apertura di credito chirografario erogato o in fase di erogazione da parte di UniCredit.

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

- ✓ Il contratto fornisce una copertura assicurativa in caso di **decesso** dell'Assicurato, durante il periodo di validità dell'Assicurazione e senza alcun limite territoriale.
- ✓ A seguito del **decesso** dell'Assicurato durante il periodo di validità dell'Assicurazione, coincidente con la durata del Finanziamento, è prevista la liquidazione della Prestazione Assicurata in caso di decesso dell'Assicurato agli aventi diritto.

L'Assicurazione è prestata entro i limiti del capitale assicurato per il cui dettaglio si rimanda al DIP Aggiuntivo Multirischi.

Che cosa NON è assicurato?

Il presente contratto di Assicurazione Vita non fornisce coperture assicurative diverse dal caso di decesso dell'Assicurato.

Non sono assicurabili le persone che:

- ✗ **alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:**
  - ✗ **abbiano età inferiore a 18 anni o risultino di età pari o superiore a 70 anni;**
  - ✗ **risultino di età pari o superiore a 75 anni alla Data di scadenza del Finanziamento;**
- ✗ **abbiano stipulato un Finanziamento erogato dal Contraente di durata superiore a 120 mesi;**
- ✗ **non siano residenti in Italia;**
- ✗ **a seguito della compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico e/o del Rapporto di Visita Medica per la valutazione dello stato di salute da parte dell'Impresa di Assicurazione, siano state ritenute non assicurabili.**

Ci sono limiti di copertura

Sì, sono presenti esclusioni per il cui dettaglio si rimanda al DIP Aggiuntivo Multirischi.

Dove vale la copertura?

L'Assicurazione è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo.

Che obblighi ho?

Fornire all'Impresa di Assicurazioni informazioni veritiere e non reticenti riguardo le circostanze originarie o sopravvenute che influiscono sulla valutazione del rischio, con particolar riguardo alle risposte rese per la compilazione del Questionario Medico e/o Rapporto di Visita Medica, inerenti al proprio stato di salute.
In caso di decesso dell'Assicurato gli aventi diritto devono denunciare tempestivamente l'evento per iscritto all'Impresa di Assicurazione, allegando la documentazione richiesta per la definizione del Sinistro.

Quando e come devo pagare?

Il Premio, è unico e anticipato e sarà addebitato sul conto corrente dell'Impresa il giorno della stipula del Finanziamento, oppure per Finanziamenti già in essere il giorno della sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva. Sottoscrivendo il Modulo di Adesione l'Impresa autorizzerà UniCredit S.p.A. ad addebitare il Premio sul proprio conto corrente. Il Premio è determinato in base al tasso mensile della copertura prestata, moltiplicato per la durata e per l'Importo Richiesto del Finanziamento ed è comprensivo dell'importo che sarà trattenuto dall'Intermediario UniCredit S.p.A. a titolo di remunerazione per l'intermediazione svolta.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24 del giorno di stipula del Finanziamento oppure, nel caso di Finanziamenti già in essere, del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione, e termina alla Data di scadenza del Finanziamento stesso, **a condizione che**:

- **l'Impresa e l'Assicurato abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;**
- **l'Assicurato abbia compilato e sottoscritto il Questionario Medico e questo sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa di Assicurazione; ovvero**
- **si sia sottoposto a visita medica il cui Rapporto Visita Medica sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa di Assicurazione e**
- **sia stato pagato il relativo Premio.**

La copertura assicurativa termina prima della suddetta scadenza solo ed esclusivamente in caso di:

- **recesso per ripensamento;**
- **estinzione totale anticipata del Finanziamento;**
- **accollo del Finanziamento;**
- **trasferimento del Finanziamento ad altro istituto di credito a seguito di surroga;**
- **cessazione del rapporto tra Assicurato e Impresa;**
- **liquidazione degli indennizzi per Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40% o Malattia Grave prestate dalla Polizza contro i Danni collegata;**
- **liquidazione della Prestazione Assicurata per decesso dell'Assicurato**.

Alla scadenza della copertura assicurativa non è prevista la facoltà di rinnovo.

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

La proposta è da intendersi revocata se il Finanziamento richiesto dall'Impresa non viene erogato entro 180 (centottanta) giorni dalla data di sottoscrizione del modulo di adesione.
L'Impresa può recedere per ripensamento dall'Assicurazione **entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione** stessa. Il recesso dovrà essere effettuato compilando l'apposito modulo che potrà richiedere presso la sua filiale di riferimento, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

Sono previsti riscatti o riduzioni? □ SI X □ NO

La Prestazione Assicurata della presente polizza è limitata alla sola garanzia Temporanea Caso Morte**. Non è previsto pertanto alla scadenza di polizza il riscatto di alcun capitale né sono ammessi riscatti parziali.**

UniCredit | Allianz Assicurazioni

Assicurazione contro i Danni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A., Gruppo Allianz

Prodotto Creditor Protection Finanziamenti Chiro con Premio non finanziato

Data aggiornamento 24/06/2024

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

Che tipo di assicurazione è?

L'offerta "CPI Finanziamenti Imprese Chiro con Premio non finanziato" ad adesione facoltativa, è rivolto esclusivamente ai clienti UniCredit che rientrano nei seguenti parametri/caratteristiche:

Imprese titolari di un mutuo e/o apertura di credito chirografario erogato o in fase di erogazione da parte di UniCredit, il cui Assicurato – alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione – abbia un'età pari o superiore a 18 anni e di età inferiore a 70 anni e risulti di età inferiore a 75 anni alla Data di scadenza del Finanziamento, sia residente fiscalmente in Italia e che risulti assicurabile secondo le verifiche assuntive previste dalle disposizioni dell'Impresa di Assicurazione. La soluzione "CPI Finanziamenti Imprese Chiro con Premio non finanziato" è l'offerta, ad adesione facoltativa, destinata alle Imprese che intendano tutelarsi dal rischio di non poter ripagare il debito a seguito di eventi, riguardanti la persona fisica di rilevante importanza individuata come Assicurato, derivanti da Invalidità Permanente Totale, Inabilità Temporanea Totale, Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero e che siano interessati alla protezione «rimborso rata» nei casi di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia o Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio o Malattia che riguardino l'Assicurato. L'adesione a questa Assicurazione contro i Danni è subordinata alla contestuale adesione alla collegata Assicurazione Vita in forma collettiva, commercializzata da UniCredit Allianz Vita S.p.A. riservata Imprese titolari di un mutuo e/o apertura di credito chirografario erogato o in fase di erogazione da parte di UniCredit.

Che cosa è assicurato?

- ✓ L'Invalidità Permanente Totale, di grado pari o superiore al 40%, derivante da Malattia o da Infortunio subiti dall'Assicurato nell'esercizio della propria attività professionale principale e/o secondaria o nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, purché inerente alla vita comune e di relazione. La copertura garantisce un indennizzo pari all'ammontare del Capitale Residuo del Finanziamento in caso di Invalidità Permanente Totale da Malattia di grado pari o superiore al 40%, al doppio dell'ammontare del Capitale Residuo del Finanziamento in caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio di grado pari o superiore al 40% e al triplo dell'ammontare del Capitale Residuo del Finanziamento in caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio derivante da incidente stradale di grado pari o superiore al 40%.
- ✓ L'Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, la copertura garantisce il pagamento di un Indennizzo pari alla rata mensile di Finanziamento qualora, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da Inabilità Temporanea Totale.
- ✓ La Malattia Grave, la copertura garantisce il pagamento di un Indennizzo qualora, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da Malattia Grave.
- ✓ Il Ricovero Ospedaliero dell'Assicurato derivante da Infortunio o Malattia, la copertura garantisce il pagamento di un Indennizzo pari a tre volte l'importo della rata mensile del Finanziamento, qualora durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o Malattia.

L'Assicurazione è prestata entro i limiti delle somme assicurate e dei massimali per il cui dettaglio si rimanda al DIP Aggiuntivo Multirischi.

Che cosa non è assicurato

Non sono assicurabili le persone che:

- ✗ **alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:**
  - ✗ **abbiano età inferiore a 18 anni o risultino di età pari o superiore a 70 anni;**
  - ✗ **risultino di età pari o superiore a 75 anni alla Data di scadenza del Finanziamento;**
- ✗ **abbiano stipulato un Finanziamento erogato dal Contraente di durata superiore a 120 mesi;**
- ✗ **non siano residenti in Italia;**
- ✗ **a seguito della compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico e/o del Rapporto di Visita Medica per la valutazione dello stato di salute da parte dell'Impresa di Assicurazione, siano state ritenute non assicurabili.**

Ci sono limiti di copertura?

! Sì, sono presenti esclusioni, franchigie, scoperti, limiti di indennizzo, periodi di carenza per il cui dettaglio si rimanda al DIP Aggiuntivo Multirischi.

Dove vale la copertura?

✓ L'Assicurazione è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo.

Che obblighi ho?

In sede di sottoscrizione del contratto l'Impresa e l'Assicurato devono compilare e sottoscrivere il questionario per la valutazione della coerenza delle richieste ed esigenze assicurative e il Modulo di Adesione; l'Assicurato deve inoltre compilare e sottoscrivere il Questionario Medico e/o Rapporto di Visita Medica. Sia l'Impresa sia l'Assicurato sono tenuti a fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare.

Inoltre, l'Impresa deve corrispondere il Premio dovuto. In caso di Sinistro, l'occorrenza del Sinistro deve essere comunicata nel più breve tempo possibile all'Impresa di Assicurazioni, tramite richiesta scritta, anche utilizzando la modulistica disponibile presso il Contraente .

Quando e come devo pagare?

Il Premio è unico e anticipato e sarà addebitato sul conto corrente dell'Impresa il giorno della stipula del Finanziamento, o nel caso di Finanziamento già in essere il giorno della sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva da parte dell'Impresa.
Sottoscrivendo il Modulo di Adesione, l'Impresa autorizzerà UniCredit S.p.A. ad addebitare il Premio sul proprio conto corrente.
Il Premio è determinato in base al tasso mensile della copertura prestata moltiplicato per durata e per l'Importo Richiesto del Finanziamento ed è comprensivo delle imposte e dell'importo che sarà trattenuto dall'Intermediario UniCredit S.p.A. a titolo di remunerazione per l'intermediazione svolta.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24 del giorno di stipula del Finanziamento oppure, nel caso di Finanziamento già in essere, del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione e termina alla Data di scadenza del Finanziamento stesso, condizione che:

- **l'Impresa e l'Assicurato abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;**
- **l'Assicurato abbia compilato e sottoscritto il Questionario Medico e questo sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa di Assicurazione; ovvero**
- **si sia sottoposto a visita medica il cui Rapporto Visita Medica sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa di Assicurazione e**
- **sia stato pagato il relativo Premio.**

La copertura termina prima della suddetta scadenza solo ed esclusivamente in caso di:

- **recesso per ripensamento o recesso dell'Impresa in relazione alla durata poliennale della Polizza Collettiva, estinzione totale anticipata del Finanziamento, accollo del Finanziamento, trasferimento del Finanziamento ad altro istituto di credito a seguito di surroga, cessazione del rapporto tra Assicurato e Impresa;**
- **liquidazione degli Indennizzi per Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40%, per Malattia Grave o per decesso dell'Assicurato.**

Come posso disdire la polizza?

La sola Impresa può recedere dall'Assicurazione **entro 60 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa.** Inoltre, in considerazione della durata poliennale dell'Assicurazione, alla sola Impresa assicurata è riconosciuta la facoltà di recedere anticipatamente dall'Assicurazione, con effetto da ciascuna scadenza annuale successiva alla data di decorrenza dell'Assicurazione, **con un preavviso di 60 giorni rispetto alla scadenza della singola annualità**. In entrambi i casi, l'Impresa dovrà esercitare il recesso tramite la compilazione dell'apposito modulo che potrà richiedere presso la sua filiale di riferimento, oppure tramite comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

UniCredit | Allianz Vita

UniCredit | Allianz Assicurazioni

Assicurazione Creditor Protection

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi Multirischi

(DIP aggiuntivo Multirischi)

Impresa UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A. e UniCredit Allianz Vita S.p.A., Gruppo Allianz

Prodotto "Creditor Protection Finanziamenti Imprese CHIRO con premio non finanziato"

Data di realizzazione: 24/06/2024 – Il presente DIP aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo 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) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare la potenziale Impresa aderente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa di Assicurazione.

L'Impresa aderente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima dell'adesione al contratto.

UniCredit Allianz Vita S.p.A., iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione con il numero 1.00121 - Società appartenente al gruppo assicurativo Allianz, iscritto all'Albo gruppi assicurativi n.018 – Soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz S.p.A., Piazza Tre Torri, n. civico 3; CAP 20145; città Milano (MI); tel. 800 11 66 33; sito internet: www.unicreditallianzvita.it ; PEC: unicreditallianz.vita@pec.allianz.it.

UniCredit Allianz Vita S.p.A. è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 259 del 16/05/1996, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 121 del 25/05/1996.

UniCredit Allianz Vita S.p.A. è una compagnia il cui capitale sociale è posseduto in ugual misura (50%) da Allianz S.p.A. e 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 2023 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:
- il patrimonio netto della Società, pari a 664,5 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 406,9 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 e si riportano di seguito gli importi:
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 481,8 milioni di euro;
- del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a 216,8 milioni di euro;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 1.338,0 milioni di euro;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a 1.338,0 milioni di euro;

e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) della Società, pari a 278%.

UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A., iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione con il numero 1.00088 - Società appartenente al gruppo assicurativo Allianz, iscritto all'Albo gruppi assicurativi n.018 – Soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz S.p.A., Piazza Tre Torri, n. civico 3; CAP 20145; città Milano (MI); tel. 800 11 66 33; sito internet: www.unicreditallianzassicurazioni.it; e-mail: info_UnicreditAllianz.Assicurazioni@allianz.it; PEC: unicreditallianz.assicurazioni@pec.allianz.it.

UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A. è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto Ministeriale 19.03.1990, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 76 del 31.03.1990.

UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A. è una compagnia il cui capitale sociale è posseduto in ugual misura (50%) da **Allianz S.p.A**. e **UniCredit S.p.A.**
UniCredit Allianz Assicurazioni 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 2023 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti:
Il Patrimonio netto dell'Impresa è pari a 105,4 milioni di euro.
La parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale è pari a 52,0 milioni di euro.
La parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali è pari a 15,2 milioni di euro.
Per ulteriori informazioni patrimoniali sulla società è disponibile la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa
sul sito http://www.unicreditallianzassicurazioni.it/unicreditallianzassicurazioni/chi-siamo/report-SFCR e si riportano di seguito gli importi
(in migliaia di euro):
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 65.838
- del Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a 29.627
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 151.139
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a 151.139

e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) della Società pari al 230%.

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

Polizza Vita
Fermo il limite massimo di euro 500.000,00 (cinquecentomila), la Prestazione Assicurata in caso di decesso dell'Assicurato è variabile nel tempo e corrisponde inizialmente all'Importo Richiesto del Finanziamento sottoscritto, dall'Impresa oppure per finanziamenti già in essere al Capitale Residuo del Finanziamento alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.
Successivamente la somma assicurata decresce e corrisponde in ogni momento al Capitale Residuo del Finanziamento erogato**. Nel caso in cui l'importo del finanziamento erogato sia superiore a euro 500.000,00**, la somma assicurata come sopra descritta sarà determinata applicando la percentuale di copertura assicurativa ricavata dal rapporto tra la somma massima assicurabile euro 500.000,00 (cinquecentomila) e l'importo erogato per il Finanziamento.

Polizza contro i Danni

L'ampiezza dell'Impegno dell'Impresa di assicurazione è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con la Banca contraente.

La garanzia Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40% da Infortunio o Malattia, opera anche per i seguenti infortuni:

a) asfissia di origine non morbosa;
b) avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita e involontaria;
c) avvelenamento del sangue e l'infezione sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
d) annegamento, assideramento o congelamento;
e) colpi di sole o di calore;
f) folgorazione;
g) lesioni muscolari determinate da sforzo, intendendosi per sforzo il dispiego improvviso ed anomalo, al di fuori della comune gestualità, di energia muscolare a fronte di un evento eccezionale e inaspettato;
h) lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate che derivino direttamente da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, con esclusione della malaria; le lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive.

Per la garanzia Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia non vi sono ulteriori informazioni rispetto quelle fornite nel DIP Danni.

La Garanzia Malattia Grave opera nell'ipotesi di Malattia Grave intesa come segue:

a) **Tumore**: neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Non sono considerati Malattia Grave i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio, i tumori ovarici, i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del II, III e IV stadio di Clarcke, il sarcoma di Kaposi;

b) **Cardiopatia Coronarica, che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare**, nell'ipotesi in cui venga effettuato su consiglio di uno specialista in cardiologia un intervento chirurgico a cuore aperto, per correggere una restrizione o ostruzione di una o più arterie coronariche mediante by-pass coronario;
c) **Infarto Miocardico**: evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi è formulata in base ai seguenti criteri:
d) storia del dolore cardiaco tipico;
e) comparsa di nuove modificazioni tipiche all'ECG;
f) modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci;
g) **Ictus cerebrale**: Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, ecc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza;
h) **Insufficienza renale**: Malattia renale irreversibile in dialisi cronica;
i) **Coma**: lo stato di incoscienza con assenza di reazione agli stimoli esterni o interni, persistente e accompagnato dall'utilizzo di sistemi di supporto vitale per un periodo di almeno 72 ore, producendo un deficit neurologico permanente irreversibile. Non è considerato Coma lo stato di incoscienza indotto farmacologicamente;
j) **Paralisi degli arti**: perdita totale e irreversibile delle funzioni muscolari della totalità di uno qualsiasi dei due arti. La condizione deve essere confermata da un consulente neurologo e da esami di imaging;
k) **Sclerosi multipla**: malattia neurodegenerativa che colpisce il sistema nervoso centrale. Deve essere riscontrato un deterioramento clinico attuale della funzione sensoria o motoria, che deve essersi protratto per un periodo continuo di almeno 6 mesi. La diagnosi deve essere inequivocabile e deve essere emessa da uno specialista. La diagnosi è basata su tecniche di indagine come l'imaging, l'analisi del fluido cerebrospinale e i potenziali evocati;
l) **Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi**: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo; è necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato;
m) Malattia che causi uno stato di Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 30% ma inferiore al 40%.

Per la garanzia Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o Malattia non vi sono ulteriori informazioni rispetto quelle fornite nel DIP Danni.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	**Polizza Vita** Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle già fornite nel DIP Vita **Polizza contro i Danni** Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle già fornite nel DIP Danni

Ci sono limiti di copertura?

Polizza Vita
La somma massima assicurata di € 500.000,00 (cinquecentomila) vale anche nel caso in cui sussistano, in capo all'Assicurato medesimo, più adesioni alla presente Polizza Collettiva o alle sue precedenti edizioni.
Pertanto, in nessun caso l'Impresa di Assicurazione liquiderà all'Impresa un importo superiore alla somma massima assicurata di euro 500.000,00 (cinquecentomila).

La Prestazione Assicurata non può cumularsi con l'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40% da Infortunio o Malattia o Malattia Grave derivante dalla collegata Polizza Collettiva contro i Danni.

! È escluso dall'Assicurazione il decesso causato da:
a) infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
b) suicidio che avvenga nei primi ventiquattro mesi dalla data di decorrenza dell'Assicurazione;
c) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
d) dolo dei Beneficiari;
e) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
f) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
g) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore oppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;
h) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
i) uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto

pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri;

j) pratica da parte dell'Assicurato di paracadutismo, sport aerei in genere;

k) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;

l) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio di tali eventi.

m) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Polizza contro i Danni

Garanzia Invalidità Permanente Totale pari o superiore al 40% derivante da Infortunio o Malattia

La somma massima assicurabile per ciascun Assicurato è pari:

a) in caso di **Invalidità Permanente Totale da Malattia di grado pari o superiore al 40%**, all'ammontare del Capitale Residuo del Finanziamento risultante alla data della richiesta di certificazione medica che attesta l'Invalidità Totale Permanente presentata agli enti competenti, **entro il limite Massimo di € 500.000,00**;

b) in caso di **Invalidità Permanente Totale da Infortunio di grado pari o superiore al 40%,** al doppio dell'ammontare del Capitale Residuo del Finanziamento alla data dell'Infortunio**, entro il limite Massimo di € 1.000.000,00;**

c) In caso di **Invalidità Permanente Totale da Infortunio derivante da incidente stradale di grado pari o superiore al 40%,** al triplo dell'ammontare del Capitale Residuo del Finanziamento alla data dell'Infortunio, **entro il limite Massimo di € 1.500.000,00.**

I suddetti limiti restano validi anche nel caso in cui sussistano in capo all'Assicurato più adesioni alla presente Polizza Collettiva o a precedenti edizioni della stessa.

In caso di Finanziamento richiesto per un importo superiore alle suddette somme assicurate, la prestazione garantita per i suddetti casi sarà ridotta nella proporzione esistente tra la somma massima assicurabile e l'Importo Richiesto del Finanziamento.

L'Indennizzo per Invalidità Permanete Totale di grado pari o superiore al 40% da Infortunio o Malattia non può cumularsi con quello per Malattia Grave o per decesso dell'Assicurato prestato dalla collegata Polizza Collettiva Vita.

! Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40% causati o derivanti da:

a) infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;

b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;

c) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;

d) imprese temerarie, comportamenti sconsiderati ed imprudenti senza necessità, comportamenti sconsiderati ed imprudenti senza necessità, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;

e) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;

f) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore oppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;

g) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;

h) uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri;

i) pratica dei seguenti sport:

i1) arti marziali, atletica pesante, arrampicata libera comunque effettuata, guidoslitta (bob), kayak, canoa fluviale, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalate di roccia o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala UIAA o di grado equivalente, sci/snowboard alpinismo, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere;

i2) sport estremi, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, base jumping, bungee jumping, downhill, rafting, torrentismo, hydrospeed, snowrafting, sci/snowboard estremo, sci/snowboard acrobatico, free climbing nella versione "free solo", regate transoceaniche in solitaria, canyoning, skeleton, kitesurf;

j) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;

k) **partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;**
l) **guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio di tali eventi;**
m) **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);**
n) **interventi chirurgici o trattamenti medici di carattere estetico, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione.**

! Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione, gli infortuni derivanti da:

1. **ernie;**
2. **infarti da qualsiasi causa determinati;**
3. **subiti durante il periodo d'arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.**

Garanzia Inabilità Temporanea da Infortunio o Malattia

La garanzia **Inabilità Temporanea da Infortunio o Malattia**, prevede l'Indennizzo all'Impresa di un numero massimo di 48 (quarantotto) rate mensili del finanziamento per tutta la durata dell'Assicurazione complessivamente per tutti i sinistri di **Inabilità Temporanea Totale** e **Ricovero Ospedaliero** con i seguenti limiti:

- un massimo 12 (dodici) rate consecutive indennizzabili per ciascun sinistro;
- importo massimo indennizzabile per ciascuna rata mensile pari a € 2.000,00 (duemila), tale limite si deve intendere come complessivo anche nel caso in cui sussistano, in capo all'Assicurato, più adesioni alla presente Polizza Collettiva o a precedenti edizioni della stessa.

L'Indennizzo per **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia** non può cumularsi con altri eventuali Indennizzi ricevuti per **Ricovero Ospedaliero** relativamente allo stesso periodo temporale.

In caso di Finanziamento erogato per un importo superiore alla somma massima assicurabile pari a € 500.000,00 (cinquecentomila), la prestazione come sopra descritta sarà ridotta nella proporzione esistente tra la somma massima assicurabile e l'Importo Richiesto del Finanziamento.

! **Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Inabilità Temporanea Totale causati o derivanti da:**

a) **Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;**
b) **atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;**
c) **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;**
d) **imprese temerarie, comportamenti sconsiderati ed imprudenti senza necessità, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;**
e) **ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;**
f) **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore oppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;**
g) **uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;**
h) **uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri;**
i) **pratica dei seguenti sport:**
   i1) arti marziali, atletica pesante, arrampicata libera comunque effettuata, guidoslitta (bob), kayak, canoa fluviale, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalate di roccia o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala UIAA o di grado equivalente, sci/snowboard alpinismo, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere;
   i2) sport estremi, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, base jumping, bungee jumping, downhill, rafting, torrentismo, hydrospeed, snowrafting, sci/snowboard estremo, sci/snowboard acrobatico, free climbing nella versione "free solo", regate transoceaniche in solitaria, canyoning, skeleton, kitesurf;
j) **pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;**
k) **partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;**

l) **guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio di tali eventi;**
m) **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);**
n) **interventi chirurgici o trattamenti medici di carattere estetico, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;**
o) **malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;**
p) **cure dimagranti e dietetiche.**

! Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni derivanti da:

1. **ernie;**
2. **infarti da qualsiasi causa determinati;**
3. **subiti durante il periodo d'arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;**
4. **infertilità e sterilità.**

Per la garanzia **Inabilità Temporanea da Infortunio o Malattia** è previsto un periodo di **Franchigia di 30 (trenta) giorni**, pertanto se il Sinistro ha durata inferiore al periodo di franchigia, l'Impresa non avrà diritto ad alcun Indennizzo.

Garanzia Malattia Grave

Per la garanzia **Malattia Grave** la somma massima assicurabile per ciascun Assicurato è pari a € 500.000,00 (cinquecentomila), anche nel caso in cui sussistano in capo all'Assicurato più adesioni alla presente Polizza Collettiva o a precedenti edizioni della stessa.
In caso di Finanziamento erogato per un importo superiore alla suddetta somma assicurata, la prestazione garantita sarà ridotta nella proporzione esistente tra la somma massima assicurabile e l'importo erogato del Finanziamento.

L'Indennizzo per **Malattia Grave** non può cumularsi con quello per **Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40% da Infortunio o Malattia** e con quello per **decesso dell'Assicurato** derivante dalla collegata Polizza Collettiva Vita.

! Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Malattia Grave causati o derivanti da:

a) **ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;**
b) **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);**
c) **interventi chirurgici o trattamenti medici di carattere estetico, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;**
d) **interventi chirurgici angioplastici, terapie Laser.**

Garanzia Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o Malattia

La garanzia **Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o Malattia**, prevede per ciascun Assicurato l'Indennizzo di un numero massimo di 48 (quarantotto) rate mensili del finanziamento per tutta la durata dell'Assicurazione complessivamente per tutti i Sinistri di **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia** e **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia** con i seguenti limiti:

- un massimo 12 (dodici) rate consecutive indennizzabili per ciascun Sinistro; il limite dell'importo massimo assicurabile per ciascuna rata mensile è pari a € 2.000,00 (duemila).
  L'Impresa di Assicurazione corrisponderà un Indennizzo pari a tre volte l'importo di ciascuna rata, entro il limite di importo massimo indennizzabile di seguito indicato:
- importo massimo indennizzabile per ciascuna rata mensile pari a € 6.000,00 (seimila).

  I suddetti limiti debbono intendersi quali limiti complessivi anche nel caso in cui sussistano, in capo all'Assicurato, più adesioni alla presente Polizza Collettiva ad altre Polizze Collettive o a precedenti edizioni della stessa.

L'Indennizzo per **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia** non può cumularsi con altri eventuali Indennizzi ricevuti per **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia** relativamente allo stesso periodo temporale.

In caso di Finanziamento richiesto per un importo superiore alla somma massima assicurabile pari a € 500.000,00 (cinquecentomila), la prestazione come sopra descritta sarà ridotta nella proporzione esistente tra la somma massima assicurabile e l'Importo Richiesto del Finanziamento.

! Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Ricovero Ospedaliero causati o derivanti da:

a) **Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;**
b) **atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;**
c) **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;**

d) **imprese temerarie, comportamenti sconsiderati ed imprudenti senza necessità, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;**
e) **ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;**
f) **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore oppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;**
g) **uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;**
h) **uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri;**
i) **pratica dei seguenti sport:**
i1) arti marziali, atletica pesante, arrampicata libera comunque effettuata, guidoslitta (bob), kayak, canoa fluviale, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalate di roccia o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala UIAA o di grado equivalente, sci/snowboard alpinismo, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere;
i2) sport estremi, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, base jumping, bungee jumping, downhill, rafting, torrentismo, hydrospeed, snowrafting, sci/snowboard estremo, sci/snowboard acrobatico, free climbing nella versione "free solo", regate transoceaniche in solitaria, canyoning, skeleton, kitesurf;
j) **pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;**
k) **partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;**
l) **guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio di tali eventi;**
m) **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);**
n) **interventi chirurgici o trattamenti medici di carattere estetico, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;**
o) **cure dimagranti e dietetiche.**

! Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni derivanti da:

1. **ernie;**
2. **infarti da qualsiasi causa determinati;**
3. **subiti durante il periodo d'arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.**

Per la **garanzia Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia** è previsto un Periodo di **Franchigia di 7 (sette) giorni**, pertanto se il Sinistro ha durata inferiore al Periodo di Franchigia, l'Impresa non avrà diritto ad alcun Indennizzo.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa Fare in caso di Sinistro	**Denuncia di Sinistro Polizza Vita** 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 all'Impresa di Assicurazione, a mezzo posta (con lettera indirizzata a: UNICREDIT ALLIANZ VITA S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano) oppure consegnata alla filiale di riferimento. Si segnala che presso la filiale di riferimento al momento del decesso dell'Assicurato, nonché direttamente presso l'Impresa di Assicurazione, è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata dall'avente diritto alla liquidazione. E' possibile acquisire tale modulistica anche direttamente sul sito internet dell'Impresa di Assicurazione (www.unicreditallianzvita.it nella sezione "I nostri servizi - modulistica e procedure"). È comunque consentito all'avente diritto di richiedere la liquidazione della Prestazione Assicurata in forma libera, purché siano presenti le informazioni necessarie per poter procedere alla liquidazione. Vengono di seguito indicati i documenti da consegnare unitamente alla richiesta scritta di liquidazione: a) **Certificato di morte dell'Assicurato in originale**, rilasciato dall'ufficio di Stato Civile in carta semplice; b) **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.

c) **fotocopia di un valido documento di identità** dei soggetti/persone aventi diritto riportante firma visibile, nonché dei loro codici fiscali;

d) 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 dell'Impresa di Assicurazione da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa;

e) **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 dall'Impresa di Assicurazione sul sito internet www.unicreditallianzvita.it nella sezione "I nostri servizi - modulistica e procedure". 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.

L'Impresa di Assicurazione, 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.).

In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la documentazione sanitaria deve essere certificata da un medico italiano.

L'Impresa di Assicurazione 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 rilasciati 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.

Denuncia di sinistro Polizza contro i Danni

In caso di Sinistro l'Assicurato o altro soggetto che agisce per conto dell'Assicurato, deve denunciare tempestivamente l'evento per iscritto all'Impresa di Assicurazione.

La denuncia può essere fatta anche utilizzando il modulo predisposto dall'Impresa di Assicurazione contenente l'elenco dei documenti da trasmettere all'Impresa per la definizione del Sinistro.

Il Modulo di Denuncia è disponibile presso la filiale di riferimento al momento della denuncia del Sinistro, nonché richiedibile presso l'Impresa di Assicurazione tramite PEC all'indirizzo unicreditallianz.assicurazioni@pec.allianz.it.

In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la documentazione sanitaria prodotta deve essere certificata da un medico italiano.

Prescrizione Polizza Vita

Ai sensi dell'art. 2952 del 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 dell'Impresa 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).

Prescrizione Polizza contro i Danni

I diritti derivanti dai contratti di Assicurazione danni si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui i diritti stessi si fondano ('Art. 2952 del Codice Civile).

Decorso tale termine non sarà più possibile far valere alcun diritto sulle somme derivanti dal Contratto di Assicurazione.

Liquidazione della prestazione della Polizza Vita

L'Impresa di Assicurazione ha l'obbligo di provvedere al pagamento della Prestazione

	Assicurata, qualora liquidabile, entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione della documentazione completa richiesta dall'Impresa di Assicurazione per la definizione del Sinistro. **Liquidazione della prestazione della Polizza contro i Danni** L'Impresa di Assicurazione ha l'obbligo di provvedere al pagamento dell'Indennizzo, qualora liquidabile, entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione della documentazione completa richiesta dall'Impresa per la definizione del Sinistro.
	Gestione da parte di altre imprese: i Sinistri relativi alle **garanzie della Polizza contro i Danni** sono gestiti da: ALLIANZ S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano
	Assistenza diretta / in convenzione: garanzia non presente nella Polizza Collettiva.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	In sede di sottoscrizione dell'Assicurazione, l'Impresa è tenuta a compilare e sottoscrivere il **questionario per valutare la coerenza delle richieste ed esigenze assicurative** e il **Modulo di Adesione**; l'Assicurato deve inoltre compilare e sottoscrivere il **Questionario Medico e/o Rapporto di Visita Medica** (ove previsto). Sia l'Impresa sia l'Assicurato sono tenuti a fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in quanto dichiarazioni inesatte o reticenze possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla Prestazione Assicurata o la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Quando e come devo pagare?

Premio	**Polizza Vita e Polizza contro i Danni** Il Premio **è unico e anticipato per l'intera durata dell' Assicurazione** ed è corrisposto per il tramite del Contraente con addebito dell'importo sul conto corrente dell'Impresa intrattenuto con UniCredit. Il Premio addebitato è comprensivo delle imposte di legge se previste e dell'importo trattenuto dall'Intermediario a titolo di remunerazione per l'intermediazione svolta.
Rimborso	**Polizza Vita** Il rimborso del Premio è previsto per i seguenti casi: a) recesso per ripensamento esercitato entro 60 (sessanta) giorni dalla decorrenza dell'Assicurazione. l'impresa avrà diritto al rimborso dell'intero Premio pagato; b) cessazione del rapporto tra Assicurato e Impresa; l'Impresa avrà diritto a ottenere il rimborso della quota parte di Premio corrispondente al periodo di garanzia non goduto. Il rimborso sarà riconosciuto all'Impresa per il tramite del Contraente, mediante accredito sul conto corrente dell'Impresa stessa; c) estinzione del Finanziamento per: ▪ estinzione anticipata totale del Finanziamento rispetto la Data di scadenza del Finanziamento stesso; ▪ accollo del Finanziamento da parte di terzi; ▪ trasferimento del Finanziamento ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo; ▪ estinzione anticipata parziale del Finanziamento; l'Impresa avrà diritto a ottenere il **rimborso totale o parziale** della quota parte di Premio corrispondente al periodo di garanzia non goduto. Il rimborso sarà riconosciuto all'Impresa per il tramite del Contraente, mediante accredito sul conto corrente dell'Impresa stessa. **Polizza contro i Danni** Il rimborso del Premio è previsto per i seguenti casi: a) recesso per ripensamento esercitato entro 60 (sessanta) giorni dalla decorrenza dell'Assicurazione; l'impresa avrà diritto al rimborso dell'intero Premio pagato (comprensivo dell'imposta). b) recesso dell'Impresa aderente in relazione alla durata poliennale

	dell'Assicurazione; c) cessazione del rapporto tra Assicurato e Impresa; l'Impresa avrà diritto al rimborso della **quota parte** di Premio corrispondente al periodo di garanzia non goduto al netto dell'imposta. d) estinzione del Finanziamento per: ▪ estinzione anticipata del Finanziamento rispetto la Data di scadenza; ▪ accollo del Finanziamento da parte di terzi; ▪ trasferimento del Finanziamento ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo; ▪ estinzione parziale del finanziamento; l'Impresa avrà diritto a ottenere **il rimborso totale o parziale** della quota parte di Premio corrispondente al periodo di garanzia non goduto al netto dell'imposta. Il rimborso sarà riconosciuto all'Impresa aderente per il tramite del Contraente, mediante accredito sul conto corrente dell'Impresa stessa.
Sconti	**Polizza Vita e Polizza contro i Danni:** non sono applicati sconti nemmeno in ragione della durata poliennale delle Polizze Collettive.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	**Polizza Vita** Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle già fornite nel DIP Vita **Polizza contro i Danni** La decorrenza delle coperture assicurative coincide con la data di erogazione del Finanziamento sottoscritto dall'Impresa, oppure nel caso di Finanziamenti già in essere coincide con la data di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Impresa aderente. Tuttavia per le seguenti garanzie **l'efficacia della copertura assicurativa decorre dallo scadere dei seguenti Periodi di Carenza:** ▪ 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione per la garanzia di INABILITA' TEMPORANEA TOTALE DA MALATTIA; ▪ 90 (novanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione per la garanzia MALATTIA GRAVE; ▪ 60(sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione per la garanzia RICOVERO OSPEDALIERO DA MALATTIA. **Pertanto nessun Sinistro relativo alle suddette garanzie accaduto prima dello scadere dei suddetti termini sarà indennizzabile.** La scadenza delle coperture assicurative coincide con la Data di scadenza del Finanziamento sottoscritto dall'Impresa. Alla scadenza delle coperture assicurative non è prevista la facoltà di rinnovo.
Sospensione	**Polizza Vita e Polizza contro i Danni:** non è prevista la facoltà in capo all'Impresa aderente di sospendere l'Assicurazione.

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

Revoca	**Polizza Vita e Polizza contro i Danni**: per i Finanziamenti in fase di erogazione, la proposta si intendere revocata se trascorsi 180 giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Impresa aderente il Finanziamento richiesto non sia stato ancora erogato da UniCredit S.p.A..
	Polizza Vita e Polizza contro i Danni: l'Impresa può recedere dall'Assicurazione per ripensamento **entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa.** Fermi i suddetti termini, il recesso per ripensamento può essere esercitato compilando l'apposito modulo che potrà richiedere presso la sua filiale di riferimento, oppure mediante comunicazione scritta da inviarsi alla filiale medesima tramite raccomandata con ricevuta di ritorno.

Recesso	Il rimborso del premio pagato comprensivo delle imposte se previste sarà riconosciuto **entro 30 (trenta)** giorni dalla data di comunicazione del recesso per il tramite del Contraente mediante accredito sul conto corrente dell'Impresa aderente. **Polizza contro i Danni** È prevista per l'Impresa aderente la facoltà di recedere anticipatamente dalla Polizza contro i Danni **in relazione alla durata poliennale dell'Assicurazione** (art. 1899 c.c.) **con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto la data di scadenza annuale ricorrente.** Fermi i suddetti termini, il recesso può essere esercitato compilando l'apposito modulo che potrà richiedere presso la sua filiale di riferimento, oppure mediante comunicazione scritta da inviarsi da inviarsi alla filiale medesima tramite raccomandata con ricevuta di ritorno. Il rimborso della quota di Premio pagato e non goduto al netto delle imposte, sarà riconosciuto **entro 30 (trenta)** giorni dalla data di comunicazione del recesso per il tramite del Contraente, mediante accredito sul conto corrente dell'Impresa.
Risoluzione	**Polizza Vita** Il Premio della garanzia TCM (Temporanea Caso Morte) è unico e anticipato per tutta la durata della copertura assicurativa, fermo i casi di cessazione della Polizza Vita disciplinati dall'articolo 12 delle Condizioni di Assicurazione, **non è prevista per l'Impresa la facoltà di risolvere la Polizza Vita prima della sua naturale scadenza**.

A chi è rivolto questo prodotto?

L'offerta "CPI Finanziamenti Imprese Chirografari con Premio non finanziato" ad adesione facoltativa, è rivolto esclusivamente ai clienti UniCredit che rientrano nei seguenti parametri/caratteristiche:

- Imprese titolari di un mutuo e/o apertura di credito chirografario erogato o in fase di erogazione da parte di UniCredit, il cui Assicurato abbia, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, un'età uguale o superiore a 18 anni e inferiore a 70 anni e comunque inferiore a 75 anni alla Data di scadenza del Finanziamento, sia residente fiscalmente in Italia e che risulti assicurabile secondo le verifiche assuntive previste dalle disposizioni dell'Impresa di Assicurazione;
- che intendano tutelarsi dal rischio di non poter ripagare il debito a seguito di eventi, riguardanti la persona fisica di rilevante importanza individuata come Assicurato, derivanti da decesso, Invalidità Permanente Totale derivante da Infortunio o Malattia, Malattia Grave; e che siano interessati alla protezione «rimborso rata» nei casi di Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia o Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio o Malattia che riguardino l'Assicurato.

L'adesione al prodotto assicurativo offerto contestualmente al Finanziamento erogato o in fase di erogazione, è facoltativa e non condiziona in alcun modo l'erogazione del Finanziamento stesso.

Quali costi devo sostenere?

Polizza Vita

I costi complessivi gravanti sulla presente polizza sono pari al 48,50% del Premio di cui:

- 38,50% quale quota parte percepita dall' Intermediario;
- 10,00% quale quota parte percepita dall'Impresa di Assicurazione per spese di acquisizione e gestione.

Restano inoltre a carico dell'Impresa i costi per la compilazione del Rapporto di Visita Medica da parte del medico certificatore e degli esami obbligatori a esso connessi e/o delle ulteriori ed eventuali visite mediche e/o esami diagnostici richiesti dall'Impresa di Assicurazione al fine della valutazione di assumibilità del rischio e alla definizione del Sinistro.

Polizza contro i Danni

I costi complessivi gravanti sulla presente polizza sono pari al 49,17% del Premio imponibile, di cui:

- 38,50% quale quota parte percepita dall'intermediario;
- 10,67% quale quota parte percepita dall'Impresa di Assicurazione per spese di acquisizione e gestione.

Restano inoltre a carico dell'Impresa i costi per la compilazione del Rapporto di Visita Medica da parte del medico certificatore e degli esami obbligatori a esso connessi e/o delle ulteriori ed eventuali visite mediche e/o esami diagnostici richiesti dall'Impresa di Assicurazione al fine della valutazione di assumibilità del rischio e alla definizione del Sinistro.

Sono previsti riscatti o riduzioni? □SI X □ NO	
Valori di riscatto e riduzione	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle già fornite nel DIP Vita
Richiesta di informazioni	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle già fornite nel DIP Vita

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa Assicuratrice	**Polizza Vita** Eventuali reclami riguardanti l'Assicurazione o il Servizio Assicurativo, possono essere presentati per iscritto all'Impresa di Assicurazione mediante: ▪ posta cartacea indirizzata a: UniCredit Allianz Vita S.p.A. – Servizio Clienti – Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano – ▪ compilazione del *form* dedicato alla presentazione di un reclamo disponibile sul sito www.unicreditallianzvita.it – sezione *"Contattaci"* ▪ fax: 02 72162735 L'Impresa di Assicurazione fornirà risposta entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento del reclamo. **Polizza contro i Danni** Eventuali reclami riguardanti l'Assicurazione o il Servizio Assicurativo, possono essere presentati per iscritto all'Impresa di Assicurazione mediante: ▪ posta cartacea indirizzata a: UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A. – Servizio Clienti – Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano – ▪ e-mail: reclami@unicreditallianzassicurazioni.it ▪ fax: 02 72162588 L'Impresa di Assicurazione fornirà risposta entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento del reclamo. **Polizza Vita e Polizza contro i Danni** I reclami riguardanti il solo comportamento tenuto dall'Intermediario e dai suoi dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'Impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essergli indirizzati a mezzo di lettera raccomandata oppure per via telematica all'indirizzo riportato sul sito internet di ciascun intermediario. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire all'Impresa di Assicurazione, la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario affinché questi provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante **entro il termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni** stabilito dalla vigente normativa regolamentare, dandone contestuale notizia al reclamante. Eventuali reclami riguardanti congiuntamente sia il comportamento dell'Intermediario e dei suoi dipendenti e collaboratori sia quello dell'Impresa di Assicurazione in relazione al contratto o servizio assicurativo, verranno trattati per la parte di rispettiva competenza dall'Impresa di Assicurazione e dall'Intermediario, e verranno separatamente riscontrati al reclamante **entro il termine dei 45 (quarantacinque) giorni** stabilito dalla vigente normativa. Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale,21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa di Assicurazione e con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte dell'Impresa di Assicurazione. In caso di reclamo inoltrato tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati vengano trasmessi in formato pdf. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla Sezione "PER I CONSUMATORI – RECLAMI - Guida", nonché sui siti delle Imprese di Assicurazione www.unicreditallianzvita.it e www.unicreditallianzassicurazioni.it, alla Sezione "Reclami", attraverso apposito link al sito di IVASS. I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono: -nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; -individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;

	-breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; -copia del reclamo presentato all'Impresa e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; -ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. Si ricorda tuttavia che in tutti casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (Obbligatoria)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa di Assicurazione
Altri sistemi di risoluzione delle controversie	**Arbitrato** Per la polizza contro i Danni in caso di Sinistro, qualora le parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più arbitri da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato. **Liti transfrontaliere** Nel caso di lite transfrontaliera, tra un' Impresa assicurata avente domicilio in uno stato appartenente allo spazio economico europeo ed un'Impresa di Assicurazione 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 l'Impresa di Assicurazione che ha stipulato l'Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito http://www.ec.europa.eu/fin-net), o - se Impresa assicurata ha domicilio in Italia - all'IVASS, che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	**Polizza Vita** Il Premio di Assicurazione della Prestazione Assicurata non è soggetto a imposta sulle Assicurazioni. In considerazione della finalità e della natura della Polizza Collettiva destinata a Imprese che hanno stipulato un contratto di Finanziamento con il Contraente, il trattamento fiscale del Premio dipende dalla normativa e dalle disposizioni fiscali vigenti al momento del pagamento. **Polizza contro i Danni** Il Premio di Assicurazione delle garanzie prestate con la Polizza contro i Danni è soggetto a imposta sulle Assicurazioni pari al 2,50%. In considerazione della finalità e della natura della Polizza Collettiva destinata a Imprese che hanno stipulato un contratto di Finanziamento con il Contraente, il trattamento fiscale del Premio dipende dalla normativa e dalle disposizioni fiscali vigenti al momento del pagamento.

IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL FINANZIAMENTO, L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE HA L'OBBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA ANCHE DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.

L'IMPRESA DI ASSICURAZIONE 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 POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizza Collettiva di Assicurazione Vita

N°3484

Creditor Protection Finanziamenti

con Premio non finanziato

Imprese CHIRO UniCredit

ad adesione facoltativa

AVVERTENZA

Il presente documento, composto da Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, del Fac-simile del Modulo di Adesione ed Informativa privacy deve essere consegnato all'Impresa prima dell'adesione alla Polizza Collettiva.

Edizione: 24/06/2024– Ultimo aggiornamento: 24/06/2024

Indice

GLOSSARIO 3
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 5
Art.1 – Oggetto dell'Assicurazione 5
Art.2 – Periodo di Carenza 5
Art.3 - Esclusioni 5
Art.4 - Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva 5
4.1 Formalità di ammissione alla Polizza Collettiva 6
4.2 Valutazione dello stato di salute 6
4.3 Adesione alla Polizza Collettiva 6
4.4 Operatività della Prestazione Assicurata 6
Art.5 – Documentazione da consegnare all'Impresa al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva 6
Art.6 - Persone non assicurabili 7
Art.7 - Pagamento del Premio e decorrenza dell'Assicurazione 7
Art.8 - Durata dell'Assicurazione 7
Art.9 – Diritto di recesso dell'Impresa 7
Art.10 - Determinazione del Premio 7
Art.11 – Prestazione Assicurata per singolo Assicurato - Limiti di assicurabilità 7
Art.12 – Estinzione anticipata totale, accollo, surroga del Finanziamento, estinzione anticipata parziale del Finanziamento 7
Art.13 – Estensione territoriale 9
Art.14 - Obblighi in caso di Sinistro 9
Art.15 – Beneficiario - Pagamento della Prestazione Assicurata 10
Art.16 - Dichiarazioni inesatte od omissioni 10
Art.17 – Altre assicurazioni 10
Art.18 - Modifiche dell'Assicurazione 10
Art.19 - Rinvio alle norme di legge 10

GLOSSARIO
Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3484
Creditor Protection Finanziamenti con Premio non finanziato
Imprese CHIRO - UniCredit
ad adesione facoltativa

Data ultimo aggiornamento 24-06-2024

Ai seguenti termini, le parti attribuiscono convenzionalmente il significato sotto precisato:

Apertura di credito
il contratto stipulato tra il Contraente e l'Impresa, di durata non superiore a 120 (centoventi) mesi, non garantito da ipoteca su immobili, avente per oggetto la messa a disposizione dell'Impresa, da parte del Contraente, di una somma predeterminata utilizzabile in una o più volte nei limiti disponibili; l'Impresa potrà, con successivi versamenti, ripristinare la disponibilità del credito. La somma finanziata dovrà essere restituita dall'Impresa al Contraente secondo un piano di rientro predeterminato;

Assicurato
il soggetto sulla cui vita è stipulata l'Assicurazione, vale a dire la persona fisica, collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa, designata dall'Impresa stessa sul Modulo di Adesione;

Assicurazione
il contratto di assicurazione;

Beneficiario
il soggetto al quale spetta la Prestazione Assicurata in caso di decesso dell'Assicurato;

Capitale Residuo
il debito residuo in linea capitale a carico dell'Impresa relativamente al Finanziamento, così come rilevabile dal piano di ammortamento finanziario originario del Mutuo, o dal piano di rientro dell'Apertura di Credito, al netto di eventuali rate insolute e di eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse.
Nel caso di Finanziamento di nuova erogazione con Periodo di Preammortamento:

a) durante tale periodo il Capitale Residuo rimane costante e pari all'Importo Richiesto del Finanziamento; non sono quindi compresi gli interessi maturati su tale importo;
b) dalla data di scadenza di tale periodo il Capitale Residuo è pari al debito residuo in linea capitale a carico dell'Impresa relativamente al Finanziamento, calcolato in base ad un piano di ammortamento al netto di eventuali rate insolute e di eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse;

Contraente
il soggetto che stipula l'Assicurazione con l'Impresa di Assicurazione per conto degli Assicurati e cioè UniCredit S.p.A.;

Data di scadenza del Finanziamento
la data di scadenza dell'ultima rata del Finanziamento, così come prevista dal piano di ammortamento o di rientro originario; tale data rimane inalterata anche nel caso di successive modifiche del piano di ammortamento o di rientro originario;

Durata dell'Assicurazione
La durata, espressa in mesi interi, del periodo di tempo intercorrente tra la data di decorrenza e la data di scadenza del contratto di assicurazione, durante il quale le coperture assicurative previste risultano valide;

Durata del Finanziamento
la durata, espressa in mesi interi (approssimando all'intero superiore), del periodo di tempo intercorrente tra la data di stipula oppure, nel caso di Finanziamenti già in essere, la data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, e la Data di scadenza del Finanziamento o dell'Apertura di credito, compreso eventuale periodo di preammortamento;

Finanziamento
Il Mutuo o l'Apertura di Credito;

Importo Richiesto del Finanziamento
l'importo del Finanziamento richiesto dall'Impresa al Contraente;

Impresa
la società cliente del Contraente, che ha stipulato un Finanziamento con il Contraente medesimo, che abbia aderito alla presente Polizza Collettiva;

Impresa di Assicurazione
UniCredit Allianz Vita S.p.A. ;

Intermediario
UniCredit S.p.A., Contraente della Polizza Collettiva;

Modulo di Adesione
il documento sottoscritto dall'Impresa e dall'Assicurato mediante il quale l'Impresa aderisce all'Assicurazione e designa l'Assicurato;

Mutuo
il contratto stipulato tra il Contraente e l'Impresa avente per oggetto la concessione all'Impresa, da parte del Contraente, di un finanziamento a medio e lungo termine, di durata non superiore a 120 (centoventi) mesi, non garantito da ipoteca su immobili;

Periodo di Carenza
il periodo di tempo immediatamente successivo alle ore 24 del giorno di decorrenza dell'Assicurazione durante il quale la garanzia non è operante. Se il Sinistro si verifica in tale periodo, l'Impresa di Assicurazione che presta la garanzia non corrisponde la Prestazione Assicurata;

Periodo di Preammortamento
il periodo di tempo iniziale del Finanziamento durante il quale le rate sono formate per intero da interessi passivi senza alcuna quota relativa al capitale;

Polizza Collettiva
il documento che prova l'Assicurazione stipulata dal Contraente nell'interesse di più Assicurati;

Premio
la somma dovuta dall'Impresa all'Impresa di Assicurazione in relazione all'Assicurazione;

Prestazione Assicurata
la somma dovuta dall'Impresa di Assicurazione, che presta la garanzia, al Beneficiario in caso di Sinistro;

Questionario Medico
il modulo contenente domande sullo stato di salute dell'assicurando atto alla valutazione di assumibilità del rischio.

Rapporto Visita Medica
il modulo che deve essere compilato dall'assicurando e da un medico iscritto all'albo dei medici in Italia con domande sullo stato di salute dell'assicurando atto alla valutazione di assumibilità del rischio.

Sinistro
il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3484
Creditor Protection Finanziamenti con Premio non finanziato
Imprese CHIRO - UniCredit
ad adesione facoltativa

Data ultimo aggiornamento 24-06-2024

Art.1 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa di Assicurazione garantisce il pagamento della Prestazione Assicurata in caso di decesso dell'Assicurato, qualunque possa esserne la causa e senza limiti territoriali, che dovesse verificarsi durante il periodo di validità dell'Assicurazione.
In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza dell'Assicurazione non è prevista alcuna prestazione a carico dell'Impresa di Assicurazione ed il Premio pagato rimane acquisito da quest'ultima.
La Prestazione Assicurata non è cumulabile con eventuali indennizzi per Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 40% o Malattia Grave, corrisposti all'Assicurato ai sensi della collegata Polizza Collettiva contro i Danni n°10025425 stipulata dal Contraente con UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.

Art.2 – Periodo di Carenza

L'Assicurazione è operante senza alcun Periodo di Carenza.

Art.3 - Esclusioni

È escluso dall'Assicurazione il decesso causato da:

a) infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
b) suicidio che avvenga nei primi ventiquattro mesi dalla data di decorrenza dell'Assicurazione;
c) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
d) dolo dei Beneficiari;
e) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
f) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
g) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore oppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;
h) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
i) uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri;
j) pratica da parte dell'Assicurato di paracadutismo, sport aerei in genere;
k) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
l) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio di tali eventi.
m) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

Art.4 - Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva

L'adesione alla Polizza Collettiva avviene mediante la compilazione e sottoscrizione, da parte dell'Impresa e dell'Assicurato stesso, del Modulo di Adesione redatto in duplice copia (rispettivamente per l'Impresa e per il Contraente/ l'Impresa di Assicurazione).
La sottoscrizione del Modulo di Adesione comporta l'obbligo da parte dell'Impresa della contemporanea adesione anche alla collegata Polizza Collettiva contro i Danni n° 10025425, stipulata dal Contraente con UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A., avente per oggetto le garanzie di Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 40%, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia, Malattia Grave e Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia.
Ogni Modulo di Adesione dovrà risultare debitamente sottoscritto in ogni sua parte (ove previsto) e dovrà riportare obbligatoriamente i seguenti dati:

a) Numero di domanda del Finanziamento;
b) Dati societari dell'Impresa;
c) Dati anagrafici dell'Assicurato;
d) Durata del Finanziamento; in caso di Finanziamento già in essere dovrà essere riportata la durata residua;
e) Importo Richiesto del Finanziamento oppure, nel caso di Finanziamento già in essere, Capitale Residuo alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione. Nel caso in cui l'Importo Richiesto del Finanziamento dovesse essere maggiore di € 500.000,00, dovrà essere riportato tale importo massimo;
f) Premio unico anticipato;
g) Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione);
h) Importo della provvigione percepito dall'Intermediario.

4.1 Formalità di ammissione alla Polizza Collettiva

Valutata preventivamente tramite il "Questionario per valutare la coerenza delle richieste ed esigenze assicurative", la coerenza della Polizza Collettiva proposta rispetto alle esigenze dell'assicurando, l'accesso alla copertura assicurativa è subordinato alla compilazione dei moduli (Questionario Medico e Rapporto di Visita Medica) atti a valutare lo stato di salute dell'assicurando.

Avvertenza: Nel caso in cui sussistano in capo all'assicurando più adesioni alla presente Polizza Collettiva o ad altre Polizze Collettive dello stesso tipo stipulate fra il Contraente e Impresa di Assicurazione, l'Importo Richiesto del Finanziamento da considerare ai fini dell'applicazione delle regole definite nella tabella che segue sarà pari alla somma di tutti i singoli importi richiesti relativi all'assicurando stesso.

Importo Richiesto del Finanziamento o Capitale Residuo	Età alla stipula da 18 a 65 anni	Età alla stipula pari o superiore a 66 anni e inferiore a 70 anni
Fino a € 300.000,00	**A** Questionario Medico	**B** Rapporto di Visita Medica
Oltre € 300.000, 00 Fino a € 500.000,00	**B** Rapporto di Visita Medica	**B** Rapporto di Visita Medica

Le informazioni inerenti lo stato di salute fornite all'Impresa di Assicurazione dall'assicurando devono corrispondere a verità ed esattezza, in caso contrario valgono le disposizioni previste dall'**art. 16 "Dichiarazioni inesatte od omissioni**".
Le spese relative alla redazione del Rapporto di Visita Medica, agli esami obbligatori a esso collegati e agli eventuali accertamenti medici richiesti successivamente alla presentazione del Rapporto di Visita medica sono a totale carico dell'Impresa aderente.

4.2 Valutazione dello stato di salute.

La valutazione dello stato di salute ai fini dell'assumibilità del rischio avviene secondo le seguenti modalità:

A. Questionario Medico

Compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico la cui valutazione da parte dell'Impresa di Assicurazione abbia fornito esito positivo.
Una copia del Questionario Medico dovrà rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarla tempestivamente all'Impresa qualora ne faccia richiesta.

B. Rapporto di Visita Medica:

Il Rapporto di Visita Medica debitamente compilato con gli esami obbligatori allegati e l'eventuale documentazione integrativa, devono essere trasmessi all'Impresa di Assicurazione dall'assicurando tramite mail all'indirizzo di posta elettronica Bancass.Danni.Ass.Pol.Coll@allianz.it oppure per posta tramite raccomandata con ricevuta di ritorno A/R all'indirizzo indicato sul documento.
L'impresa di Assicurazione ricevuta tutta la documentazione di cui sopra, provvederà alla valutazione del rischio e comunicherà al Contraente per iscritto l'accettazione o il rifiuto di concedere la copertura assicurativa.

4.3 Adesione alla Polizza Collettiva

Completata la valutazione della coerenza delle richieste ed esigenze assicurative nonché la verifica e di assumibilità del rischio a seguito della valutazione dello stato di salute dell'assicurando, l'Impresa per aderire alla Polizza Collettiva deve compilare e sottoscrivere il Modulo di Adesione alla Polizza (vedi fac-simile del Modulo di Adesione in coda al set informativo) redatto in duplice copia (rispettivamente per l'Impresa, e per il Contraente/l'Impresa di Assicurazione).
L'assicurazione sarà operante nel modo seguente:
Assicurazione Intera – la Prestazione Assicurata iniziale è pari a una percentuale di copertura assicurativa del 100%

4.4 Operatività della Prestazione Assicurata

La Polizza Collettiva è da ritenersi operante esclusivamente nel caso in cui la stipula del Finanziamento avvenga entro 180 (centoottanta) giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.
Qualora tra la data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di stipula del Finanziamento (esclusi i Finanziamenti già in essere) si verifichino variazioni inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, l'Assicurato stesso deve darne immediata comunicazione all'Impresa di Assicurazione, per il tramite del Contraente al fine di espletare nuovamente **le formalità di ammissione** alla Polizza Collettiva.
In caso contrario valgono le disposizioni dell'Art. 16 "Dichiarazioni inesatte od omissioni".
Se alla scadenza del termine di 180 (centoottanta) giorni il contratto di Finanziamento non è stato ancora stipulato, l'adesione alla presente Polizza Collettiva è da ritenersi nulla.
L'Impresa, qualora intendesse aderire nuovamente alla Polizza Collettiva, dovrà pertanto ripetere le formalità di ammissione (vedi Art. 4.1 "Formalità di ammissione alla Polizza Collettiva").

Art.5 – Documentazione da consegnare all'Impresa al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva

All'Impresa dovranno essere consegnati i seguenti documenti:
a) Modulo di Adesione, comprensivo dell' Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza;
b) **Set informativo**.

Una copia del Modulo di Adesione debitamente compilato e sottoscritto, **comprensivo** dell'Informativa privacy, dovrà rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarla tempestivamente all'Impresa di Assicurazione qualora quest'ultima ne faccia richiesta.
Qualunque alterazione, variazione od aggiunta apportata al testo dei documenti di cui sopra, renderà nulla e quindi inoperante l'Assicurazione.

Art.6 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili con la presente Polizza Collettiva le persone che:

a) alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:
   1) abbiano età inferiore a 18 anni o risultino di età pari o superiore a 70 anni;
   2) risultino di età pari o superiore ai 75 anni alla Data di scadenza del Finanziamento;
b) abbiano stipulato un Finanziamento erogato dal Contraente di durata superiore a 120 (centoventi mesi);
c) non siano residenti in Italia;
d) la cui valutazione del Questionario Medico o Rapporto di Visita Medica (ove previsto) da parte dell'Impresa di Assicurazione, abbia avuto esito negativo.

Art.7 - Pagamento del Premio e decorrenza dell'Assicurazione

Il Premio è corrisposto dall'Impresa all'Impresa di Assicurazione **in forma unica ed anticipata per il tramite del Contraente**. Il pagamento da parte dell'Impresa al Contraente avviene mediante addebito sul proprio conto corrente intrattenuto presso il Contraente medesimo.

Per ciascun Assicurato l'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno di stipula del Finanziamento oppure, nel caso di Finanziamenti già in essere, del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione, **a condizione che:**

a) l'Impresa e l'Assicurato abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;
b) l'Assicurato abbia compilato e sottoscritto il Questionario Medico e questo sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa di Assicurazione; ovvero
c) si sia sottoposto a visita medica il cui Rapporto Visita Medica sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa di Assicurazione; e
d) sia stato pagato il relativo Premio.

Art.8 - Durata dell'Assicurazione

Per ciascun Assicurato l'Assicurazione terminerà alla Data di scadenza del Finanziamento sottoscritto dall'Impresa e non potrà comunque avere durata superiore a 120 (centoventi) mesi. Fatto salvo quanto disciplinato dagli artt.9 – "Diritto di recesso dell'Impresa" e 12 – "Estinzione anticipata totale, accollo, surroga del Finanziamento, estinzione anticipata parziale del Finanziamento", l'Assicurazione rimarrà operativa fino alla sua scadenza originaria anche in caso di risoluzione della Polizza Collettiva.

L'Assicurazione cesserà comunque, anche prima della Data di scadenza del Finanziamento e senza alcun rimborso di Premio, dalle ore 24 del giorno in cui verrà liquidata la Prestazione Assicurata per decesso, o l'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale o Malattia Grave derivante dalla Polizza Collettiva contro i Danni n° 10025425 collegata alla presente Polizza Collettiva.

Art.9 – Diritto di recesso dell'Impresa

L'Impresa può recedere dall'Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa.

Il recesso dovrà essere effettuato compilando l'apposito modulo che potrà richiedere presso la sua filiale di riferimento, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

L'Impresa di Assicurazione provvederà al rimborso dell'intero Premio all'Impresa per il tramite del Contraente.

Art.10 - Determinazione del Premio

Per ciascun Assicurato il Premio viene corrisposto in via anticipata e in unica soluzione per tutta la durata dell'Assicurazione ed è determinato applicando la seguente formula.

$$P = T \times N \times Ir$$

dove:

P Premio unico anticipato
T tasso mensile pari a 0,03134%
N Durata del Finanziamento espressa in mesi interi
Ir Importo Richiesto del Finanziamento (nel caso in cui l'Importo Richiesto del Finanziamento dovesse essere maggiore di € 500.000,00, ai fini del calcolo del Premio si terrà conto di tale importo massimo)

Non è previsto alcuno sconto del Premio, neanche in relazione alla Durata dell'Assicurazione**.**

Art.11 – Prestazione Assicurata per singolo Assicurato - Limiti di assicurabilità

La Prestazione Assicurata per ciascun Assicurato è variabile nel tempo; corrisponde inizialmente all'Importo Richiesto del Finanziamento sottoscritto dall'Impresa oppure, nel caso di Finanziamenti già in essere, al Capitale Residuo alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, e successivamente decresce e corrisponde in ogni momento al Capitale Residuo del Finanziamento stesso e risultante alla data del Sinistro.

In caso di Finanziamento erogato per un importo superiore a € 500.000,00, la Prestazione Assicurata, come sopra determinata, sarà ridotta nella proporzione esistente tra € 500.000,00 e l'Importo Erogato del Finanziamento; in nessun caso l'Impresa di Assicurazione sarà tenuta a pagare, per singola adesione, un importo superiore a € 500.000,00.

In nessun caso l'Impresa di Assicurazione sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato un importo superiore a € 500.000,00 anche nel caso in cui sussistano, in capo all'Assicurato medesimo, più adesioni alla presente Polizza Collettiva o a precedenti edizioni della stessa.

La Prestazione Assicurata non può cumularsi con l'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale o per Malattia Grave derivante dalla collegata Polizza Collettiva contro i Danni n° 10025425.

Art.12 – Estinzione anticipata totale, accollo, surroga del Finanziamento, estinzione anticipata parziale del Finanziamento

Nel caso di:

a) estinzione anticipata totale del Finanziamento rispetto alla Data di scadenza del Finanziamento;
b) accollo del Finanziamento da parte di terzi come previsto dall'art.1273 C.C.;

c) trasferimento del Finanziamento ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo;
d) cessazione di qualsiasi rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione con l'Impresa, da parte dell'Assicurato;

l'Assicurazione cesserà a decorrere:

a) dalla data di estinzione anticipata totale del Finanziamento;
b) dalla data di accollo del Finanziamento;
c) dalla data di surroga del Finanziamento
e) dalla data di cessazione di qualsiasi rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione con l'Impresa, da parte dell'Assicurato.

Per tutti i casi sopra elencati, l'Impresa avrà diritto ad ottenere dall'Impresa di Assicurazione il rimborso della quota parte di Premio corrispondente al periodo di garanzia non goduto.

Il calcolo dell'importo da rimborsare per ciascun Assicurato sarà effettuato utilizzando la seguente formula:

$$R = (PPU*(N-K)*DR/((N*CE)*(P1/P0))+H*(N-K)/N)$$

dove:

R = importo da rimborsare
PPU = Premio unico anticipato puro = P/(1+2,5%) – H
N = Durata del Finanziamento espressa in mesi interi
K = durata del periodo di garanzia goduto espressa in mesi interi; il mese di entrata è conteggiato sempre come mese intero indipendentemente dal giorno in cui avviene, il mese di estinzione anticipata non viene considerato indipendentemente dal giorno in cui avviene l'estinzione anticipata.
DR = importo del debito residuo prima dell'estinzione anticipata totale del Finanziamento
CE = importo del capitale erogato del Finanziamento
P0 = Premio unico anticipato;
P1= Premio unico anticipato riproporzionato dopo precedente estinzione anticipata parziale del Finanziamento, nel caso non siano presenti precedenti estinzioni anticipate parziali P1 è uguale a P0;
H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

ESEMPIO

Importo richiesto del Finanziamento pari ad € 100.000,00; durata del Finanziamento 60 mesi. In caso di estinzione anticipata totale del Finanziamento trascorsi i primi 40 mesi di durata dell'Assicurazione, il conteggio di rimborso viene calcolato con i seguenti parametri:

Ppu = € 968,41
H = € 911,99
N = 60
K = 40
DR= € 37.619,32
CE= €100.000,00
P0= € 1.880,40
P1= € 1.880,40
R = € 425,43

L'Impresa potrà, in alternativa alla cessazione dell'Assicurazione come sopra descritta, richiedere espressamente all'Impresa di Assicurazione di mantenere inalterata ed operativa l'Assicurazione medesima fino alla Data di scadenza del Finanziamento originaria; la richiesta dovrà essere formulata per iscritto all'Impresa di Assicurazione tramite il Contraente contestualmente all'operazione di estinzione anticipata totale, di accollo oppure di trasferimento del Finanziamento.

Nel caso di estinzione anticipata parziale del Finanziamento, l'Assicurazione rimane operativa fino alla Data di scadenza del Finanziamento originaria per il Capitale Residuo, così come ricalcolato a seguito della suddetta estinzione anticipata parziale. **L'Impresa avrà diritto ad ottenere dall'Impresa di Assicurazione il rimborso della quota parte di Premio imponibile pagato e non goduto per il tramite del Contraente. In alternativa, l'Impresa potrà richiedere espressamente all'Impresa di Assicurazione, di mantenere inalterata ed operativa l'Assicurazione medesima fino alla Data di scadenza del Finanziamento originaria, come se l'estinzione anticipata parziale non fosse mai avvenuta. La richiesta dovrà essere formulata per iscritto all'Impresa di Assicurazione tramite il Contraente contestualmente all'operazione di estinzione anticipata parziale del Finanziamento.**

Il calcolo dell'importo da rimborsare sarà effettuato utilizzando la seguente formula:

$$R = (PPU*(N-K)*DR/((N*CE)*(P1/P0))+H*(N-K)/N)*Cap:_est/DR$$

dove:

R = importo da rimborsare
PPU = Premio unico anticipato puro = P – H
N = Durata del Finanziamento espressa in mesi interi
K = durata del periodo di garanzia goduto espressa in mesi interi; il mese di entrata è conteggiato sempre come mese intero indipendentemente dal giorno in cui avviene, il mese di estinzione anticipata non viene considerato indipendentemente dal giorno in cui avviene l'estinzione anticipata parziale del Finanziamento
DR = importo del debito residuo prima dell'estinzione anticipata parziale del Finanziamento
CE = importo del capitale erogato del Finanziamento
P0 = Premio unico anticipato
P1= Premio unico anticipato riproporzionato dopo precedente estinzione anticipata parziale del Finanziamento, nel caso non siano presenti precedenti estinzioni anticipate parziali P1 è uguale a P0
H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)
Cap_est = importo dell'estinzione anticipata parziale del Finanziamento versato dall'Impresa

Esempio
Per Finanziamento erogato per un Importo richiesto di € 100.000,00 con durata di 60 mesi, in caso di estinzione anticipata parziale dopo 40 mesi, per un importo versato di € 20.000, il conteggio di rimborso viene calcolato con i seguenti parametri:

Ppu = € 968,41
H = € 911,99
N = 60
K = 40
DR= € 37.619,32
CE= € 100.000,00
P0= € 1.880,40
P1= € 1.880,40
Cap_Est= € 20.000,00
R = € 226,18

In caso di ulteriori e successive estinzioni anticipate parziali del Finanziamento, per ciascuna successiva estinzione anticipata parziale del Finanziamento, verrà utilizzato il valore del Premio unico anticipato e dei costi complessivi opportunamente ricalcolati in base alle risultanze dei suddetti valori conseguenti a precedenti operazioni di estinzione anticipata parziale del Finanziamento.

Il calcolo per la determinazione del Premio unico anticipato riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale del Finanziamento sarà effettuato utilizzando la seguente formula:

$$P1 = P \times \left(1 - \frac{Cap_Est}{DR}\right)$$

Il calcolo per la determinazione dei costi complessivi riproporzionati a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale del Finanziamento sarà effettuato utilizzando la seguente formula:

$$H1 = H \times \left(1 - \frac{Cap_Est}{DR}\right)$$

Art.13 – Estensione territoriale
L'Assicurazione è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo.

Art.14 - Obblighi in caso di 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 all'Impresa di Assicurazione, a mezzo posta (con lettera indirizzata a: UNICREDIT ALLIANZ VITA S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano) oppure consegnata alla filiale di riferimento. Si segnala che presso la filiale di riferimento al momento del decesso dell'Assicurato, nonché direttamente presso l'Impresa di Assicurazione, è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata dal l'avente diritto alla liquidazione. E' possibile acquisire tale modulistica anche direttamente sul sito internet dell'Impresa di Assicurazione (www.unicreditallianzvita.it nella sezione "I nostri servizi - modulistica e procedure"). È comunque consentito all'avente diritto di richiedere la liquidazione della Prestazione Assicurata in forma libera, purché siano presenti le informazioni necessarie per poter procedere alla liquidazione.
Vengono di seguito indicati i documenti da consegnare unitamente alla richiesta scritta di liquidazione:
a) Certificato di morte dell'Assicurato in originale, rilasciato dall'ufficio di Stato Civile in carta semplice;
b) 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.
c) fotocopia di un valido **documento di identità** dei soggetti/persone aventi diritto riportante firma visibile, nonché dei loro codici fiscali;
d) 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 dell'Impresa di Assicurazione da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa;
e) **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 dall'Impresa di Assicurazione sul sito internet www.unicreditallianzvita.it nella sezione "I nostri servizi - modulistica e procedure". 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.
L'Impresa di Assicurazione, 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.).
In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la documentazione sanitaria deve essere certificata da un medico italiano.
L'Impresa di Assicurazione 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 rilasciati 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.15 – Beneficiario - Pagamento della Prestazione Assicurata

In caso di decesso dell'Assicurato il beneficio della Prestazione Assicurata spetta all'Impresa.

In qualsiasi momento l'Impresa – con il consenso scritto dell'Assicurato - può revocare o modificare la designazione del Beneficiario**. La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto all'Impresa di Assicurazione facendo espresso riferimento alla presente Polizza Collettiva.**

La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi (art. 1921 del Codice Civile):

a) dopo che il Beneficiario abbia dichiarato per iscritto all'Impresa di Assicurazione l'accettazione del beneficio;
b) dopo che, verificatosi l'evento previsto per la liquidazione della Prestazione Assicurata, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto all'Impresa di Assicurazione di volersi avvalere del beneficio.

Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

Ai sensi dell'art.1920 del Codice Civile, i Beneficiari acquistano, per effetto della designazione, un diritto proprio nei confronti dell'Impresa di Assicurazione. Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

L'Impresa di Assicurazione verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti i debiti accertamenti, entro 30 giorni determina l'ammontare della Prestazione Assicurata che risulti dovuta nei confronti dell'Impresa, o del diverso Beneficiario designato e provvede alla corresponsione dello stesso. Entro il medesimo termine l'Impresa di Assicurazione comunica eventuali circostanze ostative alla corresponsione della Prestazione Assicurata.

Art.16 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Impresa o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla Prestazione Assicurata nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art.17 – Altre assicurazioni

Resta convenuto che la copertura assicurativa prestata dall'Impresa di Assicurazione con la presente Polizza Collettiva può cumularsi con altre polizze a favore dell'Impresa o dell'Assicurato.

Art.18 - Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art.19 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non diversamente o espressamente regolato dalle presenti Condizioni di Assicurazione, valgono le norme di legge.

UniCredit | Allianz Vita

FAC-SIMILE DEL MODULO DI ADESIONE
Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3484
Creditor Protection Finanziamenti con Premio non finanziato
Imprese CHIRO - UniCredit ad adesione facoltativa

Data ultimo aggiornamento 10/06/2024

Dati Finanziamento

Domanda di Finanziamento n° _____

Dati Impresa

Ragione sociale _____ Partita IVA/Codice Fiscale _____

Dati Assicurato

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____

Importo Richiesto del Finanziamento oppure, in caso di Finanziamento già in essere, Capitale Residuo alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:

€ _____

Dati copertura assicurativa

Durata del Finanziamento in mesi oppure, in caso di Finanziamenti già in essere, Durata Residua in mesi _____

Somma assicurata: pari all'importo sopra riportato e coincidente all'Importo Richiesto del Finanziamento oppure, in caso di Finanziamento già in essere, al Capitale Residuo alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione. Nel caso di Importo Richiesto del Finanziamento o di Capitale Residuo superiore a € 500.000,00, la somma assicurata è pari a € 500.000,00.

Premio unico anticipato

€ _____

Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

€ _____

Provvigioni percepite dall'Intermediario

38,50% sul Premio pari a €_____

La sottoscritta Impresa:

PRENDE ATTO che **UniCredit S.p.A.** (**"Banca"**) ha stipulato con **UniCredit Allianz Vita S.p.A.**, per conto dei propri clienti intestatari di un Finanziamento da essa erogato, la Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3484 (**"Polizza"**) concernente una copertura assicurativa per il caso di decesso e ha stipulato con UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A. la Polizza Collettiva contro i Danni n°10025425 con Premio unico anticipato per tutta la durata del Finanziamento. Tali Polizze Collettive sono riservate ai sottoscrittori di un contratto di Finanziamento con la Banca medesima. L'adesione ad una delle due Polizze Collettive comporta la contestuale adesione, da parte dell'Impresa, anche all'altra Polizza Collettiva in quanto le due componenti vita e danni risultano inscindibili al fine di assicurare la completa copertura del bisogno di protezione dell'Impresa stessa.

DICHIARA di essere consapevole che l'adesione alla presente **Polizza** è facoltativa.

DICHIARA di avere ricevuto da parte del Contraente, prima dell'adesione alla **Polizza**, copia integrale del **set informativo**, comprensivo del documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi (Dip Vita), del documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi (Dip Aggiuntivo Multirischi), delle Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, del Fac-Simile del Modulo di Adesione ed Informativa privacy - ai sensi del Regolamento IVASS n°41 del 2 agosto 2018 e successive modifiche e/o integrazioni.

DICHIARA di avere letto, approvare ed accettare le Condizioni di Assicurazione contenute nel **set informativo** ricevuto.

DICHIARA di essere consapevole che il contratto assicurativo prevede limitazioni ed esclusioni, periodi di carenza e periodi di franchigia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della Prestazione Assicurata.

DICHIARA di aver ricevuto e di conoscere ed accettare l'Informativa sul trattamento dei dati personali e sulle tecniche di comunicazione a distanza resa dall'Impresa di Assicurazione ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 inserita nell'informativa precontrattuale.

DICHIARA di aderire alla **Polizza**.

PRENDE ATTO che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno di stipula del Finanziamento oppure, in caso di Finanziamento già in essere, del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione, a condizione che: a) sia stato sottoscritto il presente Modulo di Adesione; b) sia stato prodotto il Questionario Medico debitamente compilato e sottoscritto oppure il Rapporto di Visita Medica (ove previsto) e questi siano stato valutati positivamente ed accettati preventivamente da **UniCredit Allianz Vita S.p.A.**; c) sia stato pagato il relativo Premio, e termina alla data di scadenza dell'ultima rata del Finanziamento, così come prevista dal piano di ammortamento o di rientro originario.

FAC-SIMILE

PRENDE ATTO che la Prestazione Assicurata iniziale non può essere superiore a € 500.000,00; in caso di Finanziamento richiesto o Capitale Residuo, per i Finanziamenti già in essere, di importo superiore a € 500.000,00, il calcolo della Prestazione Assicurata sarà effettuato tenendo conto della proporzione esistente tra € 500.000,00 e l'Importo Richiesto del Finanziamento o l'importo del Capitale Residuo. In nessun caso (nemmeno qualora il Finanziamento erogato sia di importo superiore a € 500.000,00) **UniCredit Allianz Vita S.p.A.** sarà tenuta a corrispondere un importo superiore a € 500.000,00.

DESIGNA come Assicurato la persona sopra indicata.

AUTORIZZA la Banca a trasmettere a **UniCredit Allianz Vita S.p.A**. le informazioni, contenute nel contratto di Finanziamento, necessarie per l'esecuzione della Polizza**.**

DÀ MANDATO irrevocabile alla **Banca** di effettuare in nome e per conto proprio il pagamento del Premio a favore di **UniCredit Allianz Vita S.p.A..** Il pagamento di tale Premio da parte propria alla **Banca** avverrà mediante addebito sul proprio conto corrente intrattenuto presso la **Banca** medesima.

Data _____ Firma Legale Rappresentante dell'Impresa o di altro soggetto munito dei necessari poteri per impegnare l'Impresa aderente

_____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Agli effetti della validità della **Polizza** **DICHIARO** espressamente di:
a) esprimere il consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla mia vita ai sensi dell'art.1919 del Codice Civile;
b) prendere atto che, per il caso di decesso, il beneficio della Prestazione Assicurata in base alla presente **Polizza** spetta all'**Impresa.**

Firma Assicurato _____

QUESTIONARIO MEDICO E RAPPORTO DI VISITA MEDICA

Ai fini dell'Assicurazione, l'Assicurato **DICHIARA** di aver compilato e sottoscritto il Questionario Medico preventivamente ricevuto (trattenendone copia) e/o di aver fornito il Rapporto di Visita Medica (corredato dalla relativa documentazione sanitaria integrativa richie sta) ove previsto, e che la valutazione rilasciata da **UniCredit Allianz Vita S.p.A.** ha fornito esito positivo.

Firma Assicurato _____

AVVERTENZE SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MEDICO

- **le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valuta zione del rischio da parte di UniCredit Allianz Vita S.p.A., possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa ai sen si degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.**
- **prima della sottoscrizione del Questionario Medico l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in ess o contenute.**
- **l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certif icare l'effettivo stato di salute, con costi a proprio carico**

DIRITTO DI RECESSO DELL'IMPRESA

L'Impresa può recedere dall'Assicurazione **entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa**. Il recesso dovrà essere effettuato compilando l'apposito modulo presso la sua filiale di riferimento, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Impresa e l'Assicurato, preso atto dell'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali - contenuta nel presente Modulo di Adesione – acconsentono al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati nonché per le finalità connesse alla conclusione ed all'esecuzione del presente contratto assicurativo.

Firma Legale Rappresentante dell'Impresa o di altro soggetto munito dei necessari poteri per impegnare l'Impresa aderente

_____

Firma Assicurato _____

FAC SIMILE

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 email 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 email dpo@unicreditallianzvita.it.

2. Categorie di dati trattati

UniCredit Allianz Vita tratterà le seguenti categorie di dati:

a. dati anagrafici,
b. dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita,
c. 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),
d. dati sensibili quali i dati relativi alla salute per visite mediche,
e. 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 persone 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 persone 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 ridistribuzione del rischio assicurativo tramite riassicurazioni	Legittimo interesse del titolare a creare gestire in	a. Dati anagrafici b. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita	Vita

FACSIMILE

		modo corretto il rischio assicurativo (art. 6 lett. f GDPR)		
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

FACSIMILE

4. <u>Tempi di conservazione</u>

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 far 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 Assicurazioni:

- 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.

Decorsi 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 di liquidazione sinistri.

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, banche, 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, 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 ad 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 telefonando al numero 02.72164259 oppure scrivendo all'indirizzo e-mail 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 telefonando al numero 02.72164259 oppure scrivendo all'indirizzo e-mail 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 intelleggibile;**
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 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 a 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.

UniCredit | Allianz

Assicurazioni

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizza Collettiva di Assicurazione contro i Danni

N°10025425

Creditor Protection Finanziamenti

con Premio non finanziato

Imprese CHIRO - UniCredit

ad adesione facoltativa

AVVERTENZA

Il presente documento, composto da Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, del Fac-simile del Modulo di Adesione ed Informativa privacy deve essere consegnato all'Impresa prima dell'adesione alla Polizza Collettiva.

Edizione: 24/06/2024 – Ultimo aggiornamento: 24/06/2024

Indice

GLOSSARIO 3
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 6
Art.1 – Sezioni della Polizza Collettiva 6
Art.2 – Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva 6
2.1 Formalità di ammissione alla Polizza Collettiva 6
2.2 Valutazione dello stato di salute 6
2.3 Adesione alla Polizza Collettiva 6
2.4 Operatività della Polizza Collettiva 7
Art.3 – Documentazione da consegnare all'Impresa al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva 7
Art.4 - Persone non assicurabili 7
Art.5 - Pagamento del Premio e decorrenza dell'Assicurazione 7
Art.6 - Durata dell'Assicurazione 7
Art.7 – Diritto di recesso dell'Impresa 8
Art.8 - Determinazione del Premio 8
Art.9 – Estinzione anticipata totale, accollo, surroga del Finanziamento – Recesso dell'Impresa – Estinzione anticipata parziale del Finanziamento 8
Art.10 – Procedura per la valutazione del danno 10
Art.11 – Pagamento dell'indennizzo 10
Art.12 - Dichiarazioni inesatte od omissioni 10
Art.13 – Altre assicurazioni 10
Art.14 - Modifiche dell'Assicurazione 10
Art.15 - Rinvio alle norme di legge 10
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER LA SEZIONE I INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA DI GRADO PARI O SUPERIORE AL 40% 11
Art.16 - Oggetto dell'Assicurazione 11
Art.17 – Periodo di Carenza 11
Art.18 - Esclusioni 11
Art.19 – Somma assicurata per singolo Assicurato - Limiti di assicurabilità 11
Art.20 – Invalidità Permanente Totale derivante da Infortunio di grado pari o superiore al 40% 12
Art.21 - Invalidità Permanente Totale derivante da Malattia di grado pari o superiore al 40% 12
Art.22 – Precedenti Indennizzi 13
Art.23 – Estensione territoriale 13
Art.24 - Obblighi in caso di Sinistro 13
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER LA SEZIONE II INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA . 13
Art.25 – Oggetto dell'Assicurazione 13
Art.26 – Periodo di Carenza 13
Art.27 - Esclusioni 13
Art.28 – Estensione territoriale 14
Art.29 - Obblighi in caso di Sinistro 14
Art.30 – Denunce Successive 14
Art.31 – Periodo di Franchigia 14
Art.32 – Determinazione dell'Indennizzo 14
Art.33 – Limiti di Indennizzo 15
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER LA SEZIONE III MALATTIA GRAVE 15
Art.34 – Oggetto dell'Assicurazione 15
Art.35 – Periodo di Carenza 15
Art.36 - Esclusioni 15
Art.37 – Somma assicurata per singolo Assicurato - Limiti di assicurabilità 15
Art.38 – Malattia Grave 15
Art.39 – Precedenti Indennizzi 16
Art.40 – Estensione territoriale 16
Art.41 - Obblighi in caso di Sinistro 16
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER LA SEZIONE IV RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO O MALATTIA 16
Art.42 – Oggetto dell'Assicurazione 16
Art.43 – Periodo di Carenza 16
Art.44 - Esclusioni 16
Art.45 – Estensione territoriale 17
Art.46 - Obblighi in caso di Sinistro 17
Art.47 – Denunce Successive 17
Art.48 – Periodo di Franchigia 17
Art.49 – Determinazione dell'Indennizzo 17
Art.50 – Limiti di Indennizzo 18
TABELLA INAIL - PERCENTUALI INVALIDITÀ PERMANENTE D.P.R. 30-06-65 Nº1124 19

GLOSSARIO
Polizza Collettiva di Assicurazione contro i Danni n°10025425
Creditor Protection Finanziamenti con Premio non finanziato
Imprese CHIRO - UniCredit
ad adesione facoltativa

Data ultimo aggiornamento 24-06-2024

Ai seguenti termini, le parti attribuiscono convenzionalmente il significato sotto precisato:

Apertura di credito
il contratto stipulato tra il Contraente e l'Impresa, di durata non superiore a 120 (centoventi) mesi, non garantito da ipoteca su immobili, avente per oggetto la messa a disposizione dell'Impresa, da parte del Contraente, di una somma predeterminata utilizzabile in una o più volte nei limiti disponibili; l'Impresa potrà, con successivi versamenti, ripristinare la disponibilità del credito. La somma finanziata dovrà essere restituita dall'Impresa al Contraente secondo un piano di rientro predeterminato;

Assicurato
il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione vale a dire la persona fisica, collaboratore, socio o dipendente, di rilevante importanza per l'Impresa, designata dall'Impresa stessa sul Modulo di Adesione;

Assicurazione
il contratto di assicurazione;

Capitale Residuo
il debito residuo in linea capitale a carico dell'Impresa relativamente al Finanziamento, così come rilevabile dal piano di ammortamento finanziario originario del Finanziamento, o dal piano di rientro dell'Apertura di Credito, al netto di eventuali rate insolute e di eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse.
Nel caso di Finanziamento di nuova erogazione con Periodo di Preammortamento:

a) durante tale periodo il Capitale Residuo rimane costante e pari all'Importo Richiesto del Finanziamento; non sono quindi compresi gli interessi maturati su tale importo;
b) dalla data di scadenza di tale periodo il Capitale Residuo è pari al debito residuo in linea capitale a carico dell'Impresa relativamente al Finanziamento, calcolato in base ad un piano di ammortamento al netto di eventuali rate insolute e di eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse;

Contraente
il soggetto che stipula l'Assicurazione con l'Impresa di Assicurazione per conto degli Assicurati e cioè UniCredit S.p.A.;

Data di scadenza del Finanziamento
la data di scadenza dell'ultima rata del Finanziamento, così come prevista dal piano di ammortamento o di rientro originario; tale data rimane inalterata anche nel caso di successive modifiche del piano di ammortamento o di rientro originario;

Durata dell'Assicurazione
La durata, espressa in mesi interi, del periodo di tempo intercorrente tra la data di decorrenza e la data di scadenza del contratto di assicurazione, durante il quale le coperture assicurative previste risultano valide;

Durata del Finanziamento
la durata, espressa in mesi interi (approssimando all'intero superiore), del periodo di tempo intercorrente tra la data di stipula oppure, nel caso di Finanziamenti già in essere, la data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, e la Data di scadenza del Finanziamento o dell'Apertura di credito, compreso eventuale periodo di preammortamento;

Finanziamento
Il Mutuo o l'Apertura di Credito;

Importo Richiesto del Finanziamento
l'importo del Finanziamento richiesto dall'Impresa al Contraente;

Impresa
la società cliente del Contraente, che ha stipulato un Finanziamento con il Contraente medesimo, che abbia aderito alla presente Polizza Collettiva;

Impresa di Assicurazione
UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A. ;

Inabilità Temporanea Totale
la perdita temporanea ed in misura totale della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria Normale Attività Lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia;

Indennizzo
la somma dovuta dall'Impresa di Assicurazione che presta la garanzia in caso di Sinistro;

Infortunio
ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili;

Intermediario
UniCredit S.p.A., Contraente della Polizza Collettiva;

Invalidità Permanente
la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile da parte dell'Assicurato, a causa di Infortunio o Malattia, della capacità di svolgere un lavoro proficuo, con espresso riferimento alla Normale Attività Lavorativa svolta dall'Assicurato;

Invalidità Permanente Totale
l'Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 40%;

Malattia
l'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio e che può essere accertata mediante certificazione medica;

Malattia Grave
a) **Tumore**: neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Non sono considerati Malattia Grave i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio, i tumori ovarici, i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del II, III e IV stadio di Clarcke, il sarcoma di Kaposi;
b) **Cardiopatia Coronarica, che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare**, nell'ipotesi in cui venga effettuato su consiglio di uno specialista in cardiologia un intervento chirurgico a cuore aperto, per correggere una restrizione o ostruzione di una o più arterie coronariche mediante by-pass coronario;
c) **Infarto Miocardico**: evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri:
   1) storia del dolore cardiaco tipico;
   2) comparsa di nuove modificazioni tipiche all'ECG;
   3) modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci;
d) **Ictus cerebrale**: Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, e cc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza;
e) **Insufficienza renale**: Malattia renale irreversibile in dialisi cronica;
f) **Coma**: lo stato di incoscienza con assenza di reazione agli stimoli esterni o interni, persistente e accompagnato dall'utilizzo di sistemi di supporto vitale per un periodo di almeno 72 ore, producendo un deficit neurologico permanente irreversibile. Non è considerato Coma lo stato di incoscienza indotto farmacologicamente;
g) **Paralisi degli arti**: perdita totale e irreversibile delle funzioni muscolari della totalità di uno qualsiasi dei due arti. La condizione deve essere confermata da un consulente neurologo e da esami di imaging;
h) **Sclerosi multipla**: malattia neurodegenerativa che colpisce il sistema nervoso centrale. Deve essere riscontrato un deterioramento clinico attuale della funzione sensoria o motoria, che deve essersi protratto per un periodo continuo di almeno 6 mesi. La diagnosi deve essere inequivocabile e deve essere emessa da uno specialista. La diagnosi è basata su tecniche di indagine come l'imaging, l'analisi del fluido cerebrospinale e i potenziali evocati;
i) **Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi**: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo; è necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato;
j) **Malattia che causi uno stato di Invalidità Permanente** di grado pari o superiore al 30% ma inferiore al 40%;

Modulo di Adesione
il documento sottoscritto dall'Impresa e dall'Assicurato mediante il quale lo stesso aderisce all'Assicurazione;

Mutuo
il contratto stipulato tra il Contraente e l'Impresa avente per oggetto la concessione all'Impresa, da parte del Contraente, di un finanziamento a medio e lungo termine, di durata non superiore a 120 (centoventi) mesi, non garantito da ipoteca su immobili;

Normale Attività Lavorativa
l'attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato immediatamente prima del Sinistro, ovvero una consimile attività retribuita o comunque produttiva di reddito tale da non modificare le possibilità economiche dell'Assicurato;

Periodo di Carenza
il periodo di tempo immediatamente successivo alle ore 24 del giorno di decorrenza dell'Assicurazione durante il quale la garanzia non è operante. Se il Sinistro si verifica in tale periodo, l'Impresa di Assicurazione che presta la garanzia non paga alcun Indennizzo

Periodo di Preammortamento
il periodo di tempo iniziale del Finanziamento durante il quale le rate sono formate per intero da interessi passivi senza alcuna quota relativa al capitale;

Periodo di Franchigia
il periodo di tempo per il quale deve protrarsi un Sinistro di Inabilità Temporanea Totale, indennizzabile a termini della Polizza Collettiva, affinché l'Assicurato abbia diritto al primo Indennizzo;

Polizza Collettiva
il documento che prova l'Assicurazione stipulata dal Contraente nell'interesse di più Assicurati;

Premio
la somma dovuta dall'Impresa all'Impresa di Assicurazione in relazione all'Assicurazione;

Questionario Medico
il modulo contenente domande sullo stato di salute dell'assicurando atto alla valutazione di assumibilità del rischio;

Rapporto Visita Medica
il modulo che deve essere compilato dall'assicurando e da un medico iscritto all'albo dei medici in Italia con domande sullo stato di salute dell'assicurando atto alla valutazione di assumibilità del rischio;

Ricovero Ospedaliero
la degenza dell'Assicurato in Istituto di Cura, ininterrotta e con pernottamento, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in strutture ambulatoriali;

Sinistro
il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Polizza Collettiva di Assicurazione contro i Danni n°10025425
Creditor Protection Finanziamenti con Premio non finanziato
Imprese CHIRO - UniCredit
ad adesione facoltativa

Data ultimo aggiornamento 24-06-2024

Art.1 – Sezioni della Polizza Collettiva

La presente Polizza Collettiva prevede le seguenti sezioni:

I Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 40%
II Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia
III Malattia Grave
IV Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia

Per ciascuna sezione l'oggetto dell'Assicurazione è disciplinato dall'apposito articolo riportato all'interno della sezione medesima. La disciplina di cui ai seguenti articoli dal 2 al 15, risulta applicabile indifferentemente a tutte le sezioni sopra indicate.

Art.2 – Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva

L'adesione alla Polizza Collettiva avviene mediante la compilazione e sottoscrizione, da parte dell'Impresa e dell'Assicurato stesso, del Modulo di Adesione redatto in duplice copia (rispettivamente per l'Impresa e per il Contraente/l'Impresa di Assicurazione).

2.1 Formalità di ammissione alla Polizza Collettiva

Valutata preventivamente tramite il "Questionario per valutare la coerenza delle richieste ed esigenze assicurative", la coerenza della Polizza Collettiva proposta rispetto alle esigenze dell'Impresa, l'accesso alla copertura assicurativa è subordinato alla compilazione di moduli (Questionario Medico o Rapporto di Visita Medica) atti a valutare lo stato di salute dell'assicurando.

Avvertenza: Nel caso in cui sussistano in capo all'assicurando più adesioni alla presente Polizza Collettiva o ad altre Polizze Collettive dello stesso tipo stipulate fra il Contraente e l'Impresa di Assicurazione, l'Importo Richiesto del Finanziamento da considerare ai fini dell'applicazione delle regole definite nella tabella che segue sarà pari alla somma di tutti i singoli importi richiesti relativi all'assicurando stesso.

Importo Richiesto del Finanziamento o Capitale Residuo	**Età alla stipula da 18 a 65 anni**	**Età alla stipula pari o superiore a 66 anni e inferiore a 70 anni**
Fino a € 300.000,00	**A** Questionario Medico	**B** Rapporto di Visita Medica
Oltre € 300.000, 00 Fino a € 500.000,00	**B** Rapporto di Visita Medica	**B** Rapporto di Visita Medica

Le informazioni inerenti lo stato di salute fornite all'Impresa di Assicurazione dall' assicurando devono corrispondere a verità ed esattezza, in caso contrario valgono le disposizioni previste dall'articolo 13 "**Dichiarazioni inesatte od omissioni**".
Le spese relative alla redazione del Rapporto di Visita Medica, agli esami obbligatori ad esso collegati ed agli eventuali accertamenti medici richiesti successivamente alla presentazione del Rapporto di Visita Medica sono a totale carico dell'Impresa aderente alla Polizza Collettiva.

2.2 Valutazione dello stato di salute

La valutazione dello stato di salute ai fini dell'assumibilità del rischio avviene secondo le seguenti modalità:

A. Questionario Medico

Compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico la cui valutazione da parte dell'Impresa di Assicurazione abbia fornito esito positivo.
Una copia del Questionario Medico dovrà rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarla tempestivamente all'Impresa di Assicurazione qualora ne faccia richiesta.

B. Rapporto di Visita Medica

Il Rapporto di Visita Medica debitamente compilato con gli esami obbligatori allegati, e l'eventuale documentazione integrativa, devono essere trasmessi all'Impresa di Assicurazione dall'assicurando tramite mail all'indirizzo di posta elettronica Bancass.Danni.Ass.Pol.Coll@allianz.it oppure per posta tramite raccomandata con ricevuta di ritorno A/R all'indirizzo indicato sul documento.
L'impresa di Assicurazione ricevuta tutta la documentazione di cui sopra, provvederà alla valutazione del rischio e comunicherà al Contraente per iscritto l'accettazione o il rifiuto di concedere alla copertura assicurativa.

2.3 Adesione alla Polizza Collettiva

Completata la valutazione della coerenza delle richieste ed esigenze assicurative nonché la verifica di assumibilità del rischio a seguito della valutazione dello stato di salute dell'assicurando, l'Impresa per aderire alla Polizza Collettiva è tenuto a compilare e sottoscrivere il Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva (vedi fac-simile del Modulo di Adesione in coda alle presenti Condizioni di Assicurazione) redatto in duplice copia (rispettivamente per l'Impresa e per il Contraente/l'Impresa di Assicurazione).

La sottoscrizione del Modulo di Adesione comporta l'obbligo da parte dell'Impresa della contemporanea adesione anche alla collegata Polizza Collettiva Vita n° 3484, stipulata dal Contraente con UniCredit Allianz Vita S.p.A., avente per oggetto la garanzia decesso.
Ogni Modulo di Adesione dovrà risultare debitamente sottoscritto in ogni sua parte (ove previsto) e dovrà riportare obbligato riamente i seguenti dati:

a) Numero di domanda del Finanziamento;
b) Dati societari dell'Impresa;
c) Dati anagrafici dell'Assicurato;
d) Durata del Finanziamento; in caso di Finanziamento già in essere dovrà essere riportata la durata residua;
e) Importo Richiesto del Finanziamento oppure, nel caso di Finanziamento già in essere, Capitale Residuo alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione. Nel caso in cui l'Importo Richiesto del Finanziamento dovesse essere maggiore di € 500.000,00, dovrà essere riportato tale importo massimo;
f) Premio unico anticipato;
g) Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione);
h) Importo della provvigione percepito dall'Intermediario.

Con riguardo alla percentuale di quota assicurativa, vale quanto segue:
Assicurazione Intera – la Somma Assicurata iniziale è pari a una percentuale di copertura assicurativa del 100%;

2.4 Operatività della Polizza Collettiva
La Polizza Collettiva è da ritenersi operante esclusivamente nel caso in cui la stipula del Finanziamento avvenga entro 180 (centottanta) giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.
Qualora tra la data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di stipula del Finanziamento (esclusi i Finanziamenti già in essere) si verifichino variazioni inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, l'Assicurato stesso deve darne immediata comunicazione all'Impresa di Assicurazione, per il tramite del Contraente al fine di espletare nuovamente **le formalità di ammissione** alla Polizza Collettiva.
In caso contrario valgono le disposizioni dell'articolo 13 "Dichiarazioni inesatte od omissioni".
Se alla scadenza del termine di 180 (centoottanta) giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione il contratto di Finanziamento non è stato ancora stipulato, l'adesione alla presente Polizza Collettiva è da ritenersi nulla.
L'Impresa, qualora intendesse aderire nuovamente alla Polizza Collettiva, dovrà pertanto ripetere la procedura di cui al presente articolo 2 - **Procedura di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva**.

Art.3 – Documentazione da consegnare all'Impresa al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva
All'Impresa dovranno essere consegnati i seguenti documenti:

a) Modulo di Adesione comprensivo dell'Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza;
b) **Set informativo**.

Una copia del Modulo di Adesione debitamente compilata e sottoscritta e dell'Informativa privacy dovrà rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarla tempestivamente all'Impresa di Assicurazione qualora quest'ultima ne faccia richiesta.
Qualunque alterazione, variazione od aggiunta apportata al testo dei documenti di cui sopra, renderà nulla e quindi inoperant e l'Assicurazione.

Art.4 - Persone non assicurabili
Non sono assicurabili con la presente Polizza Collettiva le persone che:

a) alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:
  1) abbiano età inferiore a 18 anni o risultino di età pari o superiore a 70 anni;
  2) risultino di età pari o superiore ai 75 anni alla Data di scadenza del Finanziamento;
b) abbiano stipulato un Finanziamento erogato dal Contraente di durata superiore a 120 (centoventi) mesi;
c) non siano residenti in Italia;
d) la cui valutazione del Questionario Medico o Rapporto di Visita Medica (ove previsto) da parte dell'Impresa di Assicurazione, abbia avuto esito negativo.

Art.5 - Pagamento del Premio e decorrenza dell'Assicurazione
Il Premio è corrisposto dall'Impresa all'Impresa di Assicurazione in forma unica ed anticipata per il tramite del Contraente. Il pagamento da parte dell'Impresa al Contraente avviene mediante addebito sul proprio conto corrente intratten uto presso il Contraente medesimo.
Per ciascun Assicurato l'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno di stipula del Finanziamento oppure, nel caso di Finanziamento già in essere, del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione, **a condizione** che:

a) l'Impresa e l'Assicurato abbiano sottoscritto il Modulo di Adesione;
b) l'Assicurato abbia compilato e sottoscritto il Questionario Medico e questo sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa di Assicurazione; ovvero
c) si sia sottoposto a visita medica il cui Rapporto Visita Medica (ove previsto) sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa di Assicurazione; e
d) sia stato pagato il relativo Premio.

Durante l'eventuale Periodo di Preammortamento saranno operanti soltanto le garanzie "Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 40%" e la garanzia "Malattia Grave". La garanzia " Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia" non sarà operante ma per tale garanzia decorrerà comunque il relativo Periodo di Carenza.

Art.6 - Durata dell'Assicurazione
Per ciascun Assicurato l'Assicurazione terminerà alla Data di scadenza del Finanziamento sottoscritto dall'Impresa e non potrà comunque avere durata superiore a 120 (centoventi) mesi.

Fatto salvo quanto disciplinato dagli artt.7 – "Diritto di recesso dell'Impresa" e 9 – "Estinzione anticipata totale, accollo, surroga del Finanziamento – Recesso dell'Impresa - Estinzione anticipata parziale del Finanziamento", l'Assicurazione rimarrà operativa fino alla sua scadenza originaria anche in caso di risoluzione della Polizza Collettiva.
L'Assicurazione cesserà comunque, anche prima della Data di scadenza del Finanziamento e senza alcun rimborso di Premio, in caso di liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40% o Malattia Grave, oppure in caso di decesso dell'Assicurato.

Art.7 – Diritto di recesso dell'Impresa
L'Impresa può recedere dall'Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa.
Il recesso dovrà essere effettuato compilando l'apposito modulo che potrà richiedere presso la sua filiale di riferimento, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.
L'Impresa di Assicurazione provvederà al rimborso dell'intero Premio all'Impresa per il tramite del Contraente. Inoltre, in considerazione della durata poliennale dell'Assicurazione, alla sola Impresa è riconosciuta la facoltà di recedere anticipatamente dall'Assicurazione stessa, con effetto da ciascuna scadenza annuale successiva alla data di decorrenza dell'Assicurazione, **con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto alla scadenza della singola annualità.** Il recesso dovrà essere effettuato compilando l'apposito modulo che potrà richiedere presso la sua filiale di riferimento, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. Il Contraente provvederà a darne comunicazione all'Impresa di Assicurazione. L'Impresa di Assicurazione provvederà, per il tramite del Contraente, al rimborso all'Impresa della quota parte di Premio imponibile corrispondente al periodo di garanzia non goduto, secondo quanto disposto dal successivo art.9 - Estinzione anticipata totale, accollo, surroga del Finanziamento – Recesso dell'Impresa - Estinzione anticipata parziale del Finanziamento.
Resta inteso che, anche in caso di esercizio del diritto di recesso annuale da parte dell'Impresa, previsto dal presente articolo, la collegata Polizza Collettiva Vita n° 3484, resterà in vigore.

Art.8 - Determinazione del Premio
Per ciascun Assicurato il Premio viene corrisposto dall'Impresa in via anticipata e in unica soluzione per tutta la durata dell'Assicurazione ed è determinato applicando la seguente formula.

$$P = T \times N \times Ir$$

dove:
P Premio unico anticipato inclusivo di imposte (nella misura del 2,50%)
T tasso mensile pari a 0,05560%
N Durata del Finanziamento espressa in mesi interi
Ir Importo Richiesto del Finanziamento oppure, Capitale Residuo nel caso di Finanziamento già in essere (nel caso in cui l'Importo Richiesto del Finanziamento oppure il Capitale Residuo dovesse essere maggiore di € 500.000,00, ai fini del calcolo del Premio si terrà conto di tale importo massimo).

Art.9 – Estinzione anticipata totale, accollo, surroga del Finanziamento – Recesso dell'Impresa – Estinzione anticipata parziale del Finanziamento
Nel caso di:
a) estinzione anticipata totale del Finanziamento rispetto alla Data di scadenza del Finanziamento;
b) accollo del Finanziamento da parte di terzi come previsto dall'art.1273 C.C.;
c) trasferimento del Finanziamento ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo;
d) recesso dell'Impresa in relazione alla durata poliennale dell'Assicurazione ai sensi del precedente art.7;
e) cessazione di qualsiasi rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione con l'Impresa, da parte dell'Assicurato
l'Assicurazione cesserà a decorrere:
a) dalla data di estinzione anticipata totale del Finanziamento;
b) dalla data di accollo del Finanziamento;
c) dalla data di surroga del Finanziamento;
d) dalla data di scadenza di ogni singola annualità dell'Assicurazione in caso di esercizio del diritto di recesso, in relazione alla durata poliennale dell'Assicurazione, esercitato nei termini e nelle modalità indicate al precedente art. 7;
e) cessazione di qualsiasi rapporto di collaborazione, dipendenza o associazione con l'Impresa, da parte dell'Assicurato.
Per tutti i casi sopra elencati, l'Impresa avrà diritto ad ottenere dall'Impresa di Assicurazione il rimborso della quota parte di Premio corrispondente al periodo di garanzia non goduto.
Il calcolo dell'importo da rimborsare per ciascun Assicurato sarà effettuato utilizzando la seguente formula:

$$R = (PPU*(N-K)*DR/((N*CE)*(P1/P0))+H*(N-K)/N)$$

dove:
R = importo da rimborsare
PPU = Premio unico anticipato puro = P/(1+2,5%) – H
N = Durata del Finanziamento espressa in mesi interi
K = durata del periodo di garanzia goduto espressa in mesi interi; il mese di entrata è conteggiato sempre come mese intero indipendentemente dal giorno in cui avviene, il mese di estinzione anticipata non viene considerato indipendentemente dal giorno in cui avviene l'estinzione anticipata.
DR = Importo del debito residuo prima dell'estinzione anticipata totale del Finanziamento
CE = Importo del Capitale erogato del Finanziamento

P0 = Premio unico anticipato imponibile;
P1= Premio unico anticipato imponibile riproporzionato dopo precedente estinzione anticipata parziale del Finanziamento, nel caso non siano presenti precedenti estinzioni anticipate parziali P1 è uguale a P0;
H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

L'Impresa di Assicurazione provvederà al rimborso del Premio all'Impresa per il tramite del Contraente.

ESEMPIO

Per Finanziamento con un Importo Richiesto del Finanziamento pari ad € 100.000,00, durata del Finanziamento 60 mesi. In caso di estinzione anticipata totale del Finanziamento trascorsi i primi 40 mesi di durata dell'Assicurazione, il conteggio di rimborso viene calcolato con i seguenti parametri:

Ppu = € 1.654,33
H = € 1.600,30
N = 60
K = 40
DR= € 37.619,32
CE= €100.000,00
P0= € 3.254,63
P1= € 3.254,63
R = € 740,88

L'Impresa potrà, relativamente ai soli casi di estinzione anticipata totale, di accollo o di surroga del Finanziamento, in alternativa alla cessazione dell'Assicurazione come sopra descritta, richiedere espressamente all'Impresa di Assicurazione di mantenere inalterata ed operativa l'Assicurazione medesima fino alla Data di scadenza del Finanziamento originaria; la richiesta dovrà essere formulata per iscritto all'Impresa di Assicurazione tramite il Contraente contestualmente all'operazione di estinzione anticipata, di accollo oppure di trasferimento del Finanziamento.

Nel caso di estinzione anticipata parziale del Finanziamento, l'Assicurazione rimane operativa fino alla Data di scadenza del Finanziamento originaria per il Capitale Residuo e rata mensile del Finanziamento, così come ricalcolati a seguito della suddetta estinzione anticipata parziale. L'Impresa avrà diritto ad ottenere dall'Impresa di Assicurazione il rimborso della quota parte di Premio imponibile pagato e non goduto per il tramite del Contraente. In alternativa, l'Impresa potrà richiedere espressamente all'Impresa di Assicurazione, di mantenere inalterata ed operativa l'Assicurazione medesima fino alla Data di scadenza del Finanziamento originaria, come se l'estinzione anticipata parziale non fosse mai avvenuta. **La richiesta dovrà essere formulata per iscritto all'Impresa di Assicurazione tramite il Contraente contestualmente all'operazione di estinzione anticipata parziale del Finanziamento.**

Il calcolo dell'importo da rimborsare sarà effettuato utilizzando la seguente formula:

$$R = (PPU*(N-K)*DR/((N*CE)*(P1/P0))+H*(N-K)/N)*Cap_est/DR$$

dove:
R = importo da rimborsare
PPU = Premio unico anticipato puro = P/(1+2,5%) – H
N = Durata del Finanziamento espressa in mesi interi
K = durata del periodo di garanzia goduto espressa in mesi interi; il mese di entrata è conteggiato sempre come mese intero indipendentemente dal giorno in cui avviene, il mese di estinzione anticipata parziale del Finanziamento non viene considerato indipendentemente dal giorno in cui avviene l'estinzione anticipata parziale del Finanziamento.
DR = Importo del debito residuo prima dell'estinzione anticipata parziale del Finanziamento
CE = Importo del capitale erogato del Finanziamento
P0 = Premio unico anticipato imponibile;
P1= Premio unico anticipato imponibile riproporzionato dopo precedente estinzione anticipata parziale del Finanziamento, nel caso non siano presenti precedenti estinzioni anticipate parziali P1 è uguale a P0;
H = costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)
Cap_est = importo dell'estinzione anticipata parziale del Finanziamento versato dall'Impresa

Esempio

Per un Finanziamento con un Importo Richiesto di € 100.000,00 con durata di 60 mesi, in caso di estinzione anticipata parziale dopo 40 mesi, per un importo versato di € 20.000, il conteggio di rimborso viene calcolato con i seguenti parametri:

Ppu = € 1.654,33
H = € 1.600,30
N = 60
K = 40
DR= € 37.619,32
CE= €100.000,00
P0= € 3.254,63
P1= € 3.254,63
Cap_Est= € 20.000,00
R = € 393,88

In caso di ulteriori e successive estinzioni anticipate parziali del Finanziamento, per ciascuna successiva estinzione antici pata parziale del Finanziamento, verrà utilizzato il valore del Premio unico anticipato imponibile e dei costi complessivi opportunamente ricalcolati in base alle risultanze dei suddetti valori conseguenti a precedenti operazioni di estinzione anticipata parziale del Finanziamento.

Il calcolo per la determinazione del Premio unico anticipato imponibile riproporzionato a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale del Finanziamento sarà effettuato utilizzando la seguente formula:

$$P1 = P \times \left(1 - \frac{Cap_Est}{DR}\right)$$

Il calcolo per la determinazione dei costi complessivi riproporzionati a seguito di ciascuna estinzione anticipata parziale del Finanziamento sarà effettuato utilizzando la seguente formula:

$$H1 = H \times \left(1 - \frac{Cap_Est}{DR}\right)$$

Art.10 – Procedura per la valutazione del danno

La valutazione del danno è concordata direttamente dall'Impresa di Assicurazione, o da un perito da questa incaricato, con l'Assicurato o persona da lui designata.
In caso di controversie di natura medico-legale, fermo restando il diritto di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre arbitri.
Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo sarà nominato di comune accordo da questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove si riunisce il Collegio.
Il Collegio definisce se ed in quale misura è dovuto l'Indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni della Polizza Collettiva.
Il Collegio risiede nel comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.
Ciascuna delle parti sostiene gli onorari e le spese del proprio arbitro, mentre quelli del terzo arbitro sono sempre ripartiti a metà.
Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano a qualsiasi facoltà di impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali
I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.
Le decisioni del Collegio sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

Art.11 – Pagamento dell'indennizzo

L'Impresa di Assicurazione verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti i debiti accertamenti, entro 30 giorni determina l'ammontare dell'Indennizzo che risulti dovuta nei confronti dell'Impresa e provvede alla corresponsione dello stesso. Entro il medesimo termine l'Impresa di Assicurazione comunica all'Impresa eventuali circostanze ostative alla corresponsione dell'Indennizzo.

In caso di decesso dell'Assicurato, per ogni garanzia prevista dal presente contratto:

a) se il decesso avviene, per qualsiasi causa, prima che l'Impresa di Assicurazione abbia potuto effettuare gli accertamenti necessari all'Impresa di Assicurazione dovrà essere fornito, oltre alla documentazione richiesta agli articoli "Obblighi in caso di Sinistro" di cui alle successive Sezioni, il certificato di morte dell'Assicurato. Una volta acquisita la documentazione sopra indicata l'Impresa provvede alla valutazione del danno in base alla documentazione disponibile e s'impegna a comunicare all'Impresa l'esito della valutazione del Sinistro. Nel caso l'Indennizzo venga ufficialmente offerto all'Impresa o quantificato in misura determinata, l'Impresa di Assicurazione corrisponde all'Impresa stessa l'Indennizzo spettante per la garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio, l'importo quantificato od offerto.;
b) se il decesso avviene, per qualsiasi causa, dopo che l'Indennizzo sia stato ufficialmente offerto all'Impresa o quantificato in misura determinata, l'Impresa di Assicurazione corrisponde all'Impresa , l'Indennizzo spettante e, l'importo quantificato offerto.

Art.12 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art.13 – Altre assicurazioni

Resta convenuto che la copertura assicurativa prestata dall'Impresa di Assicurazione con la presente Polizza Collettiva può cumularsi con altre polizze assicurative a favore dall'Impresa o dall'Assicurato.

Art.14 - Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art.15 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non diversamente o espressamente regolato dalle presenti Condizioni di Assicurazione, valgono le norme di legge.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER LA SEZIONE I
INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA DI GRADO PARI O SUPERIORE AL 40%

Art.16 - Oggetto dell'Assicurazione
L'Impresa di Assicurazione garantisce il pagamento di un Indennizzo a favore dell'Impresa in caso di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40%dell'Assicurato derivante da Infortunio o da Malattia che l'Assicurato subisca:
a) nell'esercizio della propria attività professionale principale e/o secondaria;
b) nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, purché inerente alla vita comune e di re lazione.
Sono considerati Infortunio anche:
1) l'asfissia non di origine morbosa;
2) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita e involontaria;
3) l'avvelenamento del sangue e l'infezione semprechéil germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
4) l'annegamento, l'assideramento o il congelamento;
5) i colpi di sole o di calore;
6) la folgorazione;
7) le lesioni muscolari determinate da sforzo, intendendosi per sforzo il dispiego improvviso ed anomalo, al di fuori della comune gestualità, di energia muscolare a fronte di un evento eccezionale e inaspettato;
8) le lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate che derivino direttamente da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, con esclusione della malaria; le lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive.

Art.17 – Periodo di Carenza
L'Assicurazione è operante senza alcun Periodo di Carenza.

Art.18 - Esclusioni
Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40% causati o derivanti da:
a) Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
c) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
d) imprese temerarie, comportamenti sconsiderati ed imprudenti senza necessità,, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
e) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazio ne psichica da qualsiasi altra causa determinata;
f) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore oppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;
g) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
h) uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri;
i) pratica dei seguenti sport:
i1) arti marziali, atletica pesante, arrampicata libera comunque effettuata, guidoslitta (bob), kayak, canoa fluviale, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalate di roccia o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala UIAA o di grado equivalente, sci/snowboard alpinismo, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere;
i2) sport estremi, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, base jumping, bungee jumping, downhill, rafting, torrentismo, hydrospeed, snowrafting, sci/snowboard estremo, sci/snowboard acrobatico, free climbing nella versione "free solo", regate transoceaniche in solitaria, canyoning, skeleton, kitesurf;
j) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
k) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
l) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio di tali eventi;
m) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
n) interventi chirurgici o trattamenti medici di carattere estetico, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione.
Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni derivanti da:
1) ernie;
2) infarti da qualsiasi causa determinati;
3) subiti durante il periodo d'arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Art.19 – Somma assicurata per singolo Assicurato - Limiti di assicurabilità
La somma assicurata per ciascun Assicurato è variabile nel tempo; corrisponde inizialmente all'Importo Richiesto del Finanziamento sottoscritto dall'Impresa oppure, nel caso di Finanziamento già in essere, al Capitale Residuo alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, e successivamente decresce e corrisponde in ogni momento al Capitale Residuo del Finanziamento stesso e risultante alla data del Sinistro, fermo restando quanto di seguito specificato nei punti b) e c).

In caso di Importo Richiesto del Finanziamento oppure, nel caso di Finanziamento già in essere, di Capitale Residuo alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, sottoscritto dall'Impresa, di importo superiore a € 500.000,00, la somma assicurata, come sopra determinata, sarà ridotta nella proporzione esistente, tra € 500.000,00 e l' Importo Richiesto del Finanziamento oppure, nel caso di Finanziamento già in essere, tra € 500.000,00 ed il Capitale Residuo alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.
In nessun caso l'Impresa di Assicurazione sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato, a titolo di indennizzo, una somma superiore:
a) in caso di **Invalidità Permanente Totale da Malattia di grado pari o superiore al 40%**, all'ammontare del Capitale Residuo del Finanziamento risultante alla data della richiesta di certificazione medica che attesta l'Invalidità Totale Permanente presentata agli enti competenti, **entro il limite Massimo di € 500.000,00**;
b) in caso di **Invalidità Permanente Totale da Infortunio di grado pari o superiore al 40%**, al doppio dell'ammontare del Capitale Residuo del Finanziamento alla data dell'Infortunio**, entro il limite Massimo di € 1.000.000,00;**
c) In caso di **Invalidità Permanente Totale da Infortunio derivante da incidente stradale di grado pari o superiore al 40%**, al triplo dell'ammontare del Capitale Residuo del Finanziamento alla data dell'Infortunio, **entro il limite Massimo di € 1.500.000,00.**
I suddetti limiti restano validi anche nel caso in cui sussistano, in capo all'Assicurato medesimo, più adesioni alla presente Polizza Collettiva o a precedenti edizioni della stessa.
L'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 40%, non può cumularsi con quello per Malattia Grave e con quello per decesso derivante dalla collegata Polizza Collettiva Vita n°3484.

Art.20 – Invalidità Permanente Totale derivante da Infortunio di grado pari o superiore al 40%
Qualora l'Infortunio abbia per conseguenza l'Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40% dell'Assicurato e questa si verifichi – anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione – entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, l'Impresa di Assicurazione corrisponderà all'Assicurato medesimo:

a) in caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio di grado pari o superiore al 40% un Indennizzo pari al doppio dell'ammontare del Capitale Residuo del Finanziamento, **entro il limite Massimo di € 1.000.000,00;**
b) in caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio derivante da incidente stradale di grado pari o superiore al 40% al triplo dell'ammontare del Capitale Residuo del Finanziamento, **entro il limite Massimo di € 1.500.000,00.**

Il grado di Invalidità Permanente viene accertato facendo riferimento ai valori elencati nella "Tabella INAIL – Percentuali Invalidità Permanente" (D.P.R. 30-06-1965 n°1124), di seguito allegata.
Ai fini della determinazione del grado di Invalidità Permanente si terrà conto soltanto delle conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'Infortunio.
Le conseguenze che l'Infortunio può aver causato sulle eventuali invalidità preesistenti alla data di stipula del contratto non concorreranno alla valutazione del suddetto grado di Invalidità Permanente.
In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un senso, di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui alla "Tabella INAIL - Percentuali Invalidità Permanente" sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.
Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado d'Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.
Nei confronti dei mancini le percentuali previste per gli arti superiori saranno invertite.
La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica del lo stesso; se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali previste dalla "Tabella INAIL – Percentuali Invalidità Permanente" vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.
Qualora l'Infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell' arto stesso.
La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.
I postumi di Invalidità permanente vengono riconosciuti come tali e possono essere oggetto di accertamento non prima che, secondo parere medico, gli stessi si siano stabilizzati e comunque entro un periodo massimo di 12 (dodici) mesi dalla data di denuncia.
Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella "Tabella INAIL – Percentuali Invalidità Permanente", il grado di Invalidità Permanente è stabilito in riferimento ai valori previsti dalla "Tabella INAIL – Percentuali Invalidità Permanente" stessa ed ai criteri sopra indicati, **tenendo conto della complessiva diminuzione della specifica capacità lavorativa, in relazione alla Normale Attività Lavorativa svolta dall'Assicurato**.

La valutazione verrà effettuata comunque tenendo conto della complessiva diminuzione della specifica capacità lavorativa in relazione alla Normale Attività Lavorativa svolta dall'Assicurato, così come riconosciuta dagli Enti abilitati a cui è stata avanzata la richiesta di attestazione dell'Invalidità Permanente Totale, considerando sempre e comunque la valutazione più favorevole all'Assicurato.

Art.21 - Invalidità Permanente Totale derivante da Malattia di grado pari o superiore al 40%
Qualora la Malattia abbia per conseguenza diretta l'Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40% dell'Assicurato, l'Impresa di Assicurazione corrisponderà all'Assicurato medesimo un Indennizzo di importo pari al Capitale Residuo del Finanziamento risultante alla data della richiesta di certificazione medica attestante l'Invalidità Permanente presentata agli Enti abilitati.
Qualora la Malattia colpisca un soggetto affetto da malattie o invalidità preesistenti alla data di stipula del contratto non è indennizzabile l'eventuale maggior pregiudizio che riguardi i sistemi organo-funzionali diversi da quelli interessati dalla Malattia denunciata oppure che riguardi lo stesso sistema organo-funzionale e determini un aggravamento della Malattia denunciata e dell'Invalidità da essa causata.
Nel corso dell'Assicurazione le Invalidità Permanenti da Malattia preesistenti alla data di stipula del contratto non possono essere oggetto di ulteriore valutazione, qualora si aggravino o concorrano con la Malattia denunciata; pertanto, la valutazione del grado di Invalidità della Malattia denunciata si effettua in modo autonomo.

I postumi di Invalidità permanente vengono riconosciuti come tali e possono essere oggetto di accertamento non prima che, secondo parere medico, la Malattia denunciata abbia concluso la sua fase acuta, e comunque entro un periodo massimo di 18 (diciotto) mesi dalla data di denuncia.
La valutazione verrà effettuata tenendo conto della complessiva diminuzione della specifica capacità lavorativa, in relazione alla Normale Attività Lavorativa svolta dall'Assicurato, così come riconosciuta dagli Enti abilitati a cui è stata avanzata la richiesta di attestazione dell'Invalidità Permanente Totale.

Art.22 – Precedenti Indennizzi
Nel caso in cui un unico Infortunio o un'unica Malattia abbiano causato prima un Sinistro di Inabilità Temporanea Totale o Ricovero Ospedaliero e poi un Sinistro di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40%, l'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40%, sarà calcolato detraendo l'importo di tutti gli eventuali Indennizzi già corrisposti all' Impresa a titolo della garanzia di Inabilità Temporanea Totale o Ricovero Ospedaliero, di cui alle Sezioni II e IV della presente Polizza Collettiva.

Art.23 – Estensione territoriale
L'Assicurazione è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo.

Art.24 - Obblighi in caso di Sinistro
In caso di Sinistro, l'Assicurato, o altro soggetto per conto di quest'ultimo, deve:
a) **farne denuncia all'Impresa di Assicurazione nel più breve termine possibile dalla data di accadimento del Sinistro o da quando ne ha avuto conoscenza, tramite richiesta scritta direttamente all'Impresa di Assicurazione**. Si segnala che presso la filiale di riferimento al momento della denuncia del Sinistro, nonché direttamente presso l'Impresa di Assicurazione, è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata dall'avente diritto alla liquidazione. Tale modulistica può essere acquisita anche contattando l'Impresa di Assicurazione tramite PEC all'indirizzo unicreditallianz.assicurazioni@pec.allianz.it. **L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile;**
b) fornire **fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato**;
c) fornire **certificazione dell'Invalidità Permanente e del relativo grado emessa dagli Enti preposti** (INAIL, INPS, ASL, ecc.) o da un medico legale;
d) inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, **i certificati medici** attestanti il decorso delle lesioni. Tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi all'Impresa di Assicurazione.

L'Assicurato deve altresì:
e) sottoporsi agli **accertamenti e controlli medici** richiesti dall'Impresa di Assicurazione;
f) fornire all'Impresa di Assicurazione **ogni informazione**, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato. Nel caso in cui durante il periodo di cura sopravvenga decesso dell'Assicurato, i suoi eredi legittimi o altro soggetto per conto di quest'ultimi, devono darne immediato avviso all'impresa di Assicurazione e fornire il certificato di morte dell'Assicurato. **In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico italiano.**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER LA SEZIONE II
INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA

Art.25 – Oggetto dell'Assicurazione
L'Impresa di Assicurazione **ferme restando le esclusioni** previste al successivo **articolo 27 – Esclusioni** - garantisce il pagamento di un Indennizzo qualora, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio o da Malattia.

Art.26 – Periodo di Carenza
Per i Sinistri conseguenti a Malattia viene previsto un Periodo di Carenza di 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell' Assicurazione; qualora la Malattia insorga o venga diagnosticata entro 60 (trenta) giorni da tale data, la garanzia non sarà operante.

Art.27 - Esclusioni
Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Inabilità Temporanea Totale causati o derivanti da:
a) Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
c) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
d) imprese temerarie, comportamenti sconsiderati ed imprudenti senza necessità salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
e) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
f) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore o ppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;
g) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
h) uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri;
i) pratica dei seguenti sport:

i1) arti marziali, atletica pesante, arrampicata libera comunque effettuata, guidoslitta (bob), kayak, canoa fluviale, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalate di roccia o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala UIAA o di grado equivalente, sci/snowboard alpinismo, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere;

i2) sport estremi, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, base jumping, bungee jumping, downhill, rafting, torrentismo, hydrospeed, snowrafting, sci/snowboard estremo, sci/snowboard acrobatico, free climbing nella versione "free solo", regate transoceaniche in solitaria, canyoning, skeleton, kitesurf;

j) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;

k) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;

l) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio di tali eventi;

m) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

n) interventi chirurgici o trattamenti medici di carattere estetico, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;

o) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche;

p) cure dimagranti e dietetiche.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni derivanti da:

1) ernie;

2) infarti da qualsiasi causa determinati;

3) subiti durante il periodo d'arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;

4) infertilità e sterilità.

Art.28 – Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo.

Art.29 - Obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato, o altro soggetto per conto di quest'ultimo, deve:

a) farne **denuncia all'Impresa di Assicurazione nel più breve termine possibile dalla data di accadimento del Sinistro tramite richiesta scritta direttamente all'Impresa di Assicurazione**. Si segnala che presso la filiale di riferimento al momento della denuncia del Sinistro, nonché direttamente presso l'Impresa di Assicurazione, è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata dall'avente diritto alla liquidazione. Tale modulistica può essere acquisita anche contattando l'Impresa di Assicurazione tramite PEC all'indirizzo unicreditallianz.assicurazioni@pec.allianz.it.
L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile;

b) **fornire fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato**;

c) fornire **certificato medico attestante l'Inabilità Temporanea Totale ed eventuale certificato di Ricovero Ospedaliero**; fornire i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Inabilità Temporanea Totale).

L'Assicurato deve altresì:

d) sottoporsi **agli accertamenti e controlli medici** richiesti dall'Impresa di Assicurazione;

e) fornire all'Impresa di Assicurazione **ogni informazione**, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'Assicurato, infine, una volta **scaduto il Periodo di Franchigia**, **di cui al seguente articolo 31 – Periodo di Franchigia** per ciascun periodo di successivi 30 (trenta) giorni consecutivi di durata del Sinistro deve compilare ed inviare all'Impresa di Assicurazione, allo stesso recapito indicato alla lettera a), il modulo di continuazione del Sinistro; tale modulo è disponibile come indicato al la lettera a) e deve essere inviato all'Impresa di Assicurazione **entro 60 (sessanta) giorni dalla fine del periodo di 30 (trenta) giorni consecutivi di durata del Sinistro.**

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico italiano.

Art.30 – Denunce Successive

Qualora l'Assicurato, entro 90 (novanta) giorni dalla ripresa della propria Normale Attività Lavorativa **successivamente ad un periodo di Inabilità Temporanea Totale, subisca una nuova Inabilità Temporanea Totale:**

a) se derivante dallo stesso Infortunio o dalla stessa Malattia, il Sinistro verrà considerato come continuazione del precedente e non verrà applicato quindi un ulteriore Periodo di Franchigia;

b) se derivante da diverso Infortunio o da diversa Malattia, il Sinistro verrà considerato come nuovo e non collegato al precedente e verrà applicato quindi, come previsto, il Periodo di Franchigia.

Art.31 – Periodo di Franchigia

E' previsto un Periodo di Franchigia di 30 (trenta) giorni.

Qualora il Sinistro abbia durata inferiore al Periodo di Franchigia, l'Impresa non avrà diritto ad alcun Indennizzo.

Art.32 – Determinazione dell'Indennizzo

Qualora l'Inabilità Temporanea Totale perduri oltre il Periodo di Franchigia, per ciascuna rata mensile del Finanziamento scadente durante il periodo di Inabilità Temporanea Totale successivo, l'Impresa di Assicurazione corrisponderà all'Impresa un Indennizzo di importo pari alla rata mensile del Finanziamento medesima, comprensiva di capitale e interessi quale risulta dal piano di

ammortamento finanziario del Finanziamento, o del piano di rientro dell'Apertura di credito, in essere al momento del Sinistro; in caso di rata con diversa periodicità si calcola la rata mensile equivalente.
In caso di Importo Richiesto del Finanziamento oppure, nel caso di Finanziamento già in essere, di Capitale Residuo alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, sottoscritto dall'Impresa, di importo superiore a € 500.000,00, l'Indennizzo, come sopra determinato, sarà ridotto nella proporzione esistente tra € 500.000,00 e l'Importo Richiesto del Finanziamento oppure, nel caso di Finanziamento già in essere, tra € 500.000,00 ed il Capitale Residuo alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Art.33 – Limiti di Indennizzo
Per ciascun Sinistro non potranno essere indennizzate più di 12 (dodici) rate consecutive.
Per ciascun Assicurato non potranno essere indennizzate più di 48 (quarantotto) rate per tutta la durata dell'Assicurazione complessivamente per tutti i Sinistri di Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero.
L'Indennizzo non potrà superare l'importo di € 2.000,00 per ciascuna rata mensile; tale limite sarà da intendersi anche come complessivo nel caso in cui sussistano, in capo all'Assicurato medesimo, più adesioni alla presente Polizza Collettiva o a precedenti edizioni della stessa. **L'Indennizzo per Inabilità Temporanea Totale non può cumularsi con altri eventuali Indennizzi ricevuti per Ricovero Ospedaliero relativamente allo stesso periodo temporale.**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER LA SEZIONE III
MALATTIA GRAVE

Art.34 – Oggetto dell'Assicurazione
L'Impresa di Assicurazione garantisce il pagamento di un Indennizzo qualora, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da Malattia Grave.

Art.35 – Periodo di Carenza
Per i Sinistri conseguenti a Malattia Grave è previsto un Periodo di Carenza di 90 (novanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione; qualora la Malattia Grave insorga o venga diagnosticata entro 90 (novanta) giorni da tale data, la garanzia non sarà operante.

Art.36 - Esclusioni
Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Malattia Grave causati o derivanti da:
a) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
b) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
c) interventi chirurgici o trattamenti medici di carattere estetico, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
d) interventi chirurgici angioplastici, terapie laser.

Art.37 – Somma assicurata per singolo Assicurato - Limiti di assicurabilità
La somma assicurata per ciascun Assicurato è variabile nel tempo; corrisponde inizialmente all'Importo Richiesto del Finanziamento sottoscritto dall'Impresa oppure, nel caso di Finanziamento già in essere, al Capitale Residuo alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, e successivamente decresce e corrisponde in ogni momento al Capitale Residuo del Finanziamento stesso.
In caso di Importo Richiesto del Finanziamento oppure, nel caso di Finanziamento già in essere, di Capitale Residuo alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, sottoscritto dall'Impresa, di importo superiore a € 500.000,00, la somma assicurata, come sopra determinata, sarà ridotta nella proporzione esistente, tra € 500.000,00 e l'Importo Richiesto del Finanziamento oppure, nel caso di Finanziamento già in essere, tra € 500.000,00 ed il Capitale Residuo alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione. In nessun caso l'Impresa di Assicurazione sarà tenuta a pagare, per singola adesione, un importo superiore a € 500.000,00.
In nessun caso l'Impresa di Assicurazione sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato un importo superiore a € 500.000,00 anche nel caso in cui sussistano, in capo all'Assicurato medesimo, più adesioni alla presente Polizza Collettiva o ad altre Polizze Collettive dello stesso tipo stipulate fra il Contraente e l'Impresa di Assicurazione.
L'Indennizzo per Malattia Grave non può cumularsi con quello per Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40% e con quello per decesso derivante dalla collegata Polizza Collettiva Vita n°3484.

Art.38 – Malattia Grave
In caso di Malattia Grave che colpisca l'Assicurato, l'Impresa di Assicurazione liquiderà all'Impresa un Indennizzo di importo pari al Capitale Residuo del Finanziamento risultante alla data della certificazione medica attestante la diagnosi della Malattia oppure, nel caso di Malattia che causi uno stato di Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 30% ma inferiore al 40%, risultante alla data della richiesta di certificazione medica attestante l'Invalidità Permanente Totale presentata agli Enti competenti.
Qualora la Malattia colpisca un soggetto affetto da malattie o invalidità preesistenti alla data di stipula del contratto non è indennizzabile l'eventuale maggior pregiudizio che riguardi i sistemi organo-funzionali diversi da quelli interessati dalla Malattia denunciata oppure che riguardi lo stesso sistema organo-funzionale e determini un aggravamento della Malattia denunciata e della Invalidità da essa causata.
Nel corso dell'Assicurazione le Invalidità Permanenti da Malattia preesistenti alla data di stipula del contratto non possono essere oggetto di ulteriore valutazione, qualora si aggravino o concorrano con la Malattia denunciata; pertanto, la valutazione del grado di Invalidità della Malattia denunciata si effettua in modo autonomo.
In ogni caso la valutazione verrà effettuata tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La percentuale di Invalidità Permanente verrà accertata in un periodo compreso fra sei e diciotto mesi dalla data di accadimento della Malattia, intendendosi per tale il momento in cui, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la Malattia stessa, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa causare l'Invalidità Permanente dell'Assicurato di grado pari o superiore al 30%.

Art.39 – Precedenti Indennizzi

Nel caso un'unica Malattia abbia causato prima un Sinistro di Inabilità Temporanea Totale o di Ricovero Ospedaliero e poi un Sinistro di Malattia Grave, l'Indennizzo per Malattia Grave sarà calcolato detraendo l'importo di tutti gli eventuali Indennizzi già corrisposti all'Impresa a titolo della garanzia di Inabilità Temporanea Totale o di Ricovero Ospedaliero di cui alle Sezioni II e IV della presente Polizza Collettiva.

Art.40 – Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo.

Art.41 - Obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato, o altro soggetto per conto di quest'ultimo , deve:

a) farne **denuncia all'Impresa di Assicurazione nel più breve termine possibile dalla data di accadimento del Sinistro tramite richiesta scritta direttamente all'Impresa di Assicurazione**. Si segnala che presso la filiale di riferimento al momento della denuncia del Sinistro, nonché direttamente presso l'Impresa di Assicurazione, è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata dall'avente diritto alla liquidazione. Tale modulistica può essere acquisita anche contattando l'Impresa di Assicurazione tramite PEC all'indirizzo unicreditallianz.assicurazioni@pec.allianz.it.
L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile;
b) fornire **fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato**;
c) nel caso di Malattia che provochi un'Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 30% ma inferiore al 40%, fornire **certificazione dell'Invalidità Permanente** e del relativo grado emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.) o da un medico legale; inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta**, i certificati medici** attestanti il decorso delle lesioni. Tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi all'Impresa di Assicurazione.

L'Assicurato deve altresì:

d) sottoporsi agli **accertamenti e controlli medici** richiesti dall'Impresa di Assicurazione;
e) fornire all' Impresa di Assicurazione **ogni informazione**, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER LA SEZIONE IV
RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO O MALATTIA

Art.42 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa di Assicurazione **ferme restando le esclusioni** previste al successivo **articolo 44 – Esclusioni,** garantisce il pagamento di un Indennizzo qualora, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o da Malattia.

Art.43 – Periodo di Carenza

Per i Sinistri conseguenti a Malattia viene previsto un Periodo di Carenza di 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione; qualora il Ricovero Ospedaliero avvenga, oppure la Malattia insorga o venga diagnosticata entro 60 (sessanta) giorni da tale data, la garanzia non sarà operante.

Art.44 - Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Ricovero Ospedaliero causati o derivanti da:

a) Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
c) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
d) imprese temerarie, comportamenti sconsiderati ed imprudenza senza necessità, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
e) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
f) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore oppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;
g) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
h) uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri;
i) pratica dei seguenti sport:
i1) arti marziali, atletica pesante, arrampicata libera comunque effettuata, guidoslitta (bob), kayak, canoa fluviale, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalate di roccia o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala UIAA o di grado equivalente, sci/snowboard alpinismo, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere;

i2) sport estremi, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, base jumping, bungee jumping, downhill, rafting, torrentismo, hydrospeed, snowrafting, sci/snowboard estremo, sci/snowboard acrobatico, free climbing nella versione "free solo", regate transoceaniche in solitaria, canyoning, skeleton, kitesurf;

j) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;

k) partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;

l) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio di tali eventi;

m) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

n) interventi chirurgici o trattamenti medici di carattere estetico, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;

o) cure dimagranti e dietetiche.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni derivanti da:

1) ernie;

2) infarti da qualsiasi causa determinati;

3) subiti durante il periodo d'arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Art.45 – Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo.

Art.46 - Obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato, o altro soggetto per conto di quest'ultimo , deve:

a) farne **denuncia all'Impresa di Assicurazione nel più breve termine possibile dalla data di accadimento del Sinistro tramite richiesta scritta direttamente all'Impresa di Assicurazione**. Si segnala che presso la filiale di riferimento al momento della denuncia del Sinistro, nonché direttamente presso l'Impresa di Assicurazione, è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata dall'avente diritto alla liquidazione. Tale modulistica può essere acquisita anche contattando l'Impresa di Assicurazione tramite PEC all'indirizzo unicreditallianz.assicurazioni@pec.allianz.it.
L'inadempimento all'obbligo di denuncia del Sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile;

b) fornire **fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato;**

c) fornire **certificato medico di Ricovero Ospedaliero e copia della cartella clinica;** fornire i **successivi certificati medici** emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Ricovero Ospedaliero);

L'Assicurato deve altresì:

d) sottoporsi agli **accertamenti e controlli** medici richiesti dall'Impresa di Assicurazione;

e) fornire all'Impresa di Assicurazione **ogni informazione**, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'Assicurato, infine, una volta scaduto il Periodo di Franchigia, **di cui al seguente articolo 48 – Periodo di Franchigia** per ciascun periodo di successivi 30 (trenta) giorni consecutivi di durata del Sinistro **deve compilare ed inviare all'Impresa di Assicurazione**, allo stesso recapito indicato alla lettera a), **il modulo di continuazione del Sinistro**; tale modulo è disponibile come indicato alla lettera a) e deve essere inviato all'Impresa di Assicurazione **entro 60 (sessanta) giorni dalla fine del periodo di 30 (trenta) giorni consecutivi di durata del Sinistro.**

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Impresa.

In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico italiano.

Art.47 – Denunce Successive

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro di Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o Malattia, o dopo la denuncia di un medesimo Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 60 (sessanta) giorni per Sinistri conseguenti a Malattia, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Ricovero Ospedaliero se dal termine del Sinistro precedente non sarà trascorso un Periodo di Riqualificazione di 30 (trenta) giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa.

Art.48 – Periodo di Franchigia

Viene previsto un Periodo di Franchigia di 7 (sette) giorni.

Qualora il Sinistro abbia durata inferiore al Periodo di Franchigia, l'Impresa non avrà diritto ad alcun Indennizzo.

Art.49 – Determinazione dell'Indennizzo

Qualora il Ricovero Ospedaliero perduri oltre il Periodo di Franchigia, per ciascuna rata mensile del Finanziamento scadente durante il periodo di Ricovero Ospedaliero successivo, l'Impresa corrisponderà all'Impresa un Indennizzo di importo pari a tre volte l'importo della rata mensile del Finanziamento , comprensiva di capitale e interessi quale risulta dal piano di ammortamento finanziario del Finanziamento in essere al momento del Sinistro, moltiplicata per la percentuale quota di copertura assicurativa; in caso di rata con diversa periodicità si calcola la rata mensile equivalente. In caso di Importo Richiesto del Finanziamento oppure, nel caso di Finanziamento già in essere, di Capitale Residuo alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, sottoscritto dall'Impresa, di importo superiore a € 500.000,00, l'Indennizzo, come sopra determinato, sarà ridotto nella proporzione esistente tra € 500.000,00 e l'Importo Richiesto del Finanziamento oppure, nel caso di Finanziamento già in essere, tra € 500.000,00 ed il Capitale Residuo alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Art.50 – Limiti di Indennizzo

Per ciascun Sinistro di Ricovero Ospedaliero non potranno essere indennizzate più di 12 (dodici)rate consecutive. Il limite dell'importo massimo assicurabile per ciascuna rata mensile è pari a € 2.000,00 (duemila). L'Impresa di Assicurazione corrisponderà un Indennizzo pari a tre volte l'importo di ciascuna rata. L'Indennizzo non potrà comunque superare l'importo di € 6.000,00 (seimila) per ciascuna rata mensile.

I suddetti limiti debbono intendersi quali limiti complessivi anche nel caso in cui sussistano in capo all'Assicurato, più adesioni alla presente Polizza Collettiva o ad altre Polizze Collettive dello stesso tipo stipulate fra il Contraente e l'Impresa di Assicurazione.

Per ciascun Assicurato non potranno essere indennizzate più di 48 (quarantotto) rate per tutta la durata dell'Assicurazione complessivamente per tutti i Sinistri di Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero.

L'Indennizzo per Ricovero Ospedaliero non può cumularsi con altri eventuali Indennizzi ricevuti per Inabilità Temporanea Totale relativamente allo stesso periodo temporale.

TABELLA INAIL - PERCENTUALI INVALIDITÀ PERMANENTE
D.P.R. 30-06-65 Nº1124

DESCRIZIONE	PERCENTUALE		
	Destro		Sinistro
Sordità completa di un orecchio		15%	
Sordità completa bilaterale		60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%	
Perdita totale della facoltà visiva di entrambi gli occhi		100%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40%	
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masti-catoria:			
- con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%	
- senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazioni dei movimenti del braccio		5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%		40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%		30%
Perdita del braccio:			
- per disarticolazione scapolo-omerale	85%		75%
- per amputazione al terzo superiore	80%		70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%		65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%		60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%		55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%		30%
Perdita totale del pollice	28%		23%
Perdita totale dell'indice	15%		13%
Perdita totale del medio		12%	
Perdita totale dell'anulare		8%	
Perdita totale del mignolo		12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%		12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%		6%
Perdita della falange ungueale del medio		5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo		5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%		9%
Perdita delle due ultime falangi del medio		8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110-75 gradi:			
- in semipronazione	30%		25%
- in pronazione	35%		30%
- in supinazione	45%		40%
- quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	25%		20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%		50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:			
- in semipronazione	40%		35%
- in pronazione	45%		40%
- in supinazione	55%		50%
- quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	35%		30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%		15%
se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:			
- in semipronazione	22%		18%

DESCRIZIONE	PERCENTUALE		
	Destro		Sinistro
- in pronazione	25%		22%
- in supinazione	35%		30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%	
Perdita di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30%	
Perdita dell'alluce corrispondente metatarso		16%	
Perdita totale del solo alluce		7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcun Indennizzo, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35%	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11%	

UniCredit | Allianz
Assicurazioni

FAC-SIMILE DEL MODULO DI ADESIONE
Polizza Collettiva di Assicurazione contro i danni n°10025425
Creditor Protection Finanziamenti con Premio non finanziato
Imprese CHIRO - UniCredit
ad adesione facoltativa

Data ultimo aggiornamento 10-06-2024

Dati Finanziamento

Domanda di Finanziamento n° _____

Dati Impresa

Ragione sociale _____ Partita IVA/Codice Fiscale _____

Dati Assicurato

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____

Importo Richiesto del Finanziamento oppure, in caso di Finanziamento già in essere, Capitale Residuo alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:

€ _____

Dati copertura assicurativa

Durata del Finanziamento in mesi oppure, nel caso di Finanziamento già in essere, Durata Residua in mesi_____

Somma assicurata: pari all'importo sopra riportato e coincidente all'Importo Richiesto del Finanziamento oppure, in caso di Finanziamento già in essere, al Capitale Residuo alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione. Nel caso di Importo Richiesto del Finanziamento o di Capitale Residuo superiore a € 500.000,00, la somma assicurata è pari a € 500.000,00.

Premio unico anticipato

€ _____ (comprensivo di imposte nella misura del 2,5%)

Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)

€ _____

Provvigioni percepite dall'Intermediario

38,50% sul Premio imponibile pari a € _____

La sottoscritta **Impresa**:

PRENDE ATTO che **UniCredit S.p.A.** (**"Banca"**) ha stipulato con **UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.**, per conto dei propri clienti intestatari di un Finanziamento da essa erogato, la Polizza Collettiva di Assicurazione contro i Danni n°10025425 (**"Polizza"**) concernente una copertura assicurativa per i casi di **Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 40%,** di **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia,** di **Malattia Grave** e di **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia** e ha stipulato con UniCredit Allianz Vita S.p.A. la Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3484 avente per oggetto una copertura assicurativa temporanea per il caso decesso a capitale decrescente a Premio unico anticipato per tutta la durata del Finanziamento. Tali Polizze Collettive sono riservate ai sottoscrittori di un contratto di Finanziamento con la Banca medesima. L'adesione ad una delle due Polizze Collettive comporta la contestuale adesione, da parte dell'Impresa, anche all'altra Polizza Collettiva in quanto le due componenti vita e danni risultano inscindibili al fine di assicurare la completa copertura del bisogno di protezione dell'Impresa stessa**.**

DICHIARA di essere consapevole che l'adesione alla presente **Polizza** è facoltativa.

DICHIARA di avere ricevuto da parte del Contraente, prima dell'adesione alla **Polizza**, copia integrale del **set informativo**, comprensivo del documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (Dip Danni), del documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi (Dip aggiuntivo Multirischi), delle Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario; del Fac-Simile del Modulo di Adesione ed Informativa privacy - ai sensi del Regolamento IVASS n°41 del 2 agosto 2018 e successive modifiche e/o integrazioni.

DICHIARA di avere letto, approvare ed accettare le Condizioni di Assicurazione contenute nel **set informativo** ricevuto.

DICHIARA di essere consapevole che il contratto assicurativo prevede limitazioni ed esclusioni, periodi di carenza e periodi di franchigia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della Prestazione Assicurata.

DICHIARA di aver ricevuto e di conoscere ed accettare l'Informativa sul trattamento dei dati personali e sulle tecniche di comunicazione a distanza resa dall'Impresa di Assicurazione ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 inserita nell'informativa precontrattuale.

DICHIARA di aderire alla **Polizza**.

PRENDE ATTO che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno di stipula del Finanziamento oppure, nel caso di Finanziamento già in essere, del giorno di sottoscrizione del Modulo di Adesione, a condizione che: a) sia stato sottoscritto il presente Modulo di Adesione; b) sia stato prodotto il Questionario Medico debitamente compilato e sottoscritto o il Rapporto di Visita Medica (ove previsto) e questi siano stati valutati positivamente ed accettati preventivamente da **UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.**; c) sia stato pagato il relativo Premio, e termina alla data di scadenza dell'ultima rata del Finanziamento, così come prevista dal piano di ammortamento o di rientro originario.

FAC SIMILE

PRENDE ATTO che la somma assicurata iniziale non può essere superiore a € 500.000,00; in caso di Importo Richiesto o Capitale Residuo (per i Finanziamenti già in essere), di importo superiore a € 500.000,00, il calcolo della somma assicurata sarà effettuato tenendo conto della proporzione esistente tra € 500.000,00 e, l'Importo Richiesto del Finanziamento oppure l'importo del Capitale Residuo. In nessun caso (nemmeno qualora il Finanziamento richiesto sia pari ad un importo superiore a € 500.000,00) **UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.** sarà tenuta a corrispondere un importo superiore a: a) € 500.000,00 nel caso di Invalidità Permanente Totale derivante da Malattia di grado pari o superiore al 40% e nel caso di Malattia Grave; b) € 1.000.000,00 nel caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio di grado pari o superiore al 40%; c) € 1.500.000,00 nel caso di Invalidità Permanente Totale da Infortunio di grado pari o superiore al 40% a seguito di incidente stradale.

DESIGNA come Assicurato la persona sopra indicata.

AUTORIZZA la **Banca** a trasmettere a **UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.** le informazioni, contenute nel contratto di Finanziamento, necessarie per l'esecuzione della **Polizza**.

DÀ MANDATO irrevocabile alla **Banca** di effettuare in nome e per conto proprio il pagamento del Premio a favore di **UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A..** Il pagamento di tale Premio da parte propria alla **Banca** avverrà mediante addebito sul proprio conto corrente intrattenuto presso la **Banca** medesima.

Data _____ Firma Legale Rappresentante dell'Impresa o di altro soggetto munito dei necessari poteri per impegnare l'Impresa aderente

_____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Agli effetti della validità della **Polizza** **DICHIARO** espressamente di dare mandato irrevocabile all'Impresa, ai sensi dell'art.1723, secondo comma del Codice Civile, anche nell'interesse di quest'ultima o di terzi, per i casi di **Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 40%**, di **Inabilità Temporanea Totale**, di **Malattia Grave**, e di **Ricovero Ospedaliero** ad incassare ogni Indennizzo dovuto da **UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.** in base alla presente **Polizza**.

Firma Assicurato _____

QUESTIONARIO MEDICO E RAPPORTO DI VISITA MEDICA

Ai fini dell'Assicurazione, l'Assicurato **DICHIARA** di aver compilato e sottoscritto il Questionario Medico preventivamente ricevuto (trattenendone copia) e/o di aver fornito il Rapporto di Visita Medica (corredato dalla relativa documentazione sanitaria integrativa richiesta) ove previsto, e che la valutazione rilasciata da **UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.** ha fornito esito positivo.

Firma Assicurato _____

AVVERTENZE SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MEDICO

- **le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte di UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A., possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.**
- **prima della sottoscrizione del Questionario Medico l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in esso contenute.**
- **l'Impresa può chiedere, previo consenso dell'Assicurato, che lo stesso, venga sottoposto a visita medica per certificarne l'effettivo stato di salute, con costi a proprio carico.**

DIRITTO DI RECESSO DELL'IMPRESA

L'Impresa può recedere dall'Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa. Il recesso dovrà essere effettuato compilando l'apposito modulo presso la sua filiale di riferimento, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. Inoltre, in considerazione della durata poliennale dell'Assicurazione, alla sola Impresa è riconosciuta la facoltà di recedere anticipatamente dall'Assicurazione stessa, con effetto da ciascuna scadenza annuale successiva alla data di decorrenza dell'Assicurazione, con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto alla scadenza della singola annualità. Il recesso dovrà essere effettuato compilando l' apposito modulo presso la sua filiale di riferimento, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Impresa e l'Assicurato, preso atto dell'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali - contenuta nel presente Modulo di Adesione – acconsentono al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti nella medesima indicati nonché per le finalità connesse alla conclusione ed all'esecuzione del presente contratto assicurativo.

Firma Legale Rappresentante dell'Impresa o di altro soggetto munito dei necessari poteri per impegnare l'Impresa aderente

_____

Firma Assicurato _____

FAC SIMILE

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 Assicurazioni S.p.A. con sede legale in Milano, Piazza Tre Torri 3, contattabile all'indirizzo UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri 3 - 20145 Milano, oppure scrivendo all'indirizzo e-mail dpo@unicreditallianzassicurazioni.it ("Unicredit Allianz Assicurazioni" o la "Compagnia").

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

2. Categorie di dati trattati

UniCredit Allianz Assicurazioni tratterà le seguenti categorie di dati:

a. dati anagrafici,
b. dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita,
c. 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),
d. dati sensibili quali i dati relativi alla salute,
e. 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 persone e alle sue abitudini di vita c. Dati appartenenti alla categoria dei dati particolari, quali, ad esempio, i dati relativi alla salute (per prodotti infortuni e malattia)	Danni
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 persone 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	Danni
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	Danni
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	Danni

FAC-SIMILE

5	Svolgimento delle attività di sorveglianza di portafoglio e ridistribuzione del rischio assicurativo tramite riassicurazioni	Legittimo interesse del titolare a creare 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	Danni
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 (anche quelli relativi a danneggiati o trasportati che potranno essere trattati in occasione della gestione dei sinistri) 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	Danni
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	Danni
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	Danni
9	Adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti o normative comunitarie in materia di antiriciclaggio, casellario centrale infortuni, motorizzazione civile, 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	Danni
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).	Danni

FACSIMILE

4. <u>Tempi di conservazione</u>

I dati saranno conservati per il tempo necessario al loro utilizzo, UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A. 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 permaner e dell'interesse del soggetto cui si riferiscono i dati a far 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 Assicurazioni:

- per i dati raccolti per finalità contrattuali relativamente ai prodotti Danni: 15 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.

Decorsi 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 di liquidazione sinistri.

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, banche, 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, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli; 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, SIM, Società di Gestione del Risparmio.

Inoltre potremmo avere l'obbligo legale di comunicare i Suoi dati a enti e organismi pubblici, quali ad esempio Ivass, Consap, Casellario Centrale Infortuni, UIC, Motorizzazione Civile, Enti Gestori di Assicurazioni Sociali Obbligatorie, nonché all'Autorità Giudiziaria e alle Forze dell'Ordine.

6. Trasferimento all'estero dei dati

I Suoi dati potranno essere trasferiti verso ad 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 Assicurazioni S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano – telefono 800.11.66.33 e-mail privacy@unicreditallianzassicurazioni.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 Assicurazioni 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 Assicurazioni S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano – telefono 800.11.66.33 e-mail privacy@unicreditallianzassicurazioni.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 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 a 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.

FAC-SIMILE