CPI Mutui Privati
a premio unico anticipato

PER LAVORATORI DIPENDENTI PRIVATI

Il presente Set Informativo contenente:

- **DIP Vita** - Documento Informativo Precontrattuale del Contratto di assicurazione vita
- **DIP Danni** - Documento Informativo Precontrattuale del Contratto di assicurazione danni
- **DIP aggiuntivo Multirischi** - Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi

PER LA COMPONENTE VITA
(offerta da UniCredit Life Insurance S.p.A.)

• Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario
• Modulo di Adesione-FAC-SIMILE
• Informativa per il trattamento dei dati personali

PER LA COMPONENTE DANNI
(offerta da UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.)

• Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario
• Modulo di Adesione-FAC-SIMILE
• Informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza

Il presente SET INFORMATIVO deve essere consegnato all'Aderente prima della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO
LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO

IL PRODOTTO È CONFORME ALLE LINEE GUIDA "CONTRATTI SEMPLICI E CHIARI"

UniCredit Life Insurance

Società facente parte del Gruppo UniCredit S.p.A

UniCredit | Allianz Assicurazioni

Società del Gruppo Allianz

Edizione 10 Febbraio 2026

ASSICURAZIONE CREDITOR PROTECTION

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

(DIP Vita)

UniCredit Life Insurance

Compagnia Vita: UniCredit Life Insurance S.p.A.

Prodotto: CPI Mutui Privati a Premio Unico anticipato per Lavoratori Dipendenti Privati

Data di realizzazione del DIP Vita: 23 giugno 2025

Il presente DIP Vita è l'ultimo pubblicato disponibile

Le informazioni precontrattuali e Contrattuali complete relative al Prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

È una Polizza Collettiva di puro rischio dedicata alle persone fisiche, titolari di un Mutuo in fase di erogazione da parte di UniCredit S.p.A. contraente della stessa che assicura dai rischi derivanti dall'eventuale suo Decesso. L'adesione a questa Polizza è subordinata all'adesione alla collegata Polizza collettiva Ramo Danni commercializzata da UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A, avente per oggetto le garanzie in caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio e Malattia e Perdita dell'Impiego.
L'adesione alla copertura assicurativa non è obbligatoria, in quanto non incide sulla concedibilità del mutuo ma, in caso di finalità acquisto e ristrutturazione, è necessaria per accedere alle condizioni dedicate del mutuo stesso.

Che cosa è assicurato? Quali sono le prestazioni?

Il Contratto fornisce una Assicurazione per il caso di Decesso dell'Assicurato.

Durante il periodo di validità (coincidente con la durata del Mutuo collegato) e per i Beneficiari indicati in Polizza prevede la liquidazione della seguente prestazione:

✓ **prestazione in caso di Decesso dell'Assicurato pari all'ammontare del Debito Residuo del Mutuo in essere alla data del sinistro.**

Il Capitale assicurato non può essere superiore a euro 520.000,00.

Che cosa NON è assicurato?

Il presente Contratto, essendo relativo alla sola componente Vita, non offre coperture in caso di:

✗ invalidità
✗ malattia grave
✗ perdita di autosufficienza
✗ inabilità di lunga durata

Non è prevista alcuna prestazione se l'Assicurato è in vita alla scadenza del Contratto.

Ci sono limiti di copertura?

Sì, sono presenti esclusioni e la garanzia è prestata nei limiti del capitale per il cui dettaglio si rimanda al DIP Aggiuntivo Multirischi.

Dove vale la copertura?

Il Contratto è operante senza alcun limite territoriale.

Che obblighi ho?

L'Assicurato deve **tempestivamente** comunicare alla Compagnia Vita eventuali variazioni dei propri indirizzi di domicilio e di residenza. Qualora nel corso della durata contrattuale si trasferisca in modo definitivo in uno Stato diverso dall'Italia, Francia, Germania e Spagna, il Contratto si risolve e la Compagnia Vita rimborsa il rateo di premio non goduto.
In caso di Decesso dell'Assicurato, i Beneficiari designati dovranno presentare la documentazione sotto riportata per richiedere il pagamento della prestazione:

- certificato di morte dell'Assicurato;
- certificato medico attestante la causa del Decesso;
- questionario per il medico curante compilato e sottoscritto dallo stesso medico;
- copia della Cartella Clinica (in caso di Decesso ospedaliero), se richiesto dalla Compagnia Vita;
- copia del verbale emesso dall'Autorità Giudiziaria intervenuta a seguito dell'incidente (in caso di morte violenta o accidentale);

- scheda di Adeguata Verifica della clientela ai fini Antiriciclaggio (SAV) compilata e sottoscritta da ciascun Beneficiario;
- dichiarazione sostitutiva dell'Atto notorio (autenticata e rilasciata dal Beneficiario nominato o erede Beneficiario);
- verbale di pubblicazione del testamento olografo o Verbale di registrazione del testamento pubblico (da presentare in caso di esistenza di testamento) unitamente alla Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà;
- copia del Documento d'Identità in corso di validità e Codice Fiscale del Beneficiario; Decreto del Giudice Tutelare per Beneficiari minorenni;
- copia del Documento d'Identità in corso di validità e Codice Fiscale del Legale Rappresentante in caso di Beneficiario persona giuridica;
- copia del Documento d'Identità in corso di validità e Codice Fiscale del Beneficiario.

La Compagnia Vita esegue i pagamenti della Prestazione in unica soluzione entro 30 giorni dalla data di ricezione della documentazione completa comprovante il Decesso.

Quando e come devo pagare?

Il Premio è pagato in forma unica e anticipata ed è finanziato nell'importo del Mutuo con conseguente incremento dell'importo totale del Mutuo stesso.
Il Premio è determinato in base al Tasso di Premio, alla durata e all'ammontare del Mutuo richiesto.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno della stipula del Mutuo, a condizione che l'Assicurato:
- abbia sottoscritto il Modulo di Adesione e versato il relativo premio unico;
- abbia compilato il Questionario Medico o, per importo richiesto maggiore a 300.000,00 € o età superiore a 65 anni, abbia fornito il Rapporto Visita Medica e gli eventuali esami medici richiesti, finalizzati ad accertare le sue condizioni di salute per la conseguente valutazione del rischio da parte della Compagnia Vita.

La durata della copertura assicurativa, fermo restando un limite massimo di 40 anni, coincide con la durata originaria del Mutuo. La Copertura assicurativa termina prima della scadenza in caso di liquidazione del capitale assicurato a seguito di Decesso o di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia dell'Assicurato (quest'ultima corrisposta da UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A. in virtù della Polizza Danni), estinzione totale anticipata o surroga del Mutuo, accollo del Mutuo da parte di terzi o esercizio del diritto di Recesso.

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

Non è prevista revoca dell'adesione alla Polizza Collettiva se non per mancata erogazione del mutuo entro 180 giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.

L'Assicurato può recedere dal Contratto per ripensamento entro 60 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa compilando l'apposito modulo presso una filiale UniCredit S.p.A., oppure dandone comunicazione alla stessa filiale UniCredit S.p.A. con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☑ NO

La presente forma assicurativa non ammette la possibilità di riscatto né di riduzione.

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 Mutui Privati UniCredit per Lavoratori Dipendenti Privati

Data aggiornamento 10/02/2026

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

Che tipo di assicurazione è?

L'offerta "Creditor Protection Mutui Privati UniCredit", è destinata alle persone fisiche clienti di UniCredit, residenti in Italia e intestatarie o cointestatarie di un Mutuo erogato da UniCredit S.p.A., che intendano tutelarsi in caso di imprevisti per far fronte agli impegni finanziari legati al Mutuo, che – alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione – siano di età pari o superiore a 18 anni e di età inferiore a 70 anni e risultino di età inferiore a 75 anni alla Data di scadenza del Mutuo. Nell'ambito dell'offerta "Creditor Protection Mutui Privati UniCredit", la soluzione "Lavoratori Dipendenti Privati" è **l'offerta rivolta ai Lavoratori Dipendenti Privati**, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, che intendano tutelarsi dal rischio di non poter ripagare il debito a seguito di eventi derivanti da: Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% derivante da Infortunio o Malattia e Perdita d'Impiego Involontaria, anche in caso di licenziamento collettivo.

L'adesione a questa Assicurazione contro i Danni è subordinata all'adesione alla collegata Assicurazione Vita in forma collettiva, proposta da UniCredit Life Insurance S.p.A., che copre l'Assicurato dal rischio di decesso. L'adesione alla copertura assicurativa non è obbligatoria in quanto non incide sulla concedibilità del Mutuo ma, in caso di finalità acquisto e ristrutturazione, è necessaria per accedere alle condizioni dedicate del Mutuo stesso.

Che cosa è assicurato?

- ✓ L'Invalidità Permanente Totale, di grado pari o superiore al 60%, derivante da Infortunio o Malattia 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 Perdita d'Impiego Involontaria, qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia inquadrabile come Lavoratore Dipendente Privato. La copertura garantisce il pagamento di un Indennizzo pari alla rata mensile del Mutuo.

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 con la presente Polizza Collettiva 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 Mutuo;**
  - ✗ **non siano Lavoratori Dipendenti Privati;**
- ✗ **abbiano stipulato un Mutuo erogato dal Contraente di durata superiore a 480 (quattrocentottanta) 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, siano state ritenute non assicurabili in quanto dichiarino:**
  - ▪ **di aver sofferto o di soffrire di patologie oncologiche se il trattamento attivo delle stesse si sia concluso da meno di 10 anni rispetto alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, oppure se, nello stesso periodo di tempo, vi sono state recidive. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età dell'Assicurato.**

Per determinate patologie oncologiche si applicano termini temporali ridotti. Per ulteriori informazioni si rimanda al DIP Aggiuntivo Multirischi, sezione "Cosa è il diritto all'oblio oncologico?";

- **di aver ricevuto negli ultimi 5 anni (esclusa la fattispecie al punto precedente) una diagnosi/prescrizione di esami, cure, trattamenti, subito interventi chirurgici, ricoveri o di assumere o aver assunto farmaci in merito a una delle seguenti malattie:**
  - **Malattie cardio-vascolari;**
  - **Malattie del sistema nervoso centrale e periferico;**
  - **Malattie dell'apparato respiratorio e del sistema muscoloscheletrico;**
  - **Malattie dell'apparato digerente e uro-genitale;**
  - **Malattie endocrine e dismetaboliche e degli organi di senso;**
  - **Malattie del sangue e del sistema immunitario;**
- **di essere attualmente titolari di una pensione di inabilità o invalidità parziale/totale per Infortunio/Malattia o di averne fatto domanda ed essere in attesa del riconoscimento (presso ente preposto INPS; INAIL; ASL; INPDAI; ALTRO).**

(Per ulteriori dettagli si rimanda al Questionario Medico, ove previsto, consultabile in fase assuntiva presso l'Intermediario autorizzato).

Si specifica inoltre che non sono assicurabili i Lavoratori Dipendenti Privati assunti:

- ✘ **con contratto di lavoro a tempo determinato;**
- ✘ **con contratto di collaborazione, di lavoro accessorio, di apprendistato, di somministrazione lavoro (ex lavoratori interinali), di lavoro intermittente, di lavoro domestico, stipulato all'estero (se non regolato dalla legge italiana);**
- ✘ **da imprese familiari.**

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'Assicurato deve compilare e sottoscrivere il Questionario per valutare la coerenza delle richieste ed esigenze assicurative, il Questionario Medico e il Modulo di Adesione, nonché corrispondere il Premio dovuto. L'Assicurato è tenuto a **fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete** sul rischio da assicurare. E' fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.
Comunicare tempestivamente all'Impresa la variazione dello stato lavorativo a tal fine si precisa che lo stato di disoccupazione non rappresenta variazione dello stato lavorativo.
In caso di Sinistro, l'occorrenza del Sinistro deve essere comunicata nel **più breve tempo possibile** all'Impresa , tramite richiesta scritta, anche utilizzando la modulistica disponibile presso la Banca.

Quando e come devo pagare?

Il Premio è determinato in base in base al tasso mensile della garanzia prestata, moltiplicato per la durata, per l'importo richiesto del mutuo e per la percentuale di copertura scelta **e deve essere corrisposto in forma unica ed anticipata**. Sottoscrivendo il Modulo di Adesione, l'Assicurato autorizzerà la Banca a finanziare l'importo del Premio, contestualmente all'erogazione del Mutuo, con conseguente incremento dell'Importo Erogato del Mutuo stesso e della corrispondente rata, nonché a trattenere il suddetto Premio direttamente dall'Importo Erogato del Mutuo. Il Premio è comprensivo dell'importo che sarà trattenuto dalla Banca a titolo di remunerazione per l'intermediazione svolta.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

- Per la **garanzia Invalidità Permanente Totale**, la copertura decorre dalle ore 24:00 della data di erogazione del Mutuo e termina alle ore 24:00 della data in cui termina il Mutuo.
- Per la **garanzia Perdita d'Impiego Involontaria**:
  la copertura decorre dalle ore 24:00 della data di erogazione del Mutuo e ha durata pari a quella del Mutuo, **con un massimo di 120 (centoventi) mesi**. Allo scadere dei 120 (centoventi) mesi, tale garanzia potrà essere prorogata - a condizioni che terranno conto di variabili tariffarie e normative in vigore alla scadenza della garanzia - per ulteriori sessanta mesi e così successivamente fino e, comunque, non oltre la Data di scadenza del Mutuo.
  La copertura termina prima dei suddetti termini solo ed esclusivamente in caso di:
  - **recesso per ripensamento o recesso dell'Assicurato in relazione alla durata poliennale della polizza, estinzione totale anticipata del Mutuo, accollo del Mutuo da parte di Terzi, trasferimento del Mutuo ad altro istituto di credito a seguito di surroga, variazione dello status lavorativo dell'Assicurato;**
  - **liquidazione dell' Indennizzo per Invalidità Permanente Totale derivante da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60%, oppure in caso di decesso dell'Assicurato**.

Come posso disdire la polizza?

Il solo Assicurato può recedere dall'Assicurazione **entro 60 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione** stessa. Inoltre, in considerazione della durata poliennale dell'Assicurazione, al solo Assicurato 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'Assicurato dovrà esercitare il recesso tramite la compilazione dell'apposito modulo presso una filiale UniCredit S.p.A., da sottoscriversi con firma olografa ovvero in modalità elettronica, ove sia prevista, in conformità a quanto indicato nelle presenti Condizioni di Assicurazione oppure tramite comunicazione sempre ad una filiale UniCredit S.p.A. con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

ASSICURAZIONE CREDITOR PROTECTION

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi Multirischi (DIP aggiuntivo Multirischi)

UniCredit Life Insurance

UniCredit | Allianz Assicurazioni

Prodotto: CPI Mutui Privati Premio Unico Anticipato

per Lavoratori Dipendenti Privati

Data di aggiornamento del DIP Aggiuntivo Multirischi: 10 Febbraio 2026

Il presente DIP Aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

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 il potenziale Assicurato a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'Impresa/Compagnia.

L'Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima dell'adesione al Contratto.

Società

UniCredit Life Insurance S.p.A., Società facente parte del Gruppo UniCredit S.p.A.. La Società ha Sede Legale e Direzione Generale in Via E. Cornalia n. 30, 20124 Milano (Italia). Tel. 800.335.335; sito internet: www.unicreditlife.it; e-mail: info@unicreditlife.it; PEC: info@pec.unicreditlife.it. È iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00129. Con riferimento all'ultimo bilancio di esercizio al 31.12.2024 della Compagnia approvato il patrimonio netto è di 759,22 milioni di euro e il risultato economico e di 117,78. Con riferimento alla situazione di solvibilità il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) è di 264,05 milioni di euro e il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è di 118,82 milioni di euro. L'importo ammissibile dei Fondi Propri è di 1.095,58 milioni di euro, totalmente classificabili in Tier I. Il Solvency Ratio (SR) del 414,91%.
La relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria della Compagnia (c.d. SFCR) è reperibile sul sito della Compagnia al link https://www.unicreditlife.it/chisiamo/solvency

Società

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 una compagnia il cui capitale sociale è posseduto in ugual misura (50%) da Allianz S.p.A. e UniCredit S.p.A.. Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2024 il Patrimonio netto dell'Impresa è pari a 173,9 milioni di euro e il risultato economico di periodo è pari a 42,8 milioni di euro. Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria della Società (SFCR), disponibile sul sito internet www.unicreditallianzassicurazioni.it e si riporta il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) pari al 243%.

Al Contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa è assicurato?

Polizza Vita (copertura fornita da UniCredit Life Insurance S.p.A.) di seguito solo **Polizza Vita**: non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

Polizza contro i Danni (coperture fornite da UNICREDIT ALLIANZ ASSICURAZIONI S.P.A.) di seguito solo **Polizza contro i Danni:** l'ampiezza dell'Impegno dell'Impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con la Banca contraente.
Per il dettaglio della garanzia **Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% da Infortunio o Malattia** si rinvia alle **Condizioni di Assicurazione "Polizza Collettiva di Assicurazione contro i Danni"** nella sezione **Condizioni di Assicurazione valide per la sezione I Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60%, art. 18**, pag. 13.
Per il dettaglio della garanzia **Perdita d'Impiego Involontaria** si rinvia alle **Condizioni di Assicurazione "Polizza Collettiva di Assicurazione contro i Danni"** nella sezione **Condizioni di Assicurazione valide per la sezione II Perdita d'Impiego Involontaria, art. 26**, pag.15.

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

Polizza Vita: Garanzia Decesso
Il Capitale assicurato NON viene liquidato ai Beneficiari designati qualora il Decesso dell'Assicurato sia causato da:
- dolo dell'Assicurato o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
- contaminazione biologica e/o chimica;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a risse, tranne per il caso di conclamata e documentata legittima difesa;
- 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.);
- atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o avvenuti quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere anche parziale da esso stesso procurato;
- seguiti e conseguenze di Infortuni limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Questionario Medico, già verificatisi prima della data di adesione alla Polizza collettiva; malattie, malformazioni e stati patologici rientranti tra quelli elencati nel Questionario Medico che dovessero risultare già diagnosticati prima della data di adesione alla Polizza collettiva; malattie sottaciute per le quali siano state effettuate negli ultimi 2 anni cure farmacologiche, per oltre 30 giorni;
- seguiti e conseguenze di Infortuni limitatamente alle Coperture Assicurative assunte con Rapporto Visita Medica, già verificatisi e malattie sottaciute che dovessero risultare già diagnosticate alla sottoscrizione del Rapporto Visita Medica;
- suicidio, se avviene nei primi ventiquattro mesi dalla decorrenza della garanzia.

Polizza contro i Danni
Garanzia Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% derivante da infortunio o Malattia
La somma massima assicurabile per singolo Assicurato è pari a € 520.000,00.
Qualora 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, l'Indennizzo massimo complessivo riconosciuto all'Assicurato non potrà essere superiore a € 520.000,00.

L'Indennizzo per **Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% da Infortunio o Malattia** non può cumularsi con l'Indennizzo per decesso dell'Assicurato derivante dalla collegata Polizza Collettiva Vita.
Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% 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:
i_1) 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;
i_2) 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 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 gli infortuni derivanti da:
- ernie;
- infarti da qualsiasi causa determinati;
- subiti durante il periodo d'arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Garanzia Perdita d'Impiego Involontaria. Per la garanzia non sono assicurabili i Lavoratori Dipendenti Privati assunti:
- con contratto di lavoro a tempo determinato e/o uno dei seguenti contratti di lavoro, ancorché a tempo indeterminato;
- con contratto di collaborazione, di lavoro accessorio, di apprendistato, di somministrazione lavoro (ex lavoratori interinali), di lavoro intermittente, di lavoro domestico, stipulato all'estero (se non regolato dalla legge italiana) e assunti da Imprese familiari.

La garanzia **Perdita d'Impiego Involontaria**, prevede per ciascun Assicurato l'Indennizzo di un numero massimo di 36 rate mensili del Mutuo per tutta la durata dell'Assicurazione con i seguenti limiti:
- un massimo di 9 rate consecutive indennizzabili per ciascun Sinistro;
- importo massimo indennizzabile per ciascuna rata mensile pari a € 3.000,00, tale limite si deve intendere come complessivo 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.

L'Assicurazione non è operante e quindi non si dà luogo ad Indennizzo quando:
a) l'Assicurato, al momento del Sinistro, non ha ancora concluso e superato il periodo di prova;
b) l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente Privato in modo continuativo per i dodici mesi precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Ai fini della presente esclusione, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a due settimane non vengono considerate;
c) l'Assicurato ha stipulato e la cessazione del rapporto di lavoro si riferisce a un contratto di lavoro subordinato a tempo determinato e/o uno dei seguenti contratti di lavoro, ancorché a tempo indeterminato:
- di collaborazione;
- di lavoro accessorio;
- di apprendistato;

- di somministrazione lavoro (ex lavoratori interinali);
- di lavoro intermittente;
- di lavoro domestico;
- di assunzione da parte di imprese familiari;
- stipulato all'estero (se non regolato dalla legge italiana);

d) l'Assicurato è stato licenziato per giusta causa o per giustificato motivo soggettivo (ovvero, con riferimento ai lavoratori con qualifica dirigenziale, per giustificatezza, fondata su motivi soggettivi, ai sensi della contrattazione collettiva applicabile), o disciplinare;
e) la Perdita d'Impiego Involontaria è conseguenza di pensionabilità di vecchiaia, pensionamento o prepensionamento;
f) l'Assicurato svolge la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
g) l'Assicurato ha risolto consensualmente il rapporto di lavoro anche a seguito e/o nell'ambito di processi di riorganizzazione aziendale;
h) l'Assicurato è stato licenziato per giustificato motivo oggettivo (ovvero, con riferimento ai lavoratori con qualifica dirigenziale, per giustificatezza, fondata su motivi oggettivi, ai sensi della contrattazione collettiva applicabile) e abbia stipulato un accordo con il datore di lavoro avente ad oggetto la cessazione del rapporto di lavoro, in termini di rinuncia da parte dell'Assicurato all'impugnazione del licenziamento, entro 60 (sessanta) giorni dalla comunicazione di recesso;
i) l'Assicurato non si è iscritto in Italia nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato;
j) l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Straordinaria o Edilizia anche in deroga;
k) la perdita del posto di lavoro è conseguenza di licenziamento tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;
l) la perdita del posto di lavoro è conseguenza di dimissioni dell'Assicurato.

Per la garanzia **Perdita d'Impiego Involontaria** è previsto un Periodo di **Franchigia di 60 giorni**, pertanto se il Sinistro ha durata inferiore al Periodo di Franchigia, l'Assicurato non avrà diritto ad alcun Indennizzo.
È previsto infine un **Periodo di Carenza di 90 giorni** dalla data di decorrenza della Polizza Collettiva.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il Prodotto è destinato a persone fisiche, appartenenti alla categoria professionale "Lavoratore Dipendente Privato" a cui sia stato erogato da UniCredit un Mutuo e che intendano coprirsi in caso di particolari eventi che potrebbero pregiudicare o rendere più difficoltoso il pagamento del debito residuo o delle rate in scadenza. **L'adesione alla copertura assicurativa è offerta contestualmente all'erogazione del Mutuo. L'adesione alla copertura assicurativa non è obbligatoria in quanto non incide sulla concedibilità del Mutuo ma, in caso di finalità acquisto e ristrutturazione, è necessaria per accedere alle condizioni dedicate del Mutuo stesso.** Per aderire alle Polizze Vita e contro i Danni è necessario che l'Assicurato persona fisica sia residente in Italia, 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 scadenza del Mutuo.

Quali costi devo sostenere?

Polizza Vita: i costi complessivi gravanti sulla presente Polizza Vita sono pari al 30% del Premio imponibile, di cui:

Componente di costo	Percentuale
quota parte percepita dall'Intermediario	28.20
quota parte percepita dall'Impresa di Assicurazione/Compagnia per spese di acquisizione e gestione	1.80

Polizza contro i Danni: i costi complessivi gravanti sulla presente Polizza contro i Danni sono pari al 40,00% del Premio imponibile, di cui: 28,20% quale quota parte percepita dall'Intermediario; 11,80% quale quota parte percepita dall'Impresa di Assicurazione/Compagnia per spese di acquisizione e gestione.

Polizza Vita e Polizza contro i Danni: restano inoltre a carico dell'Assicurato i costi degli esami eventualmente svolti per accertamenti preventivi alla compilazione del Questionario Medico e/o del Rapporto di Visita Medica e delle ulteriori ed eventuali visite mediche e/o esami diagnostici richiesti dall'Impresa di Assicurazione/Compagnia per la definizione del Sinistro.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa/ Compagnia Assicuratrice	**Polizza Vita**: per eventuali reclami sul rapporto contrattuale o la gestione dei processi liquidativi scrivere a **UniCredit Life Insurance S.p.A.**, Funzione Reclami, Via Cornalia 30, 20124 - Milano, fax 02 91184065, o inviare e-mail a info_reclami@unicreditlife.it **Polizza contro i Danni:** eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità: - lettera inviata a: **UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.** – Servizio Clienti – Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano; - tramite e-mail alla casella: reclami@unicreditallianzassicurazioni.it; - fax: 02 72162588. L'Impresa di Assicurazione/Compagnia è tenuta a rispondere entro **45 giorni** dal ricevimento del reclamo. Ulteriori informazioni sui reclami sono consultabili sul sito internet www.unicreditallianzassicurazioni.it – nella sezione "I nostri servizi-Reclami". **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 essere allo stesso indirizzati con una lettera raccomandata oppure nelle modalità riportate sul sito internet dell'Intermediario stesso.
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.** Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it. 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:	
Arbitro Assicurativo Obbligatorio	Presentando ricorso: all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Il ricorso all'Arbitro Assicurativo è alternativo alla mediazione.
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 di fiducia a UniCredit Life Insurance S.p.A. (nel caso di richieste/domande inerenti la Garanzia Vita prestata dalla stessa) o a UniCredit Allianz Assicurazioni (nel caso di richieste/domande inerenti le Garanzie Danni prestate dalla stessa).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	**Arbitrato - Polizza Vita e 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 - Polizza Vita e Polizza contro i Danni:** nel caso di lite transfrontaliera, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura **FIN-NET**, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente, accedendo al sito http://www.ec.europa.eu/fin-net o all'IVASS, che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	**Polizza Vita - Regime fiscale dei premi**: il premio versato non è soggetto a imposta. Da diritto a una detrazione d'Imposta sul Reddito delle persone fisiche nella misura e per gli importi previsti dalla normativa vigente. **Regime fiscale delle prestazioni assicurate**: Le somme corrisposte relativamente alle prestazioni assicurate dal presente contratto sono esenti da IRPEF e da imposta sulle successioni. **Polizza contro i Danni - trattamento fiscale dei premi**: il premio di assicurazione relativo alle garanzie prestate è soggetto all'imposta sulle assicurazioni pari al 2,5%. **Detraibilità fiscale dei premi**: in capo all'Assicurato Persona Fisica che aderisce alla Polizza non compete alcun beneficio fiscale con riguardo al premio corrisposto. **Tassazione delle somme percepite**: le somme dovute dalla Società in dipendenza del Contratto non sono soggette ad imposta sul reddito delle persone fisiche. Il regime fiscale sopra descritto non intende fornire alcuna garanzia circa ogni diverso e/o ulteriore aspetto che potrebbe rilevare, direttamente o indirettamente, in relazione alla sottoscrizione del contratto.
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per alcune le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sui siti internet di UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A. al seguente link https://www.unicreditallianzassicurazioni.it/news/informazioni-alla-clientela/diritto-all-oblio-oncologico.html e di UniCredit Life Insurance S.p.A. al seguente link https://www.unicreditlife.it/faq/DIRITTO%20ALL%E2%80%99OBLIO%20ONCOLOGICO. Ai fini della formazione dell'"oblio oncologico", per conclusione del trattamento attivo della patologia si intende, in mancanza di recidive, la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo, ove previsto, del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni, ridotti a cinque se la patologia era insorta prima del ventunesimo anno, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le Imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio dell'Assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

PER QUESTO CONTRATTO UNICREDIT LIFE INSURANCE DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA ED UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO PER LE OPERAZIONI DI CAMBIO DATI E RICHIESTE DI LIQUIDAZIONE.
PER QUESTO CONTRATTO UNICREDIT ALLIANZ ASSICURAZIONI DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO. NELL'AREA INTERNET RISERVATA POTRANNO ESSERE ESEGUITE LE SEGUENTI ATTIVITA': CONSULTAZIONE DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI, CONSULTAZIONE DELLA CERTIFICAZIONE FISCALE OVE PREVISTA, SEGNALAZIONE DI UN SINISTRO, VARIAZIONE DEI DATI PERSONALI DELL'ASSICURATO.

CPI MUTUI PRIVATI A PREMIO UNICO ANTICIPATO PER LAVORATORI DIPENDENTI PRIVATI - COMPONENTE VITA

Condizioni di Assicurazione

Comprensive di:

- Contatti Utili
- Glossario

LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE SONO STATE REDATTE SULLA BASE DELLE LINEE GUIDA "CONTRATTI SEMPLICI E CHIARI"

Edizione 14 Gennaio 2026

UniCredit Life Insurance

Società facente parte del Gruppo UniCredit S.p.A

INDICE

GLOSSARIO

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO

CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

Art. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONE ASSICURATA 1

Art. 2 - PERSONE ASSICURABILI E AMMISSIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA 2

CHE OBBLIGHI HO?

Art. 3 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO 3

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Art. 4 - DECORRENZA, DURATA E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE VITA 6

GLOSSARIO

- **Aderente:** il soggetto che coincide con l'Assicurato e che valuta e liberamente decide di usufruire della copertura di un Contratto Assicurativo Collettivo.
- **Antiriciclaggio:** Normativa che prevede che le Compagnie di assicurazione debbano effettuare l'attività di adeguata verifica" dei propri Clienti, che consiste in:
  - identificare il Cliente e verificarne l'identità sulla base di documenti;
  - identificare l'eventuale titolare effettivo e verificarne l'identità;
  - ottenere informazioni sullo scopo e sulla natura prevista del rapporto continuativo;
  - svolgere un controllo costante nel corso del rapporto continuativo.
- **Assicurato:** Il Soggetto sulla cui vita è stipulato il Contratto di Assicurazione con la Compagnia Vita e cioè la persona fisica, collaboratore, Socio o dipendente, di rilevante importanza e indicato dall'Impresa aderente stessa.
- **Assicurazione:** Il Contratto attraverso il quale la Compagnia Vita, a fronte del pagamento di un Premio, si obbliga a riconoscere al Beneficiario designato un Capitale al verificarsi di un evento attinente alla vita umana.
- **Banca:** UniCredit S.p.A., che nel presente Contratto coincide con il Contraente.
- **Beneficiario:** Persona Fisica o Giuridica designata a ricevere la prestazione al verificarsi dell'evento assicurato, ossia l'avente diritto.
- **Capitale assicurato:** Corrisponde inizialmente all'importo del Finanziamento erogato dal Contraente e successivamente decresce coincidendo in ogni momento al Debito Residuo del Finanziamento stesso.
- **Compagnia:** UniCredit Life Insurance S.p.A., Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS n. 580 del 26/5/97 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 126 del 2/6/97, con sede in Via E. Cornalia, 30 - 20124 Milano (Italia).
- **Compagnia Danni:** UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A., ossia l'impresa assicuratrice che offre le garanzie ramo danni.
- **Contraente:** UniCredit S.p.A., con Sede Legale e Direzione Generale in Piazza Gae Aulenti 3 - Tower A – 20154 Milano, che stipula il Contratto di Assicurazione con la Compagnia Vita per conto delle Imprese aderenti, quali clienti di UniCredit S.p.A..
- **Contratto:** Accordo con il quale la Compagnia Vita, la Banca/Contraente e l'Assicurato, a fronte del pagamento del Premio, stabiliscono obblighi e impegni al verificarsi dell'evento assicurato.
- **Copertura Assicurativa:** Garanzia assicurativa generata dal versamento del Premio.
- **Debito residuo:** La quota capitale di un Finanziamento che, in un dato momento, risulta ancora da rimborsare alla Banca/Contraente che lo ha concesso. Il debito residuo non include la quota degli interessi, ma fa riferimento al solo capitale prestato.
- **DIP aggiuntivo Multirischi:** Documento informativo precontrattuale aggiuntivo redatto nel caso di Contratti dove i Prodotti assicurativi Vita sono abbinati alle garanzie relative ai rami Danni.
- **DIP Vita:** Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi Vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi che contiene le principali informazioni per consentire all'Impresa aderente di valutare il prodotto e di compararlo con gli altri prodotti aventi caratteristiche analoghe.
- **Firma autografa:** Sottoscrizione che un soggetto appone di suo pugno su un documento.
- **Firma digitale:** Sottoscrizione in formato elettronico, ai sensi del D. Lgs. 82/2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale) utilizzando il Certificato Qualificato di Firma Elettronica Qualificata rilasciato tramite l'Intermediario dal Certificatore Accreditato e valido per la sottoscrizione di documenti, disposizioni o contratti relativi a prodotti e servizi venduti dall'Intermediario stesso.
- **Importo erogato:** Importo totale del Finanziamento concesso da UniCredit S.p.A., pari all'importo richiesto più i premi relativi alle polizze Vita e Danni collegate. Coincide con il Capitale assicurato.
- **Importo richiesto:** Ammontare del Finanziamento richiesto al Contraente.
- **Impresa:** La Compagnia Vita, UniCredit Life Insurance S.p.A..
- **Infortunio:** Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
- **Invalidità Totale Permanente:** La perdita totale, permanente e definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato purché proficua e remunerabile. La prestazione è riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 60%.
- **IVASS:** Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.
- **Malattia:** L'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
- **Misure Internazionali:** Misure restrittive che impongono sanzioni di natura economica o finanziaria (incluse le sanzioni o misure relative ad embargo o asset freeze) volte a contrastare l'attività di Stati, persone fisiche o persone giuridiche/organizzazioni di varia natura che minacciano la pace e la sicurezza internazionale.

- **Modulo di Adesione:** Documento con il quale l'Assicurato esprime la volontà di aderire alle Polizze collettive stipulate dalla Banca/Contraente per l'Assicurazione Vita e per l'Assicurazione Danni.
- **Pacchetto Assicurativo:** il prodotto assicurativo considerato nella sua globalità e comprensivo sia dell'Assicurazione Vita che di quella Danni.
- **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:** Documento comprovante l'esistenza di un Contratto di assicurazione. Nello specifico la presente si configura in forma Collettiva, in quanto un singolo Contraente (UniCredit S.p.A.) stipula nell'interesse di più Assicurati (i propri clienti).
- **Polizza Collettiva:** Il documento che prova l'Assicurazione stipulata dalla Banca/Contraente nell'interesse degli Assicurati.
- **Premio:** Il corrispettivo dovuto alla Compagnia Vita dall'Aderente/Assicurato all'Assicurazione, per il tramite del Contraente, a fronte della Prestazione assicurativa
- **Questionario Medico:** Il modulo costituito da domande sullo stato di salute dell'Assicurato.
- **Rapporto di Visita Medica:** Il modulo relativo allo stato di salute dell'Assicurato che deve essere compilato da un medico iscritto all'Albo dei Medici in Italia.
- **Recesso:** Il diritto dell'Impresa aderente di sciogliere il Contratto entro il termine di sessanta giorni dal momento in cui è informato della conclusione del Contratto stesso, ai sensi dell'Art. 177 del D. Lgs. n. 209/05.
- **Referente Terzo:** Persona fisica o giuridica, diversa dal Beneficiario caso morte, che l'Assicurato ha la facoltà di indicare, per personali esigenze di riservatezza, nel Modulo di Adesione e alla quale la Compagnia Vita potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato.
- **Rischio:** La probabilità che si verifichi il Sinistro.
- **Set Informativo:** Insieme dei documenti predisposti, consegnati all'Impresa aderente, prima della sottoscrizione del Contratto, e pubblicati nel sito della Compagnia Vita. Il Set Informativo è costituito dai seguenti documenti: DIP Vita, Dip Danni, DIP aggiuntivo Multirischi, Condizioni di Assicurazione e Glossario Polizza Vita, Condizioni di Assicurazione e Glossario Polizza Danni, Informativa sulla Privacy Polizza Vita, Informativa sulla Privacy Polizza Danni, Fac-simile Modulo di Adesione Polizza Vita e Fac-simile Modulo di Adesione Polizza Danni.
- **Sinistro:** Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.
- **Soggetto Distributore o Intermediario:** Il soggetto che colloca il presente Contratto cioè UniCredit S.p.A. e che coincide con la figura del Contraente.
- **Valuta di denominazione:** Valuta o moneta in cui sono espresse le Prestazioni Contrattuali. Il presente Contratto è stipulato in Euro.

Data di aggiornamento: ottobre 2025

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

I RIQUADRI ESPLICATIVI O ESEMPLIFICATIVI A FIANCO AGLI ARTICOLI HANNO LA FUNZIONE DI AGEVOLARE LA COMPRENSIONE DELLE CONDIZIONI.

Le presenti Condizioni di Assicurazione regolano l'adesione degli Assicurati alla **Polizza Collettiva** di Assicurazione Vita (nel seguito la "Polizza Vita") accessoria al Mutuo che l'Assicurato ha stipulato con la **Banca/Contraente**, UniCredit S.p.A. (nel seguito la "Banca/Contraente"). Tale Contratto è volto a disciplinare i rapporti tra la Banca/Contraente UniCredit Life Insurance S.p.A.e l'**Assicurato aderente**.

Polizza Collettiva: il documento che comprova l'Assicurazione stipulata dalla Banca/Contraente nell'interesse degli Assicurati.

Banca/Contraente: UniCredit S.p.A., con Sede Legale e Direzione Generale in Piazza Gae Aulenti 3 - Tower A - 20154 Milano, che stipula il Contratto di Assicurazione con la Compagnia Vita per conto degli Assicurati, quali clienti di UniCredit S.p.A..

Assicurato aderente: Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il Contratto. Le prestazioni previste dal Contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Beneficiario: Persona Fisica o Giuridica designata a ricevere il Capitale assicurato al verificarsi del sinistro.

Debito residuo: la quota capitale di un Mutuo che, in un dato momento, risulta ancora da rimborsare alla Banca/Contraente che lo ha concesso. Il Debito Residuo non include la quota degli interessi.

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO

CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

Art. 1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONE ASSICURATA

UniCredit Life Insurance S.p.A., nel seguito la "Compagnia Vita", si impegna a pagare ai **Beneficiari** designati un capitale pari al Debito residuo del Mutuo (nel seguito "**Capitale Assicurato**") in caso di:

- Decesso, altresì chiamato sinistro, dell'Assicurato avvenuto per qualsiasi motivo durante il periodo di validità della copertura Assicurativa dell'Assicurazione Vita , senza limiti territoriali.

La Compagnia Vita paga il **Debito Residuo** del Mutuo corrispondente al momento del Sinistro ai Beneficiari designati in un'unica soluzione (Prestazione Vita) salvo quanto previsto dall'Art. 7 "ESCLUSIONI"e i limiti di indennizzo previsti all'Art.10 "LIMITI DI INDENNIZZO E CAPITALE MASSIMO ASSICURATO".

Il presente pacchetto assicurativo oltre all'Assicurazione Vita prevede anche un'Assicurazione Danni fornita da altra Compagnia le cui garanzie sono dettagliate nelle relative Condizioni di Assicurazione. Si precisa che, unitamente alla copertura "Decesso", il pacchetto assicurativo completo prevede le seguenti ulteriori prestazioni, garantite invece da UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.:

- Invalidità Totale Permanente (ITP) da infortunio o malattia dell'Assicurato;
- Perdita d'Impiego Involontaria a seguito di giustificato motivo oggettivo.

La Prestazione Vita relativa al Decesso non è cumulabile con eventuali indennizzi per Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, prestazione relative all'Assicurazione Danni stipulata dalla Banca/Contraente con UniCredit Allianz Assicurazioni.

Esempio

UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A. liquida all'Assicurato il Debito Residuo del Mutuo, a seguito di una condizione di Invalidità Totale Permanente (ITP) dell'Assicurato accertata al 60%.

Se l'Assicurato dovesse decedere successivamente alla liquidazione dell'ITP, la Compagnia Vita non riconoscerà alcuna prestazione ai Beneficiari designati, in quanto la liquidazione a seguito di ITP comporta anche la cessazione del Contratto Vita.

La Prestazione assicurata per successivo decesso dell'Assicurato verrebbe invece liquidata dalla Compagnia Vita ai Beneficiari designati qualora la precedente richiesta di liquidazione per Invalidità Totale Permanente fosse stata rifiutata da UniCredit Allianz Assicurazioni.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del Contratto non è prevista alcuna prestazione e il Premio versato alla Compagnia Vita resterà acquisito dalla stessa.

La Prestazione assicurata per ciascun Assicurato è variabile nel tempo; corrisponde inizialmente all'intero Importo del Mutuo erogato all'Assicurato (Capitale Assicurato iniziale) e successivamente decresce e corrisponde in ogni momento al Debito Residuo del Mutuo.

Ai fini della determinazione del Debito Residuo del Mutuo si assume che tutte le rate previste nel Piano di Ammortamento, già scadute alla data del Sinistro, siano state regolarmente pagate.

Si precisa che, nel caso in cui l'Importo del Mutuo erogato all'Assicurato fosse superiore alla somma di Euro 520.000,00 prevista come limite massimo per ogni singolo Assicurato, la Compagnia Vita liquiderà un importo calcolato applicando al Debito Residuo in essere alla data del sinistro il rapporto esistente tra tale limite massimo e l'Importo erogato, comprensivo dei premi relativi alle coperture assicurative Vita e Danni collegate allo stesso.

Il Capitale assicurato iniziale di riferimento per la determinazione del limite massimo assicurabile è da considerarsi quello cumulato in essere alla data di adesione al Contratto, derivante da tutte le eventuali ulteriori coperture in essere del singolo soggetto Assicurato con la Compagnia Vita, sommato all'importo del Mutuo richiesto dall'Assicurato per la presente Polizza Collettiva di Assicurazione sulla Vita.

Nessuna delle prestazioni disciplinate nel presente Articolo potrà essere erogata in favore di qualsivoglia soggetto (persona fisica o giuridica) che sia destinataria di una Misura Internazionale di cui al successivo "Art. 21 "ESONERO DAGLI OBBLIGHI CONTRATTUALI IN CASO DI APPLICAZIONE DI MISURE INTERNAZIONALI".

Premio: il corrispettivo che l'Assicurato deve pagare alla Compagnia Vita per ottenere la copertura assicurativa.
Capitale assicurato: corrisponde inizialmente all'Importo del Mutuo erogato dalla Banca/Contraente e successivamente decresce coincidendo in ogni momento al Debito Residuo del Mutuo stesso.

Art. 2 PERSONE ASSICURABILI E AMMISSIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA

Persone assicurabili
È assicurabile ciascuna persona fisica che alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:

a. abbia stipulato un Mutuo con la Banca/Contraente di durata originaria non superiore a 40 anni (480 mesi), la cui scadenza sia prevista entro il compimento del 75° anno di età dell'Assicurato;
b. abbia un'età pari o superiore a 18 anni compiuti e 70 non compiuti;
c. abbia la residenza in Italia. Qualora l'indirizzo di residenza dell'Assicurato differisca da quello di domicilio abituale quest'ultimo dovrà comunque essere in Italia. Qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato si trasferisca in modo definitivo in uno Stato diverso da Italia Francia Germania e Spagna, il Contratto si risolve a seguito della ricezione della comunicazione di trasferimento. **L'Assicurato deve comunicare direttamente alla Compagnia Vita (a mezzo raccomandata all'indirizzo Via Cornalia, 30 Milano o a mezzo posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo info@pec.unicreditlife.it) eventuali variazioni dei propri indirizzi di residenza e domicilio secondo le modalità di cui all'Art. 16 "COMUNICAZIONI"**;
d. eventuali variazioni dei propri indirizzi di residenza e domicilio;
e. abbia correttamente sottoscritto il **Modulo di Adesione**;
f. abbia adempiuto alle Formalità di Ammissione previste nell'Art. 3 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO.

In caso di più cointestatari Assicurati, per ciascun Assicurato la Copertura assicurativa sarà operante in base a una delle seguenti opzioni:

Opzione A) - assicurazione intera: per ciascun Assicurato il premio e l'eventuale Prestazione assicurata in caso di sinistro vengono

calcolati per intero.

Opzione B) - assicurazione pro quota: per ciascun Assicurato il premio e l'eventuale Prestazione assicurata in caso di sinistro vengono calcolati in pro quota dividendo i rispettivi importi interi per il numero complessivo di cointestatari Assicurati. Si precisa che l'adesione a tale opzione vincola tutti i cointestatari del Mutuo a effettuare la medesima scelta.

Opzione C) - assicurazione parziale: per ciascun Assicurato, se l'importo richiesto del Mutuo è maggiore di € 200.000,00, in alternativa alle opzioni di cui ai punti precedenti, il premio e la Prestazione assicurata in caso di sinistro vengono calcolati in base a una percentuale, a scelta dell'Assicurato, compresa tra il 50% e il 100%.

Modulo di Adesione: il documento, sottoscritto dall'Assicurato, mediante il quale aderisce all'Assicurazione e indica i Beneficiari.

CHE OBBLIGHI HO?

Art. 3 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

- **Formalità di Ammissione alla Copertura del Rischio.**

1. **Questionario per valutare la coerenza delle richieste ed esigenze assicurative** e **Modulo di Adesione**
Valutata preventivamente la coerenza del Pacchetto assicurativo proposto rispetto alle richieste ed esigenze dell'Assicurato, può aderire alla Polizza Vita e alla Polizza Danni la persona fisica che abbia sottoscritto il Modulo di Adesione redatto in duplice copia (rispettivamente per l'Assicurato e per la Banca/Contraente).

La sottoscrizione del Modulo di Adesione è subordinata, da parte dell'Assicurato, alla contestuale adesione alla Polizza Danni stipulata dalla Banca/Contraente con UniCredit Allianz Assicurazioni. avente per oggetto le garanzie Invalidità Totale Permanente da infortunio/malattia, Perdita d'Impiego Involontario a seguito di giustificato motivo oggettivo.
L'Assicurato, se previsto, dovrà inoltre fornire i dati necessari per l'adeguata verifica della clientela ai fini dell' **Antiriciclaggio.**
2. **Dichiarazioni sanitarie**

Una volta valutata la coerenza del Pacchetto Assicurativo rispetto alle richieste ed esigenze, l'Assicurato dovrà, in funzione dell'Importo richiesto e dell'età alla data di decorrenza della Copertura assicurativa, così come indicato nella TABELLA ASSUNTIVA di seguito riportata, procedere a:

- compilare il Questionario Medico (A);
- fornire eventuale Rapporto Visita Medica (B) ed eventuali esami medici secondo le indicazioni fornite dalla Compagnia Vita.

Nel caso in cui l'Assicurato sia intestatario o cointestatario di più finanziamenti, l'importo richiesto da considerare ai fini della Tabella Assuntiva sarà pari alla somma di tutti i singoli importi relativi all'Assicurato stesso.

Importo richiesto	Età compresa tra 18 e 65 anni compiuti	Età compresa tra 66 anni compiuti e 70 anni non compiuti
Fino a € 300.000,00	Modalità (A) Questionario Medico	Modalità (B) Rapporto Visita Medica
Oltre € 300.000,00 Fino a € 520.000,00	Modalità (B) Rapporto Visita Medica	Modalità (B) Rapporto Visita Medica

Le spese derivanti dal Rapporto di Visita Medica, dagli esami obbligatori a esso collegati e da eventuali accertamenti medici richiesti successivamente alla presentazione del Rapporto di Visita medica sono a totale carico dell'Assicurato.

In ogni caso l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costi a proprio carico. L'eventuale documentazione aggiuntiva al Questionario Medico (nel caso le dichiarazioni nello stesso rilasciate da parte dell'Assicurato comportassero la necessità di ulteriori valutazioni da parte della Compagnia Vita), il Rapporto Visita Medica e la relativa documentazione a supporto comprensiva degli eventuali esami medici, vengono inviati in busta chiusa a:

UniCredit Life Insurance S.p.A. - c.a. Ufficio Assunzioni

Via E. Cornalia n. 30, 20124 Milano.

La Compagnia Vita si riserva il diritto, una volta esaminata tutta la documentazione sanitaria necessaria, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto del rischio.
L'eventuale rifiuto di accettazione del Rischio verrà comunicato direttamente dalla Compagnia Vita all'Assicurato a mezzo raccomandata a/r e alla Banca/Contraente per conoscenza.

Nel caso di più Assicurati relativi allo stesso Mutuo, la mancata accettazione da parte della Compagnia Vita dell'ammissione alla Copertura assicurativa soltanto nei confronti di uno degli stessi, non pregiudica l'efficacia dell'Assicurazione per i rimanenti altri Assicurati.

Le informazioni e le dichiarazioni sullo stato di salute dell'Assicurato devono corrispondere a verità, esattezza e completezza.

Qualora tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di stipula del Mutuo intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute dell'Assicurato e quanto in precedenza dichiarato non risulta più rispondente a verità, esattezza e completezza, l'Assicurato stesso deve darne sollecita comunicazione alla Compagnia Vita prima della stipula del Mutuo, per il tramite della Banca/Contraente, al fine di espletare nuovamente le Formalità assuntive del Rischio.

Qualora la Compagnia Vita abbia accettato il Rischio il Mutuo deve essere erogato entro 180 giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.
Nel caso in cui l'erogazione del Mutuo avvenga successivamente al termine sopraindicato, l'Assicurato è tenuto a ripetere nuovamente le Formalità assuntive di cui sopra, nel caso compilando nuovamente il Questionario Medico se previsto, anche se non sono intervenuti cambiamenti in relazione al suo stato di salute.
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurando relative a circostanze che influiscono nella valutazione del Rischio da parte della Compagnia Vita possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla Prestazione assicurata, nonché la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti lo stato di salute, che, se richieste dalla Compagnia Vita all'atto dell'adesione all'Assicurazione, devono corrispondere a verità ed esattezza.
Non è in alcun modo possibile indicare come Assicurati del Contratto soggetti destinatari di Misure Internazionali di cui al successivo Art. 21 "ESONERO DAGLI OBBLIGHI CONTRATTUALI IN CASO DI APPLICAZIONE DI MISURE INTERNAZIONALI".

Questionario per valutare la coerenza delle richieste ed esigenze assicurative: questionario obbligatorio per legge che indaga le esigenze e la propensione al rischio dell'aderente. Viene acquisito in fase precontrattuale per valutare la coerenza al profilo del Contratto offerto.
Antiriciclaggio: normativa che prevede che le Compagnie di assicurazione debbano effettuare l'attività di "adeguata verifica" dei propri Clienti, che consiste in:
identificare il Cliente e verificarne l'identità sulla base di documenti; identificare l'eventuale titolare effettivo e verificarne l'identità; ottenere informazioni sullo scopo e sulla natura prevista del rapporto continuativo; svolgere un controllo costante nel corso del rapporto continuativo.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Art. 4 DECORRENZA, DURATA E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE VITA

- **Decorrenza dell'Assicurazione Vita**

L'adesione al Pacchetto assicurativo si perfeziona con la sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Assicurando.

Ferma restando la possibilità di sottoscrivere il Modulo di Adesione e l'ulteriore documentazione collegata riferita all'Assicurazione Vita con firma autografa su supporto cartaceo la Banca /Contraente, ove previsto, offre alla propria clientela la possibilità di sottoscrivere, in preposti ambienti digitali messi a disposizione dalla Banca/Contraente ed accessibili via Internet alla clientela medesima, atti e documenti in formato elettronico, ai sensi del D. Lgs. 82/2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale) utilizzando il Certificato Qualificato di Firma Elettronica Qualificata, rilasciato tramite la Banca dal Certificatore Accreditato e valido per la sottoscrizione di documenti, disposizioni o Contratti relativi a prodotti e servizi venduti dalla Banca stessa.

La Compagnia Vita riconosce, che il Modulo di Adesione e l'ulteriore documentazione collegata riferita all'Assicurazione Vita ove tale documentazione sia resa disponibile in formato elettronico per la sottoscrizione possa essere sottoscritta nei citati ambienti digitali con Firma Elettronica Qualificata, riconoscendo piena efficacia alla stessa.

Per ciascun Assicurato l'Assicurazione Vita decorre dalle ore 24 del giorno di erogazione del Mutuo, fermo restando che:

- sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione;
- se previsto, sia stato compilato e consegnato il Questionario Medico e questo sia stato valutato positivamente e accettato preventivamente dalla Compagnia Vita;

ovvero

- l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica il cui esito (Rapporto Visita Medica) sia stato valutato positivamente e accettato preventivamente dalla Compagnia Vita;

e sempreché

- sia stato pagato il relativo Premio.

Successivamente alla decorrenza dell'Assicurazione Vita, la Banca/Contraente invierà all'Assicurato specifica comunicazione nella quale vengono indicate le Assicurazioni Vita e Danni inserite nel Pacchetto assicurativo acquistato e la facoltà, in capo allo stesso Assicurato, di recedere dalla Polizza ed ottenere il rimborso del Premio versato ovvero la corrispondente riduzione della rata del finanziamento, indicando i relativi importi.

- **Durata dell'Assicurazione Vita**
  Per ciascun Assicurato la durata della Copertura assicurativa, espressa in mesi interi, **nel limite massimo di 40 anni (480 mesi)**, coincide con la durata originaria del Mutuo, comprensiva di un eventuale periodo di preammortamento fino a un massimo di 24 mesi. La durata del Mutuo è comunicata alla Compagnia Vita dalla Banca/Contraente.
- **Cessazione della Copertura assicurativa**
  Fermo restando quanto stabilito al punto precedente, la Copertura assicurativa cessa alla scadenza del Contratto di Mutuo secondo i termini originariamente convenuti.
  La Copertura Assicurativa cessa comunque, anche prima della scadenza sopra indicata dalle ore 24.00 del giorno in cui si verifica anche uno dei seguenti eventi:

  a) **Estinzione Totale Anticipata** o **Surroga** del Mutuo;

b) liquidazione del Capitale assicurato da parte della Compagnia Vita a seguito di Decesso dell'Assicurato per l'Assicurazione Vita;

c) liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia corrisposto da UniCredit Allianz Assicurazioni in virtù della Polizza Danni, collegata al medesimo Mutuo di cui al presente Contratto, stipulata dalla Banca/Contraente con UniCredit Allianz Assicurazioni;

d) **Accollo** del Mutuo da parte di terzi, come previsto dall'Art. 1273 del Codice Civile;

e) esercizio del diritto di Recesso, come disciplinato al successivo Art. 5 "DIRITTO DI RECESSO DELL'ASSICURATO";

f) trasferimento definitivo dell'Assicurato in uno Stato presso il quale la Compagnia Vita non è autorizzata a prestare la propria attività (in uno Stato diverso da Italia, Francia, Germania e Spagna); a tale proposito l'Assicurato si impegna a comunicare tempestivamente alla Compagnia Vita il trasferimento presso Stati diversi da quelli sopra citati;

g) ogni altra causa idonea a provocare lo scioglimento del Contratto.

Relativamente agli eventi a) e d) sopra indicati, la Copertura assicurativa non cessa, continuando a produrre i propri effetti, qualora, come previsto e indicato nel successivo Art. 6 "RIMBORSO RATEI DI PREMIO PAGATI E NON GODUTI", l'Assicurato, in alternativa al rimborso dei ratei di Premio pagati e non goduti, decida di chiedere alla Compagnia Vita di mantenere la Copertura Assicurativa fino alla scadenza prevista.

In nessun caso la Compagnia Vita sarà obbligata a corrispondere la Prestazione assicurata come definita all'Art. 1 "OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONE ASSICURATA" per Sinistri che si verifichino oltre la data di scadenza dell'Assicurazione Vita.

Surroga: è una procedura semplificata per trasferire il proprio mutuo da una Banca a un'altra e usufruire agevolmente delle migliori condizioni disponibili, se offerte in quel momento dal mercato.

Accollo: il subentrare ad un altro mutuatario nel rimborso del finanziamento per l'acquisto di un bene, nel momento in cui il passaggio di proprietà avvenga prima che il debito con la Banca sia stato estinto.

Estinzione Anticipata: azione che permette di rimborsare alla Banca/Contraente la totalità o parte dell'importo finanziato prima della naturale scadenza Contrattuale.

INFORMATIVA *EX* ART. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

La presente informativa è resa nel rispetto della normativa sulla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali di cui al Regolamento UE 2016/679 (di seguito indicato come "**Regolamento**") e UniCredit Life Insurance S.p.A. – partita IVA n. 13362170154 con sede legale in Milano, Via Cornalia n. 30 – in qualità di Titolare del trattamento dei dati (di seguito indicata come "**UniCredit Life Insurance**" o "**Titolare**"), intende informarLa circa il trattamento dei Suoi dati.

1. DEFINIZIONI

Si riporta il significato di alcuni termini utilizzati nella presente Informativa al fine di agevolarne la comprensione:

a) **Trattamento:** s'intende qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

b) **Dato Personale:** è tale qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile («Interessato»); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale.
UniCredit Life Insurance tratta i seguenti Dati Personali: nome e cognome, sesso, luogo e data di nascita, indirizzo *e-mail*, cellulare, codice fiscale, estremi di documenti di identificazione in corso di validità, IBAN, indirizzo, cittadinanza, residenza fiscale (FATCA e CRS), professione.

c) **Categorie Particolari di Dati Personali:** i Dati Personali che rivelano l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, data relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona. Rientrano tra queste i **Dati relativi alla Salute**, per tali intendendosi quelli attinenti alla salute fisica di una persona fisica o che rivelano informazioni relative al suo stato di salute.
UniCredit Life Insurance tratta la suddetta categoria di dati, unicamente nell'ambito dell'instaurazione (al momento della compilazione del questionario anamnestico o della autodichiarazione del buono stato di salute) e della gestione del rapporto contrattuale connesso alle assicurazioni temporanee caso morte e alle assicurazioni collegati a erogazioni di credito, cd. *credit protection insurance.*

d) **Dati Giudiziari**: sono i Dati Personali relativi alle condanne penali e ai reati o a connesse misure di sicurezza.
UniCredit Life Insurance tratta questa tipologia di dati esclusivamente in conformità alle previsioni di cui all'art. 2-*octies*, D.Lgs. 101/2018, e in relazione a sinistri o ad eventi attinenti alla vita umana nonché la prevenzione, l'accertamento e il contrasto di frodi o situazioni di concreto rischio per il corretto esercizio dell'attività assicurativa nonché per l'adempimento degli obblighi previsti dalle normative vigenti in materia di prevenzione dell'uso del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo.

e) **Titolare:** UniCredit Life Insurance che determina le finalità e i mezzi del trattamento dei Dati Personali dell'Interessato.

f) **Responsabile**: è la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che tratta Dati Personali per conto del Titolare.

g) **Interessato**: il contraente e l'assicurato, qualora diverso dal contraente, a cui si riferiscono i Dati Personali.

h) **Data Protection Officer (DPO)**: il soggetto designato dal Titolare quale responsabile della protezione dei dati.

2. TIPOLOGIA DI DATI TRATTATI.

I dati che possono essere raccolti e trattati da UniCredit Life Insurance per le finalità di seguito meglio dettagliate sono Dati Personali, Categorie Particolari di Dati Personali e Dati Giudiziari nei limiti di cui alle finalità sotto indicate.

Nel prosieguo della presente informativa, con il termine "Dati" si fa riferimento unitamente ai Dati Personali e alle Categorie Particolari di Dati Personali.

I dati sono raccolti direttamente presso l'interessato al momento della sottoscrizione del contratto ovvero presso soggetti terzi e/o presso le banche dati che il Titolare consulta per adempiere agli obblighi di legge a cui è sottoposto.

UniCredit Life Insurance non tratta dati che non siano strettamente necessari alle finalità di cui sotto.

3. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO E BASE DI LEGITTIMAZIONE

Il Titolare, tratta i Dati Personali, le Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari per le seguenti finalità:

A) Trattamento dei Dati per "finalità assicurative" (c.d. "***finalità assicurativa***")
Ai fini dell'esecuzione del contratto assicurativo sottoscritto dall'interessato con UniCredit Life Insurance, quest'ultima tratta i Dati per: la predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivanti; la raccolta dei premi; la liquidazione dei sinistri, il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; la riassicurazione; la coassicurazione; l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali.
Il mancato conferimento dei Dati comporta l'impossibilità per UniCredit Life Insurance di fornire le prestazioni, i servizi e/o i prodotti assicurativi oggetto del contratto.
Base di legittimazione: per questo tipo di trattamenti è l'esecuzione del contratto assicurativo di cui l'Interessato è parte, nonché per il trattamento delle Categorie Particolari di Dati Personali il consenso dell'Interessato.
B) Trattamento dei Dati per finalità di antifrode, di controllo interno e di rilevamento della qualità del servizio
Nel contesto della finalità assicurativa, UniCredit Life Insurance tratta i Dati anche per: la prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; la gestione e l'esecuzione delle attività di controllo interno; attività statistiche; rilevazione del grado di soddisfazione della clientela sulla qualità dei servizi resi e sulle attività svolte da UniCredit Life Insurance, eseguita direttamente oppure attraverso l'attività di società specializzate mediante interviste personali, telefoniche, questionari, ecc..
Ai sensi dell'art. 82, Regolamento Ivass 40/2018, resta in ogni caso salva la possibilità per UniCredit Life Insurance di utilizzare i Dati Personali dell'interessato nella commercializzazione di un contratto di assicurazione relativo allo stesso ramo assicurativo per il quale il contraente Interessato abbia già fornito i propri recapiti.
Base di legittimazione: per questo tipo di trattamenti è il legittimo interesse di UniCredit Life Insurance al fine di prevenire eventuali frodi; effettuare l'attività di controllo interno, nonché per rilevare il grado di soddisfazione della clientela.

C) Trattamento dei Dati Personali, delle Categorie Particolari di Dati Personali e dei Dati Giudiziari **per adempiere a obblighi legali ai quali il Titolare è soggetto**
I Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, sono trattati per finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e di controllo, ivi compresa, per esempio, la normativa in materia di antiriciclaggio e contrasto al terrorismo.
Base di legittimazione: per questo tipo di trattamenti è il rispetto di obblighi di legge.

4. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Trattamento avviene mediante strumenti informatici, telematici e manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la protezione, la riservatezza e la sicurezza dei Dati Personali.

5. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, sono conservati dal Titolare per tutta la durata del rapporto contrattuale, per l'esecuzione degli adempimenti allo stesso inerenti e conseguenti nonché per il rispetto degli obblighi di legge e regolamentari dettati in materia di conservazione documentale.

In particolare, i Dati sono conservati per un periodo temporale di anni 11 decorrente dall'ultima registrazione collegata al rapporto contrattuale di cui lei è parte.

UniCredit Life Insurance provvederà alla conservazione per il tempo strettamente necessario dei dati da Lei forniti nel caso di richiesta di preventivo cui non sia seguita la conclusione del contratto di assicurazione definitivo.

I Dati potranno, altresì, esser trattati per un termine superiore, ove intervenga un atto interruttivo e/o sospensivo della prescrizione che giustifichi il prolungamento della conservazione del dato.

6. EVENTUALE TRASFERIMENTO ALL'ESTERO DEI DATI PERSONALI

La gestione e la conservazione dei Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, avviene su archivi cartacei e su *server* del Titolare e/o di società terze nominate quali Responsabili esterni del trattamento. I server sui quali sono archiviati i Dati di cui sopra sono ubicati in Italia e all'interno dell'Unione Europea. Dati Personali non sono oggetto di trasferimento al di fuori dell'Unione Europea.

Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare l'ubicazione degli archivi e dei *server* in Italia e/o nell'Unione Europea e/o in Paesi extra-UE. In tal caso, il Titolare assicura sin d'ora che il trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili stipulando, se necessario, accordi che garantiscano un livello di protezione adeguato e/o adottando le clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea.

7. CATEGORIE DI SOGGETTI CUI POSSONO ESSERE COMUNICATI I DATI

All'interno di UniCredit Life Insurance, i soggetti che possono venire a conoscenza dei Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, sono i dipendenti, le strutture interne o i collaboratori esterni che svolgono per conto di UniCredit Life Insurance medesima servizi, compiti tecnici, di supporto (in particolare: servizi legali; servizi informatici; spedizioni) e di controllo aziendale.

In relazione alle finalità di cui al punto 3) lett. (A), (B) e (C) anche soggetti esterni a UniCredit Life Insurance – oltre a quelli individuate per legge e/o regolamento – potranno venire a conoscenza dei Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, affinché svolgano i correlati trattamenti e comunicazioni, quali per esempio: soggetti facenti parte della "catena assicurativa" (per esempio: riassicuratori, coassicuratori, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione, banche, SIM, SGR, legali, periti, medici); soggetti che svolgono servizi bancari, finanziari o assicurativi; società appartenenti al Gruppo Unicredit S.p.A., o comunque da essa controllate o ad essa collegate; soggetti che svolgono attività di lavorazione e trasmissione delle comunicazioni alla/dalla clientela; soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione; soggetti che prestano attività di assistenza alla clientela; soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi; consulenti e collaboratori esterni; soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere da UniCredit Life Insurance anche nell'interesse della clientela, fra cui il responsabile dei piani individuali pensionistici; società di recupero crediti; amministrazioni finanziarie e altri aziende o enti pubblici in adempimento d'obblighi normativi; Autorità competenti e/o Organi di Vigilanza per l'espletamento degli obblighi di legge.

I soggetti, anche facenti parte di Stati membri dell'UE, appartenenti alle categorie di soggetti ai quali UniCredit Life Insurance può comunicare i dati tratteranno tali Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, in qualità di autonomi "Titolari", salvo il caso in cui siano stati designati da UniCredit Life Insurance quali "Responsabili" esterni dei trattamenti di loro specifica competenza.

I nominativi dei soggetti che potranno venire a conoscenza dei Dati Personali, incluse le eventuali Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari, in qualità di "Responsabili del trattamento" e dei soggetti che operano in qualità di "Contitolari" a cui gli stessi potranno essere comunicati, sono riportati in un elenco aggiornato disponibile presso UniCredit Life Insurance (da richiedersi al DPO, ai recapiti presenti al punto 10).

UniCredit Life Insurance non diffonde i Dati Personali.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Oltre al diritto di accesso concernente la possibilità di ottenere dal Titolare la conferma che sia in corso un trattamento dei propri Dati, l'Interessato gode dei diritti riconosciutigli agli artt. 16-21 del Regolamento e precisamente:

a) ottenere dal Titolare la rettifica dei dati inesatti che lo riguardano senza ingiustificato ritardo, ovvero l'integrazione dei Dati Personali incompleti, anche fornendo una dichiarazione integrativa;
b) ottenere dal Titolare senza ingiustificato ritardo la cancellazione dei Dati Personali che lo riguardano, quando:
    - i dati non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati;
    - l'Interessato revoca il consenso al Trattamento dei Dati Personali e non sussiste altro fondamento giuridico per il Trattamento dei medesimi;
    - l'Interessato si è opposto al Trattamento e non sussiste alcun motivo legittimo prevalente per procedere al Trattamento;
    - i Dati Personali sono stati trattati illecitamente;
    - i Dati Personali devono essere cancellati per adempiere ad un obbligo di legge cui è soggetto il Titolare;
c) ottenere dal Titolare la limitazione del trattamento dei Dati Personali quando:
    - l'Interessato contesta l'esattezza dei Dati Personali, per il periodo necessario al Titolare per verificare detta circostanza;
    - il Trattamento è illecito e l'Interessato opponendosi alla cancellazione dei dati, chiede solamente che ne sia limitato l'utilizzo;
    - benché il Titolare non ne abbia più bisogno ai fini del Trattamento, i Dati Personali sono necessari per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
    - l'Interessato si è opposto al Trattamento per il periodo necessario alla valutazione della prevalenza dei motivi legittimi del Titolare rispetto ai Suoi.
d) ricevere dal Titolare in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i Dati Personali da che lo riguardano se: (i) il Trattamento si basa sul consenso o su un contratto; (ii) il Trattamento è effettuato con mezzi automatizzati. In tal caso l'Interessato ha il diritto di ottenere la trasmissione diretta dei Dati Personali da un Titolare all'altro, se tecnicamente fattibile;
e) opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare al Trattamento dei Dati Personali che lo riguardano.

9. MODALITÀ DI ESERCIZIO DEI DIRITTI

Per esercitare i diritti di cui al punto 8, l'Interessato potrà contattare il *Data Protection Officer*, nominato dal Titolare, con una delle seguenti modalità:

- inviando una raccomandata A/R all'attenzione del *Data Protection Officer* presso UniCredit Life Insurance S.p.A., Via Cornalia, n. 30, 20124 Milano;
- inviando una *e-mail* all'indirizzo PEC: privacy@pec.unicreditlife.it. Si precisa che la casella è abilitata a ricevere ed inoltrare *e-mail* anche ad indirizzi non PEC nonché a ricevere/inviare documenti informatici di dimensioni non superiori a 10 MB, redatti utilizzando formati "statici", senza macro e/o contenuti eseguibili, quali, ad es., PDF/A, OFFICE (Word, Excel), ZIP, RAR.

Il termine per la risposta all'Interessato è di trenta giorni, prorogabile di altri due mesi in casi di particolare complessità; in questi casi, il Titolare fornisce almeno una comunicazione interlocutoria all'interessato entro il termine di trenta giorni.

L'esercizio dei diritti è, in linea di principio, gratuito; il Titolare si riserva il dritto di chiedere un contributo in caso di richieste manifestamente infondate o eccessive (anche ripetitive), anche alla luce delle indicazioni che dovessero essere fornite dal Garante Privacy.

Il Titolare ha il diritto di chiedere informazioni necessarie a identificare l'Interessato, e quest'ultimo ha il dovere di fornirle, secondo modalità idonee.

10. RECLAMO AL GARANTE PRIVACY

L'Interessato ha la possibilità di proporre reclamo all'Autorità Garante Privacy, contattabile al sito *web* http://www.garanteprivacy.it/.

INFORMATIVA *EX* ART. 13 e 14 DEL REGOLAMENTO UE 679/2016

PER BENEFICIARI DELLE POLIZZE

La presente informativa è resa nel rispetto della normativa sulla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali di cui al Regolamento UE 679/2016 (di seguito indicato come "**Regolamento**" o "**GDPR**") e UniCredit Life Insurance S.p.A. – partita IVA n. 13362170154 con sede legale in Milano, Via Cornalia n. 30 – in qualità di Titolare del trattamento dei dati (di seguito indicata come "**UniCredit Life Insurance**" o "**Titolare**"), intende informarLa circa il trattamento dei Suoi dati.

1. DEFINIZIONI

Si riporta il significato di alcuni termini utilizzati nella presente Informativa al fine di agevolarne la comprensione:

a) **Trattamento:** s'intende qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

b) **Dato Personale:** è tale qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile («Interessato»); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale.
UniCredit Life Insurance, in adempimento degli oneri previsti dall'art. 11, co. 4, Reg. IVASS 41/2018 nonché dalle ulteriori indicazioni fornite dall'Autorità di Vigilanza, tratta i seguenti Dati Personali del beneficiario: nome e cognome, sesso, luogo e data di nascita, indirizzo *e-mail*, recapito telefonico, codici identificativi vari (i.e. C.F./documento d'identità/passaporto), indirizzo, cittadinanza, IBAN.

c) **Titolare:** UniCredit Life Insurance che determina le finalità e i mezzi del trattamento dei Dati Personali dell'Interessato.

d) **Responsabile**: è la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che tratta Dati Personali per conto del Titolare.

e) **Interessato**: il beneficiario della polizza a cui si riferiscono i Dati Personali.

f) **Data Protection Officer (DPO)**: il soggetto designato dal Titolare quale responsabile della protezione dei dati.

2. TIPOLOGIA DI DATI TRATTATI.

I dati che possono essere raccolti e trattati da UniCredit Life Insurance per le finalità di seguito meglio dettagliate sono i Dati Personali forniti a UniCredit Life Insurance dal contraente/aderente di una polizza vita.
UniCredit Life Insurance non tratta Dati Personali che non siano strettamente necessari alle finalità di cui sotto.

3. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO E BASE DI LEGITTIMAZIONE

I Dati Personali sono trattati in adempimento alle finalità di cui all'art. 11 Reg. IVASS 41/2018 e della normativa a vario titolo applicabile al Titolare nei limiti e con le modalità necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative al contratto assicurativo sottoscritto dal contraente/aderente che ha indicato l'Interessato come beneficiario della polizza da lui sottoscritta e che sono trattati dal Titolare al fine di liquidare la polizza in caso di verificarsi dell'evento dedotto in polizza.
Base di legittimazione: esecuzione del contratto assicurativo e adempimento di obblighi di legge.

4. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Trattamento avviene mediante strumenti informatici, telematici e manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la protezione, la riservatezza e la sicurezza dei Dati Personali.

5. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I Dati Personali sono conservati dal Titolare per un periodo temporale di anni 11 decorrente dall'ultima registrazione collegata al rapporto contrattuale di cui lei è parte, oltre all'ulteriore periodo normativamente previsto per ottemperare ad obblighi di legge e regolamentari e salvo che un ulteriore trattamento sia necessario per esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria, o per evadere richieste da parte di Autorità.

6. EVENTUALE TRASFERIMENTO ALL'ESTERO DEI DATI PERSONALI

La gestione e la conservazione dei Dati Personali, avviene su archivi cartacei e su *server* del Titolare e/o di società terze nominate quali Responsabili esterni del trattamento. I server sui quali sono archiviati i Dati Personali di cui sopra sono ubicati in Italia e all'interno dell'Unione Europea. Dati Personali non sono oggetto di trasferimento al di fuori dell'Unione Europea.

Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare l'ubicazione degli archivi e dei *server* in Italia e/o nell'Unione Europea e/o in Paesi extra-UE. In tal caso, il Titolare assicura sin d'ora che il trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili stipulando, se necessario, accordi che garantiscano un livello di protezione adeguato e/o adottando le clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea.

7. CATEGORIE DI SOGGETTI CUI POSSONO ESSERE COMUNICATI I DATI

All'interno di UniCredit Life Insurance, i soggetti che possono venire a conoscenza dei Dati Personali, sono i dipendenti, le strutture interne o i collaboratori esterni che svolgono per conto di UniCredit Life Insurance medesima servizi, compiti tecnici, di supporto (in particolare: servizi legali; servizi informatici; spedizioni) e di controllo aziendale.

In relazione alle finalità, anche soggetti esterni a UniCredit Life Insurance – oltre a quelli individuate per legge e/o regolamento – potranno venire a conoscenza dei Dati Personali affinché svolgano i correlati trattamenti e comunicazioni, quali per esempio: soggetti facenti parte della "catena assicurativa" (per esempio: riassicuratori, coassicuratori, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione, banche, SIM, SGR, legali, periti, medici); soggetti che svolgono servizi bancari, finanziari o assicurativi; società appartenenti al Unicredit S.p.A., o comunque da essa controllate o ad essa collegate; soggetti che svolgono attività di lavorazione e trasmissione delle comunicazioni alla/dalla clientela; soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione; soggetti che prestano attività di assistenza alla clientela; soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi; consulenti e collaboratori esterni; soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere da UniCredit Life Insurance anche nell'interesse della clientela, fra cui il responsabile dei piani individuali pensionistici; società di recupero crediti; amministrazioni finanziarie e altri aziende o enti pubblici in adempimento d'obblighi normativi; Autorità competenti e/o Organi di Vigilanza per l'espletamento degli obblighi di legge.

I soggetti, anche facenti parte di Stati membri dell'UE, appartenenti alle categorie di soggetti ai quali UniCredit Life Insurance può comunicare i dati tratteranno tali Dati Personali, in qualità di autonomi "Titolari", salvo il caso in cui siano stati designati da UniCredit Life Insurance quali "Responsabili" esterni dei trattamenti di loro specifica competenza.

UniCredit Life Insurance non diffonde i Dati Personali.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Oltre al diritto di accesso concernente la possibilità di ottenere dal Titolare la conferma che sia in corso un trattamento dei propri Dati, l'Interessato gode dei diritti riconosciutigli agli artt. 16-21 del Regolamento e precisamente:

a) ottenere dal Titolare la rettifica dei dati inesatti che lo riguardano senza ingiustificato ritardo, ovvero l'integrazione dei Dati Personali incompleti, anche fornendo una dichiarazione integrativa;
b) ottenere dal Titolare senza ingiustificato ritardo la cancellazione dei Dati Personali che lo riguardano, quando:
    - i dati non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati;
    - l'Interessato revoca il consenso al Trattamento dei Dati Personali e non sussiste altro fondamento giuridico per il Trattamento dei medesimi;
    - l'Interessato si è opposto al Trattamento e non sussiste alcun motivo legittimo prevalente per procedere al Trattamento;
    - i Dati Personali sono stati trattati illecitamente;
    - i Dati Personali devono essere cancellati per adempiere ad un obbligo di legge cui è soggetto il Titolare;
c) ottenere dal Titolare la limitazione del trattamento dei Dati Personali quando:
    - l'Interessato contesta l'esattezza dei Dati Personali, per il periodo necessario al Titolare per verificare detta circostanza;
    - il Trattamento è illecito e l'Interessato opponendosi alla cancellazione dei dati, chiede solamente che ne sia limitato l'utilizzo;
    - benché il Titolare non ne abbia più bisogno ai fini del Trattamento, i Dati Personali sono necessari per

l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
- l'Interessato si è opposto al Trattamento per il periodo necessario alla valutazione della prevalenza dei motivi legittimi del Titolare rispetto ai Suoi.

d) ricevere dal Titolare in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i Dati Personali da che lo riguardano se: (i) il Trattamento si basa sul consenso o su un contratto; (ii) il Trattamento è effettuato con mezzi automatizzati. In tal caso l'Interessato ha il diritto di ottenere la trasmissione diretta dei Dati Personali da un Titolare all'altro, se tecnicamente fattibile;
e) opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare al Trattamento dei Dati Personali che lo riguardano.

9. MODALITÀ DI ESERCIZIO DEI DIRITTI

Per esercitare i diritti di cui al punto 8, l'Interessato potrà contattare il *Data Protection Officer*, nominato dal Titolare, con una delle seguenti modalità:

- inviando una raccomandata A/R all'attenzione del *Data Protection Officer* presso UniCredit Life Insurance S.p.A., Via Cornalia, n. 30, 20124 Milano;
- inviando una *e-mail* all'indirizzo PEC: privacy@pec.unicreditlife.it. Si precisa che la casella è abilitata a ricevere ed inoltrare *e-mail* anche ad indirizzi non PEC nonché a ricevere/inviare documenti informatici di dimensioni non superiori a 10 MB, redatti utilizzando formati "statici", senza macro e/o contenuti eseguibili, quali, ad es., PDF/A, OFFICE (Word, Excel), ZIP, RAR.

Il termine per la risposta all'Interessato è di trenta giorni, prorogabile di altri due mesi in casi di particolare complessità; in questi casi, il Titolare fornisce almeno una comunicazione interlocutoria all'interessato entro il termine di trenta giorni.

L'esercizio dei diritti è, in linea di principio, gratuito; il Titolare si riserva il dritto di chiedere un contributo in caso di richieste manifestamente infondate o eccessive (anche ripetitive), anche alla luce delle indicazioni che dovessero essere fornite dal Garante Privacy.

Il Titolare ha il diritto di chiedere informazioni necessarie a identificare l'Interessato, e quest'ultimo ha il dovere di fornirle, secondo modalità idonee.

10. RECLAMO AL GARANTE PRIVACY

L'Interessato ha la possibilità di proporre reclamo all'Autorità Garante Privacy, contattabile al sito *web* http://www.garanteprivacy.it/.

INFORMATIVA *EX* ART. 13 e 14 DEL REGOLAMENTO UE 679/2016

PER I REFERENTI TERZI INDICATI DAL CONTRAENTE AI SENSI DELL'ART. 11, CO. 4, LETT. D), REG. IVASS 41/2018

La presente informativa è resa nel rispetto della normativa sulla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali di cui al Regolamento UE 679/2016 (di seguito indicato come "**Regolamento**" o "**GDPR**") e UniCredit Life Insurance S.p.A. – partita IVA n. 13362170154 con sede legale in Milano, Via Cornalia n. 30 – in qualità di Titolare del trattamento dei dati (di seguito indicata come "**UniCredit Life Insurance**" o "**Titolare**"), intende informarLa circa il trattamento dei Suoi dati.

1. DEFINIZIONI

Si riporta il significato di alcuni termini utilizzati nella presente Informativa al fine di agevolarne la comprensione:

a) **Trattamento:** s'intende qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.

b) **Dato Personale:** è tale qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile («Interessato»); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale.
UniCredit Life Insurance, in adempimento degli oneri previsti dall'art. 11, co. 4, lett. d), Reg. IVASS 41/2018 nonché dalle ulteriori indicazioni fornite dall'Autorità di Vigilanza, tratta i seguenti Dati Personali del referente terzo: nome e cognome, luogo e data di nascita, indirizzo *e-mail*, recapito telefonico, codice fiscale, indirizzo, cittadinanza.

c) **Titolare:** UniCredit Life Insurance che determina le finalità e i mezzi del trattamento dei Dati Personali dell'Interessato.

d) **Responsabile**: è la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che tratta Dati Personali per conto del Titolare.

e) **Interessato**: il referente terzo indicato dal contraente della polizza e a cui si riferiscono i Dati Personali.

f) **Data Protection Officer (DPO)**: il soggetto designato dal Titolare quale responsabile della protezione dei dati.

2. TIPOLOGIA DI DATI TRATTATI.

I dati che possono essere raccolti e trattati da UniCredit Life Insurance per le finalità di seguito meglio dettagliate sono i Dati Personali forniti a UniCredit Life Insurance dal contraente di una polizza vita.

UniCredit Life Insurance non tratta Dati Personali che non siano strettamente necessari alle finalità di cui sotto.

3. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO E BASE DI LEGITTIMAZIONE

I Dati Personali sono trattati in adempimento alle finalità di cui all'art. 11, co. 4, lett. d, Reg. IVASS 41/2018 nei limiti e con le modalità necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative al contratto assicurativo sottoscritto dal contraente che ha indicato l'Interessato come referente terzo della polizza da lui sottoscritta e che sono trattati dal Titolare al fine di liquidare la polizza in caso di verificarsi dell'evento dedotto in polizza.

Base di legittimazione: esecuzione del contratto assicurativo e adempimento di obblighi di legge.

4. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Trattamento avviene mediante strumenti informatici, telematici e manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la protezione, la riservatezza e la sicurezza dei Dati Personali.

5. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I Dati Personali sono conservati dal Titolare per tutta la durata del rapporto contrattuale esistente tra il Titolare e il contraente. Il conferimento dei Dati Personali è obbligatorio per consentire l'esecuzione degli obblighi contrattuali allo stesso inerenti e conseguenti nonché per il rispetto degli obblighi di legge e regolamentari dettati in materia di conservazione documentale.

6. EVENTUALE TRASFERIMENTO ALL'ESTERO DEI DATI PERSONALI

La gestione e la conservazione dei Dati Personali avviene su archivi cartacei e su *server* del Titolare e/o di società terze nominate quali Responsabili esterni del trattamento. I server sui quali sono archiviati i Dati Personali di cui sopra sono ubicati in Italia e all'interno dell'Unione Europea. Dati Personali non sono oggetto di trasferimento al di fuori dell'Unione Europea.

Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare l'ubicazione degli archivi e dei *server* in Italia e/o nell'Unione Europea e/o in Paesi extra-UE. In tal caso, il Titolare assicura sin d'ora che il trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili stipulando, se necessario, accordi che garantiscano un livello di protezione adeguato e/o adottando le clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea.

7. CATEGORIE DI SOGGETTI CUI POSSONO ESSERE COMUNICATI I DATI

All'interno di UniCredit Life Insurance, i soggetti che possono venire a conoscenza dei Dati Personali sono i dipendenti, le strutture interne o i collaboratori esterni che svolgono per conto di UniCredit Life Insurance medesima servizi, compiti tecnici, di supporto (in particolare: servizi legali; servizi informatici; spedizioni) e di controllo aziendale.

In relazione alle finalità, anche soggetti esterni a UniCredit Life Insurance – oltre a quelli individuate per legge e/o regolamento – potranno venire a conoscenza dei Dati Personali affinché svolgano i correlati trattamenti e comunicazioni, quali per esempio: soggetti facenti parte della "catena assicurativa" (per esempio: riassicuratori, coassicuratori, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione, banche, SIM, SGR, legali, periti, medici); soggetti che svolgono servizi bancari, finanziari o assicurativi; società appartenenti al Gruppo Unicredit S.p.A., o comunque da essa controllate o ad essa collegate; soggetti che svolgono attività di lavorazione e trasmissione delle comunicazioni alla/dalla clientela; soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione; soggetti che prestano attività di assistenza alla clientela; soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi; consulenti e collaboratori esterni; soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere da UniCredit Life Insurance anche nell'interesse della clientela, fra cui il responsabile dei piani individuali pensionistici; società di recupero crediti; amministrazioni finanziarie e altri aziende o enti pubblici in adempimento d'obblighi normativi; Autorità competenti e/o Organi di Vigilanza per l'espletamento degli obblighi di legge.

I soggetti, anche facenti parte di Stati membri dell'UE, appartenenti alle categorie di soggetti ai quali UniCredit Life Insurance può comunicare i dati tratteranno tali Dati Personali, in qualità di autonomi "Titolari", salvo il caso in cui siano stati designati da UniCredit Life Insurance quali "Responsabili" esterni dei trattamenti di loro specifica competenza.

UniCredit Life Insurance non diffonde i Dati Personali.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Oltre al diritto di accesso concernente la possibilità di ottenere dal Titolare la conferma che sia in corso un trattamento dei propri Dati, l'Interessato gode dei diritti riconosciutigli agli artt. 16-21 del Regolamento e precisamente:

a) ottenere dal Titolare la rettifica dei dati inesatti che lo riguardano senza ingiustificato ritardo, ovvero l'integrazione dei Dati Personali incompleti, anche fornendo una dichiarazione integrativa;
b) ottenere dal Titolare senza ingiustificato ritardo la cancellazione dei Dati Personali che lo riguardano, quando:
    - i dati non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati;
    - l'Interessato revoca il consenso al Trattamento dei Dati Personali e non sussiste altro fondamento giuridico per il Trattamento dei medesimi;
    - l'Interessato si è opposto al Trattamento e non sussiste alcun motivo legittimo prevalente per procedere al Trattamento;
    - i Dati Personali sono stati trattati illecitamente;
    - i Dati Personali devono essere cancellati per adempiere ad un obbligo di legge cui è soggetto il Titolare;
c) ottenere dal Titolare la limitazione del trattamento dei Dati Personali quando:
    - l'Interessato contesta l'esattezza dei Dati Personali, per il periodo necessario al Titolare per verificare detta circostanza;
    - il Trattamento è illecito e l'Interessato opponendosi alla cancellazione dei dati, chiede solamente che ne sia limitato l'utilizzo;
    - benché il Titolare non ne abbia più bisogno ai fini del Trattamento, i Dati Personali sono necessari per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;

- l'Interessato si è opposto al Trattamento per il periodo necessario alla valutazione della prevalenza dei motivi legittimi del Titolare rispetto ai Suoi.

d) ricevere dal Titolare in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i Dati Personali da che lo riguardano se: (i) il Trattamento si basa sul consenso o su un contratto; (ii) il Trattamento è effettuato con mezzi automatizzati. In tal caso l'Interessato ha il diritto di ottenere la trasmissione diretta dei Dati Personali da un Titolare all'altro, se tecnicamente fattibile;
e) opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare al Trattamento dei Dati Personali che lo riguardano.

Restano fermi i diritti degli interessati e le finalità del trattamento previsti dal citato Regolamento Europeo 2016/679, l'informativa completa è consultabile sul nostro sito www.unicreditlife.it.

9. MODALITÀ DI ESERCIZIO DEI DIRITTI

Per esercitare i diritti di cui al punto 8, l'Interessato potrà contattare il *Data Protection Officer*, nominato dal Titolare, con una delle seguenti modalità:

- inviando una raccomandata A/R all'attenzione del *Data Protection Officer* presso UniCredit Life Insurance S.p.A., Via Cornalia, n. 30, 20124 Milano;
- inviando una *e-mail* all'indirizzo PEC: privacy@pec.unicreditlife.it. Si precisa che la casella è abilitata a ricevere ed inoltrare *e-mail* anche ad indirizzi non PEC nonché a ricevere/inviare documenti informatici di dimensioni non superiori a 10 MB, redatti utilizzando formati "statici", senza macro e/o contenuti eseguibili, quali, ad es., PDF/A, OFFICE (Word, Excel), ZIP, RAR.

Il termine per la risposta all'Interessato è di trenta giorni, prorogabile di altri due mesi in casi di particolare complessità; in questi casi, il Titolare fornisce almeno una comunicazione interlocutoria all'interessato entro il termine di trenta giorni.

L'esercizio dei diritti è, in linea di principio, gratuito; il Titolare si riserva il dritto di chiedere un contributo in caso di richieste manifestamente infondate o eccessive (anche ripetitive), anche alla luce delle indicazioni che dovessero essere fornite dal Garante Privacy.

Il Titolare ha il diritto di chiedere informazioni necessarie a identificare l'Interessato, e quest'ultimo ha il dovere di fornirle, secondo modalità idonee.

10. RECLAMO AL GARANTE PRIVACY

L'Interessato ha la possibilità di proporre reclamo all'Autorità Garante Privacy, contattabile al sito *web* http://www.garanteprivacy.it/.

UniCredit Life Insurance

QUESTIONARIO MEDICO PER COPERTURA ASSICURATIVA ABBINABILE AI MUTUI UNICREDIT

AVVERTENZA – ISTRUZIONI

Ai sensi della Legge del 7 dicembre 2023 n. 193 (Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche), entrata in vigore in data 2 gennaio 2024, per la compilazione del presente Questionario Medico che è necessario per la stipula dell'assicurazione, non rilevano e dunque non devono essere fornite informazioni relative a patologie oncologiche dalle quali l'assicurando sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni, oppure da più di 5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età.

Come previsto dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 (GU n.96 del 24/04/2024), per le patologie indicate in tabella si applica un termine ridotto rispetto ai limiti sopra indicati:

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 di 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 II-III, 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

Pertanto, SI RACCOMANDA di rispondere alle domande che seguono considerando SOLO le eventuali patologie oncologiche per le quali il trattamento attivo NON si sia concluso, senza episodi di recidiva, da almeno 10 anni rispetto alla compilazione del presente Rapporto di Visita Medica.
Tale termine è ridotto a 5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

Gentile Cliente, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, informazioni circa il suo stato di salute.
Ad esito dei colloqui intervenuti, nel seguito riportiamo le domande a Lei formulate e le risposte da Lei fornite in data odierna.
Non è possibile procedere alla sottoscrizione del prodotto nel caso in cui, sulla base delle informazioni fornite, le sue condizioni di salute non rientrino nei parametri predefiniti dalla Compagnia.

1. L'assicurando attualmente è titolare di una pensione di inabilità o invalidità parziale/totale per infortunio /malattia o ne ha fatto domanda ed è in attesa di riconoscimento (presso ente preposto INPS, INAIL, ASL, INPDAI, ALTRO)?

2. L'Assicurando dichiara che la sua altezza in cm. è pari a _____ e il suo peso in Kg. è pari a _____

FAC-SIMILE

UniCredit Life Insurance

DICHIARAZIONI SANITARIE DELL'ASSICURANDO

3. Negli ultimi 10 anni o 5 anni in caso di insorgenza della malattia oncologica prima del compimento del ventunesimo anno di età, Le è stato diagnosticato e/o è in cura per qualsiasi tipo di tumore maligno, cancro, neoplasia, leucemia, linfomi, mielomi e/o ha subito interventi chirurgici per il trapianto di organi?*

**Indicare "NO" anche nel caso di patologie oncologiche il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da almeno dieci anni dalla data odierna. Tale periodo è ridotto a cinque anni nel caso in cui la patologia oncologica sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per determinate patologie oncologiche si applicano termini temporali ridotti, come previsto dal D. M. Salute del 22/03/2024 (GU n.96 del 24/04/2024..*

SI ☐ NO ☐

4. L'Assicurando ha ricevuto, negli ultimi 5 anni, una diagnosi/prescrizione di esami, cure, trattamenti, subìto interventi chirurgici, ricoveri o assume o ha assunto farmaci in merito alle seguenti malattie?

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

SI ☐ NO ☐

4.2 MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO:
morbo di Parkinson, malattia del motoneurone, sclerosi laterale amiotrofica, sclerosi laterale primaria, atrofia muscolare progressiva, miastenia grave, sclerosi multipla, malattie demielinizzanti in genere, distrofie muscolari, epilessia non controllata dalla terapia, morbo di Alzheimer o altre demenze, corea di Huntington, meningioma, tumori benigni del cervello, depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare e psicosi, schizofrenia.

SI ☐ NO ☐

4.3 MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO:
broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), asma bronchiale cronica in terapia continuativa o che abbia comportato ricoveri, enfisema, sarcoidosi, asportazione polmone anche solo parziale, ipertensione polmonare, asbestosi, silicosi, fibrosi cistica, trapianto polmonare.

SI ☐ NO ☐

4.4. MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO:
lupus eritematoso sistemico, poliartrite nodosa, porpora, sclerodermia, artrite reumatoide, artrite psoriasica, connettiviti sistemiche, fibromialgia.

SI ☐ NO ☐

4.5. MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE:
esofago di Barrett, morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa, epatite B e/o C, sieropositività HBV e/o HCV, cirrosi epatica o epatopatia alcolica, fegato policistico, pancreatite cronica.

SI ☐ NO ☐

4.6. MALATTIE DELL' APPARATO URO-GENITALE:
insufficienza renale cronica (anche lieve), rene policistico, malattia renale richiedente dialisi, glomerulonefrite.

SI ☐ NO ☐

FAC-SIMILE

UniCredit Life Insurance

4.7. MALATTIE ENDOCRINE E DISMETABOLICHE:
diabete di tipo I, diabete di tipo II non compensato da terapia farmacologica, adenoma ipofisario in atto con necessità di terapia continuativa, iper o ipoparatiroidismo non compensato da terapia farmacologica, adenoma surrenalico.

SI ☐ NO ☐

4.8. MALATTIE DEGLI ORGANI DI SENSO:
glaucoma bilaterale con riduzione visus, nevrite ottica retrobulbare, edema papillare, retinopatia pigmentosa/diabetica e/o ipertensiva, neurinoma, maculopatia degenerativa.

SI ☐ NO ☐

4.9. MALATTIE DEL SANGUE E DEL SISTEMA IMMUNITARIO:
talassemia maior, anemia aplastica o sferocitica o autoimmune, policitemia vera, trombocitemia essenziale, trombocitopenia idiopatica, mielodisplasia, mielofibrosi, gammopatia monoclonale, amiloidosi, ipersplenismo, emofilie, HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa correlate.

SI ☐ NO ☐

5. Soffre o ha sofferto di malattie per cui è stata necessaria o prescritta negli ultimi due anni una cura farmacologica continuativa di oltre 30 giorni (ad eccezione di farmaci per ipertensione, antistaminici, anticoncezionali, farmaci per la tiroide)
OPPURE
ad oggi Le è mai stata riconosciuta da un ente preposto una Invalidità Permanente da malattia o infortunio pari o superiore al 20% o ha in corso di valutazione o accertamento postumi invalidanti derivanti da infortunio?

SI ☐ NO ☐

• Il sottoscritto dichiara che le informazioni e le risposte fornite sono esatte e veritiere e che non è stata taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza e riconosce che le stesse sono elementi fondamentali e necessari per la valutazione del rischio da parte dell'Impresa di Assicurazioni;
• Il sottoscritto prende atto che eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
• Il sottoscritto è consapevole che nelle ipotesi di cui al punto precedente la polizza sottoscritta non potrà coprire eventuali sinistri:

A. causati da seguiti e conseguenze di infortuni già verificatisi prima della data di adesione alla polizza collettiva;
B. derivanti da malattie, malformazioni nonché stati patologici rientranti tra quelli sopra elencati già diagnosticati prima della data di adesione alla polizza collettiva, che non verranno pertanto indennizzati.

• Il sottoscritto è consapevole che dovrà ripetere nuovamente le formalità per l'adesione alla polizza assicurativa:

A. sia qualora tra la data di sottoscrizione del modulo di adesione e la data di decorrenza della polizza intervengano variazioni inerenti il Suo stato di salute, di cui dovrà dare sollecita comunicazione alla Società;
B. sia nel caso in cui la polizza decorra successivamente al termine di 180 giorni dalla data di sottoscrizione del modulo di adesione, anche se non sono intervenuti cambiamenti in relazione al suo stato di salute.

ESITO QUESTIONARIO:
Luogo e Data

Firma Assicurando

FACSIMILE

UniCredit Life Insurance S.p.A., Società soggetta a direzione e coordinamento del Gruppo UniCredit Sede Legale: Via E. Cornalia, 30 - 20124 Milano (ITALIA) Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provv. IVASS n° 580 DEL 26/5/97 pubblicato sulla G.U. n° 126 del 2/6/97 - Capitale sociale Euro 381.698.528,64 i.v. - Registro delle Imprese di Milano e C. Fiscale 07084500011 - P. IVA 13362170154 Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00129 Tel. +39029118.4212 Fax +39 029118.4061, info@pec.unicreditlife.it, www.unicreditlife.it

MODULO DI ADESIONE
COPERTURA ASSICURATIVA CREDITOR PROTECTION MUTUI PRIVATI

Dati Mutuo		
Domanda di Mutuo n°		
Dati Assicurato		
Cognome	**Nome**	**Codice Fiscale**
Dati Copertura Assicurativa		
Durata del Mutuo in mesi		
Importo Richiesto del Mutuo Euro	Percentuale quota di copertura assicurativa	%
Premio unico finanziato anticipato		
Euro		
Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)		
Euro		
Provvigioni percepite dall'Intermediario		
28,20% del premio pari a Euro		

DICHIARAZIONE DI ADESIONE

IO SOTTOSCRITTO ASSICURATO DICHIARO che, in caso di accoglimento della domanda di Mutuo N°
(la cui validità è pari a 180 giorni dalla data di sottoscrizione della stessa), intendo aderire alla Copertura Assicurativa per morte a fronte di apposita Polizza che UniCredit S.p.A. ha stipulato con UniCredit Life Insurance S.p.A. e autorizzo il Contraente a finanziare l'importo del Premio, con conseguente incremento dell'importo erogato e della corrispondente rata.

Firma Assicurato (firma digitale) _____

PRESO ATTO CHE:
A) **UNICREDIT S.p.A.** per conto dei propri clienti ha stipulato con **UniCredit Life Insurance S.p.A.** la Polizza Collettiva Vita contraddistinta dal codice convenzione n. 910824 avente per oggetto una copertura Assicurativa temporanea per il caso morte a capitale decrescente a premio unico (di seguito la "Polizza") e con **UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.** due Polizze Collettive Danni (concernenti coperture assicurative danni diverse secondo la tipologia di attività lavorativa svolta dall'Assicurato).
Tali Polizze Collettive sono riservate ai sottoscrittori di Mutuo con la Banca medesima e **l'adesione alle stesse è facoltativa**. L'adesione alla Polizza comporta la contestuale adesione, da parte dell'Assicurato, anche ad una delle due Polizze Collettive Danni (sulla base della tipologia di attività lavorativa svolta dall'Assicurato) in quanto le due componenti Vita e Danni risultano inscindibili.
B) a condizione che:
a) sia stato sottoscritto il presente Modulo di Adesione;
b) sia stato compilato e consegnato il Questionario Medico, oppure il Rapporto Visita Medica (ove previsto), e questi siano stati valutati positivamente ed accettati preventivamente dalla Compagnia;
c) sia stato versato il relativo Premio;
la copertura assicurativa della Polizza Vita decorre dalle ore 24 del giorno di erogazione del Mutuo.
C) il capitale massimo assicurabile è pari a Euro 520.000,00 e che il relativo premio sarà pertanto calcolato sulla base di tale limite massimo. Nel caso in cui l'importo erogato fosse superiore alla somma di Euro 520.000,00 prevista come limite massimo di capitale assicurabile per ogni singolo Assicurato, la Compagnia liquiderà un importo calcolato applicando al capitale residuo in essere alla data del sinistro il rapporto esistente tra tale limite massimo e l'importo erogato.
D) ferma restando la possibilità di sottoscrivere con firma autografa su supporto cartaceo - presso i locali di UniCredit S.p.A. - la documentazione afferente alla polizza, UniCredit S.p.A. offre alla propria clientela il Servizio di Banca Multicanale, nonché il Servizio UniCredit Digital Mail Box, che consentono, nei relativi ambienti protetti accessibili via Internet, la sottoscrizione di atti e documenti anche in formato elettronico, ai sensi del D. Lgs. 82/2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale) utilizzando il Certificato

FAC-SIMILE

Qualificato di Firma Elettronica Qualificata rilasciato tramite la Banca dal Certificatore Accreditato e valido per la sottoscrizione di documenti, disposizioni o contratti relativi a prodotti e servizi venduti dalla Banca stessa.
E) UniCredit Life Insurance S.p.A. riconosce che la documentazione relativa alla polizza di cui è emittente - ove tale documentazione sia resa disponibile in formato elettronico per la sottoscrizione - possa essere sottoscritta nei citati ambienti protetti con Firma Elettronica Qualificata, riconoscendo piena efficacia alla stessa.

MI IMPEGNO al pagamento presso UniCredit S.p.A. del premio assicurativo a favore di UniCredit Life Insurance S.p.A., calcolato in base all'importo richiesto, fermo restando i limiti di capitale massimo assicurabile di cui al precedente punto
C) e alla durata del Mutuo indicati nella Domanda di Mutuo. A tal fine, AUTORIZZO UniCredit S.p.A. a trattenere l'ammontare del Premio direttamente dall'importo del Finanziamento, con relativo incremento del predetto importo e della corrispondente rata.

AUTORIZZO UniCredit S.p.A. a trasmettere a UniCredit Life Insurance S.p.A. le informazioni, contenute nel contratto di Mutuo, necessarie per l'esecuzione dei contratti di assicurazione di cui alla Polizza.

Firma Assicurato (firma digitale) _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

AVVERTENZA: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato possono compromettere il diritto alla prestazione, fatto salvo il caso in cui lo stesso possa avvalersi del diritto all'oblio oncologico.

Al fine della suddetta Polizza DICHIARO espressamente:
1) di prestare il mio libero ed espresso consenso alla conclusione del Contratto, anche ai fini dell'Art. 1919 del Codice Civile;
2) di essere consapevole che, per essere ammesso alla copertura assicurativa di cui alla Polizza dovrò, in relazione alla mia età e all'importo richiesto per Assicurato, sottopormi alla modalità assuntiva prevista dalle Condizioni di Assicurazione (Questionario Medico o Rapporto Visita Medica);
3) di essere consapevole che il Contratto assicurativo prevede limitazioni, conseguenza di specifiche esclusioni della copertura assicurativa, che possono dar luogo al mancato pagamento dell'indennizzo;
4) di essere consapevole che le informazioni inerenti allo stato di salute devono corrispondere a verità ed esattezza. Qualora tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di stipula del Mutuo intervengano nuovi fattori inerenti il mio stato di salute, dovrò darne sollecita comunicazione alla Compagnia per il tramite di UniCredit S.p.A. prima della stipula al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione previste;
5) di essere consapevole che anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, fermo restando il rispetto della modalità assuntiva prevista, potrò chiedere di essere sottoposto a visita medica - con costi a mio carico - per certificare il mio effettivo stato di salute.
5-bis) L'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

Firma Assicurato (firma digitale) _____

DICHIARO altresì:
- di aver ricevuto da UniCredit S.p.A. informazioni circa la facoltà di ricevere il presente documento su supporto cartaceo o su supporto durevole diverso dal cartaceo e di aver optato per quest'ultima soluzione;
- di essere stato informato in merito alla possibilità di poter richiedere presso la Filiale di UniCredit S.p.A. copia cartacea gratuita della documentazione messa a disposizione su supporto durevole diverso dal cartaceo;
- che il Set Informativo relativo alla polizza mi è stato consegnato per la relativa presa visione, preventivamente alla sottoscrizione del Presente Modulo di Adesione, nell'ambiente protetto messo a disposizione da UniCredit S.p.A. [a seconda dei casi Servizio di Banca Multicanale via internet o Servizio UniCredit Digital Mail Box] e che i contenuti della polizza mi sono stati esaustivamente illustrati permettendomi di ricevere tutti i chiarimenti necessari;
- che il presente documento sarà sottoscritto mediante Firma Elettronica Qualificata, dando atto che la consegna dello stesso viene effettuata da UniCredit S.p.A. nell'ambiente protetto del Servizio di Banca Multicanale via internet o del Servizio UniCredit Digital Mail Box, secondo le previsioni di cui al contratto ai sensi del quale la sottoscrizione elettronica è apposta.

Firma Assicurato (firma digitale) _____

FAC-SIMILE

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

L'Assicurato dichiara inoltre:

1) di essere consapevole che potrà recedere dalla presente Copertura Assicurativa nei termini e con le modalità disciplinate all'art. 5 "Diritto di Recesso dell'Aderente/Assicurato" delle Condizioni di Assicurazione;
2) di prendere atto che, ai sensi della normativa antiriciclaggio (D.lgs. 231/2007), è obbligato a fornire, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire alla Compagnia di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela. In caso contrario, la Compagnia dovrà astenersi dall'instaurare il rapporto e sarà tenuta alla restituzione del premio, secondo le modalità previste dalla legge;
3) di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni di Assicurazione, consegnatemi unitamente al presente Modulo di Adesione, e di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli articoli del Codice Civile: 1341 (Condizioni generali di Contratto), 1342 (Contratto concluso mediante moduli o formulari) - i seguenti articoli e norme: Art. 1 (Oggetto dell'Assicurazione e Prestazione assicurata), Art. 2 (Persone assicurabili e ammissione alla Copertura Assicurativa); Art. 3 (Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio); Art. 4 (Decorrenza, durata e cessazione della Copertura Assicurativa); Art. 7 (Esclusioni); Art. 12 (Denuncia di sinistro); Art. 18 (Cessione dei diritti); prendo atto che le Condizioni di Assicurazione sono anche disponibili presso la sede di UniCredit S.p.A..

Firma Assicurato (firma digitale) _____

DICHIARAZIONE

- **L'Assicurato dichiara di aver ricevuto, in tempo utile prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, il Set Informativo - redatto ai sensi del Regolamento ISVASS n°41 del 2 agosto 2018 e successive modifiche e/o integrazioni - composto dal Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativo (DIP Vita), dal Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi (DIP aggiuntivo Multirischi), dalle Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, dal Fac-Simile del Modulo di Adesione e dall'Informativa sulla privacy. Prende atto inoltre che il testo integrale della Convenzione che disciplina la Polizza Collettiva è depositato e a sua disposizione presso la sede del Contraente (la Banca).**
- **L'Assicurato dichiara di aver ricevuto preventivamente una dettagliata illustrazione di tutta la documentazione sopra citata e di averla accuratamente visionata prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione.**

Firma Assicurato (firma digitale) _____

DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA IN TEMA DI DATA PROTECTION E MANIFESTAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Assicurato dichiara di aver preso visione dell'informativa di cui all'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, contenuta nella documentazione d'offerta relativa al prodotto assicurativo sottoscritto. Inoltre, con la sottoscrizione della presente, presta il proprio consenso al trattamento delle Categorie Particolari di Dati Personali, compresa la loro comunicazione alle categorie di destinatari di cui all'articolo 7 dell'Informativa, per la seguente finalità:

- Trattamento dei Dati per "finalità assicurative" per: la predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivanti; la raccolta dei premi; la liquidazione dei sinistri, il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; la riassicurazione; la coassicurazione; l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali

Firma Assicurato (firma digitale) _____

L'Assicurato, in caso di individuazione nominativa del Beneficiario o del Referente Terzo, si impegna per conto di UniCredit Life Insurance S.p.A., a consegnare a quest'ultimi l'informativa privacy di cui all'articolo 14 del Regolamento 679/2016 a loro dedicata e messa a disposizione nel Set informativo nonché reperibile sul sito internet di UniCredit Life Insurance S.p.A. (www.unicreditlife.it) alla pagina "PRIVACY".

Firma Assicurato (firma digitale) _____

FAC-SIMILE

DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI

DESIGNO, quali beneficiari della Prestazione Assicurata in base alla presente Polizza:

A) ☒ i seguenti soggetti:

1 - BENEFICIARIO NOMINATIVO :

Cognome/ Ragione Sociale: XXXXXXXX Nome: XXXXXXXX

Cod. Fiscale/ Partita Iva: XXXXXXXX

Indirizzo (Via/Corso/Piazza, n° civico): XXXXXXXX CAP: XXXXX Città: XXXXXXXX PV: XX

E-mail: XXXXXXXX Telefono fisso/ cellulare: XXXXXXXX

ESCLUDO l'invio di comunicazioni al beneficiario sopra indicato durante la durata del contratto:

☐ Si
☐ No

REFERENTE TERZO (OPZIONALE):

INDICO, per personali esigenze di riservatezza, il seguente soggetto - al quale la Compagnia potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato:

Cognome/ Ragione Sociale: XXXXXXXX Nome: XXXXXXXX

Cod. Fiscale/ Partita Iva: XXXXXXXX

Indirizzo (Via/Corso/Piazza, n° civico): XXXXXXXX E-mail: CAP: XXXXX Città: XXXXXXXX PV: XX

XXXXXXXX Telefono fisso/ cellulare: XXXXXXXX

2 - ALTRO BENEFICIARIO NOMINATIVO:

Cognome/ Ragione Sociale: XXXXXXXX Nome: XXXXXXXX

Cod. Fiscale/ Partita Iva: XXXXXXXX

Indirizzo (Via/Corso/Piazza, n° civico): XXXXXXXX CAP: XXXXX Città: XXXXXXXX PV: XX

E-mail: XXXXXXXX Telefono fisso/ cellulare: XXXXXXXX

ESCLUDO l'invio di comunicazioni al beneficiario sopra indicato durante la durata del contratto:

☐ Si
☐ No

REFERENTE TERZO (OPZIONALE):

INDICO, per personali esigenze di riservatezza, il seguente soggetto - al quale la Compagnia potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato:

Cognome/ Ragione Sociale: XXXXXXXX Nome: XXXXXXXX

Cod. Fiscale/ Partita Iva: XXXXXXXX

Indirizzo (Via/Corso/Piazza, n° civico): XXXXXXXX CAP: XXXXX Città: XXXXXXXX PV: XX

E-mail: XXXXXXXX Telefono fisso/ cellulare: XXXXXXXX

B) ☒gli Eredi legittimi o testamentari.

FAC-SIMILE

AVVERTENZE

- **in caso di mancata compilazione della sezione dedicata ai dati dei Beneficiari, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari;**
- **la modifica o revoca di questi ultimi deve essere comunicata alla Compagnia.**

REFERENTE TERZO (OPZIONALE):

INDICO, per personali esigenze di riservatezza, il seguente soggetto - al quale la Compagnia potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato:

Cognome/ Ragione Sociale: XXXXXXX Cod. Nome: XXXXXXX

Fiscale/ Partita Iva: XXXXXXX

Indirizzo (Via/Corso/Piazza, n° civico): XXXXXXX E-mail: CAP: XXXXX Città: XXXXXXX PV: XX

XXXXXXX Telefono fisso/ cellulare: XXXXXXX

Firma Assicurato (firma digitale) _____

FAC-SIMILE

UniCredit Life Insurance S.p.A., Società soggetta a direzione e coordinamento del Gruppo UniCredit Sede Legale: Via E. Cornalia, 30 - 20124 Milano (ITALIA) Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provv. IVASS n° 580 DEL 26/5/97 pubblicato sulla G.U. n° 126 del 2/6/97 - Capitale sociale Euro 381.698.528,64 i.v. - Registro delle Imprese di Milano e C. Fiscale 07084500011 - P. IVA 13362170154 Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00129 Tel. +39029118.4212 Fax +39 029118.4061, info@pec.unicreditlife.it, www.unicreditlife.it

MODULO DI ADESIONE
COPERTURA ASSICURATIVA CREDITOR PROTECTION MUTUI PRIVATI

Dati Mutuo		
Domanda di Mutuo n°		
Dati Assicurato		
Cognome	**Nome**	**Codice Fiscale**
Dati Copertura Assicurativa		
Durata del Mutuo in mesi		
Importo Richiesto del Mutuo Euro	Percentuale quota di copertura assicurativa	%
Premio unico finanziato anticipato		
Euro		
Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)		
Euro		
Provvigioni percepite dall'Intermediario		
28,20% del premio pari a Euro		

DICHIARAZIONE DI ADESIONE

IO SOTTOSCRITTO ASSICURATO DICHIARO che, in caso di accoglimento della domanda di Mutuo N°
(la cui validità è pari a 180 giorni dalla data di sottoscrizione della stessa), intendo aderire alla Copertura Assicurativa per morte a fronte di apposita Polizza che UniCredit S.p.A. ha stipulato con UniCredit Life Insurance S.p.A. e autorizzo il Contraente a finanziare l'importo del Premio, con conseguente incremento dell'importo erogato e della corrispondente rata.

Firma Assicurato _____

PRESO ATTO CHE:
A) **UNICREDIT S.p.A.** per conto dei propri clienti ha stipulato con **UniCredit Life Insurance S.p.A.** la Polizza Collettiva Vita contraddistinta dal codice convenzione n. 910824 avente per oggetto una copertura Assicurativa temporanea per il caso morte a capitale decrescente a premio unico (di seguito la "Polizza") e con **UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.** due Polizze Collettive Danni (concernenti coperture assicurative danni diverse secondo la tipologia di attività lavorativa svolta dall'Assicurato).
Tali Polizze Collettive sono riservate ai sottoscrittori di Mutuo con la Banca medesima e **l'adesione alle stesse è facoltativa**. L'adesione alla Polizza comporta la contestuale adesione, da parte dell'Assicurato, anche ad una delle due Polizze Collettive Danni (sulla base della tipologia di attività lavorativa svolta dall'Assicurato) in quanto le due componenti Vita e Danni risultano inscindibili.
B) a condizione che:
a) sia stato sottoscritto il presente Modulo di Adesione;
b) sia stato compilato e consegnato il Questionario Medico, oppure il Rapporto Visita Medica (ove previsto), e questi siano stati valutati positivamente ed accettati preventivamente dalla Compagnia;
c) sia stato versato il relativo Premio;
la copertura assicurativa della Polizza Vita decorre dalle ore 24 del giorno di erogazione del Mutuo.
C) il capitale massimo assicurabile è pari a Euro 520.000,00 e che il relativo premio sarà pertanto calcolato sulla base di tale limite massimo. Nel caso in cui l'importo erogato fosse superiore alla somma di Euro 520.000,00 prevista come limite massimo di capitale assicurabile per ogni singolo Assicurato, la Compagnia liquiderà un importo calcolato applicando al capitale residuo in essere alla data del sinistro il rapporto esistente tra tale limite massimo e l'importo erogato.

FAC-SIMILE

MI IMPEGNO al pagamento presso UniCredit S.p.A. del premio assicurativo a favore di UniCredit Life Insurance S.p.A., calcolato in base all'importo richiesto, fermo restando i limiti di capitale massimo assicurabile di cui al precedente punto C) e alla durata del Mutuo indicati nella Domanda di Mutuo. A tal fine, AUTORIZZO UniCredit S.p.A. a trattenere l'ammontare del Premio direttamente dall'importo del Finanziamento, con relativo incremento del predetto importo e della corrispondente rata.

AUTORIZZO UniCredit S.p.A. a trasmettere a UniCredit Life Insurance S.p.A. le informazioni, contenute nel contratto di Mutuo, necessarie per l'esecuzione dei contratti di assicurazione di cui alla Polizza.

Firma Assicurato _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

AVVERTENZA: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato possono compromettere il diritto alla prestazione, fatto salvo il caso in cui lo stesso possa avvalersi del diritto all'oblio oncologico.

Al fine della suddetta Polizza DICHIARO espressamente:
1) di prestare il mio libero ed espresso consenso alla conclusione del Contratto, anche ai fini dell'Art. 1919 del Codice Civile;
2) di essere consapevole che, per essere ammesso alla copertura assicurativa di cui alla Polizza dovrò, in relazione alla mia età e all'importo richiesto per Assicurato, sottopormi alla modalità assuntiva prevista dalle Condizioni di Assicurazione (Questionario Medico o Rapporto Visita Medica);
3) di essere consapevole che il Contratto assicurativo prevede limitazioni, conseguenza di specifiche esclusioni della copertura assicurativa, che possono dar luogo al mancato pagamento dell'indennizzo;
4) di essere consapevole che le informazioni inerenti allo stato di salute devono corrispondere a verità ed esattezza. Qualora tra il momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di stipula del Mutuo intervengano nuovi fattori inerenti il mio stato di salute, dovrò darne sollecita comunicazione alla Compagnia per il tramite di UniCredit S.p.A. prima della stipula al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione previste;
5) di essere consapevole che anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, fermo restando il rispetto della modalità assuntiva prevista, potrò chiedere di essere sottoposto a visita medica - con costi a mio carico - per certificare il mio effettivo stato di salute.
5 bis) L'assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

Firma Assicurato _____

DICHIARO altresì:
- di aver ricevuto da UniCredit S.p.A. informazioni circa la facoltà di ricevere il presente documento su supporto cartaceo o su supporto durevole diverso dal cartaceo e di aver optato per quest'ultima soluzione;
- di essere stato informato in merito alla possibilità di poter richiedere presso la Filiale di UniCredit S.p.A. copia cartacea gratuita della documentazione messa a disposizione su supporto durevole diverso dal cartaceo;
- che il Set Informativo relativo alla polizza mi è stato consegnato per la relativa presa visione, preventivamente alla sottoscrizione del Presente Modulo di Adesione, nell'ambiente protetto messo a disposizione da UniCredit S.p.A. [a seconda dei casi Servizio di Banca Multicanale via internet o Servizio UniCredit Digital Mail Box] e che i contenuti della polizza mi sono stati esaustivamente illustrati permettendomi di ricevere tutti i chiarimenti necessari;
- che il presente documento sarà sottoscritto mediante Firma Elettronica Qualificata, dando atto che la consegna dello stesso viene effettuata da UniCredit S.p.A. nell'ambiente protetto del Servizio di Banca Multicanale via internet o del Servizio UniCredit Digital Mail Box, secondo le previsioni di cui al contratto ai sensi del quale la sottoscrizione elettronica è apposta.

Firma Assicurato _____

FAC-SIMILE

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

L'Assicurato dichiara inoltre:

1) di essere consapevole che potrà recedere dalla presente Copertura Assicurativa nei termini e con le modalità disciplinate all'art. 5 "Diritto di Recesso dell'Aderente/Assicurato" delle Condizioni di Assicurazione;
2) di prendere atto che, ai sensi della normativa antiriciclaggio (D.lgs. 231/2007), è obbligato a fornire, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire alla Compagnia di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela. In caso contrario, la Compagnia dovrà astenersi dall'instaurare il rapporto e sarà tenuta alla restituzione del premio, secondo le modalità previste dalla legge;
3) di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni di Assicurazione, consegnatemi unitamente al presente Modulo di Adesione, e di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli articoli del Codice Civile: 1341 (Condizioni generali di Contratto), 1342 (Contratto concluso mediante moduli o formulari) - i seguenti articoli e norme: Art. 1 (Oggetto dell'Assicurazione e Prestazione assicurata), Art. 2 (Persone assicurabili e ammissione alla Copertura Assicurativa); Art. 3 (Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio); Art. 4 (Decorrenza, durata e cessazione della Copertura Assicurativa); Art. 7 (Esclusioni); Art. 12 (Denuncia di sinistro); Art. 18 (Cessione dei diritti); prendo atto che le Condizioni di Assicurazione sono anche disponibili presso la sede di UniCredit S.p.A..

Firma Assicurato _____

DICHIARAZIONE

- **L'Assicurato dichiara di aver ricevuto, in tempo utile prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, il Set Informativo - redatto ai sensi del Regolamento ISVASS n°41 del 2 agosto 2018 e successive modifiche e/o integrazioni - composto dal Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti di investimento assicurativo (DIP Vita), dal Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi (DIP aggiuntivo Multirischi), dalle Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, dal Fac-Simile del Modulo di Adesione e dall'Informativa sulla privacy. Prende atto inoltre che il testo integrale della Convenzione che disciplina la Polizza Collettiva è depositato e a sua disposizione presso la sede del Contraente (la Banca).**
- **L'Assicurato dichiara di aver ricevuto preventivamente una dettagliata illustrazione di tutta la documentazione sopra citata e di averla accuratamente visionata prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione.**

Firma Assicurato _____

DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA IN TEMA DI DATA PROTECTION E MANIFESTAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Assicurato dichiara di aver preso visione dell'informativa di cui all'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, contenuta nella documentazione d'offerta relativa al prodotto assicurativo sottoscritto. Inoltre, con la sottoscrizione della presente, presta il proprio consenso al trattamento delle Categorie Particolari di Dati Personali, compresa la loro comunicazione alle categorie di destinatari di cui all'articolo 7 dell'Informativa, per la seguente finalità:

- Trattamento dei Dati per "finalità assicurative" per: la predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivanti; la raccolta dei premi; la liquidazione dei sinistri, il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; la riassicurazione; la coassicurazione; l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali

Firma Assicurato _____

L'Assicurato, in caso di individuazione nominativa del Beneficiario o del Referente Terzo, si impegna per conto di UniCredit Life Insurance S.p.A., a consegnare a quest'ultimi l'informativa privacy di cui all'articolo 14 del Regolamento 679/2016 a loro dedicata e messa a disposizione nel Set informativo nonché reperibile sul sito internet di UniCredit Life Insurance S.p.A. (www.unicreditlife.it) alla pagina "PRIVACY".

Firma Assicurato _____

FAC-SIMILE

DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI

DESIGNO, quali beneficiari della Prestazione Assicurata in base alla presente Polizza:

A) ☐ i seguenti soggetti:

1 - BENEFICIARIO NOMINATIVO :

Cognome/ Ragione Sociale: XXXXXXXX Nome: XXXXXXXX

Cod. Fiscale/ Partita Iva: XXXXXXXX

Indirizzo (Via/Corso/Piazza, n° civico): XXXXXXXX CAP: XXXXX Città: XXXXXXXX PV: XX

E-mail: XXXXXXXX Telefono fisso/ cellulare: XXXXXXXX

ESCLUDO l'invio di comunicazioni al beneficiario sopra indicato durante la durata del contratto:

☐ Si
☐ No

REFERENTE TERZO (OPZIONALE):

INDICO, per personali esigenze di riservatezza, il seguente soggetto - al quale la Compagnia potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato:

Cognome/ Ragione Sociale: XXXXXXXX Nome: XXXXXXXX

Cod. Fiscale/ Partita Iva: XXXXXXXX

Indirizzo (Via/Corso/Piazza, n° civico): XXXXXXXX E-mail: CAP: XXXXX Città: XXXXXXXX PV: XX

XXXXXXXX Telefono fisso/ cellulare: XXXXXXXX

2 - ALTRO BENEFICIARIO NOMINATIVO:

Cognome/ Ragione Sociale: XXXXXXXX Nome: XXXXXXXX

Cod. Fiscale/ Partita Iva: XXXXXXXX

Indirizzo (Via/Corso/Piazza, n° civico): XXXXXXXX CAP: XXXXX Città: XXXXXXXX PV: XX

E-mail: XXXXXXXX Telefono fisso/ cellulare: XXXXXXXX

ESCLUDO l'invio di comunicazioni al beneficiario sopra indicato durante la durata del contratto:

☐ Si
☐ No

REFERENTE TERZO (OPZIONALE):

INDICO, per personali esigenze di riservatezza, il seguente soggetto - al quale la Compagnia potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato:

Cognome/ Ragione Sociale: XXXXXXXX Nome: XXXXXXXX

Cod. Fiscale/ Partita Iva: XXXXXXXX

Indirizzo (Via/Corso/Piazza, n° civico): XXXXXXXX CAP: XXXXX Città: XXXXXXXX PV: XX

E-mail: XXXXXXXX Telefono fisso/ cellulare: XXXXXXXX

B) ☒gli Eredi legittimi o testamentari.

FAC-SIMILE

AVVERTENZE

- **in caso di mancata compilazione della sezione dedicata ai dati dei Beneficiari, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei Beneficiari;**
- **la modifica o revoca di questi ultimi deve essere comunicata alla Compagnia.**

REFERENTE TERZO (OPZIONALE):

INDICO, per personali esigenze di riservatezza, il seguente soggetto - al quale la Compagnia potrà fare riferimento in caso di decesso dell'Assicurato:

Cognome/ Ragione Sociale: XXXXXXX Cod. Nome: XXXXXXX

Fiscale/ Partita Iva: XXXXXXX

Indirizzo (Via/Corso/Piazza, n° civico): XXXXXXX E-mail: CAP: XXXXX Città: XXXXXXX PV: XX

XXXXXXX Telefono fisso/ cellulare: XXXXXXX

Firma Assicurato _____

FAC-SIMILE

UniCredit | Allianz

Assicurazioni

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizza Collettiva di Assicurazione contro i Danni

N°10025417

Creditor Protection Mutui Privati UniCredit

per Lavoratori Dipendenti Privati

AVVERTENZA

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

Data ultimo aggiornamento: 10/02/2026

Indice

GLOSSARIO 3
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 5
Art.1 - Sezioni di Polizza 5
Art.2 - Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva 5
2.1 - Formalità di ammissione alla Polizza Collettiva 5
2.2 - Valutazione dello stato di salute 8
2.3 - Adesione alla Polizza Collettiva 8
2.4 - Operatività della Polizza Collettiva 9
Art.3 - Variazione dello status lavorativo - Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva 9
Art.4 - Documentazione da consegnare all'Assicurato al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva 9
Art.5 - Persone non assicurabili 9
Art.6 - Pagamento del Premio e decorrenza dell'Assicurazione 9
Art.7 - Durata dell'Assicurazione 10
Art.8 - Diritto di recesso dell'Assicurato 10
Art.9 - Determinazione del Premio 10
Art.10 - Estinzione anticipata totale, accollo, surroga del Mutuo – Recesso dell'Assicurato – Estinzione anticipata parziale del Mutuo 10
Art.11 - Procedura per la valutazione del danno 12
Art.12 - Pagamento dell'indennizzo - Beneficiari 12
Art.13 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause) 12
Art.14 - Dichiarazioni inesatte od omissioni 12
Art.15 - Altre assicurazioni 12
Art.16 - Modifiche dell'Assicurazione 12
Art.17 - Rinvio alle norme di legge 12
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER LA SEZIONE I INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA DI GRADO PARI O SUPERIORE AL 60% 13
Art.18 - Oggetto dell'Assicurazione 13
Art.19 - Periodo di Carenza 13
Art.20 - Esclusioni 13
Art.21 - Somma assicurata per singolo Assicurato - Limiti di assicurabilità 13
Art.22 - Invalidità Permanente Totale derivante da Infortunio di grado pari o superiore al 60% 14
Art.23 - Invalidità Permanente Totale derivante da Malattia di grado pari o superiore al 60% 14
Art.24 - Estensione territoriale 14
Art.25 - Obblighi in caso di Sinistro 14
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER LA SEZIONE II PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA 15
Art.26 - Oggetto dell'Assicurazione 15
Art.27 - Periodo di Carenza 15
Art.28 - Esclusioni 15
Art.29 - Obblighi in caso di Sinistro 15
Art.30 - Denunce Successive 16
Art.31 - Periodo di Franchigia 16
Art.32 - Determinazione dell'Indennizzo 16
Art.33 - Limiti di Indennizzo 16
TABELLA INAIL - PERCENTUALI INVALIDITÀ PERMANENTE D.P.R. 30-06-65 Nº1124 17

APPENDICE A.1 Fac-simile Modulo di Adesione
APPENDICE A.2 Fac-simile Modulo di Adesione Canale Intermediato – Reti Terze

GLOSSARIO

Polizza Collettiva di Assicurazione contro i Danni n°10025417
Creditor Protection Mutui Privati UniCredit
per Lavoratori Dipendenti Privati

Data ultimo aggiornamento 10-02-2026

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

Assicurato
il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione, vale a dire la persona fisica, intestataria o cointestataria di un Mutuo erogato dal Contraente, che abbia aderito alla presente Polizza Collettiva e che sia Lavoratore Dipendente Privato con un contratto di lavoro a tempo indeterminato regolato dalla legge italiana che comporti un obbligo di prestazione non inferiore a sedici ore settimanali.
Si specifica, inoltre, che non rientrano nella definizione di Assicurato i Lavoratori Dipendenti Privati:
1) assunti con contratto di lavoro a tempo determinato e
2) assunti con contratto di collaborazione, di lavoro accessorio, di apprendistato, di somministrazione lavoro (ex lavoratori interinali), di lavoro intermittente, di lavoro domestico, di lavoro stipulato all'estero (se non regolato dalla legge italiana) e assunti da impresa familiare;

Assicurazione
il contratto di assicurazione;

Capitale Residuo
il debito residuo in linea capitale a carico dell'Assicurato relativamente al Mutuo, così come rilevabile dal piano di ammortamento finanziario del Mutuo stesso; il tutto al netto di eventuali rate insolute e di eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse.
Nel caso di Mutuo con Periodo di Preammortamento:
a) durante tale periodo il Capitale Residuo rimane costante e pari all'importo finanziato; non sono quindi compresi gli interessi maturati su tale importo finanziato;
b) dalla data di scadenza di tale periodo, il Capitale Residuo è pari al debito residuo in linea capitale a carico dell'Assicurato relativamente al Mutuo, calcolato in base ad un piano di ammortamento a rata costante mensile posticipata avente come parametri l'importo finanziato, la durata (al netto del Periodo di Preammortamento) ed il TAN del Mutuo stesso; il tutto al netto di eventuali rate insolute e di eventuali interessi moratori dovuti sulle stesse;

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

Cumulo: meccanismo attraverso il quale si somma l'Importo Richiesto del Mutuo con eventuali capitali residui o capitali assicurati iniziali relativi a finanziamenti erogati da UniCredit S.p.A. afferenti ad altre Polizze Collettive in base alle regole riportate all'art. **2.1 -Formalità di ammissione alla Polizza Collettiva;**

Data di scadenza del Mutuo
la data di scadenza dell'ultima rata del Mutuo, così come prevista dal piano di ammortamento originario;

Disoccupazione:
lo stato dell'Assicurato, il quale sia Lavoratore Dipendente Privato, qualora egli:
a) abbia cessato la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato in base a un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato, per una durata uguale o superiore alle sedici ore settimanali nello svolgimento di altra attività che generi un reddito o un guadagno; e
b) sia iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia e non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro;

Durata del Mutuo
la durata, espressa in mesi interi (approssimando all'intero superiore), del periodo di tempo intercorrente tra la data di stipula e la Data di scadenza del Mutuo, compreso eventuale periodo di preammortamento;

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;

Importo Erogato del Mutuo
l'importo totale (comprensivo del premio assicurativo) del Mutuo concesso da UniCredit S.p.A. all'Assicurato;

Importo Richiesto del Mutuo
l'importo del Mutuo richiesto dall'Assicurato al Contraente;

Impresa
UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.;

Indennizzo
la somma dovuta dall'Impresa 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/Distributore
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 60%;

Lavoratore Dipendente Privato
la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di un altro soggetto privato in base a un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato regolato dalla legge italiana e che comporti un obbligo di prestazione non inferiore a sedici ore settimanali.
Ai fini della presente Assicurazione si specifica inoltre che non sono assicurabili i Lavoratori Dipendenti Privati:
1) assunti con contratto di lavoro a tempo determinato e
2) assunti con contratto di collaborazione, di lavoro accessorio, di apprendistato, di somministrazione lavoro (ex lavoratori interinali), di lavoro intermittente, di lavoro domestico, di lavoro stipulato all'estero (se non regolato dalla legge italiana) e assunti da impresa familiare;

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

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

Mutuo
il contratto stipulato tra il Contraente e l'Assicurato avente per oggetto la concessione all'Assicurato, da parte del Contraente, di un finanziamento a medio e lungo termine, di durata non superiore a 480 (quattrocentottanta) mesi, che dovrà essere rimborsato secondo un piano di ammortamento alla francese;

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;

Perdita d'Impiego Involontaria
la perdita, da parte dell'Assicurato, dello stato di Lavoratore Dipendente Privato per effetto di licenziamento individuale per giustificato motivo oggettivo (ovvero, con riferimento ai lavoratori con qualifica dirigenziale, per giustificatezza, fondata su motivi oggettivi, ai sensi della contrattazione collettiva applicabile) o intervenuto nell'ambito e/o all'esito di una procedura di licenziamento collettivo, comminato senza alcun concorso della volontà dell'Assicurato e non motivato da colpa o dolo dell'Assicurato o da ragioni disciplinari o comunque non conseguente a risoluzione consensuale da parte dell'Assicurato stesso anche a seguito e/o nell'ambito di processi di riorganizzazione aziendale, che abbia generato la cessazione del contratto di lavoro e lo stato di Disoccupazione;

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 che presta la garanzia non paga alcun indennizzo;

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

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

Periodo di Riqualificazione
il periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Disoccupazione, liquidabile ai sensi della Polizza Collettiva, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa come Lavoratore Dipendente Privato prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Perdita d'Impiego Involontaria;

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

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

Questionario Medico
il modulo o questionario sanitario 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.

UniCredit | Allianz
Assicurazioni

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Polizza Collettiva di Assicurazione contro i danni n°10025417
Creditor Protection Mutui Privati UniCredit
per Lavoratori Dipendenti Privati

Data ultimo aggiornamento 10-02-2026

Art.1 - Sezioni di Polizza

La presente Polizza Collettiva prevede le seguenti sezioni:

I Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60%

II Perdita d'Impiego Involontaria

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

L'Assicurazione di ciascun Assicurato è realizzata mediante sottoscrizione, da parte dell'Assicurato stesso, di un Modulo di Adesione redatto in duplice copia (rispettivamente per l'Assicurato e per il Contraente/l'Impresa). Ferma restando la possibilità di sottoscrivere con firma autografa su supporto cartaceo la documentazione afferente alla Polizza Collettiva, sono offerti dal Distributore UniCredit S.p.A. il Servizio di Banca Multicanale nonché il Servizio UniCredit Digital Mail Box, ove previsti, che consentono nei relativi ambienti protetti accessibili via Internet - la sottoscrizione di atti e documenti in formato elettronico ai sensi del D. Lgs. 82/2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale) utilizzando il Certificato Qualificato di Firma Digitale rilasciato tramite la Banca dal Certificatore Accreditato e valido per la sottoscrizione di documenti, disposizioni o contratti relativi a prodotti e servizi venduti dalla Banca stessa. Qualora l'Assicurato abbia aderito ad uno dei Servizi di cui sopra, l'Impresa riconosce che la documentazione relativa all'Adesione alla Polizza Collettiva e l'eventuale correlata documentazione nonché l'ulteriore documentazione afferente il rapporto contrattuale, ove la stessa sia resa disponibile in formato elettronico per la sottoscrizione, possano essere sottoscritte – salva eventuale temporanea indisponibilità - nel pertinente ambiente protetto con Firma Digitale, riconoscendo piena efficacia alle stesse in relazione alle dichiarazioni sottoscritte dall'Assicurato a valere sul prodotto assicurativo.

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'Assicurando, 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 secondo le regole definite nella tabella che segue.

Avvertenza per il calcolo del Cumulo: Nel caso in cui sussistano in capo all'Assicurando più adesioni alla presente Polizza Collettiva e/o ad altre Polizze Collettive abbinate a finanziamenti intermediate per il tramite di UniCredit S.p.A., all'Importo Richiesto del Mutuo, da considerare ai fini dell'applicazione delle regole definite nella tabella che segue, saranno sommati tutti i singoli capitali iniziali o residui dei finanziamenti afferenti alle suddette Polizze Collettive in base ai seguenti criteri di Cumulo:

- Per i finanziamenti ancora in essere che stanno seguendo il piano di ammortamento verrà considerato il capitale residuo previsto dal piano stesso al momento della richiesta del nuovo Mutuo. Il capitale residuo del finanziamento precedente e la somma assicurata che la Polizza Collettiva precedente liquiderà nel caso si verificasse l'evento coincidono.
- Per i finanziamenti per i quali è avvenuta un'estinzione anticipata totale con mantenimento della copertura assicurativa già in essere oppure per i finanziamenti per i quali è avvenuta un'estinzione anticipata parziale con mantenimento della copertura assicurativa inalterata verrà conteggiato l'importo originario del finanziamento come capitale assicurato iniziale al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva. La somma assicurata che la Polizza Collettiva precedente liquiderà nel caso si verificasse l'evento non coincide con il capitale assicurato iniziale considerato per conteggio del Cumulo.

CUMULO: Importo Richiesto del Mutuo + eventuali altre somme già assicurate	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 € 520.000,00	B Rapporto di Visita Medica	B Rapporto di Visita Medica

Di seguito si riportano alcuni esempi di calcolo del Cumulo. L'estinzione anticipata totale e l'estinzione anticipata parziale vengono abbreviate rispettivamente con gli acronimi EAT ed EAP.

Cumulo – Esempio 1 – Assicurato con età alla stipula 30 anni, con già coperture in portafoglio, senza estinzioni anticipate, che in data 17/04/2025 richiede nuova copertura CPI Mutui Privati. Caso di superamento soglia e richiesta del Rapporto di Visita Medica.

TIPO PRODOTTO Coperture in portafoglio	DATA DECORRENZA Coperture in portafoglio	CAPITALE INZIALE ASSICURATO	DATA della NUOVA ADESIONE	Capitale RESIDUO ALLA DATA DELLA NUOVA ADESIONE
Cpi Mutui Privati	01/01/2023	200.000,00 €	17/04/2025	182.000,00 €
CPI Finanziamenti Imprese Chiro	01/01/2023	150.000,00 €	17/04/2025	96.250,00 €
CPI Prestiti Personali	01/01/2023	100.000,00 €	17/04/2025	77.500,00 €
				TOTALE 355.750,00 €

TIPO PRODOTTO Nuova Adesione			DATA DECORRENZA Nuova Adesione	CAPITALE INZIALE ASSICURATO
Cpi Mutui Privati			17/04/2025	100.000,00 €

DATA NUOVA ADESIONE				TOTALE CUMULO = Importo Richiesto del Mutuo + eventuali altre somme già assicurate	MODULO RICHIESTO
17/04/2025				100.000,00 € + 355.750,00 € = **TOTALE 455.750,00 €**	Rapporto visita medica

Cumulo - Esempio 2 – Assicurato con età alla stipula 30 anni, con già coperture in portafoglio, senza estinzioni anticipate, che in data 17/04/2025 richiede nuova copertura CPI Mutui Privati. Caso di non superamento soglia e richiesta del Questionario Medico.

TIPO PRODOTTO Coperture in portafoglio	DATA DECORRENZA Coperture in portafoglio	CAPITALE INZIALE ASSICURATO	DATA della NUOVA ADESIONE	Capitale RESIDUO ALLA DATA DELLA NUOVA ADESIONE
Cpi Mutui Privati	01/01/2023	80.000,00 €	17/04/2025	72.800,00 €
CPI Finanziamenti Imprese Chiro	01/01/2023	50.000,00 €	17/04/2025	18.750,00 €
CPI Prestiti Personali	01/01/2023	25.000,00 €	17/04/2025	19.375,00 €
				TOTALE 110.925,00 €

TIPO PRODOTTO Nuova Adesione			DATA DECORRENZA Nuova Adesione	CAPITALE INZIALE ASSICURATO
Cpi Mutui Privati			17/04/2025	100.000,00 €

DATA NUOVA ADESIONE				TOTALE CUMULO = Importo Richiesto del Mutuo + eventuali altre somme già assicurate	MODULO RICHIESTO
17/04/2025				100.000,00 € + 110.925,00 € = **TOTALE 210.925,00 €**	Questionario Medico

Cumulo - Esempio 3 – Assicurato con età alla stipula 30 anni, con già coperture in portafoglio, con estinzioni anticipate parziali e totali, con e senza mantenimento della copertura assicurativa, che in data 17/04/2025 richiede nuova copertura CPI Mutui Privati. Caso di superamento soglia e richiesta del Rapporto di Vista Medica.

TIPO PRODOTTO Coperture in portafoglio	DATA DECORRENZA Coperture in portafoglio	CAPITALE INZIALE ASSICURATO	DATA e tipo estinzione	Capitale Residuo ante data Estinzione	Importo estintivo	Capitale residuo post data Estinzione	Capitale da considerare ai fini del cumulo
Cpi Mutui Privati	01/01/2023	200.000,00 €	12/04/2025 EAP **con** mantenimento	182.000,00 €	1.500,00€	Non rilevante si fini del cumulo	200.000,00 €

CPI Finanziamenti Imprese Chiro	01/01/2023	150.000,00 €	14/04/2025 EAP **senza** mantenimento	96.250,00 €	20.000,00€	76.250,00 €	76.250,00 €
CPI Prestito Personali	01/01/2023	100.000,00 €	20/04/2025 EAT **con** mantenimento	77.500,00 €	19.375,00€	Non rilevante si fini del cumulo	100.000,00 €
							TOTALE 376.250,00 €

TIPO PRODOTTO Nuova Adesione		**DATA DECORRENZA Nuova Adesione**	**CAPITALE INZIALE ASSICURATO**
Cpi Mutui Privati		17/04/2025	100.000,00 €

DATA NUOVA ADESIONE						**TOTALE CUMULO = Importo Richiesto del Mutuo + eventuali altre somme già assicurate**	**MODULO RICHIESTO**
17/04/2025						100.000,00 € + 376.250,00 €= **TOTALE 476.250,00 €**	Rapporto visita medica

Cumulo – Esempio 4 – Assicurato con età alla stipula 30 anni, con già coperture in portafoglio, con estinzioni anticipate parziali e totali, con e senza mantenimento della copertura assicurativa, che in data 17/04/2025 richiede nuova copertura CPI Mutui Privati. Caso di non superamento soglia e richiesta del Questionario Medico.

TIPO PRODOTTO Coperture in portafoglio	**DATA DECORRENZA Coperture in portafoglio**	**CAPITALE INZIALE ASSICURATO**	**DATA e tipo estinzione**	**Capitale Residuo ante data Estinzione**	**Importo estintivo**	**Capitale Residuo post data Estinzione**	**Capitale da considerare ai fini del cumulo**
Cpi Mutui Privati	01/01/2023	80.000,00 €	12/04/2025 EAP **con** mantenimento	72.800,00 €	1.500,00€	Non rilevante si fini del cumulo	80.000,00 €
CPI Finanziamenti Imprese Chiro	01/01/2023	50.000,00 €	14/04/2025 EAP **senza** mantenimento	18.750,00 €	5.000,00€	13.750,00€	13.750,00 €
CPI Prestiti Personali	01/01/2023	25.000,00 €	20/04/2025 EAT **con** mantenimento	19.375,00 €	19.375,00€	Non rilevante si fini del cumulo	25.000,00 €
							TOTALE 118.750,00 €

TIPO PRODOTTO Nuova Adesione		**DATA DECORRENZA Nuova Adesione**	**CAPITALE INZIALE ASSICURATO**
Cpi Mutui Privati		17/04/2025	100.000,00 €

DATA NUOVA ADESIONE						TOTALE CUMULO = Importo Richiesto del Mutuo + eventuali altre somme già assicurate	MODULO RICHIESTO
17/04/2025						100.000,00 € + 118.750,00 €= **TOTALE 218.750,00 €**	Questionario Medico

Le informazioni inerenti lo stato di salute fornite all'Impresa dall'Assicurando devono corrispondere a verità ed esattezza, in caso contrario valgono le disposizioni previste dall'art. 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'Assicurando.

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, ove previsto anche in formato elettronico, ai sensi di quanto previsto dall'Art. 2 Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva, da parte dell'assicurando, del Questionario Medico la cui valutazione da parte dell'Impresa 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. L'assicurando, può in ogni caso chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costi a proprio carico.

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 dall'Assicurando tramite mail e-mail oppure per posta tramite raccomandata con ricevuta di ritorno A/R ai riferimenti indicati sul documento.
L'Impresa 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.

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, l'Assicurando per aderire alla Polizza Collettiva è tenuto a compilare e a sottoscrivere in ogni sua parte, ove previsto anche in formato elettronico, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2 Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva, 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'Assicurato e per il Contraente/l'Impresa).
La sottoscrizione del Modulo di Adesione comporta l'obbligo da parte dell'Assicurato della contemporanea adesione anche alla collegata Polizza Collettiva Vita, stipulata dal Contraente con UniCredit Life Insurance 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 obbligatoriamente i seguenti dati:
a) Numero di domanda del Mutuo;
b) Dati anagrafici dell'Assicurato;
c) Durata del Mutuo;
d) Importo richiesto del Mutuo;
e) Percentuale quota di copertura assicurativa;
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:
1) unico Assicurato per singolo Mutuo:
   a) Assicurazione intera – la somma assicurata iniziale viene calcolata in base ad una percentuale di copertura assicurativa pari a 100%;
2) più Assicurati cointestatari per singolo Mutuo:
   a) Assicurazione intera – per ciascun Assicurato la somma assicurata iniziale viene calcolata in base ad una percentuale quota di copertura assicurativa pari a 100%;
   b) Assicurazione pro quota – per ciascun Assicurato la somma assicurata iniziale viene calcolata pro quota in base ad una percentuale di copertura assicurativa uguale per ciascun Assicurato e pari a 100% diviso per il numero di Assicurati.
   Nel caso si verifichi la mancata accettazione da parte dell'Impresa dell'ammissione alla copertura assicurativa di uno o più dei cointestatari, per i rimanenti cointestatari Assicurati l'Assicurazione opererà come sopra specificato (percentuale di copertura assicurativa uguale per ciascun Assicurato e pari a 100% diviso per il numero di Assicurati).
3) Importo Richiesto del Mutuo maggiore di € 200.000,00:
   a) Assicurazione parziale - in alternativa alle modalità di cui ai punti precedenti, la somma assicurata iniziale per ciascun Assicurato può essere calcolata in base ad una percentuale di copertura assicurativa, a scelta dell'Assicurato, compresa tra 50% e 100%.

Nel caso in cui ci siano più Assicurati cointestatari di un singolo Mutuo, ed anche se si verifica la mancata accettazione da parte dell'Impresa dell'ammissione alla copertura assicurativa di uno o più dei cointestatari, l'Assicurazione potrà operare come sopra specificato (percentuale di copertura assicurativa, a scelta dell'Assicurato, compresa tra 50% e 100%).

2.4 - Operatività della Polizza Collettiva

La Polizza Collettiva è da ritenersi operante esclusivamente nel caso in cui l'erogazione del Mutuo 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 erogazione del Mutuo si verifichino variazioni inerenti lo stato di salute dell'Assicurato oppure variazioni inerenti il cambio status lavorativo di Lavoratore Dipendente Privato (di cui al successivo Art. 3) l'Assicurato stesso deve darne immediata comunicazione all'Impresa, per il tramite del Contraente, al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione alla Polizza Collettiva, coerente con il proprio status lavorativo. In caso contrario valgono le disposizioni dell'art. 13 "Dichiarazioni inesatte od omissioni".

Nel caso in cui l'erogazione del Mutuo avvenga successivamente al termine di 180 (centottanta) giorni dalla data di sottoscrizione del modulo di adesione, l'Assicurato è tenuto a ripetere nuovamente le formalità di ammissione di cui sopra, anche se non sono intervenuti cambiamenti in relazione al suo stato di salute.

L'Assicurato, qualora intendesse aderire nuovamente alla Polizza Collettiva, dovrà pertanto ripetere la procedura di cui al presente articolo 2 – Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva.

Art.3 - Variazione dello status lavorativo - Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva

L'Assicurato che, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, cambia la propria attività lavorativa perdendo lo status di Lavoratore Dipendente Privato deve comunicare tempestivamente tale circostanza al Contraente (fornendo prova documentale dell'avvenuto cambio dello status occupazionale) e richiedendo la cessazione dell'Assicurazione: in tal caso, tutte le garanzie della Polizza Collettiva cessano alle ore 24:00 della data di comunicazione del cambio di attività lavorativa, e l'Impresa rimborserà all'Assicurato, per il tramite del Contraente, la quota parte di Premio pagato e non goduto, al netto delle imposte di legge. Il calcolo dell'importo da rimborsare all' Assicurato sarà effettuato utilizzando la formula di cui al successivo Art. 10 - Estinzione anticipata totale, accollo, surroga del Mutuo - Recesso dell'Assicurato - Estinzione anticipata parziale del Mutuo.

L'Impresa provvederà al rimborso della quota parte di Premio pagato e non goduto all'Assicurato per il tramite del Contraente, il quale provvederà alla corrispondente riduzione della rata del Mutuo.

La comunicazione di cambiamento di attività lavorativa deve essere effettuata compilando l'apposito modulo (allegando idonea documentazione comprovante la perdita dello status di Lavoratore Dipendente Privato) presso una filiale UniCredit S.p.A., da sottoscriversi con firma olografa ovvero in modalità elettronica, ove sia prevista, in conformità a quanto indicato nelle presenti Condizioni di Assicurazione oppure dandone comunicazione sempre ad una filiale UniCredit S.p.A. con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. Il Contraente ne darà immediata comunicazione all'Impresa.

Resta inteso che qualora l'Assicurato non comunicasse il cambiamento di attività lavorativa durante il periodo di validità dell'Assicurazione, la garanzia "Perdita d'Impiego Involontaria" non sarà comunque più operante, salvo che l'Assicurato riacquisti lo status

di Lavoratore Dipendente Privato. Inoltre, con riferimento alla garanzia Permanente Totale di grado pari o superiore al 60%, il cambiamento di attività lavorativa dell'Assicurato nel corso del periodo di validità dell'Assicurazione, non pregiudica in caso di Sinistro, il diritto al pagamento dell'Indennizzo (salvo che l'Assicurato abbia richiesto la cessazione dell'Assicurazione).

Art.4 - Documentazione da consegnare all'Assicurato al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva

All'Assicurato dovranno essere consegnati in modalità cartacea ovvero su scelta dell'Assicurato stesso messi a disposizione in modalità elettronica, ove sia prevista, nell' ambiente protetto del Servizio Banca Multicanale o del Servizio UniCredit Digital Mail Box a cui l'Assicurato abbia aderito, 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 medesima, debitamente compilato e sottoscritto, anche in modalità elettronica, ove sia prevista, in conformità a quanto indicato nelle presenti Condizioni di Assicurazione, comprensivo dell'Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza, dovrà rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarla tempestivamente all'Impresa 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.5 - 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 Mutuo;
   3. non siano Lavoratori Dipendenti Privati;
b) abbiano stipulato un Mutuo erogato dal Contraente di Durata superiore a 480 (quattrocentottanta) mesi;
c) non siano residenti in Italia;
d) a seguito della compilazione e sottoscrizione del Questionario Medico o del Rapporto di Visita Medica per la valutazione dello stato di salute da parte dell'Impresa, siano state ritenute non assicurabili.

Si specifica inoltre che non sono assicurabili i Lavoratori Dipendenti Privati:

1) assunti con contratto di lavoro a tempo determinato e
2) assunti con contratto di collaborazione, di lavoro accessorio, di apprendistato, di somministrazione lavoro (ex lavoratori interinali), di lavoro intermittente, di lavoro domestico, di lavoro stipulato all'estero (se non regolato dalla legge italiana) e assunti da impresa familiare;

Art.6 - Pagamento del Premio e decorrenza dell'Assicurazione

Il Premio è corrisposto dall'Assicurato all'Impresa in forma unica ed anticipata per il tramite del Contraente. Il Contraente trattiene l'ammontare del Premio direttamente dall'Importo Erogato del Mutuo.

Per ciascun Assicurato l'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno di stipula del Mutuo a condizione che l'Assicurato stesso:

a) abbia compilato e sottoscritto il Modulo di Adesione,
b) abbia compilato e sottoscritto il Questionario Medico e questo sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa; ovvero

c) si sia sottoposto a visita medica il cui Rapporto Visita Medica (ove previsto) sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa e
d) sia stato pagato il relativo Premio.

Durante l'eventuale Periodo di Preammortamento sarà operante soltanto la garanzia Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60%. La garanzia Perdita d'Impiego Involontaria non sarà operante ma per tale garanzia decorrerà comunque il relativo Periodo di Carenza.

Art.7 - Durata dell'Assicurazione

Fermo quanto indicato dal precedente articolo, per ciascun Assicurato l'Assicurazione, fatto salvo per la garanzia Perdita d' Impiego Involontaria, terminerà alla Data di scadenza del Mutuo sottoscritto dall'Assicurato stesso e non potrà comunque avere durata superiore a 480 (quattrocentottanta) mesi.

Per la sola garanzia Perdita di impiego involontaria, la durata è pari a 120 (centoventi) mesi. Allo scadere dei 120 (centoventi) mesi, tale garanzia potrà essere prorogata – a condizioni che terranno conto delle variabili tariffarie e normative in vigore alla scadenza quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, tasso di occupazione, frequenza dei sinistri, variazioni della normativa del lavoro, per ulteriori sessanta mesi e così successivamente fino e, comunque, non oltre la Data di scadenza del Mutuo.

Fatto salvo quanto disciplinato dagli artt.8 – "Diritto di recesso dell'Assicurato" e 10 – "Estinzione anticipata totale, accollo, surroga del Mutuo – Recesso dell'Assicurato - Estinzione anticipata parziale del Mutuo", 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 Mutuo e senza alcun rimborso di Premio, in caso di liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60% oppure in caso di decesso dell'Assicurato.

Art.8 - Diritto di recesso dell'Assicurato

L'Assicurato 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 una filiale UniCredit S.p.A., da sottoscriversi con firma olografa ovvero in modalità elettronica, ove sia prevista, in conformità a quanto indicato nelle presenti Condizioni di Assicurazione oppure dandone comunicazione sempre ad una filiale UniCredit S.p.A. con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

L'Impresa provvederà al rimborso dell'intero Premio all'Assicurato per il tramite del Contraente. Il Contraente utilizzerà l'importo rimborsato per ridurre in pari misura il debito dell'Assicurato in relazione al Mutuo.

Inoltre, in considerazione della durata poliennale dell'Assicurazione, al solo Assicurato 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 una filiale UniCredit S.p.A., da sottoscriversi con firma olografa ovvero in modalità elettronica, ove sia prevista, in conformità a quanto indicato nelle presenti Condizioni di Assicurazione oppure dandone comunicazione sempre ad una filiale UniCredit S.p.A. con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno. Il Contraente provvederà a darne comunicazione all'Impresa.

L'Impresa provvederà, per il tramite del Contraente, al rimborso all'Assicurato della quota parte di Premio imponibile corrispondente al periodo di garanzia non goduto, secondo quanto disposto dal successivo art.10 - Estinzione anticipata totale, accollo, surroga del Mutuo – Recesso dell'Assicurato - Estinzione anticipata parziale del Mutuo. Il Contraente utilizzerà l'importo rimborsato per ridurre in pari misura il debito dell'Assicurato in relazione al Mutuo. Resta inteso che, anche in caso di esercizio del diritto di recesso annuale da parte dell'Assicurato, previsto dal presente articolo, la collegata Polizza Collettiva Vita, stipulata dal Contraente con UniCredit Life Insurance S.p.A., resterà in vigore.

Art.9 - 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:

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

dove:

P Premio unico anticipato inclusivo di imposte (nella misura del 2,50%)
T tasso mensile pari a 0,01802%
N Durata del Mutuo espressa in mesi interi
Ir Importo Richiesto del Mutuo
Pa Percentuale quota di copertura assicurativa

Art.10 - Estinzione anticipata totale, accollo, surroga del Mutuo – Recesso dell'Assicurato – Estinzione anticipata parziale del Mutuo

Nel caso di:

a) estinzione anticipata totale del Mutuo rispetto alla Data di scadenza;
b) accollo del Mutuo da parte di terzi come previsto dall'art.1273 C.C.;
c) trasferimento del Mutuo ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo;
d) recesso dell'Assicurato in relazione alla durata poliennale dell'Assicurazione ai sensi del precedente art.8;

l'Assicurazione cesserà a decorrere:

a) dalla data di estinzione anticipata totale del Mutuo;
b) dalla data di accollo del Mutuo;
c) dalla data di surroga del Mutuo;
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. 8.

Per tutti i casi sopra elencati l'Assicurato avrà diritto ad ottenere dall'Impresa il rimborso della quota parte di Premio corrispondente al periodo di garanzia pagato e 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 Mutuo 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;
CE = Importo del capitale erogato del Mutuo;
P0 = Premio unico anticipato imponibile;
P1= Premio unico anticipato imponibile riproporzionato dopo precedente estinzione anticipata parziale, 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 Mutuo pari ad € 100.000; durata del Mutuo 240 mesi. In caso di estinzione anticipata totale del Mutuo trascorsi i primi 100 mesi di durata dell'Assicurazione, il conteggio di rimborso viene calcolato con i seguenti parametri:

P0 = € 4.219,32
P1 = P0
Ppu = € 2.531,59
H = € 1.687,73
N = 240
K = 100
DR= € 67.704,50
CE= 100.000,00
R = € 1.984,34

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

L'Assicurato potrà, relativamente ai soli casi di estinzione anticipata totale, di accollo o di surroga in alternativa alla cessazione dell'Assicurazione come sopra descritta, richiedere espressamente all'Impresa di mantenere inalterata ed operativa l'Assicurazione medesima fino alla Data di scadenza del Mutuo; **la richiesta dovrà essere formulata per iscritto all'Impresa tramite il Contraente** e sottoscritta con firma olografa ovvero in modalità elettronica, ove sia prevista, in conformità a quanto indicato nelle presenti Condizioni di Assicurazione, **contestualmente all'operazione di estinzione anticipata totale, di accollo oppure di trasferimento del Mutuo.**

Nel caso di estinzione anticipata parziale del Mutuo, l'Assicurazione rimane operativa fino alla scadenza originaria del Mutuo per il Capitale Residuo e rata mensile del Mutuo, così come ricalcolati a seguito della suddetta estinzione anticipata parziale. L'Assicurato avrà diritto ad ottenere dall'Impresa il rimborso della quota parte di premio imponibile pagato e non goduto per il tramite del Contraente. In alternativa, l'Assicurato potrà richiedere espressamente all'Impresa, di mantenere inalterata ed operativa l'Assicurazione medesima fino alla data di scadenza originaria del Mutuo, come se l'estinzione anticipata parziale non fosse mai avvenuta. **La richiesta dovrà essere formulata per iscritto all'Impresa tramite il Contraente** e sottoscritta con firma olografa ovvero in modalità elettronica, ove sia prevista, in conformità a quanto indicato nelle presenti Condizioni di Assicurazione, **contestualmente all'operazione di estinzione anticipata parziale del Mutuo.**

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 Mutuo 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 parziale;
CE = Importo del capitale erogato del Mutuo;
P0 = Premio unico anticipato imponibile;
P1= Premio unico anticipato imponibile riproporzionato dopo precedente estinzione anticipata parziale, 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 versato dal cliente.

Esempio
Per un Mutuo erogato per un Importo richiesto di € 100.000 con durata di 240 mesi, in caso di estinzione anticipata parziale dopo 100 mesi, per un Importo versato di € 50.000, il conteggio di rimborso viene calcolato con i seguenti parametri:

P0 = € 4.219,32
P1 = P0
Ppu = € 2.531,59
H = € 1.687,73
N = 240
K = 100
Cap_Est= € 50.000,00
DR= € 67.704,50

CE= 100.000,00
R = € 1.465,44

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

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

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

Art.11 - Procedura per la valutazione del danno

La valutazione del danno è concordata direttamente dall'Impresa, 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.12 - Pagamento dell'indennizzo - Beneficiari

L' Impresa, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti i debiti accertamenti, entro 30 giorni determina l'Indennizzo che risulti dovuto all'Assicurato e provvede alla corresponsione dello stesso. Entro il medesimo termine l'Impresa comunica 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 abbia potuto effettuare gli accertamenti necessari, gli eredi devono fornire, oltre alla documentazione richiesta agli articoli "Obblighi in caso di Sinistro" di cui alle successive Sezioni, **il certificato di morte dell'Assicurato e l'atto notorio attestante la qualifica di eredi**. Una volta acquisita la documentazione sopra indicata l'Impresa provvede alla valutazione del danno in base alla documentazione disponibile e s'impegna a comunicare agli eredi l'esito della valutazione del Sinistro. Nel caso l'Indennizzo venga ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'impresa paga agli eredi previa produzione della **dichiarazione di successione**, in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche 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 o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi, previa produzione **del certificato di morte dell'Assicurato, dell'atto notorio attestante la qualifica di eredi e della dichiarazione di successione**, in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche l'Indennizzo spettante e, l'importo quantificato offerto.

Art.13 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura, e nessun assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito, dell'Area Economica Europea.

Art.14 - 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.15 - Altre assicurazioni

Resta convenuto che le coperture assicurative prestate dall'Impresa con la presente Polizza Collettiva possono cumularsi con altre polizze assicurative a favore dell'Assicurato.

Art.16 - Modifiche dell'Assicurazione

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

Art.17 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non qui diversamente regolato, 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 60%

Art.18 - Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa garantisce il pagamento di un Indennizzo a favore dell'Assicurato in caso di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60%, dell'Assicurato derivante da Infortunio o da Malattia che l'Assicurato stesso 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 relazione.

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 sempreché il 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.

Art.19 - Periodo di Carenza

L'Assicurazione è operante senza alcun Periodo di Carenza.

Art.20 - Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60%, 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.

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.21 - Somma assicurata per singolo Assicurato - Limiti di assicurabilità

La somma assicurata per ciascun Assicurato è variabile nel tempo; corrisponde inizialmente all'Importo Erogato del Mutuo sottoscritto dall'Assicurato medesimo moltiplicato per la percentuale quota di copertura assicurativa e successivamente decresce e corrisponde in ogni momento al Capitale Residuo del Mutuo stesso moltiplicato per la percentuale medesima e risultante alla data del Sinistro.

La massima somma assicurabile viene stabilita pari a € 520.000,00 e in nessun caso l'Impresa sarà quindi tenuta a corrispondere, per singola adesione, un importo superiore a tale somma.

In caso di Mutuo erogato per un importo superiore a € 520.000,00, la percentuale quota di copertura assicurativa dovrà essere tale da fare risultare la somma assicurata iniziale non superiore a tale limite.

In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a corrispondere per ciascun Assicurato un importo superiore a € 520.000,00 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.
L'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale non può cumularsi con quello per "decesso" derivante dalla collegata Polizza Collettiva Vita, stipulata dal Contraente con UniCredit Life Insurance S.p.A..
Nel caso in cui l'Assicurato dovesse decedere successivamente all'avvenuta liquidazione dell'Indennizzo riconosciuto da parte di UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A. con riguardo alla copertura Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 40%, nulla sarà dovuto dalla collegata Polizza Collettiva Vita ai Beneficiari, in quanto il contratto s'intende risolto nel momento in cui è avvenuta l'erogazione della prestazione prevista dalla Polizza contro i Danni. Qualora l'Assicurato dovesse decedere successivamente alla richiesta di apertura del Sinistro per Invalidità Permanente Totale, UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A. proseguirà con la valutazione del Sinistro aperto e, qualora liquidabile, sarà riconosciuta ai Beneficiari l'indennità. Resta inteso che in caso di pagamento della prestazione da parte UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A. il contratto relativo alla copertura assicurativa "decesso" s'intende risolto e nulla sarà dovuto a fronte dell'evento morte dalla collegata Polizza Collettiva Vita ai Beneficiari.

Art.22 - Invalidità Permanente Totale derivante da Infortunio di grado pari o superiore al 60%
Qualora l'Infortunio abbia per conseguenza l'Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% 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 corrisponderà all'Assicurato medesimo un Indennizzo di importo pari al Capitale Residuo del Mutuo risultante alla data di accadimento dell'Infortunio medesimo.
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 dello 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" 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.23 - Invalidità Permanente Totale derivante da Malattia di grado pari o superiore al 60%
Qualora la Malattia abbia per conseguenza diretta l'Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% dell'Assicurato, l'Impresa corrisponderà all'Assicurato medesimo un Indennizzo di importo pari al Capitale Residuo del Mutuo risultante alla data della richiesta di certificazione medica attestante l'Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% 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 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.
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.24 - Estensione territoriale
L'Assicurazione è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo.

Art.25 - 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 nel più breve tempo possibile dalla data di accadimento del Sinistro o da quando ne ha avuto conoscenza, tramite richiesta scritta direttamente all'Impresa**. Si segnala che presso una filiale UniCredit S.p.A., nonché direttamente presso l'Impresa, è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata dall'avente diritto alla liquidazione. È possibile acquisire idonea modulistica anche contattando l'Impresa 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.

L'Assicurato deve altresì:
e) sottoporsi **agli accertamenti e controlli** medici richiesti dall'Impresa;
f) fornire all'Impresa **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 il decesso dell'Assicurato**, i suoi eredi legittimi o beneficiari designati devono darne immediato avviso all'impresa e fornire il certificato di morte dell'Assicurato e l'atto notorio attestante la qualifica di eredi.**
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

PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA

Art.26 - Oggetto dell'Assicurazione

L'Impresa**, 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 Perdita d'Impiego Involontaria.
La garanzia è operante soltanto qualora l'Assicurato, al momento del Sinistro, sia inquadrabile come Lavoratore Dipendente Privato.

Art.27 - Periodo di Carenza

Viene previsto un Periodo di Carenza di 90 (novanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione; qualora la Perdita d'Impiego Involontaria avvenga entro 90 (novanta) giorni da tale data, la garanzia non sarà operante.

Art.28 - Esclusioni

L'Assicurazione non è operante – e pertanto non verrà corrisposto l'Indennizzo – quando:

a) **l'Assicurato, al momento del Sinistro, non ha ancora concluso e superato il periodo di prova;**
b) **l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente Privato in modo continuativo per i dodici mesi precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Ai fini della presente esclusione, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a due settimane non vengono considerate;**
c) **l'Assicurato ha stipulato-e la cessazione del rapporto di lavoro si riferisce a - un contratto di lavoro subordinato a tempo determinato e/o uno dei seguenti contratti di lavoro, ancorché a tempo indeterminato:**
    a) **di collaborazione;**
    b) **di lavoro accessorio;**
    c) **di apprendistato;**
    d) **di somministrazione lavoro (ex lavoratori interinali);**
    e) **di lavoro intermittente;**
    f) **di lavoro domestico;**
    g) **di assunzione da parte di imprese familiari;**
    h) **di lavoro stipulato all'estero (se non regolato dalla legge italiana);**
d) **l'Assicurato è stato licenziato per giusta causa o per giustificato motivo soggettivo (ovvero, con riferimento ai lavoratori con qualifica dirigenziale, per giustificatezza, fondata su motivi soggettivi, ai sensi della contrattazione collettiva applicabile), o per ragioni disciplinari;**
e) **la Perdita d'Impiego Involontaria è conseguenza di pensionabilità di vecchiaia, pensionamento o prepensionamento;**
f) **l'Assicurato svolge la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;**
g) **l'Assicurato ha risolto consensualmente il rapporto di lavoro anche a seguito e/o nell'ambito di processi di riorganizzazione aziendale;**
h) **l'Assicurato è stato licenziato per giustificato motivo oggettivo (ovvero, con riferimento ai lavoratori con qualifica dirigenziale, per giustificatezza, fondata su motivi oggettivi, ai sensi della contrattazione collettiva applicabile) e abbia stipulato un accordo con il datore di lavoro avente ad oggetto la cessazione del rapporto di lavoro, in termini di rinuncia da parte dell'Assicurato all'impugnazione del licenziamento, entro 60 (sessanta) giorni dalla comunicazione di recesso;**
i) **l'Assicurato non si è iscritto in Italia negli elenchi anagrafici con lo status di disoccupato ;**
j) **l'Assicurato percepisce il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Straordinaria o Edilizia anche in deroga;**
k) **la perdita del posto di lavoro è conseguenza di licenziamento tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;**
l) **la perdita del posto di lavoro è conseguenza di dimissioni dell'Assicurato.**

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 nel più breve tempo possibile dalla data di accadimento del Sinistro tramite richiesta scritta direttamente all'Impresa.** Si segnala che presso una filiale UniCredit S.p.A., nonché direttamente presso l'Impresa, è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata dall'avente diritto alla liquidazione. È possibile acquisire idonea modulistica anche contattando l'Impresa 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 **attestato** che certifichi la condizione di Lavoratore Dipendente Privato al momento del Sinistro;

d) fornire **copia della lettera di licenziamento**;
e) fornire **copia di un documento** comprovante l'iscrizione all'elenco anagrafico con lo status di disoccupato o alle liste di mobilità regionali;
f) fornire **attestazione** del ricevimento delle indennità di Disoccupazione o di mobilità;
g) fornire, ove l'Assicurato sia stato licenziato nell'ambito e/o all'esito di una procedura di licenziamento collettivo, **copia dell'accordo sindacale e della manifestazione dell'Assicurato di non opposizione al recesso;**
h) fornire **dichiarazione del datore** di lavoro attestante la sospensione dal lavoro con indicazione dell'eventuale intervento della Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Straordinaria o Edilizia anche in deroga.

L'Assicurato, infine, una volta **scaduto il Periodo di Franchigia di cui al seguente articolo 30 – Periodo di Franchigia -** per ciascun periodo di successivi 30 (trenta) giorni consecutivi di durata del Sinistro **deve compilare ed inviare all'Impresa**, 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 **entro 60 (sessanta) giorni dalla fine del periodo di 30 (trenta) giorni consecutivi di durata del Sinistro.**

Art.30 - Denunce Successive

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro di Perdita d'Impiego Involontaria, o dopo la denuncia di un medesimo Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 90 (novanta) giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Perdita d'Impiego

Involontaria se dal termine del Sinistro precedente non sarà trascorso un **Periodo di Riqualificazione di 180 (centottanta) giorni consecutivi** nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad assumere la qualifica di Lavoratore Dipendente Privato ed abbia superato il periodo di prova.

Art.31 - Periodo di Franchigia

Viene previsto un Periodo di Franchigia di 60 (sessanta) giorni.
Qualora il Sinistro abbia durata inferiore al Periodo di Franchigia, l'Assicurato non avrà diritto ad alcun Indennizzo.

Art.32 - Determinazione dell'Indennizzo

Qualora lo stato di Disoccupazione perduri oltre il Periodo di Franchigia, per ciascuna rata mensile del Mutuo scadente durante il periodo di Disoccupazione successivo, l'Impresa corrisponderà un Indennizzo di importo pari alla rata mensile del Mutuo medesima, comprensiva di capitale e interessi quale risulta dal piano di ammortamento finanziario del Mutuo 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 . Qualora l'Assicurato, che sta ricevendo dall'Impresa il pagamento dell'Indennizzo per Perdita d'Impiego, intraprenda un'attività lavorativa in qualità di Lavoratore Dipendente con un contratto a tempo determinato di durata non superiore a tre mesi, **dovrà informare tempestivamente per iscritto l'Impresa**. In tal caso, infatti, il pagamento dell'Indennizzo verrà sospeso per la durata del contratto e riprenderà al termine di questo, come continuazione del Sinistro iniziale, qualora persista la Disoccupazione. Si precisa che per ogni Sinistro tale sospensione non potrà superare i tre mesi.

Art.33 - Limiti di Indennizzo

Per ciascun Sinistro non potranno essere indennizzate più di 9 (nove) rate consecutive.
Per ciascun Assicurato non potranno essere indennizzate più di 36 (trentasei) rate per tutta la durata dell'Assicurazione per tutti i Sinistri di Perdita d'Impiego Involontaria.
L'Indennizzo non potrà superare l'importo di € 3.000,00 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 ad altre Polizze Collettive dello stesso tipo stipulate fra il Contraente e l'Impresa.

UniCredit | Allianz
Assicurazioni

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 masticatoria: - con possibilità di applicazione di protesi efficace - senza possibilità di applicazione di protesi efficace		 11% 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 - per amputazione al terzo superiore	 85% 80%		 75% 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 - in pronazione	 30% 35%		 25% 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 - in pronazione - in supinazione	 40% 45% 55%		 35% 40% 50%
- quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	35%		30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione: - in semipronazione - in pronazione - in supinazione	18% 22% 25% 35%		15% 18% 22% 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

APPENDICE A.1
Fac-simile Modulo di Adesione

MODULO DI ADESIONE - DIPENDENTI PRIVATI
Polizza Collettiva di Assicurazione contro i Danni n° 10025417
Creditor Protection Mutui Privati UniCredit

Edizione 10/02/2026 - Data ultimo aggiornamento 10/02/2026

Dati Mutuo
Domanda di Mutuo n° _____
Dati Assicurato Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____
Dati datore di lavoro Cognome Nome o Ragione Sociale _____
Dati copertura assicurativa Durata del Mutuo in mesi _____ Importo Richiesto del Mutuo € _____ Percentuale quota di copertura assicurativa _____%
Premio unico anticipato € _____ (comprensivo di imposte nella misura del 2,5%)
Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione) € _____
Provvigioni percepite dall'Intermediario 28,20% del premio imponibile pari a € _____

PRENDO ATTO che **UniCredit S.p.A.** (**"Banca"**) ha stipulato con **UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.**, per conto dei propri clienti intestatari o cointestatari del Mutuo da essa erogato, la Polizza Collettiva di Assicurazione contro i Danni n°10025417 (**"Polizza"**) concernente una copertura assicurativa per i casi di **Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60%** e **Perdita d'Impiego Involontaria** e ha stipulato con UniCredit Life Insurance S.p.A. la Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°910824 avente per oggetto una copertura assicurativa temporanea per il caso decesso a capitale decrescente a Premio unico anticipato per tutta la durata del Mutuo.
Tali Polizze Collettive sono riservate ai sottoscrittori di un contratto di Mutuo con la Banca medesima e non sono obbligatorie per la concessione dello stesso. L'adesione ad una delle due Polizze Collettive comporta la contestuale adesione, da parte dell'Assicurato, 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'Assicurato.
DICHIARO di essere in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità e di non rientrare nelle categorie previste dall'**Art. 5 – Persone non assicurabili** - delle Condizioni di Assicurazione, e di aderire in qualità di Assicurato alla **Polizza**.
AUTORIZZO la **Banca** a trasmettere a **UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.** le informazioni, contenute nel contratto di Mutuo, necessarie per l'esecuzione della **Polizza**.
PRENDO ATTO che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno di stipula del Mutuo, 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 Visita Medica (ove previsto), e questi siano stati valutati positivamente ed accettati preventivamente da ; c) sia stato pagato il relativo Premio, e termina alla data di scadenza dell'ultima rata del Mutuo, così come prevista dal piano di ammortamento originario. Per la sola garanzia **Perdita d'Impiego Involontaria, la durata è pari a centoventi mesi**. Allo scadere dei centoventi mesi tale garanzia potrà essere prorogata - a condizioni che terranno conto delle variabili tariffarie e normative in vigore alla scadenza così come disciplinato nelle Condizioni di Assicurazione previste dall'**Art. 7 - Durata dell'Assicurazione** - per ulteriori sessanta mesi e così successivamente fino e, comunque, non oltre la Data di scadenza del Mutuo.
PRENDO ATTO che la somma assicurata iniziale non può essere superiore a € 520.000,00 e quindi, in nessun caso (nemmeno qualora il Mutuo erogato sia di importo superiore a € 520.000,00) l'Impresa sarà tenuta a corrispondere un importo superiore a tale somma. In caso di Mutuo erogato per un importo superiore a di € 520.000,00, la percentuale quota di copertura assicurativa è tale da fare risultare la Prestazione Assicurata iniziale non superiore a tale limite.
DÒ MANDATO irrevocabile alla **Banca** di effettuare in nome e per conto mio il pagamento del Premio a favore di **UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.**. La **Banca** tratterrà l'ammontare del Premio direttamente dall'Importo Erogato del Mutuo.
AUTORIZZO la **Banca** a finanziare l'importo del Premio, con conseguente incremento dell'Importo Erogato del Mutuo e della corrispondente rata.
PRENDO ATTO che ferma restando la possibilità di sottoscrivere con firma autografa su supporto cartaceo presso i locali del Distributore **UniCredit S.p.A.** la documentazione afferente alla **Polizza**, il medesimo Distributore offre alla propria clientela il Servizio di Banca Multicanale nonché il Servizio UniCredit Digital

FAC SIMILE

Mail Box, che consentono nei relativi ambienti protetti accessibili via Internet - la sottoscrizione di atti e documenti in formato elettronico ai sensi del D. Lgs. 82/2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale) utilizzando il Certificato Qualificato di Firma Digitale rilasciato tramite la **Banca** dal Certificatore Accreditato e valido per la sottoscrizione di documenti, disposizioni o contratti relativi a prodotti e servizi venduti dalla **Banca** stessa.
DICHIARO di essere informato che, qualora abbia aderito ad uno dei Servizi di cui sopra, **UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.** riconosce che la documentazione relativa all'Adesione alla **Polizza** e l'eventuale correlata documentazione nonché l'ulteriore documentazione afferente il rapporto contrattuale, ove tale ulteriore documentazione sia resa disponibile in formato elettronico per la sottoscrizione, possano essere sottoscritte – salva eventuale temporanea indisponibilità - nel pertinente ambiente protetto con Firma Digitale, riconoscendo piena efficacia alle stesse in relazione alle dichiarazioni da me sottoscritte con tali modalità a valere sul prodotto assicurativo.

Data _____ Firma Assicurato _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

DICHIARO 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.

Firma Assicurato _____

Agli effetti della validità della **Polizza** DICHIARO espressamente di:

a) **essere consapevole che l'adesione alla presente Polizza non è obbligatoria per la concessione del mutuo;**
b) **aver ricevuto il Modulo unico precontrattuale (MUP) per i prodotti assicurativi (ai sensi dell'Allegato 3 del Regolamento IVASS n. 40/2018 e successive modifiche ed integrazioni);**
c) **aver letto, approvare ed accettare le Condizioni di Assicurazione contenute nel set informativo ricevuto;**
d) **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 dell'Indennizzo e di prendere atto che pertanto tali fattispecie non daranno diritto ad Indennizzo o daranno diritto ad un Indennizzo parziale al netto di franchigie o carenze previste;**
e) **aver ricevuto e di conoscere ed accettare l'Informativa sul trattamento dei dati personali e sulle tecniche di comunicazione a distanza resa dall'Impresa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 inserita nell'informativa precontrattuale.**

Firma Assicurato _____

QUESTIONARIO MEDICO E RAPPORTO DI VISITA MEDICA

Ai fini dell'Assicurazione, l'Assicurato DICHIARA di aver compilato e sottoscritto, anche eventualmente in formato elettronico ai sensi di quanto previsto nelle Condizioni di Assicurazione, 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

a) **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. E' fatto salvo il diritto all'oblio oncologico;**
b) **nel caso di prestazioni per decesso o altre coperture che comunque richiedono di acquisire informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato:**
   1) **prima della sottoscrizione del Questionario Medico, l'Assicurato di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario Medico stesso;**
   2) **l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costi a proprio carico;**
   3) **l'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.**

DIRITTO DI RECESSO DELL'ASSICURATO

L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione **entro 60 (sessanta) giorni dalla di decorrenza dell'Assicurazione stessa**. Il recesso dovrà essere effettuato compilando l'apposito modulo presso la sua filiale di riferimento, da sottoscriversi con firma olografa ovvero in modalità elettronica in conformità a quanto previsto nelle Condizioni di Assicurazione oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.
Inoltre, in considerazione della durata poliennale dell'Assicurazione, al solo Assicurato 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, da sottoscriversi con firma olografa ovvero in modalità elettronica in conformità a quanto previsto nelle Condizioni di Assicurazione oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Assicurato, preso atto dell'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali - contenuta nel presente Modulo di Adesione – acconsente 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 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

FACSIMILE

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. Tempi di conservazione

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 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 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

UniCredit | Allianz
Assicurazioni

FAC-SIMILE DEL APPENDICE A.2
Fac-simile Modulo di Adesione Canale Intermediato – Reti Terze

MODULO DI ADESIONE - DIPENDENTI PRIVATI
Polizza Collettiva di Assicurazione contro i Danni n° 10025417
Creditor Protection Mutui Privati UniCredit

Edizione 10/02/2026 - Data ultimo aggiornamento 10/02/2026

Dati Mutuo
Domanda di Mutuo n° _____
Dati Assicurato Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____
Dati datore di lavoro Cognome Nome o Ragione Sociale _____
Dati copertura assicurativa Durata del Mutuo in mesi _____ Importo Richiesto del Mutuo € _____ Percentuale quota di copertura assicurativa _____%
Premio unico anticipato € _____ (comprensivo di imposte nella misura del 2,5%)
Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione) € _____
Provvigioni percepite dall'Intermediario 28,20% del premio imponibile pari a € _____

PRENDO ATTO che **UniCredit S.p.A.** (**"Banca"**) ha stipulato con **UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.**, per conto dei propri clienti intestatari o cointestatari del Mutuo da essa erogato, la Polizza Collettiva di Assicurazione contro i Danni n°10025417 (**"Polizza"**) concernente una copertura assicurativa per i casi di **Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60%** e **Perdita d'Impiego Involontaria** e ha stipulato con UniCredit Life Insurance S.p.A. la Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°910824 avente per oggetto una copertura assicurativa temporanea per il caso decesso a capitale decrescente a Premio unico anticipato per tutta la durata del Mutuo.
Tali Polizze Collettive sono riservate ai sottoscrittori di un contratto di Mutuo con la Banca medesima e non sono obbligatorie per la concessione dello stesso. L'adesione ad una delle due Polizze Collettive comporta la contestuale adesione, da parte dell'Assicurato, 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'Assicurato.
DICHIARO di essere in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità e di non rientrare nelle categorie previste dall'**Art. 5 – Persone non assicurabili** - delle Condizioni di Assicurazione, e di aderire in qualità di Assicurato alla **Polizza**.
AUTORIZZO la **Banca** a trasmettere a **UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.** le informazioni, contenute nel contratto di Mutuo, necessarie per l'esecuzione della **Polizza**.
PRENDO ATTO che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del giorno di stipula del Mutuo, 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 Visita Medica (ove previsto), e questi siano stati valutati positivamente ed accettati preventivamente da ; c) sia stato pagato il relativo Premio, e termina alla data di scadenza dell'ultima rata del Mutuo, così come prevista dal piano di ammortamento originario. Per la sola garanzia **Perdita d'Impiego Involontaria, la durata è pari a centoventi mesi**. Allo scadere dei centoventi mesi tale garanzia potrà essere prorogata - a condizioni che terranno conto delle variabili tariffarie e normative in vigore alla scadenza così come disciplinato nelle Condizioni di Assicurazione previste dall'**Art. 7 - Durata dell'Assicurazione** - per ulteriori sessanta mesi e così successivamente fino e, comunque, non oltre la Data di scadenza del Mutuo.
PRENDO ATTO che la somma assicurata iniziale non può essere superiore a € 520.000,00 e quindi, in nessun caso (nemmeno qualora il Mutuo erogato sia di importo superiore a € 520.000,00) l'Impresa sarà tenuta a corrispondere un importo superiore a tale somma. In caso di Mutuo erogato per un importo superiore a di € 520.000,00, la percentuale quota di copertura assicurativa è tale da fare risultare la Prestazione Assicurata iniziale non superiore a tale limite.

FAC SIMILE

DÒ MANDATO irrevocabile alla **Banca** di effettuare in nome e per conto mio il pagamento del Premio a favore di **UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.**. La **Banca** tratterrà l'ammontare del Premio direttamente dall'Importo Erogato del Mutuo.
AUTORIZZO la **Banca** a finanziare l'importo del Premio, con conseguente incremento dell'Importo Erogato del Mutuo e della corrispondente rata.

Data _____ Firma Assicurato _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

DICHIARO 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.

Firma Assicurato _____

Agli effetti della validità della **Polizza** DICHIARO espressamente di:

a) essere consapevole che l'adesione alla presente Polizza non è obbligatoria per la concessione del mutuo;
b) aver ricevuto il Modulo unico precontrattuale (MUP) per i prodotti assicurativi (ai sensi dell'Allegato 3 del Regolamento IVASS n. 40/2018 e successive modifiche ed integrazioni);
c) aver letto, approvare ed accettare le Condizioni di Assicurazione contenute nel set informativo ricevuto;
d) 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 dell'Indennizzo e di prendere atto che pertanto tali fattispecie non daranno diritto ad Indennizzo o daranno diritto ad un Indennizzo parziale al netto di franchigie o carenze previste;
e) aver ricevuto e di conoscere ed accettare l'Informativa sul trattamento dei dati personali e sulle tecniche di comunicazione a distanza resa dall'Impresa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 inserita nell'informativa precontrattuale.

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

a) 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. E' fatto salvo il diritto all'oblio oncologico;
b) nel caso di prestazioni per decesso o altre coperture che comunque richiedono di acquisire informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato:
   1) prima della sottoscrizione del Questionario Medico, l'Assicurato di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario Medico stesso;
   2) l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costi a proprio carico;
   3) l'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

DIRITTO DI RECESSO DELL'ASSICURATO

L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione **entro 60 (sessanta) giorni dalla di decorrenza dell'Assicurazione stessa**. Il recesso dovrà essere effettuato compilando e sottoscrivendo l'apposito modulo presso una filiale UniCredit S.p.A. oppure dandone comunicazione sempre ad una filiale UniCredit S.p.A. con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.
Inoltre, in considerazione della durata poliennale dell'Assicurazione, al solo Assicurato 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 e sottoscrivendo l'apposito modulo presso una filiale UniCredit S.p.A. oppure dandone comunicazione sempre ad una filiale UniCredit S.p.A. con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Assicurato, preso atto dell'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali - contenuta nel presente Modulo di Adesione – acconsente 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 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

FACSIMILE

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. Tempi di conservazione

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 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 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