UniCredit | Allianz Vita

UniCredit | Allianz Assicurazioni

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

## Di cosa si tratta?

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

## Qual è l'obiettivo della legge?

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

## Cosa prevede la legge?

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

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

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

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

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

rilasciata secondo le modalità che saranno previste in un decreto di prossima pubblicazione.

**In vigore da quando?**

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

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

UniCredit | Allianz Vita

UniCredit | Allianz Assicurazioni

# Creditor Protection Mutui Privati
# Lavoratori Autonomi, Dipendenti Pubblici, Non Lavoratori

Nel presente documento sono contenuti:

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

## AVVERTENZA

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

**Edizione: 18/11/2024 – Ultimo aggiornamento: 18/11/2024**

# Assicurazione Temporanea Caso Morte

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

**Impresa Unicredit Allianz Vita S.p.A., Gruppo Allianz**

**Prodotto "Creditor Protection Mutui Privati UniCredit"**

**Data di realizzazione 18/11/2024 – Il presente DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile**

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

## Che tipo di assicurazione è?

L'offerta "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 "Assicurazione Temporanea Caso Morte" è **l'offerta destinata a persone fisiche** che intendano tutelarsi per il caso di **decesso**. La presente Assicurazione Vita può essere stipulata solo in fase di erogazione del Mutuo e l'adesione a questa Assicurazione Vita è subordinata alla contestuale adesione alla collegata Assicurazione contro i Danni in forma collettiva, commercializzata da UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A. riservata alla specifica categoria di lavoratore di appartenenza dell'Assicurato. 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 copertura assicurativa in caso di decesso dell'Assicurato, durante il periodo di validità dell'Assicurazione e senza alcun limite territoriale.
- ✓ A seguito del decesso dell'Assicurato durante il periodo di validità dell'Assicurazione, coincidente con la durata del Mutuo, è prevista la liquidazione della Prestazione Assicurata in caso di decesso agli aventi diritto.

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

## Che cosa NON è assicurato?

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

**Non sono assicurabili 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;**
- ✗ **abbiano stipulato un Mutuo erogato dal Contraente di durata superiore a 480 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, come previsto dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 (GU n.96 del 24/04/2024) che è possibile consultare sul sito www.unicreditallianzvita.it nella sezione "News – Informazioni alla clientela" oppure richiedendo maggiori informazioni all'Intermediario autorizzato;**

- **di aver ricevuto negli ultimi 5 anni (esclusa la fattispecie al punto precedente) una diagnosi oppure di essersi sottoposti a ricoveri, interventi, cure 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 e/o al Rapporto di Visita Medica, ove previsto, consultabile in fase assuntiva presso l'Intermediario autorizzato).**

## Ci sono limiti di copertura

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

## Dove vale la copertura?

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

## Che obblighi ho?

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

## Quando e come devo pagare?

**Il Premio** è determinato in base al tasso mensile della copertura prestata, moltiplicato per la durata, per l'importo richiesto e la percentuale di copertura del Mutuo 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?

Completata la valutazione della coerenza delle richieste ed esigenze assicurative nonché la verifica di assumibilità del rischio a seguito valutazione dello stato di salute, l'adesione alla Polizza Collettiva si conclude con la sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Assicurato e si perfeziona al momento del pagamento del Premio.
La copertura decorre dalle ore 24 del giorno di stipula del Mutuo e termina alla Data di scadenza del Mutuo stesso.
**La copertura termina prima della suddetta scadenza solo ed esclusivamente in caso di:**

- **recesso per ripensamento;**
- **estinzione totale anticipata del Mutuo;**
- **accollo del Mutuo da parte di Terzi;**
- **trasferimento del Mutuo ad altro istituto di credito a seguito di surroga;**
- **liquidazione degli Indennizzi per Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% derivante da Infortunio o Malattia prestata dall'Assicurazione contro i Danni collegata;**
- **liquidazione della Prestazione Assicurata per decesso dell'Assicurato.**

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

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

La proposta è da intendersi revocata se il Mutuo richiesto dall'Assicurato non viene erogato entro 180 (centottanta) giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.
L'Assicurato può recedere per ripensamento dall'Assicurazione **entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa.**
Il recesso dovrà essere effettuato compilando l'apposito modulo 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 Condizioni di Assicurazione oppure dandone comunicazione sempre ad una filiale UniCredit S.p.A. con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

## Sono previsti riscatti o riduzioni? □ SI ☒NO

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

# Assicurazione contro i Danni

**Documento informativo relativo al prodotto assicurativo**

Compagnia: UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: Creditor Protection Mutui Privati per Lavoratori Autonomi, Dipendenti Pubblici e Non Lavoratori

Data aggiornamento 18/11/2024

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 Autonomi, Dipendenti Pubblici e Non Lavoratori" è **l'offerta rivolta ai Lavoratori Autonomi, Dipendenti Pubblici e Non Lavoratori** 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, Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o Malattia, Malattia Grave. L'adesione a questa Assicurazione contro i Danni è subordinata all'adesione alla collegata Assicurazione Vita in forma collettiva, proposta da UniCredit Allianz Vita 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.
- ✓ Il Ricovero Ospedaliero dell'Assicurato derivante da Infortunio o Malattia, la copertura garantisce il pagamento di un Indennizzo pari alla rata mensile del Mutuo qualora durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o Malattia.
- ✓ La Malattia Grave, la garanzia prevede il pagamento di un Indennizzo qualora, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da Malattia Grave.

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 rientrino nella definizione di Assicurato, così come definita nel Glossario;**
- ✗ **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 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, come previsto dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 (GU n.96 del 24/04/2024) che è possibile consultare sul sito www.unicreditallianzassicurazioni.it nella sezione "News – Informazioni alla clientela" oppure richiedendo maggiori informazioni all'Intermediario autorizzato;**

- **di aver ricevuto negli ultimi 5 anni (esclusa la fattispecie al punto precedente) una diagnosi oppure di essersi sottoposti a ricoveri, interventi, cure 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 e/o al Rapporto di Visita Medica, ove previsto, consultabile in fase assuntiva presso l'Intermediario autorizzato).**

## 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.

**Comunicare tempestivamente all'Impresa di Assicurazione 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 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?

La copertura decorre dalle ore 24 del giorno di stipula del Mutuo e termina alla Data di scadenza del Mutuo stesso.

**La copertura termina prima della suddetta scadenza 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 Condizioni di Assicurazione oppure tramite comunicazione sempre ad una filiale UniCredit S.p.A. con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

UniCredit | Allianz Vita

UniCredit | Allianz Assicurazioni

# Assicurazione Creditor Protection

## Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi

## (DIP aggiuntivo Multirischi)

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

**Prodotto "Creditor Protection Mutui Privati per Lavoratori Autonomi, Dipendenti Pubblici, Non Lavoratori"**

**Data di realizzazione: 18/11/2024 – Il presente DIP aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile**

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

**L'Assicurato deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.**

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

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

**UniCredit Allianz Vita S.p.A**. è una compagnia il cui capitale sociale è posseduto in ugual misura (50%) da **Allianz S.p.A**. e **UniCredit S.p.A.**. **UniCredit Allianz Vita S.p.A**., pur in presenza di inevitabile potenziale conflitto di interessi derivante dal rapporto di affari con il Gruppo UniCredit, opera in modo da non recare pregiudizio agli Assicurati e si impegna ad ottenere per gli Assicurati stessi il miglior risultato possibile indipendentemente da tale conflitto. Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2023 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:
- il patrimonio netto della Società, pari a 664,5 milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale, pari a 112,2 milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali, pari a 406,9 milioni di euro.

Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria della Società (SFCR), disponibile sul sito internet della Società www.unicreditallianzvita.it e si riportano di seguito gli importi:
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 481,8 milioni di euro;
- del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a 216,8 milioni di euro;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 1.338,0 milioni di euro;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a 1.338,0 milioni di euro;

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

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

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

**UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.** è una compagnia il cui capitale sociale è posseduto in ugual misura (50%) da **Allianz S.p.A**. e **UniCredit S.p.A.**
**UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.,** pur in presenza di inevitabile potenziale conflitto di interessi derivante dal rapporto di affari con il Gruppo UniCredit, opera in modo da non recare pregiudizio agli Assicurati e si impegna ad ottenere per gli Assicurati stessi il miglior risultato possibile indipendentemente da tale conflitto. Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2023 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti:
il Patrimonio netto dell'Impresa è pari a 105,4 milioni di euro.
La parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale è pari a 52,0 milioni di euro.
La parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali è pari a 15,2 milioni di euro.
Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria della Società (SFCR), disponibile sul sito internet della Società www.unicreditallianzassicurazioni.it e si riportano di seguito gli importi (in migliaia di euro):
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 65.838
- del Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a 29.627
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 151.139
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a 151.139
e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) della Società pari al 230%

**Al contratto si applica la legge italiana.**

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

**Polizza Vita**
Fermo il limite massimo di euro 520.000,00 (cinquecento ventimila), la Prestazione Assicurata in caso di decesso dell'Assicurato, è variabile nel tempo e corrisponde inizialmente all'Importo erogato per il Mutuo sottoscritto dall'Assicurato.
Successivamente la somma assicurata decresce e corrisponde in ogni momento al Capitale Residuo del Mutuo erogato**.**

**Polizza contro i Danni**

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

**La garanzia Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% da Infortunio o Malattia** opera anche per i seguenti infortuni:

1. asfissia di origine non morbosa;
2. avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita e involontaria;
3. 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. annegamento, assideramento o congelamento;
5. colpi di sole o di calore;
6. folgorazione;
7. 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. 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;
9. le lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive.

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

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

a) **Tumore**: neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Non sono considerati Malattia Grave i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio, i tumori ovarici, i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del II, III e IV stadio di Clarcke, il sarcoma di Kaposi;
b) **Cardiopatia Coronarica, che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare**, nell'ipotesi in cui venga effettuato su consiglio di uno specialista in cardiologia un intervento chirurgico a cuore aperto, per correggere una restrizione o ostruzione di una o più arterie coronariche mediante by-pass coronario;
c) **Infarto Miocardico**: evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi è formulata in base ai seguenti criteri:

- storia del dolore cardiaco tipico;
- comparsa di nuove modificazioni tipiche all'ECG;
- modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci;

d) **Ictus cerebrale**: Accidente cerebrovascolare dovuto a emorragia o a infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, ecc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza;

e) **Insufficienza renale**: Malattia renale irreversibile in dialisi cronica

f) **Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi**: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo; è necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato;

g) Malattia che causi uno stato di Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 40% ma inferiore al 60%.

## Che cosa NON è assicurato?

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

## Ci sono limiti di copertura?

**Polizza Vita**
la somma massima assicurabile per singolo Assicurato è pari a € 520.000,00 (cinquecentoventimila).
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 (cinquecentoventimila).

La Prestazione Assicurata non può cumularsi con l'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% da Infortunio o Malattia o con quello per Malattia Grave prestato dalla collegata Polizza Collettiva contro i Danni.

**! È escluso dall'Assicurazione il decesso causato da:**

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

**Polizza contro i Danni**

**Garanzia Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% derivante da infortunio o Malattia**

Per la 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 (cinquecento ventimila).

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 (cinquecento ventimila).

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:**
  **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 gli infortuni derivanti da:**

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

**Garanzia Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia**

La garanzia **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia**, prevede per ciascun Assicurato l'Indennizzo di un numero massimo di 36 (trentasei) rate mensili del Mutuo per tutta la durata dell'Assicurazione con i seguenti limiti:

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

presente Polizza Collettiva o ad altre Polizze Collettive dello stesso tipo stipulate fra il Contraente e l'Impresa.

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

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

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

**! Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti da:**

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

Per la **garanzia Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia** è previsto un periodo di **Franchigia di 7 (sette) giorni**, pertanto se il Sinistro ha durata inferiore al periodo di franchigia, l'Assicurato non avrà diritto ad alcun Indennizzo. Nei soli casi di Ricovero Ospedaliero derivante da COVID 19, non è previsto alcun periodo di franchigia.

**Garanzia Malattia Grave**

La garanzia **Malattia Grave** prevede per ciascun Assicurato un Indennizzo massimo pari a 10 (dieci) rate mensili pagate in unica soluzione, con il limite per ciascuna rata mensile di € 2.000,00 (duemila); tale limite si deve intendere come complessivo anche nel caso in cui sussistano, in capo all'Assicurato, più adesioni alla presente Polizza Collettiva o ad altre Polizze Collettive dello stesso tipo stipulate fra il Contraente e l'Impresa.

**L'Indennizzo per Malattia Grave non può cumularsi con altro eventuale Indennizzo ricevuto per Ricovero Ospedaliero da Infortunio e Malattia nello stesso periodo temporale.**

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

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

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

**Cosa Fare in caso di Sinistro**

**Denuncia di Sinistro Polizza Vita**

In caso di decesso dell'Assicurato gli aventi diritto devono **denunciare tempestivamente l'evento per iscritto all'Impresa**, allegando la seguente documentazione:

a) **Certificato di morte** dell'Assicurato in originale, rilasciato dall'ufficio di Stato Civile in carta semplice;

b) **Dichiarazione sostitutiva** di atto di notorietà resa dall'avente diritto con firma autenticata; in alternativa verrà richiesto **l'atto di notorietà** (in originale o in copia autenticata) limitatamente ai casi in cui sussista la necessità di svolgere approfondimenti circa la legittimazione dell'avente diritto e/o la corretta erogazione del dovuto. La dichiarazione sostitutiva e l'eventuale atto di notorietà dovranno essere redatti dinanzi all'Autorità Comunale, Notaio o presso il Tribunale. Su tale atto dovrà essere indicato se l'Assicurato stesso ha lasciato o meno testamento.

- In caso di esistenza di testamento dovrà esserne inviata anche copia autenticata (o il relativo verbale di pubblicazione) e l'atto dovrà riportarne gli estremi identificativi, precisando altresì che detto testamento è l'unico da ritenersi valido e non impugnato e indicando quali sono gli unici eredi testamentari, loro dati anagrafici, grado di parentela e capacità di agire.
- Qualora non esista testamento, l'atto dovrà indicare quali sono gli unici eredi legittimi (compresi eventuali rinunciatari), loro dati anagrafici, grado di parentela e capacità di agire.

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

d) qualora i soggetti/persone aventi diritto risultino minorenni o incapaci, **decreto del Giudice Tutelare in originale o in copia autenticata** contenente l'autorizzazione in capo al legale rappresentante dei minorenni o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero dell'Impresa da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa;

e) **relazione del medico curante** (medico di famiglia) contenente le informazioni utili a sostenere la richiesta di liquidazione e ad illustrare la causa del decesso nonché lo stato clinico dell'Assicurato. Tale relazione potrà essere redatta su apposito modulo reso disponibile dall' Impresa sul sito internet www.unicreditallianzvita.it nella sezione "Contattaci – Richiesta Informazioni - Informazioni sulle polizze protezione Mutui e Prestiti". In alternativa, la relazione potrà essere predisposta da parte del medico curante anche in forma libera, purché vengano riportati i medesimi contenuti informativi del citato modulo.

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

Il Modulo di Denuncia Sinistro è disponibile presso una filiale UniCredit S.p.A. o richiedibile all'Impresa direttamente sul sito internet www.unicreditallianzvita.it nella sezione "Contattaci – Richiesta Informazioni - Informazioni sulle polizze protezione Mutui e Prestiti".

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

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

**Denuncia di Sinistro Polizza contro i Danni**

In caso di Sinistro l'Assicurato o altro soggetto che agisce per conto dell'Assicurato, deve

| | |
|---|---|
| | denunciare tempestivamente l'evento per iscritto all'Impresa.<br>La denuncia può essere fatta anche utilizzando il modulo predisposto dall'Impresa contenente l'elenco dei documenti da trasmettere all'Impresa per la definizione del Sinistro.<br>Il Modulo di Denuncia Sinistro è disponibile presso una filiale UniCredit S.p.A. o richiedibile all'Impresa tramite PEC all'indirizzo unicreditallianz.assicurazioni@pec.allianz.it.<br>In presenza di particolari esigenze istruttorie l'Impresa si riserva inoltre la facoltà di richiedere ulteriore documentazione inerente il Sinistro denunciato dall'Assicurato.<br>**Per Sinistri accaduti fuori dai confini dell'Italia, la documentazione sanitaria prodotta deve essere certificata da un medico italiano**. |
| | **Prescrizione Polizza Vita**<br>Ai sensi dell'art. 2952 codice civile i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda. Si richiama l'attenzione del contraente sui termini di prescrizione previsti dalla normativa vigente e sulle conseguenze in caso di omessa richiesta di liquidazione entro detti termini, anche avuto riguardo a quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni e integrazioni (obbligo di devoluzione delle somme prescritte al Fondo per l'Indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie).<br>**Prescrizione Polizza contro i Danni**<br>I diritti derivanti dai Contratti di assicurazione danni si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui i diritti stessi si fondano ('Art. 2952 del Codice Civile).<br>Decorso tale termine non sarà più possibile far valere alcun diritto sulle somme derivanti dal contratto di Assicurazione. |
| | **Liquidazione della prestazione della Polizza Vita**<br>L'Impresa di Assicurazione ha l'obbligo di provvedere al pagamento della Prestazione Assicurata, qualora indennizzabile, entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione della documentazione completa richiesta dall'Impresa per la definizione del Sinistro.<br>**Liquidazione della prestazione della Polizza contro i Danni**<br>L'Impresa di Assicurazione ha l'obbligo di provvedere al pagamento della Prestazione Assicurata, qualora indennizzabile, entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione della documentazione completa richiesta dall'Impresa per la definizione del Sinistro. |
| | **Gestione da parte di altre imprese:** I Sinistri relativi alle **garanzie della Polizza contro i Danni** sono gestiti da: ALLIANZ S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano |
| | **Assistenza diretta / in convenzione:** Garanzia Non Presente nella Polizza Collettiva. |
| **Dichiarazioni inesatte o reticenti** | In sede di sottoscrizione del contratto l'Assicurato è tenuto a compilare e sottoscrivere il **Questionario per valutare la coerenza delle richieste ed esigenze assicurative** ed il **Modulo di Adesione**; l'Assicurato è tenuto inoltre a compilare e sottoscrivere il **Questionario Medico e/o il Rapporto di Visita Medica**. L'Assicurato è tenuto a fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in quanto dichiarazioni inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla Prestazione Assicurata o la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. |

## Quando e come devo pagare?

| | |
|---|---|
| **Premio** | **Polizza Vita e Polizza contro i Danni**<br>**Il Premio, finanziato dalla Banca, è unico e anticipato per l'intera durata della copertura assicurativa ed è corrisposto per il tramite della Banca, che tratterrà il suddetto Premio direttamente dall'Importo Erogato del Mutuo**.<br>Il Premio addebitato è comprensivo delle imposte di legge se previste e dell'importo trattenuto dalla Banca a titolo di remunerazione per l'intermediazione svolta. |
| **Rimborso** | **Polizza Vita**<br>Il rimborso del Premio, finanziato dalla Banca, è previsto per i seguenti casi:<br>a) recesso per ripensamento esercitato entro 60 (sessanta) giorni dalla decorrenza dell'Assicurazione.<br>l'Assicurato avrà diritto al rimborso dell'intero Premio pagato. **L'importo rimborsabile** |

| | |
|---|---|
| | **sarà utilizzato dalla Banca per ridurre in pari misura il debito dell'Assicurato in relazione al Mutuo.**<br><br>b) Estinzione del Mutuo per:<br>▪ Estinzione anticipata del Mutuo rispetto la Data di scadenza;<br>▪ accollo del Mutuo da parte di terzi;<br>▪ trasferimento del Mutuo ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo;<br>▪ estinzione parziale del Mutuo;<br><br>l'Assicurato avrà diritto a ottenere il **rimborso totale o parziale** della quota parte di Premio corrispondente al periodo di garanzia non goduto. Il rimborso sarà riconosciuto all'Assicurato per il tramite delle Banca, mediante accredito sul conto corrente dell'Assicurato stesso.<br><br>**Polizza contro i Danni**<br>Il rimborso del premio, finanziato dalla Banca, è previsto per i seguenti casi:<br>a) recesso per ripensamento esercitato entro 60 (sessanta) giorni dalla decorrenza dell'Assicurazione;<br><br>l'Assicurato avrà diritto al rimborso dell'intero Premio pagato (comprensivo dell'imposta).<br>**L'importo rimborsabile sarà utilizzato dalla Banca per ridurre in pari misura il debito dell'Assicurato in relazione al Mutuo:**<br><br>b) recesso dell'Assicurato in relazione alla durata poliennale dell'Assicurazione;<br><br>l'Assicurato avrà diritto a ottenere il rimborso della quota parte di Premio corrispondente al periodo di garanzia non goduto, al netto dell'imposta. **L'importo rimborsabile sarà utilizzato dalla Banca per ridurre in pari misura il debito dell'Assicurato in relazione al Mutuo;**<br><br>c) Estinzione del Mutuo per:<br>▪ Estinzione anticipata del Mutuo rispetto la Data di scadenza;<br>▪ accollo del Mutuo da parte di terzi;<br>▪ trasferimento del Mutuo ad altro istituto di credito a seguito di surroga da parte di quest'ultimo;<br>▪ variazione dello stato lavorativo;<br>▪ estinzione parziale del Mutuo.<br><br>l'Assicurato avrà diritto a ottenere il **rimborso totale o parziale** della quota parte di Premio corrispondente al periodo di garanzia non goduto, al netto dell'imposta. Il rimborso sarà riconosciuto all'Assicurato per il tramite delle Banca, mediante accredito sul conto corrente dell'Assicurato stesso. |
| **Sconti** | **Polizza Vita e Polizza contro i Danni:** Non sono applicati sconti nemmeno in ragione della durata poliennale delle polizze. |

## Quando comincia la copertura e quando finisce?

| | |
|---|---|
| **Durata** | **Polizza Vita**<br>Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle già fornite nel DIP Vita<br><br>**Polizza contro i Danni**<br>La decorrenza delle coperture assicurative coincide con la data di erogazione del Mutuo sottoscritto dall'Assicurato.<br>Tuttavia, per le seguenti garanzie **l'efficacia della copertura assicurativa decorre dallo scadere dei seguenti periodi di carenza:**<br><br>▪ **60 (SESSANTA) giorni dalla data di decorrenza per la garanzia RICOVERO OSPEDALIERO DA MALATTIA;**<br>▪ **90 (novanta) giorni dalla data di decorrenza per la garanzia di MALATTIA GRAVE.**<br>**Pertanto, nessun Sinistro relativo alle suddette garanzie accaduto prima dello scadere dei suddetti termini sarà indennizzabile.**<br><br>La scadenza delle coperture assicurative coincide con la Data di scadenza del Mutuo sottoscritto dall'Assicurato a eccezione delle seguenti casistiche:<br>▪ 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;<br>▪ liquidazione degli Indennizzi per Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60%, oppure in caso di decesso dell'Assicurato.<br><br>Alla scadenza delle coperture assicurative non è prevista la facoltà di rinnovo. |
| **Sospensione** | **Polizza Vita e Polizza contro i Danni:** non è prevista la facoltà in capo all'Assicurato di sospendere l'Assicurazione. |

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

| | |
|---|---|
| **Revoca** | **Polizza Vita e Polizza contro i Danni**: per i Mutui in fase di erogazione, la proposta si intende revocata se trascorsi 180 (centoottanta) giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione da parte dell'Assicurato, il Mutuo richiesto non è stato ancora erogato dalla Banca. |
| **Recesso** | **Polizza Vita e Polizza contro i Danni**: L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione per ripensamento **entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione** stessa.<br>Fermi i suddetti termini, il recesso per ripensamento può essere esercitato direttamente presso una filiale UniCredit S.p.A., compilando l'apposito modulo di richiesta, da sottoscriversi con firma olografa ovvero in modalità elettronica, ove sia prevista, in conformità a quanto indicato nelle Condizioni di Assicurazione oppure mediante comunicazione scritta da inviarsi tramite raccomanda con ricevuta di ritorno sempre ad una filiale UniCredit S.p.A..<br>Il rimborso del Premio pagato comprensivo delle imposte se previste, sarà riconosciuto **entro 30 (trenta) giorni** dalla data di comunicazione del recesso per il tramite della Banca Contraente con la **riduzione in pari misura del debito dell'Assicurato in relazione al** Mutuo**.**<br><br>**Polizza contro i Danni**<br>È prevista per l'Assicurato la facoltà di recedere anticipatamente dalla Polizza contro i Danni **in relazione alla durata poliennale dell'Assicurazione** (art. 1899 c.c.).**con preavviso di 60 (sessanta) giorni rispetto la data di scadenza annuale ricorrente.**<br>Fermi i suddetti termini, il recesso può essere esercitato direttamente presso una filiale UniCredit S.p.A., compilando l'apposito modulo di richiesta, da sottoscriversi con firma olografa ovvero in modalità elettronica, ove sia prevista, in conformità a quanto indicato nelle Condizioni di Assicurazione oppure mediante comunicazione scritta da inviarsi tramite raccomanda con ricevuta di ritorno sempre ad una filiale UniCredit S.p.A..<br>Il rimborso della quota parte di Premio pagato e non goduto al netto delle imposte, sarà riconosciuto, **entro 30 (trenta) giorni** dalla data di comunicazione del recesso per il tramite della Banca Contraente con la **riduzione in pari misura del debito dell'Assicurato in relazione al Mutuo.** |
| **Risoluzione** | **Polizza Vita**<br>Il Premio della garanzia TCM (Temporanea Caso Morte) è unico e anticipato per tutta la durata della copertura assicurativa, **pertanto non è prevista per l'Assicurato la facoltà di recedere dalla Polizza Vita prima della sua naturale scadenza.** |

## A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato a persone fisiche che siano Lavoratori Autonomi, Lavoratori Dipendenti Pubblici, Non Lavoratori a cui sia stato erogato un Mutuo da UniCredit 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 Data di scadenza del Mutuo.

## Quali costi devo sostenere?

**Polizza Vita**

I costi complessivi gravanti sulla presente Polizza Vita sono pari al 40,00% del Premio di cui:

- 28,20% quale quota parte percepita dall'Intermediario;
- 11,80% quale quota parte percepita dall'Impresa per spese di acquisizione e gestione.

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 per la definizione del Sinistro.

**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 per spese di acquisizione e gestione.

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 per la definizione del Sinistro.

## Sono previsti riscatti o riduzioni? □SI ☒NO

| | |
|---|---|
| **Valori di riscatto e riduzione** | Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle già fornite nel DIP Vita |
| **Richiesta di informazioni** | Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle già fornite nel DIP Vita |

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

| | |
|---|---|
| **All'Impresa Assicuratrice** | **Polizza Vita**<br>Eventuali reclami riguardanti il Contratto o il Servizio Assicurativo, possono essere presentati per iscritto all'Impresa mediante:<br>▪ posta cartacea indirizzata a: UniCredit Allianz Vita S.p.A. – Servizio Clienti – Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano –<br>▪ compilazione del *form* dedicato alla presentazione di un reclamo disponibile sul sito www.unicreditallianzvita.it – sezione *"Contattaci"*<br>▪ fax: 02 72162735<br>L'Impresa fornirà risposta entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento del reclamo.<br>**Polizza contro i Danni**<br>Eventuali reclami riguardanti il Contratto o il Servizio Assicurativo, possono essere presentati per iscritto all'Impresa mediante:<br>▪ posta cartacea indirizzata a: UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A. – Servizio Clienti – Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano – |

| | |
|---|---|
| | ▪ e-mail: reclami@unicreditallianzassicurazioni.it<br>▪ fax: 02 72162588<br>L'Impresa fornirà risposta entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento del reclamo.<br>**Polizza Vita e Polizza contro i Danni**<br>I reclami riguardanti il solo comportamento tenuto dall'Intermediario e dai suoi dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'Impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essergli indirizzati a mezzo di lettera raccomandata oppure per via telematica all'indirizzo riportato sul sito internet di ciascun intermediario. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire all'Impresa, la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'intermediario affinché questi provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni stabilito dalla vigente normativa regolamentare, dandone contestuale notizia al reclamante. Eventuali reclami riguardanti congiuntamente sia il comportamento dell'intermediario e dei suoi dipendenti e collaboratori sia quello dell'Impresa in relazione al contratto o servizio assicurativo, verranno trattati per la parte di rispettiva competenza dall'Impresa e dall'intermediario, e verranno separatamente riscontrati al reclamante entro il termine dei 45 (quarantacinque) giorni stabilito dalla vigente normativa.<br>Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria. |
| **All'IVASS** | In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale,21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa e con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte dell'Impresa. In caso di reclamo inoltrato tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati vengano trasmessi in formato pdf. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla Sezione "PER I CONSUMATORI – RECLAMI - Guida", nonché sui siti delle Imprese www.unicreditallianzvita.it e www.unicreditallianzassicurazioni.it, alla Sezione "Reclami", attraverso apposito link al sito di IVASS. I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:<br>-nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;<br>-individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;<br>-breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;<br>-copia del reclamo presentato all'Impresa e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;<br>-ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.<br>Si ricorda tuttavia che in tutti casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria. |
| **PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:** | |
| **Mediazione (Obbligatoria)** | Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). |
| **Negoziazione assistita** | Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa |
| **Altri sistemi di risoluzione delle controversie** | **Arbitrato**<br>Per la Polizza contro i Danni in caso di Sinistro, qualora le parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più arbitri da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria. Il Luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.<br>**Risoluzione delle liti transfrontaliere**<br>Nel caso di lite transfrontaliera, tra un contraente avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede in un altro stato membro, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito http://www.ec.europa.eu/fin-net), o - se il contraente ha domicilio in Italia - all'IVASS, che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante. |

| REGIME FISCALE | |
|---|---|
| **Trattamento fiscale applicabile al contratto** | **Polizza Vita**<br>Il Premio di Assicurazione della garanzia prestata non è soggetto a imposta sulle Assicurazioni.<br><br>In ogni caso, in considerazione della finalità e della natura della Polizza Collettiva destinata a persone fisiche che hanno stipulato un contratto di Mutuo con il Contraente, il trattamento fiscale del Premio dipende alla normativa e dalle disposizioni fiscali vigenti al momento del pagamento.<br><br>**Polizza contro i Danni**<br>Il Premio di Assicurazione delle garanzie prestate con la polizza contro i Danni è soggetto a imposta sulle Assicurazioni pari al 2,50%.<br><br>In ogni caso, in considerazione della finalità e della natura della Polizza Collettiva destinata a persone fisiche che hanno stipulato un contratto di Mutuo con il Contraente, il trattamento fiscale del Premio dipende alla normativa e dalle disposizioni fiscali vigenti al momento del pagamento. |

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

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

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

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

# CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

## Polizza Collettiva di Assicurazione Vita N°3482

## Creditor Protection Mutui Privati UniCredit

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'Impresa prima dell'adesione alla Polizza Collettiva.

Data ultimo aggiornamento: 18/11/2024

# Indice


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

APPENDICE A.1 Fac-simile Modulo di Adesione
APPENDICE A.2 Fac-simile Modulo di Adesione Canale Intermediato - Reti Terze di UniCredit S.p.A.

# GLOSSARIO
## Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3482
## Creditor Protection Mutui Privati UniCredit
Data ultimo aggiornamento 18-11-2024

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

**Assicurato**
il soggetto sulla cui vita è stipulata l'Assicurazione, vale a dire la persona fisica, intestataria o cointestataria di un Mutuo erogato dal Contraente, che abbia aderito alla presente Polizza Collettiva;

**Assicurazione**
il contratto di assicurazione;

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

**Capitale Residuo**
il debito residuo in linea capitale a carico dell'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.;

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

**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 Vita S.p.A.;

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

**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;

**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 corrisponde la Prestazione Assicurata;

**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;

**Prestazione Assicurata**
la somma dovuta dall'Impresa al Beneficiario in caso di Sinistro;

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

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

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

# CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
## Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3482
## Creditor Protection Mutui Privati UniCredit
Data ultimo aggiornamento 18-11-2024

**Art.1 – Oggetto dell'Assicurazione**
L'Impresa garantisce il pagamento della Prestazione Assicurata in caso di decesso dell'Assicurato, qualunque possa esserne la causa e senza limiti territoriali, che dovesse verificarsi durante il periodo di validità dell'Assicurazione.
In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza dell'Assicurazione non è prevista alcuna prestazione a carico dell'Impresa ed il Premio pagato rimane acquisito da quest'ultima.
La Prestazione Assicurata non è cumulabile con eventuali indennizzi per invalidità permanente totale di grado pari o superiore al 60%, corrisposti all'Assicurato ai sensi della collegata Polizza Collettiva Danni stipulata dal Contraente con UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A..

**Art.2 – Periodo di Carenza**
L'Assicurazione è operante senza alcun Periodo di Carenza.

**Art.3 – Esclusioni**
È escluso dall'Assicurazione il decesso causato da:
a) infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
b) suicidio che avvenga nei primi ventiquattro mesi dalla data di decorrenza dell'Assicurazione;
c) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
d) dolo dei Beneficiari;
e) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;
f) ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
g) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore oppure, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti atti ad ottenere il rinnovo;
h) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
i) uso, anche come passeggero, di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, o di aeromobili di aeroclubs, o di apparecchi per il volo da diporto sportivo, o di ultraleggeri;
j) pratica da parte dell'Assicurato di paracadutismo, sport aerei in genere;
k) pratica di qualunque sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
l) guerre internazionali o civili e insurrezioni; qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace, sono esclusi i Sinistri accaduti oltre il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio di tali eventi;
m) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

**Art.4 – Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva**
L'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/Impresa). Ferma restando la possibilità di sottoscrivere con firma autografa su supporto cartaceo la documentazione afferente alla Polizza Collettiva, sono offerti dal Distributore UniCredit 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.
La sottoscrizione del Modulo di Adesione comporta l'obbligo da parte dell'Assicurato della contemporanea adesione anche alla collegata Polizza Collettiva contro i Danni, stipulata dal Contraente con UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A..
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

L'Assicurato avrà facoltà di designare specificatamente i Beneficiari della Prestazione Assicurata; in tal caso dovrà risultare compilata e debitamente sottoscritta dall'Assicurato, eventualmente anche in formato elettronico, ove previsto, ai sensi di quanto previsto dal presente articolo, la relativa apposita sezione all'interno del Modulo di Adesione.

**4.1 Formalità di ammissione alla Polizza Collettiva**

Valutata preventivamente tramite il "Questionario per valutare la coerenza delle richieste ed esigenze assicurative", la coerenza della Polizza Collettiva proposta rispetto alle esigenze dell'Assicurando, l'accesso alla copertura assicurativa è subordinato alla compilazione dei moduli (Questionario Medico o Rapporto di Visita Medica) atti a valutare lo stato di salute dell'Assicurando secondo le regole definite nella tabella che segue.

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

| Importo Richiesto del Mutuo | Età alla stipula<br>da 18 a 65 anni | Età alla stipula pari o superiore<br>a 66 anni e inferiore a 70 anni |
|---|---|---|
| Fino a € 300.000,00 | A<br>Questionario Medico | B<br>Rapporto di Visita Medica |
| Oltre € 300.000, 00<br>Fino a € 520.000,00 | B<br>Rapporto di Visita Medica | B<br>Rapporto di Visita Medica |

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. 16 "Dichiarazioni inesatte od omissioni".
Le spese relative alla redazione del Rapporto Visita Medica, agli esami obbligatori a esso collegati e agli eventuali accertamenti medici richiesti successivamente alla presentazione del Rapporto di Visita Medica sono a totale carico dell'Assicurando.

**4.2 Valutazione dello stato di salute.**

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

A. Questionario Medico:
Compilazione e sottoscrizione, ove previsto anche in formato elettronico, ai sensi di quanto previsto dall'Art. 4 Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva, 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 all'indirizzo di posta elettronica Bancass.Danni.Ass.Pol.Coll@allianz.it oppure per posta tramite raccomandata con ricevuta di ritorno A/R all'indirizzo indicato sul documento .
L'Impresa ricevuta tutta la documentazione di cui sopra, provvederà alla valutazione del rischio e comunicherà al Contraente per iscritto l'accettazione o il rifiuto di concedere la copertura assicurativa.

**4.3 Adesione alla Polizza Collettiva**

Completata la valutazione della coerenza delle richieste ed esigenze assicurative nonché la verifica di assumibilità del rischio a seguito della valutazione dello stato di salute, l'Assicurando per aderire alla Polizza Collettiva è tenuto a compilare e sottoscrivere in ogni sua parte, ove previsto anche in formato elettronico, ai sensi di quanto previsto dall'art. 4 Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva, il Modulo di Adesione alla Polizza (vedi fac-simile del Modulo di Adesione in coda al set informativo) redatto in duplice copia (rispettivamente per l'Assicurato e per il Contraente/l'Impresa).
L'Assicurazione sarà operante nel modo seguente:

1) unico Assicurato per singolo Mutuo:
   a) Assicurazione intera – la Prestazione Assicurata iniziale viene calcolata in base ad una percentuale di copertura assicurativa pari al 100%;
2) più Assicurati cointestatari per singolo Mutuo:
   a) Assicurazione intera – per ciascun Assicurato la Prestazione Assicurata iniziale viene calcolata in base ad una percentuale quota di copertura assicurativa pari al 100%;
   b) Assicurazione pro quota – per ciascun Assicurato la Prestazione Assicurata iniziale viene calcolata pro quota in base ad una percentuale di copertura assicurativa uguale per ciascun Assicurato e pari al 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 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 Prestazione 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%).

**4.4 Operatività della Polizza Collettiva**

La polizza è da ritenersi operante esclusivamente nel caso in cui la stipula del Mutuo avvenga entro 180 (centoottanta) giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Qualora tra la data di sottoscrizione del Modulo di Adesione e la data di stipula del Mutuo si verifichino variazioni inerenti lo stato di salute dell'Assicurato, **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.
**In caso contrario valgono le disposizioni dell'art. 16 "Dichiarazioni inesatte od omissioni".**
**Se alla scadenza del termine di 180 (centoottanta) giorni il contratto di mutuo non è stato ancora stipulato, l'adesione alla presente polizza è da ritenersi nulla.**
**L'Assicurato, qualora intendesse aderire nuovamente alla polizza, dovrà pertanto ripetere le formalità di ammissione (vedi articoli "Formalità di ammissione alla Polizza Collettiva").**

**Art.5 – 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 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.6 – Persone non assicurabili**
**Non sono assicurabili con la presente Polizza Collettiva le persone che:**
**a) alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione:**
  **1) abbiano età inferiore a 18 anni o risultino di età pari o superiore a 70 anni;**
  **2) risultino di età pari o superiore ai 75 anni alla Data di scadenza del Mutuo;**
**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.**

**Art.7 – 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 sia stato valutato positivamente ed accettato preventivamente dall'Impresa; e**
**d) sia stato pagato il relativo Premio.**

**Art.8 – Durata dell'Assicurazione**
Per ciascun Assicurato l'Assicurazione terminerà alla Data di scadenza del Mutuo sottoscritto dall'Assicurato stesso e non potrà comunque avere durata superiore a 480 (quattrocentottanta) mesi. Fatto salvo quanto disciplinato dagli artt.9 – "Diritto di recesso dell'Assicurato" e 12 – "Estinzione anticipata totale, accollo, surroga del Mutuo – 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, dalle ore 24 del giorno in cui verrà liquidata la Prestazione Assicurata per decesso, o l'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 40%, derivante dalla Polizza Collettiva contro i Danni collegata alla presente Polizza Collettiva.**

**Art.9 – 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.

**Art.10 – Determinazione del Premio**
Per ciascun Assicurato il Premio viene corrisposto in via anticipata e in unica soluzione per tutta la durata dell'Assicurazione ed è determinato applicando la seguente formula.

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

dove:
P Premio unico anticipato
T tasso mensile pari a 0,01995%
N Durata del Mutuo espressa in mesi interi
Ir Importo Richiesto del Mutuo
Pa Percentuale quota di copertura assicurativa

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

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

La Prestazione Assicurata per ciascun Assicurato è variabile nel tempo; corrisponde inizialmente all'Importo 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 Prestazione 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 Prestazione 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..
La Prestazione Assicurata non può cumularsi con l'indennizzo per Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 40%, derivante dalla collegata Polizza Collettiva contro i Danni. Inoltre, la Prestazione Assicurata non può cumularsi con altro eventuale indennizzo ricevuto per Malattia Grave, ai sensi della collegata Polizza Collettiva contro i Danni, relativamente allo stesso periodo temporale.

**Art.12 – Estinzione anticipata totale, accollo, surroga del Mutuo – Estinzione anticipata parziale del Mutuo**

Nel caso di:
a) estinzione anticipata totale del Mutuo rispetto alla Data di scadenza del Mutuo;
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;

l'Assicurazione cesserà a decorrere dalla data di estinzione anticipata totale, accollo o surroga, e 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 – 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;
P1= Premio unico anticipato 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= € 4.788,00
P1= P0
Ppu = € 2.872,80
H = € 1.915,20
N = 240
K = 100
DR= € 68.874,92
CE = € 100.000,00
**R = € 2.362,68**

L'Impresa provvederà al rimborso del Premio all'Assicurato per il tramite del Contraente che, nel solo caso di recesso, utilizzerà l'importo rimborsato per ridurre in pari misura il debito dell'Assicurato medesimo in relazione al Mutuo.

**L'Assicurato potrà, in alternativa alla cessazione dell'Assicurazione come sopra descritta, richiedere di mantenere inalterata ed operativa l'Assicurazione medesima fino alla Data di scadenza del Mutuo originaria; 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 Data di scadenza del Mutuo originaria per il Capitale Residuo, così come ricalcolato 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 del Mutuo originaria**, 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 – 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;
P1= Premio unico anticipato 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= € 4.788,00
P1= P0
Ppu = € 2.872,80
H = € 1.915,20
N = 240
K = 100
Cap_Est = € 50.000,00
DR= € 68.874,92
CE = € 100.000,00
**R = € 1.715,20**

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

**Art.14 – Obblighi in caso di Sinistro**

In caso di decesso dell'Assicurato, la documentazione richiesta al fine di verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento della prestazione ed individuare con esattezza gli aventi diritto deve essere inoltrata all'Impresa, a mezzo posta (con lettera indirizzata a: UNICREDIT ALLIANZ VITA S.p.A. – Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano) oppure consegnata ad una filiale UniCredit S.p.A..Si segnala che presso una filiale del Contraente è disponibile idonea modulistica che potrà essere utilizzata dall'avente diritto alla liquidazione. E' possibile acquisire tale modulistica anche contattando l'Impresa nonchédirettamente sul sito internet dell'Impresa (www.unicreditallianzvita.it nella sezione "Contattaci – Richiesta Informazioni - Informazioni sulle polizze protezione Mutui e Prestiti"). È comunque consentito all'avente diritto di richiedere la liquidazione della prestazione in forma libera, purché siano presenti le informazioni necessarie per poter procedere alla liquidazione.
Vengono di seguito indicati i documenti da consegnare unitamente alla richiesta scritta di liquidazione:
a) **Certificato di morte** dell'Assicurato in originale, rilasciato dall'ufficio di Stato Civile in carta semplice;
b) **Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà** resa dall'avente diritto con firma autenticata; in alternativa verrà richiesto **l'atto di notorietà** (in originale o in copia autenticata) limitatamente ai casi in cui sussista la necessità di svolgere approfondimenti circa la legittimazione dell'avente diritto e/o la corretta erogazione del dovuto. La dichiarazione sostitutiva e l'eventuale atto di notorietà dovranno essere redatti

dinanzi all'Autorità Comunale, al Notaio o presso il Tribunale. Su tale atto dovrà essere indicato se l'Assicurato stesso ha lasciato o meno testamento.
- In caso di esistenza di testamento dovrà esserne inviata anche copia autenticata (o il relativo verbale di pubblicazione) e l'atto dovrà riportarne gli estremi identificativi, precisando altresì che detto testamento è l'unico da ritenersi valido e non impugnato e indicando quali sono gli unici eredi testamentari, loro dati anagrafici, grado di parentela e capacità di agire.
- Qualora non esista testamento, l'atto dovrà indicare quali sono gli unici eredi legittimi (compresi eventuali rinunciatari), loro dati anagrafici, grado di parentela e capacità di agire.

c) fotocopia di un valido **documento di identità** dei soggetti/persone aventi diritto riportante firma visibile, nonché dei loro codici fiscali;
d) qualora i soggetti/persone aventi diritto risultino minorenni o incapaci, **decreto del Giudice Tutelare in originale o in copia autenticata** contenente l'autorizzazione in capo al legale rappresentante dei minorenni o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero dell' Impresa da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa;
e) **relazione del medico curante** (medico di famiglia) contenente le informazioni utili a sostenere la richiesta di liquidazione e ad illustrare la causa del decesso nonché lo stato clinico dell' Assicurato. Tale relazione potrà essere redatta su apposito modulo reso disponibile dall'Impresa sul sito internet www.unicreditallianzvita.it nella sezione"I nostri servizi – modulistica e procedure". In alternativa, la relazione potrà essere predisposta da parte del medico curante anche in forma libera, purché vengano riportati i medesimi contenuti informativi del citato modulo.

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

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

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

**Art.15 – Beneficiario – Pagamento della Prestazione Assicurata**

In caso di decesso dell'Assicurato il beneficio della Prestazione Assicurata spetta agli eredi testamentari o, in mancanza, agli eredi legittimi in parti uguali oppure ai Beneficiari specificatamente designati dall'Assicurato così come indicati sul Modulo di Adesione.

In qualsiasi momento l'Assicurato può revocare o modificare tale designazione. **La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto all'Impresa o specificamente disposte per testamento facendo espresso riferimento alla presente Polizza Collettiva.**

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

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

Non è consentito designare quale Beneficiario l'Intermediario.

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

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 ai Beneficiari e provvede alla corresponsione dello stesso. Entro il medesimo termine l'Impresa comunica eventuali circostanze ostative alla corresponsione della Prestazione Assicurata.

**Art.16 – 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 alla Prestazione Assicurata nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

**Art.17 – Altre assicurazioni**

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

**Art.18 – Modifiche dell'Assicurazione**

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

**Art.19 – Rinvio alle norme di legge**

Per tutto quanto non qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

APPENDICE A.1
Fac-simile Modulo di Adesione

# MODULO DI ADESIONE
## Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3482
## Creditor Protection Mutui Privati UniCredit

Edizione 26/02/2024 - Data ultimo aggiornamento 26/02/2024

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

PRENDO ATTO che **UniCredit S.p.A.** (**"Banca"**) ha stipulato con **UniCredit Allianz Vita S.p.A.,** per conto dei propri clienti intestatari o cointestatari del Mutuo da essa erogato, la Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3482 (**"Polizza"**) concernente una copertura assicurativa per il caso di decesso e ha stipulato con UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A. le Polizze Collettive contro i Danni n° 10025415 e n° 10025416 (concernenti coperture assicurative danni diverse secondo la tipologia di attività lavorativa) con 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 gli altri requisiti di assicurabilità previsti **dall'Art. 6 – Persone non assicurabili** - delle Condizioni di Assicurazione, e di aderire in qualità di Assicurato alla **Polizza**.
AUTORIZZO la **Banca** a trasmettere a **UniCredit Allianz Vita 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 **UniCredit Allianz Vita S.p.A.**; 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.
PRENDO ATTO che, per il caso di decesso, il beneficio della Prestazione Assicurata in base alla **Polizza** spetta ai miei eredi testamentari o, in mancanza, legittimi, salvo quanto da me specificatamente indicato nel presente Modulo di Adesione e fatto salvo quanto disposto dagli artt.1920 e 1921 del Codice Civile.
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 € 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 Vita 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 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.

FAC SIMILE

DICHIARO di essere informato che, qualora abbia aderito ad uno dei Servizi di cui sopra, **UniCredit Allianz Vita S.p.A.** riconosce che la documentazione relativa all'Adesione alla **Polizza** e l'eventuale correlata documentazione nonché l'ulteriore documentazione afferente il rapporto contrattuale, ove 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.

_____ , _____ Firma Assicurato _____
Luogo Data

## 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 vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi (DIP Vita), del documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi (Dip aggiuntivo Multirischi), delle Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario; del Fac-Simile del Modulo di Adesione ed Informativa privacy - ai sensi del Regolamento IVASS n°41 del 2 agosto 2018 e successive modifiche e/o integrazioni.

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) **esprimere il consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla mia vita ai sensi dell'art.1919 del Codice Civile;**
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 della Prestazione Assicurata;**
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 Vita S.p.A.** ha fornito esito positivo.

Firma Assicurato _____

### AVVERTENZE SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MEDICO

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

## 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 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 _____

FACSIMILE

UniCredit | Allianz Vita

## DESIGNAZIONE BENEFICIARI

☐ DESIGNO quali Beneficiari della Prestazione Assicurata in base alla **Polizza Vita**, i seguenti soggetti:

### DESIGNAZIONE BENEFICIARIO NOMINATO

Cognome/Ragione sociale* _____ Nome* _____ Codice Fiscale/P.IVA* _____

Indirizzo: Via/Corso/Piazza, n° civico* _____ Città* _____ CAP* _____ Provincia _____

Numero di Telefono _____ E-mail _____

### INDICAZIONE REFERENTE TERZO

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, potrà indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal Beneficiario) a cui l'Impresa potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.

Cognome/Ragione sociale* _____ Nome* _____ Codice Fiscale/P.IVA _____

Indirizzo: Via/Corso/Piazza, n° civico* _____ Città* _____ CAP* _____ Provincia _____

Numero di Telefono _____ E-mail _____

### DESIGNAZIONE ALTRO BENEFICIARIO NOMINATO

Cognome/Ragione sociale* _____ Nome* _____ Codice Fiscale/P.IVA* _____

Indirizzo: Via/Corso/Piazza, n° civico* _____ Città* _____ CAP* _____ Provincia _____

Numero di Telefono _____ E-mail _____

### INDICAZIONE REFERENTE TERZO

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, potrà indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal Beneficiario) a cui l'Impresa potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.

Cognome/Ragione sociale* _____ Nome* _____ Codice Fiscale/P.IVA _____

Indirizzo: Via/Corso/Piazza, n° civico* _____ Città* _____ CAP* _____ Provincia _____

Numero di Telefono _____ E-mail _____

AVVERTENZA: In caso di designazione del/dei Beneficiario/i in forma generica nonché in caso di designazione in forma nominativa con indicazione parziale dei relativi dati anagrafici e recapiti, l'Impresa potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/dei Beneficiario/i stesso/i. Si ricorda che la modifica o la revoca del Beneficiario dovrà essere comunicata per iscritto all'Impresa , ai sensi degli art. 1920 e 1921 codice civile.

AVVERTENZA: il dichiarante assume l'onere di consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali prevista dalla normativa vigente (Regolamento UE 679/2016), al soggetto a cui si riferiscono i dati comunicati a UniCredit Allianz Vita S.p.A..

Firma Assicurato _____

FACSIMILE

UniCredit | Allianz Vita

## DESIGNAZIONE BENEFICIARIO GENERICO

☐ DESIGNO quali Beneficiari della Prestazione Assicurata in base alla **Polizza Vita, gli eredi testamentari o, in mancanza legittimi.**

## INDICAZIONE REFERENTE TERZO

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, potrà indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal Beneficiario) a cui l'Impresa potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.

Cognome/Ragione sociale* _____ Nome* _____ Codice Fiscale/P.IVA _____

Indirizzo: Via/Corso/Piazza, n° civico* _____ Città* _____ CAP* _____ Provincia _____

Numero di Telefono _____ E-mail _____

AVVERTENZA: In caso di designazione del/dei Beneficiario/i in forma generica nonché in caso di designazione in forma nominativa con indicazione parziale dei relativi dati anagrafici e recapiti, l'Impresa potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/dei Beneficiario/i stesso/i. Si ricorda che la modifica o la revoca del Beneficiario dovrà essere comunicata per iscritto all'Impresa ai sensi degli art. 1920 e 1921 codice civile.

AVVERTENZA: il dichiarante assume l'onere di consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali prevista dalla normativa vigente (Regolamento UE 679/2016), al soggetto a cui si riferiscono i dati comunicati a UniCredit Allianz Vita S.p.A..

Firma Assicurato _____

FACSIMILE

UniCredit | Allianz Vita

## Informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza

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

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

Il Titolare del trattamento dei dati è:

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

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

### 2. Categorie di dati trattati

UniCredit Allianz Vita tratterà le seguenti categorie di dati:

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

### 3. Finalità dei trattamenti e basi giuridiche

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

| N | Finalità | Base giuridica | Categorie di dati trattati | Prodotti |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Attività di consulenza su prodotti e servizi assicurativi con particolare riguardo alla valutazione sulle sue esigenze e sul suo profilo di rischio secondo quanto imposto dalla legge in materia di valutazione dell'adeguatezza del prodotto | Adempimento di un obbligo di legge (art. 6 lett. c GDPR) | a. Dati anagrafici<br>b. Dati relativi alla sua persone e alle sue abitudini di vita<br>c. Dati appartenenti alla categoria dei dati particolari, quali, ad esempio, i dati relativi alla salute | Vita |
| 2 | Conclusione, gestione ed esecuzione del rapporto contrattuale in particolare con riguardo alla preventivazione, alla conclusione della polizza allo svolgimento degli adempimenti amministrativi, alla raccolta dei premi ed alla gestione della fase liquidativa | Necessità di dare esecuzione al contratto o a misure precontrattuali da lei richieste (art. 6 lett. b GDPR)<br><br>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<br>b. Dati relativi alla sua persone e alle sue abitudini di vita<br>c. Dati appartenenti alla categoria dei dati particolari, quali, ad esempio, i dati relativi alla salute per visite mediche | Vita |
| 3 | Creazione e gestione del rischio assicurativo | Legittimo interesse del titolare a creare e gestire il rischio assicurativo (art. 6 lett. f GDPR) | a. Dati anagrafici<br>b. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita, anche con il ricorso alla consultazione di banche dati detenute da società specializzate o altri Enti | Vita |
| 4 | Scontistica | Necessità di dare esecuzione al contratto o a misure precontrattuali da lei richieste (art. 6 lett. b GDPR) | a. Dati anagrafici<br>b. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita | Vita |

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<br>b. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita | Vita |
| 6 | Attività di analisi ed elaborazione dei dati volti all'incremento dell'efficienza dei prodotti e servizi, alla loro evoluzione e allo studio e valutazione di prodotti e servizi nuovi nel settore assicurativo<br>I dati potranno altresì essere trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz SE, anche successivamente alla conclusione del rapporto assicurativo, per una maggiore efficienza dei sistemi informativi, nonché, in generale, per una migliore qualità dei propri servizi. | Legittimo interesse del titolare e dell'interessato al miglioramento dell'efficienza dei prodotti e dei servizi (art. 6 lett. f GDPR)<br><br>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<br>b. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini e alle sue scelte economiche<br>c. Dati appartenenti alla categoria dei dati particolari, quali, ad esempio, i dati relativi alla salute | Vita |
| 7 | Tutela dei propri diritti e costituzione, esercizio e difesa dei diritti della Società in sede giudiziaria | Legittimo interesse del titolare a tutelare i propri diritti (art. 6 lett. f GDPR) e per i dati particolari la necessità di accertare, esercitare e difendere i propri diritti (art. 9, paragrafo 2, lett. f) | a. Dati anagrafici<br>b. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita<br>c. Dati appartenenti alla categoria dei dati particolari, quali, ad esempio, i dati relativi alla salute per visite mediche | Vita |
| 8 | Svolgimento di attività di prevenzione e individuazione delle frodi assicurative | Legittimo interesse del titolare a scongiurare attività a suo danno in un settore caratterizzato da un'alta incidenza di fenomeni fraudolenti (art. 6 lett. f GDPR) | a. Dati anagrafici<br>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<br>c. Dati giudiziari | Vita |
| 9 | Adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti o normative comunitarie in materia di antiriciclaggio, casellario centrale infortuni, nonché nel caso in cui sia necessario adempiere ad ordini dell'autorità pubblica | Adempimento di un obbligo di legge (art. 6 lett. c GDPR) | a. Dati anagrafici<br>b. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita | Vita |
| 10 | Risposta a richieste di diverso tipo inoltrate sui canali social del Titolare | Necessità di dare esecuzione al contratto o a misure precontrattuali da lei richieste (art. 6 lett. b GDPR) | a. Digital contacts, quali e-mail, numero di cellulare, social network (ad es. Facebook, Twitter) e servizi di messaggistica/voip (ad es. Skype, WhatsApp, Viber, Messenger). | Vita |

FACSIMILE

## 4. Tempi di conservazione

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

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

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, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società quali legali, periti e medici, società di servizi per il quietanzamento, società di servizi cui sono affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela giudiziaria, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali indicate nel plico postale; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti.
I Suoi dati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: soggetti inerenti al rapporto che la riguarda (ad esempio contraenti e assicurati), altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi ed associazioni del settore, broker assicurativi, banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio.
I dati personali, per obbligo di legge, devono altresì essere comunicati da UniCredit Allianz Vita S.p.A. a enti e organismi pubblici, quali ad esempio IVASS – Consap – COVIP – Enti Gestori di Assicurazioni Sociali Obbligatorie, nonché all'Autorità Giudiziaria e alle Forze dell'Ordine. Si informa, inoltre, che i dati personali degli interessati non verranno diffusi e che le informazioni relative alle operazioni dagli stessi poste in essere, ove ritenute sospette ai sensi della normativa antiriciclaggio, potranno essere comunicate agli altri intermediari finanziari del Gruppo Allianz Italia e Allianz SE, alle Autorità e ad altri organi di Vigilanza e Controllo.

6. Trasferimento all'estero dei dati

I Suoi dati potranno essere trasferiti verso ad altre società del Gruppo Allianz SE in paesi terzi europei/extraeuropei secondo le modalità stabilite dalle Binding Corporate Rules (BCRs) approvate dal Gruppo Allianz SE che potrà visionare sul sito internet della Compagnia. Nel caso in cui le BCR non trovassero applicazione (e quindi nel caso in cui il trasferimento non riguardi altre società del Gruppo Allianz SE) adotteremo clausole standard per il trasferimento dei dati verso paesi terzi per assicurare in ogni caso l'adeguata protezione per il trasferimento dei Suoi dati.
Nel caso in cui Lei voglia ottenere una copia dei dati trasferiti o avere maggiori informazioni sul luogo di conservazione può scrivere a: UniCredit Allianz Vita S.p.A. – Servizio Clienti - Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano oppure telefonando al numero 02.72164259 oppure scrivendo all'indirizzo e-mail privacy@unicreditallianzvita.it.
In ogni caso, qualora i Suoi dati dovessero essere trasferiti al di fuori dell'Unione Europea o al di fuori dell'Area Economica Europea, UniCredit Allianz Vita garantisce che il destinatario dei dati personali assicura un adeguato livello di protezione, in particolare, grazie all'adozione di particolari clausole contrattuali standard che disciplinano il trasferimento dei dati personali e che sono state approvate dalla Commissione Europea.

7. I diritti sul trattamento dei dati personali.

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

i. conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano, anche se non ancora registrati e la loro comunicazione in forma 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.

FACSIMILE

UniCredit | Allianz Vita

# APPENDICE A.2
# Fac-simile Modulo di Adesione Canale Intermediato - Reti Terze di UniCredit S.p.A.

## MODULO DI ADESIONE
## Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3482
## Creditor Protection Mutui Privati UniCredit

Edizione 18/11/2024 - Data ultimo aggiornamento 18/11/2024

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

PRENDO ATTO che **UniCredit S.p.A.** (**"Banca"**) ha stipulato con **UniCredit Allianz Vita S.p.A.,** per conto dei propri clienti intestatari o cointestatari del Mutuo da essa erogato, la Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3482 (**"Polizza"**) concernente una copertura assicurativa per il caso di decesso e ha stipulato con UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A. le Polizze Collettive contro i Danni n° 10025415 e n° 10025416 (concernenti coperture assicurative danni diverse secondo la tipologia di attività lavorativa) con 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 gli altri requisiti di assicurabilità previsti **dall'Art. 6 – Persone non assicurabili** - delle Condizioni di Assicurazione, e di aderire in qualità di Assicurato alla **Polizza**.
AUTORIZZO la **Banca** a trasmettere a **UniCredit Allianz Vita 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 **UniCredit Allianz Vita S.p.A.**; 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.
PRENDO ATTO che, per il caso di decesso, il beneficio della Prestazione Assicurata in base alla **Polizza** spetta ai miei eredi testamentari o, in mancanza, legittimi, salvo quanto da me specificatamente indicato nel presente Modulo di Adesione e fatto salvo quanto disposto dagli artt.1920 e 1921 del Codice Civile.
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 € 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 Vita 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.

_____ , _____ Firma Assicurato _____
Luogo Data

FAC SIMILE

UniCredit | Allianz Vita

## 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 vita diversi dai prodotti di investimento assicurativi (DIP Vita), del documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi (Dip aggiuntivo Multirischi), delle Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario; del Fac-Simile del Modulo di Adesione ed Informativa privacy - ai sensi del Regolamento IVASS n°41 del 2 agosto 2018 e successive modifiche e/o integrazioni.

Firma Assicurato _____

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

f) **essere consapevole che l'adesione alla presente Polizza non è obbligatoria per la concessione del mutuo;**
g) **esprimere il consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla mia vita ai sensi dell'art.1919 del Codice Civile;**
h) **aver letto, approvare ed accettare le Condizioni di Assicurazione contenute nel set informativo ricevuto;**
i) **essere consapevole che il contratto assicurativo prevede limitazioni ed esclusioni, periodi di carenza e periodi di franchigia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della Prestazione Assicurata;**
j) **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 Vita S.p.A.** ha fornito esito positivo.

Firma Assicurato _____

### AVVERTENZE SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MEDICO

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

## 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 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 _____

FACSIMILE

UniCredit | Allianz Vita

## DESIGNAZIONE BENEFICIARI

☐ DESIGNO quali Beneficiari della Prestazione Assicurata in base alla **Polizza Vita**, i seguenti soggetti:

### DESIGNAZIONE BENEFICIARIO NOMINATO

Cognome/Ragione sociale* _____ Nome* _____ Codice Fiscale/P.IVA* _____

Indirizzo: Via/Corso/Piazza, n° civico* _____ Città* _____ CAP* _____ Provincia _____

Numero di Telefono _____ E-mail _____

### INDICAZIONE REFERENTE TERZO

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, potrà indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal Beneficiario) a cui l'Impresa potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.

Cognome/Ragione sociale* _____ Nome* _____ Codice Fiscale/P.IVA _____

Indirizzo: Via/Corso/Piazza, n° civico* _____ Città* _____ CAP* _____ Provincia _____

Numero di Telefono _____ E-mail _____

### DESIGNAZIONE ALTRO BENEFICIARIO NOMINATO

Cognome/Ragione sociale* _____ Nome* _____ Codice Fiscale/P.IVA* _____

Indirizzo: Via/Corso/Piazza, n° civico* _____ Città* _____ CAP* _____ Provincia _____

Numero di Telefono _____ E-mail _____

### INDICAZIONE REFERENTE TERZO

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, potrà indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal Beneficiario) a cui l'Impresa potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.

Cognome/Ragione sociale* _____ Nome* _____ Codice Fiscale/P.IVA _____

Indirizzo: Via/Corso/Piazza, n° civico* _____ Città* _____ CAP* _____ Provincia _____

Numero di Telefono _____ E-mail _____

AVVERTENZA: In caso di designazione del/dei Beneficiario/i in forma generica nonché in caso di designazione in forma nominativa con indicazione parziale dei relativi dati anagrafici e recapiti, l'Impresa potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/dei Beneficiario/i stesso/i. Si ricorda che la modifica o la revoca del Beneficiario dovrà essere comunicata per iscritto all'Impresa , ai sensi degli art. 1920 e 1921 codice civile.

AVVERTENZA: il dichiarante assume l'onere di consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali prevista dalla normativa vigente (Regolamento UE 679/2016), al soggetto a cui si riferiscono i dati comunicati a UniCredit Allianz Vita S.p.A..

Firma Assicurato _____

FACSIMILE

UniCredit | Allianz Vita

## DESIGNAZIONE BENEFICIARIO GENERICO

☐ DESIGNO quali Beneficiari della Prestazione Assicurata in base alla **Polizza Vita, gli eredi testamentari o, in mancanza legittimi.**

## INDICAZIONE REFERENTE TERZO

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, potrà indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal Beneficiario) a cui l'Impresa potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.

Cognome/Ragione sociale* _____ Nome* _____ Codice Fiscale/P.IVA _____

Indirizzo: Via/Corso/Piazza, n° civico* _____ Città* _____ CAP* _____ Provincia _____

Numero di Telefono _____ E-mail _____

AVVERTENZA: In caso di designazione del/dei Beneficiario/i in forma generica nonché in caso di designazione in forma nominativa con indicazione parziale dei relativi dati anagrafici e recapiti, l'Impresa potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/dei Beneficiario/i stesso/i. Si ricorda che la modifica o la revoca del Beneficiario dovrà essere comunicata per iscritto all'Impresa ai sensi degli art. 1920 e 1921 codice civile.

AVVERTENZA: il dichiarante assume l'onere di consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali prevista dalla normativa vigente (Regolamento UE 679/2016), al soggetto a cui si riferiscono i dati comunicati a UniCredit Allianz Vita S.p.A..

Firma Assicurato _____

FACSIMILE

UniCredit | Allianz Vita

## Informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza

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

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

Il Titolare del trattamento dei dati è:

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

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

### 2. Categorie di dati trattati

UniCredit Allianz Vita tratterà le seguenti categorie di dati:

f. dati anagrafici,
g. dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita,
h. 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),
i. dati sensibili quali i dati relativi alla salute per visite mediche,
j. 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) | d. Dati anagrafici<br>e. Dati relativi alla sua persone e alle sue abitudini di vita<br>f. Dati appartenenti alla categoria dei dati particolari, quali, ad esempio, i dati relativi alla salute | Vita |
| 2 | Conclusione, gestione ed esecuzione del rapporto contrattuale in particolare con riguardo alla preventivazione, alla conclusione della polizza allo svolgimento degli adempimenti amministrativi, alla raccolta dei premi ed alla gestione della fase liquidativa | Necessità di dare esecuzione al contratto o a misure precontrattuali da lei richieste (art. 6 lett. b GDPR)<br><br>Per quanto riguarda i dati sensibili sub c della colonna a fianco, consenso dell'interessato (art. 9, comma 2, lett. a GDPR) | d. Dati anagrafici<br>e. Dati relativi alla sua persone e alle sue abitudini di vita<br>f. Dati appartenenti alla categoria dei dati particolari, quali, ad esempio, i dati relativi alla salute per visite mediche | Vita |
| 3 | Creazione e gestione del rischio assicurativo | Legittimo interesse del titolare a creare e gestire il rischio assicurativo (art. 6 lett. f GDPR) | c. Dati anagrafici<br>d. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita, anche con il ricorso alla consultazione di banche dati detenute da società specializzate o altri Enti | Vita |
| 4 | Scontistica | Necessità di dare esecuzione al contratto o a misure precontrattuali da lei richieste (art. 6 lett. b GDPR) | c. Dati anagrafici<br>d. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita | Vita |

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) | c. Dati anagrafici<br>d. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita | Vita |
| 6 | Attività di analisi ed elaborazione dei dati volti all'incremento dell'efficienza dei prodotti e servizi, alla loro evoluzione e allo studio e valutazione di prodotti e servizi nuovi nel settore assicurativo<br>I dati potranno altresì essere trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz SE, anche successivamente alla conclusione del rapporto assicurativo, per una maggiore efficienza dei sistemi informativi, nonché, in generale, per una migliore qualità dei propri servizi. | Legittimo interesse del titolare e dell'interessato al miglioramento dell'efficienza dei prodotti e dei servizi (art. 6 lett. f GDPR)<br><br>Per quanto riguarda i dati sensibili sub c della colonna a fianco, consenso dell'interessato (art. 9, comma 2, lett. a GDPR) | d. Dati anagrafici<br>e. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini e alle sue scelte economiche<br>f. Dati appartenenti alla categoria dei dati particolari, quali, ad esempio, i dati relativi alla salute | Vita |
| 7 | Tutela dei propri diritti e costituzione, esercizio e difesa dei diritti della Società in sede giudiziaria | Legittimo interesse del titolare a tutelare i propri diritti (art. 6 lett. f GDPR) e per i dati particolari la necessità di accertare, esercitare e difendere i propri diritti (art. 9, paragrafo 2, lett. f) | d. Dati anagrafici<br>e. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita<br>f. Dati appartenenti alla categoria dei dati particolari, quali, ad esempio, i dati relativi alla salute per visite mediche | Vita |
| 8 | Svolgimento di attività di prevenzione e individuazione delle frodi assicurative | Legittimo interesse del titolare a scongiurare attività a suo danno in un settore caratterizzato da un'alta incidenza di fenomeni fraudolenti (art. 6 lett. f GDPR) | d. Dati anagrafici<br>e. 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<br>f. Dati giudiziari | Vita |
| 9 | Adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti o normative comunitarie in materia di antiriciclaggio, casellario centrale infortuni, nonché nel caso in cui sia necessario adempiere ad ordini dell'autorità pubblica | Adempimento di un obbligo di legge (art. 6 lett. c GDPR) | c. Dati anagrafici<br>d. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita | Vita |
| 10 | Risposta a richieste di diverso tipo inoltrate sui canali social del Titolare | Necessità di dare esecuzione al contratto o a misure precontrattuali da lei richieste (art. 6 lett. b GDPR) | b. Digital contacts, quali e-mail, numero di cellulare, social network (ad es. Facebook, Twitter) e servizi di messaggistica/voip (ad es. Skype, WhatsApp, Viber, Messenger). | Vita |

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

FACSIMILE

I dati saranno conservati per il tempo necessario al loro utilizzo, UniCredit Allianz Vita avrà cura di conservare i dati per il periodo minimo necessario nel rispetto delle indicazioni contenute nella normativa di settore e tenuto conto della necessità di accedervi per esercitare un diritto e/o difendersi in sede giudiziaria e procederà con cadenza periodica a verificare in modo idoneo l'effettivo permanere dell'interesse del soggetto cui si riferiscono i dati a far svolgere il trattamento per le finalità sopra precisate.
In applicazione di questi criteri, in ossequio al combinato disposto della vigente normativa civilistica-fiscale-assicurativa (art. 2220 cod.civ., Reg. IVASS 5/2006 e Reg. IVASS 27/2008), di seguito si indicano gli specifici tempi di conservazione applicati da UniCredit Allianz Vita:

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

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, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società quali legali, periti e medici, società di servizi per il quietanzamento, società di servizi cui sono affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela giudiziaria, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali indicate nel plico postale; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti.
I Suoi dati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: soggetti inerenti al rapporto che la riguarda (ad esempio contraenti e assicurati), altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi ed associazioni del settore, broker assicurativi, banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio.
I dati personali, per obbligo di legge, devono altresì essere comunicati da UniCredit Allianz Vita S.p.A. a enti e organismi pubblici, quali ad esempio IVASS – Consap – COVIP – Enti Gestori di Assicurazioni Sociali Obbligatorie, nonché all'Autorità Giudiziaria e alle Forze dell'Ordine. Si informa, inoltre, che i dati personali degli interessati non verranno diffusi e che le informazioni relative alle operazioni dagli stessi poste in essere, ove ritenute sospette ai sensi della normativa antiriciclaggio, potranno essere comunicate agli altri intermediari finanziari del Gruppo Allianz Italia e Allianz SE, alle Autorità e ad altri organi di Vigilanza e Controllo.

6. Trasferimento all'estero dei dati

I Suoi dati potranno essere trasferiti verso ad altre società del Gruppo Allianz SE in paesi terzi europei/extraeuropei secondo le modalità stabilite dalle Binding Corporate Rules (BCRs) approvate dal Gruppo Allianz SE che potrà visionare sul sito internet della Compagnia. Nel caso in cui le BCR non trovassero applicazione (e quindi nel caso in cui il trasferimento non riguardi altre società del Gruppo Allianz SE) adotteremo clausole standard per il trasferimento dei dati verso paesi terzi per assicurare in ogni caso l'adeguata protezione per il trasferimento dei Suoi dati.
Nel caso in cui Lei voglia ottenere una copia dei dati trasferiti o avere maggiori informazioni sul luogo di conservazione può scrivere a: UniCredit Allianz Vita S.p.A. – Servizio Clienti - Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano oppure telefonando al numero 02.72164259 oppure scrivendo all'indirizzo e-mail privacy@unicreditallianzvita.it.
In ogni caso, qualora i Suoi dati dovessero essere trasferiti al di fuori dell'Unione Europea o al di fuori dell'Area Economica Europea, UniCredit Allianz Vita garantisce che il destinatario dei dati personali assicura un adeguato livello di protezione, in particolare, grazie all'adozione di particolari clausole contrattuali standard che disciplinano il trasferimento dei dati personali e che sono state approvate dalla Commissione Europea.

7. I diritti sul trattamento dei dati personali.

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

**iv.** **conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano, anche se non ancora registrati e la loro comunicazione in forma intellegibile;**

**v.** **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;**

**vi.** **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.

FACSIMILE

# CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

## Polizza Collettiva di Assicurazione contro i Danni

## N° 10025416

## Creditor Protection Mutui Privati UniCredit

## per Lavoratori Autonomi, Dipendenti Pubblici, Non Lavoratori

### 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: 18/11/2024

# Indice


GLOSSARIO ....3
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE ....6
Art.1 – Sezioni di Polizza ....6
Art.2 – Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva ....6
2.1 Formalità di ammissione alla Polizza Collettiva ....6
2.2 Valutazione dello stato di salute. ....6
2.3 Adesione alla Polizza Collettiva ....7
2.4 Operatività della Polizza Collettiva ....7
Art.3 Variazione dello status lavorativo – Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e operatività della Polizza Collettiva ....7
Art.4 – Documentazione da consegnare all'Assicurato al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva ....8
Art.5 - Persone non assicurabili ....8
Art.6- Pagamento del Premio e decorrenza dell'Assicurazione ....8
Art.7 - Durata dell'Assicurazione ....8
Art.8 – Diritto di recesso dell'Assicurato ....8
Art.9 - Determinazione del Premio ....9
Art.10 – Estinzione anticipata totale, accollo, surroga del Mutuo – Recesso dell'Assicurato – Estinzione anticipata parziale del Mutuo ....9
Art.11 – Procedura per la valutazione del danno ....10
Art.12 – Pagamento dell'indennizzo - Beneficiari ....11
Art.13 - Dichiarazioni inesatte od omissioni ....11
Art.14 – Altre assicurazioni ....11
Art.15 - Modifiche dell'Assicurazione ....11
Art.16 - Rinvio alle norme di legge ....11
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER LA SEZIONE I INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE DA INFORTUNIO O MALATTIA DI GRADO PARI O SUPERIORE AL 60% ....11
Art.17 - Oggetto dell'Assicurazione ....11
Art.18 – Periodo di Carenza ....11
Art.19 - Esclusioni ....11
Art.20 – Somma assicurata per singolo Assicurato - Limiti di assicurabilità ....12
Art.21 – Invalidità Permanente Totale derivante da Infortunio di grado pari o superiore al 60% ....12
Art.22 - Invalidità Permanente Totale derivante da Malattia di grado pari o superiore al 60% ....13
Art.23 – Precedenti Indennizzi ....13
Art.24 – Estensione territoriale ....13
Art.25 - Obblighi in caso di Sinistro ....13
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER LA SEZIONE II RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO O MALATTIA ....13
Art.26 – Oggetto dell'Assicurazione ....13
Art.27 – Periodo di Carenza ....13
Art.28 - Esclusioni ....13
Art.29 – Estensione territoriale ....14
Art.30 - Obblighi in caso di Sinistro ....14
Art.31 – Denunce Successive ....14
Art.32 – Periodo di Franchigia ....15
Art.33 – Determinazione dell'Indennizzo ....15
Art.34 – Limiti di Indennizzo ....15
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER LA SEZIONE III MALATTIA GRAVE ....15
Art.35 – Oggetto dell'Assicurazione ....15
Art.36 – Periodo di Carenza ....15
Art.37 - Esclusioni ....15
Art.38 – Estensione territoriale ....15
Art. 39 - Determinazione dell'Indennizzo ....15
Art.40 –Limite di indennizzo ....15
Art.41 - Obblighi in caso di Sinistro ....15
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° 10025416
## Creditor Protection Mutui Privati UniCredit
## per Lavoratori Autonomi, Dipendenti Pubblici, Non Lavoratori

Data ultimo aggiornamento 18-11-2024

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 appartenente alle seguenti categorie:
1) Lavoratore Autonomo;
2) Dipendente Pubblico;
3) Non Lavoratore;

**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.;

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

**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%;

**Istituto di Cura**
ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologhe ed estetiche;

Lavoratore Autonomo
la persona fisica che si obbliga a compiere, verso un corrispettivo, un'opera o un servizio con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente;

Lavoratore Dipendente Pubblico
la persona fisica che sia Lavoratore Dipendente presso la Pubblica Amministrazione. Per Pubblica Amministrazione si intendono tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e loro consorzi ed associazioni, le Istituzioni Universitarie, gli Istituti Autonomi Case Popolari, le Camere Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al D.lgs. 30-07-1999 n°300. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti Pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato cosi come da L.70/1975;

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

**Malattia Grave**

a) Tumore: neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Non sono considerati Malattia Grave i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al I stadio, i tumori ovarici, i tumori cutanei ad eccezione del melanoma maligno del II, III e IV stadio di Clarcke, il sarcoma di Kaposi;
b) Cardiopatia Coronarica, che comporti un intervento di chirurgia cardiovascolare, nell'ipotesi in cui venga effettuato su consiglio di uno specialista in cardiologia un intervento chirurgico a cuore aperto, per correggere una restrizione o ostruzione di una o più arterie coronariche mediante by-pass coronario;
c) Infarto Miocardico: evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri:
   - storia del dolore cardiaco tipico;
   - comparsa di nuove modificazioni tipiche all'ECG;
   - modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci;
d) Ictus cerebrale: Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, ecc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza;
e) Insufficienza renale: Malattia renale irreversibile in dialisi cronica;
f) Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo; è necessaria la certificazione dell'inserimento in lista d'attesa presso un centro qualificato;
g) Malattia che causi uno stato di Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 40% ma inferiore al 60%;

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;

Non Lavoratore
La persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo né Lavoratore Dipendente.

Sono altresì compresi nella presente definizione anche i pensionati;

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

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

Periodo di Franchigia
il periodo di tempo per il quale deve protrarsi un Sinistro di Ricovero Ospedaliero, 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 Ricovero Ospedaliero, liquidabili ai sensi della Polizza Collettiva, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa prima di poter presentare un'ulteriore denuncia relativa ad un nuovo Sinistro per Ricovero Ospedaliero;

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 contenente domande sullo stato di salute dell'Assicurando atto alla valutazione di assumibilità del rischio;

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

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

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

# CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

## Polizza Collettiva di Assicurazione contro i danni n° 10025416
## Creditor Protection Mutui Privati UniCredit
## per Lavoratori Autonomi, Dipendenti Pubblici, Non Lavoratori

Data ultimo aggiornamento 18-11-2024

**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 Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia
III Malattia Grave

Per ciascuna sezione l'oggetto dell'Assicurazione è disciplinato dall'apposito articolo riportato all'interno della sezione medesima. La disciplina di cui agli articoli dal 2 al 16 risulta applicabile indifferentemente a tutte le sezioni sopra indicate.

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

| Importo Richiesto del Mutuo | Età alla stipula<br>da 18 a 65 anni | Età alla stipula pari o superiore<br>a 66 anni e inferiore a 70 anni |
|---|---|---|
| Fino a € 300.000,00 | A<br>Questionario Medico | B<br>Rapporto di Visita Medica |
| Oltre € 300.000, 00<br>Fino a € 520.000,00 | B<br>Rapporto di Visita Medica | B<br>Rapporto di Visita Medica |

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 all'indirizzo di posta elettronica Bancass.Danni.Ass.Pol.Coll@allianz.it oppure per posta tramite raccomandata con ricevuta di ritorno A/R all'indirizzo indicato sul documento.
L'Impresa 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 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 n°3482** stipulata dal Contraente con UniCredit Allianz Vita S.p.A., avente per oggetto la garanzia decesso.

Ogni Modulo di Adesione dovrà risultare debitamente sottoscritto in ogni sua parte (ove previsto) e dovrà riportare 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 che comportino la perdita dello status di Lavoratore Autonomo, Dipendente Pubblico, Non Lavoratore (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.

**In caso contrario valgono le disposizioni dell'art. 12 "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 Autonomo, Dipendente Pubblico, Non Lavoratore, **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 Autonomo, Dipendente Pubblico, Non Lavoratore) 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,** le garanzie previste dalla presente Polizza Collettiva ed il relativo diritto all'indennizzo, continueranno ad operare anche nell'ipotesi di cambiamento di attività lavorativa dell'Assicurato nel corso del periodo di validità 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 rientrino nella definizione di Assicurato, così come definita nel Glossario;
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.

**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%". Le garanzie "Malattia Grave" e " Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia" non saranno operanti ma per tali garanzie decorrerà comunque il relativo Periodo di Carenza.

**Art.7 - Durata dell'Assicurazione**
Per ciascun Assicurato l'Assicurazione terminerà alla Data di scadenza del Mutuo sottoscritto dall'Assicurato stesso e non potrà comunque avere durata superiore a 480 (quattrocentottanta) mesi.
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 n°3482, 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 0,01315%
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.7;

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. 7.

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).

L'Impresa provvederà al rimborso del Premio all'Assicurato per il tramite del Contraente che, nel solo caso di recesso, utilizzerà l'importo rimborsato per ridurre in pari misura il debito dell'Assicurato medesimo in relazione al Mutuo.

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 = € 3.078,27
P1 = P0
Ppu = € 1.846,96
H = € 1.231,31
N = 240
K = 100
DR = € 67.704,50
CE = € 100.000,00
**R = € 1.447,71**

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 originaria; 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, di accollo oppure di trasferimento del Mutuo.

Nel caso di estinzione anticipata parziale del Mutuo, l'Assicurazione rimane operativa fino alla Data di scadenza del Mutuo originaria, per il Capitale Residuo e rata mensile del Finanziamento, 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 del Mutuo originaria, 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 = € 3.078,27
P1 = P0
Ppu = € 1.846,96
H = € 1.231,31
N = 240
K = 100
Cap_Est= € 50.000,00
DR= € 67.704,50
CE= 100.000,00
**R = € 1.069,14**

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 - 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.14 – 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.15 - Modifiche dell'Assicurazione**
Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

**Art.16 - 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.17 - 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; le lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive.

**Art.18 – Periodo di Carenza**
L'Assicurazione è operante senza alcun Periodo di Carenza.

**Art.19 - 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.20 – 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 n°3482.

**Art.21 – 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.22 - 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.23 – Precedenti Indennizzi**
Nel caso in cui:
a) un unico Infortunio o un'unica Malattia abbiano causato prima un Sinistro di Ricovero Ospedaliero o di Malattia Grave e poi un Sinistro di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% , l'Indennizzo per Invalidità Permanente Totale sarà calcolato detraendo l'importo di tutti gli eventuali Indennizzi già corrisposti all'Assicurato a titolo della garanzia di Ricovero Ospedaliero o della garanzia Malattia Grave, rispettivamente di cui alle Sezioni II e III della presente Polizza Collettiva;
b) sia stato liquidato un precedente Indennizzo per Malattia Grave, l'eventuale successivo Indennizzo per Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60%, in relazione allo stesso periodo temporale, sarà calcolato detraendo l'importo dell'Indennizzo già corrisposto all'Assicurato a titolo della garanzia di Malattia Grave di cui alla Sezione III della presente Polizza Collettiva.

**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. E' possibile acquisire idonea modulistica, anche contattando l'Impresa tramite PEC all'indirizzo unicreditallianz.assicurazioni@pec.allianz.it. L'inadempimento all'obbligo di denuncia del Sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile;
b) fornire fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
c) fornire 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 all'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
## RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO O MALATTIA

**Art.26 – Oggetto dell'Assicurazione**
L'Impresa, ferme restando le esclusioni previste al successivo articolo 28 – Esclusioni - garantisce il pagamento di un Indennizzo qualora, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o da Malattia.

**Art.27 – Periodo di Carenza**
Per i Sinistri conseguenti a Malattia viene previsto un Periodo di Carenza di 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione; qualora il Ricovero Ospedaliero avvenga, oppure la Malattia insorga o venga diagnosticata entro 60 (sessanta) giorni da tale data, la garanzia non sarà operante.

**Art.28 - Esclusioni**
Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Ricovero Ospedaliero causati o derivanti da:
a) Infortuni verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
b) atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato;
c) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati, scioperi, sommosse e tumulti popolari;

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

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione, gli infortuni derivanti da:
1) ernie;
2) infarti da qualsiasi causa determinati;
3) subiti durante il periodo d'arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

**Art.29 – Estensione territoriale**
L'Assicurazione è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo.

**Art.30 - 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. E' possibile acquisire idonea modulistica, anche contattando l'Impresa tramite PEC all'indirizzo unicreditallianz.assicurazioni@pec.allianz.it. Allo stesso recapito potranno anche essere chieste informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro ed alla documentazione da fornire.
L'inadempimento all'obbligo di denuncia del Sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile;
b) fornire fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
c) fornire attestato che certifichi, al momento del Sinistro, la condizione di appartenenza alle seguenti categorie:
   1. Lavoratori Autonomi
   2. Dipendenti Pubblici
   3. Non Lavoratori
d) fornire certificato medico di Ricovero Ospedaliero e copia della cartella clinica; fornire i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di Ricovero Ospedaliero).

L'Assicurato deve altresì:
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.

L'Assicurato, infine, una volta scaduto il Periodo di Franchigia di cui al seguente articolo 32 – 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.
Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.
In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico italiano.

**Art.31 – Denunce Successive**
Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro di Ricovero Ospedaliero, o dopo la denuncia di un medesimo Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carenza pari a 60 (sessanta) giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di Ricovero Ospedaliero se dal termine del Sinistro precedente non sarà trascorso un Periodo di Riqualificazione di 30 (trenta) giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato a svolgere la propria Normale Attività Lavorativa.

**Art.32 – Periodo di Franchigia**
E' previsto un Periodo di Franchigia di 7 (sette) giorni.
Qualora il Sinistro abbia durata inferiore al Periodo di Franchigia, l'Assicurato non avrà diritto ad alcun Indennizzo.
Nei soli casi di Ricovero Ospedaliero derivante da COVID 19 non è previsto alcun periodo di franchigia.

**Art.33 – Determinazione dell'Indennizzo**
Qualora il Ricovero Ospedaliero perduri oltre il Periodo di Franchigia, per ciascuna rata mensile del Mutuo scadente durante il periodo di Ricovero Ospedaliero 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.

**Art.34 – Limiti di Indennizzo**
Per ciascun Sinistro non potranno essere indennizzate più di 12 (dodici) rate consecutive.
Per ciascun Assicurato non potranno essere indennizzate più di 36 (trentasei) rate per tutta la durata dell'Assicurazione. L'Indennizzo non potrà comunque superare l'importo di € 2.000,00 per ciascuna rata mensile; tale limite sarà da intendersi anche come limite 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.
**L'Indennizzo per Ricovero Ospedaliero non può cumularsi con altro eventuale Indennizzo ricevuto per Malattia Grave relativamente allo stesso periodo temporale.**

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER LA SEZIONE III
## MALATTIA GRAVE

**Art.35 – Oggetto dell'Assicurazione**
L'Impresa garantisce il pagamento di un Indennizzo qualora, durante il periodo di validità dell'Assicurazione, l'Assicurato sia colpito da Malattia Grave.

**Art.36 – Periodo di Carenza**
Per i Sinistri conseguenti a Malattia Grave è previsto un Periodo di Carenza di 90 (novanta) giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione; qualora la Malattia Grave insorga o venga diagnosticata entro 90 (novanta) giorni da tale data, la garanzia non sarà operante.

**Art.37 - Esclusioni**
**Sono esclusi dall'Assicurazione i casi di Malattia Grave causati o derivanti da:**
a) **ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;**
b) **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);**
c) **interventi chirurgici o trattamenti medici di carattere estetico, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;**
d) **interventi chirurgici angioplastici, terapie laser.**

**Art.38 – Estensione territoriale**
L'Assicurazione è valida per i Sinistri verificatisi in qualsiasi parte del mondo.

**Art. 39 - Determinazione dell'Indennizzo**
Qualora venga accertata la Malattia Grave, risultante alla data della certificazione medica attestante la diagnosi della Malattia oppure, nel caso di Malattia che causi uno stato di Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 40% ma inferiore al 60%, risultante alla data della richiesta di certificazione medica attestante l'Invalidità Permanente presentata agli Enti preposti, 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 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.

**Art.40 –Limite di indennizzo**
In caso di Malattia Grave che colpisca l'Assicurato, l'Impresa corrisponderà all'Assicurato medesimo, un Indennizzo di importo pari a dieci rate mensili liquidate in un'unica soluzione.
L'Indennizzo non potrà superare l'importo di € 2.000,00 per ciascuna rata mensile; tale limite sarà da intendersi anche come limite 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.
Dopo il primo Indennizzo la presente garanzia non sarà più operante.
**L'Indennizzo per Malattia Grave non può cumularsi con altri eventuali Indennizzi ricevuti per Ricovero Ospedaliero relativamente allo stesso periodo temporale.**

**Art.41 - Obblighi in caso di Sinistro**
In caso di Sinistro, l'Assicurato, o altro soggetto per conto di quest'ultimo, deve:
a) **farne denuncia all'Impresa 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. E' possibile acquisire idonea modulistica, anche contattando l'Impresa tramite PEC all'indirizzo unicreditallianz.assicurazioni@pec.allianz.it. Allo stesso recapito potranno anche essere chieste informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro ed alla documentazione da fornire.
**L'inadempimento all'obbligo di denuncia del Sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo** ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile;

b) fornire **fotocopia di un valido documento di identità** dell'Assicurato;
c) fornire **attestato** che certifichi, al momento del Sinistro, la condizione di appartenenza alle seguenti categorie:
   1. Lavoratori Autonomi
   2. Dipendenti Pubblici
   3. Non Lavoratori
d) nel caso di Malattia che provochi un'Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 40% ma inferiore al 60%, fornire **certificazione dell'Invalidità Permanente e del relativo grado emessa dagli Enti preposti** (INAIL, INPS, ASL, ecc.) o da un medico legale; inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici attestanti il decorso delle lesioni. Tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi all'Impresa.

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.

**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:<br>- con possibilità di applicazione di protesi efficace<br>- senza possibilità di applicazione di protesi efficace | | <br>11%<br>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:<br>- per disarticolazione scapolo-omerale<br>- per amputazione al terzo superiore | <br>85%<br>80% | | <br>75%<br>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:<br>- in semipronazione<br>- in pronazione | <br>30%<br>35% | | <br>25%<br>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:<br>- in semipronazione<br>- in pronazione<br>- in supinazione | <br>40%<br>45%<br>55% | | <br>35%<br>40%<br>50% |
| - quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione | 35% | | 30% |
| Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea<br>se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:<br>- in semipronazione<br>- in pronazione<br>- in supinazione | 18%<br><br>22%<br>25%<br>35% | | 15%<br><br>18%<br>22%<br>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
## Polizza Collettiva di Assicurazione contro i Danni n°10025416
## Creditor Protection Mutui Privati UniCredit
## Lavoratori Autonomi, Dipendenti Pubblici, Non Lavoratori

Edizione 26/02/2024 - Data ultimo aggiornamento 26/02/2024

| Dati Mutuo |
|---|
| **Domanda di Mutuo n°** _____ |
| **Dati Assicurato**<br>Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____ |
| **Dati copertura assicurativa**<br>Durata del Mutuo in mesi _____<br>Importo Richiesto del Mutuo € _____ Percentuale quota di copertura assicurativa _____% |
| **Premio unico anticipato**<br>€ _____ (comprensivo di imposte nella misura del 2,5%) |
| **Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)**<br>€ _____ |
| **Provvigioni percepite dall'Intermediario**<br>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°10025416 (**"Polizza"**) concernente una copertura assicurativa per i casi di **Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60%**, **Malattia Grave**, **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia** e ha stipulato con UniCredit Allianz Vita S.p.A. la Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3482 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 **UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.**; 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.
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 € 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 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.

FAC-SIMILE

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.

_____ , _____ Firma Assicurato _____
Luogo Data

## 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 letto, approvare ed accettare le Condizioni di Assicurazione contenute nel set informativo ricevuto;**
c) **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;**
d) **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

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

## 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 la sua filiale di riferimento, oppure dandone comunicazione alla filiale medesima con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.
Inoltre, in considerazione della durata poliennale dell'Assicurazione, 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, 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

UniCredit | Allianz
Assicurazioni

## 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<br>b. Dati relativi alla sua persone e alle sue abitudini di vita<br>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)<br><br>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<br>b. Dati relativi alla sua persone e alle sue abitudini di vita<br>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<br>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<br>b. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita | Danni |

FAC-SIMILE

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5 | Svolgimento delle attività di sorveglianza di portafoglio e ridistribuzione del rischio assicurativo tramite riassicurazioni | Legittimo interesse del titolare a creare gestire in modo corretto il rischio assicurativo (art. 6 lett. f GDPR) | a. Dati anagrafici<br>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<br>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)<br><br>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<br>b. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini e alle sue scelte economiche<br>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<br>b. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita<br>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<br>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<br>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<br>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 |

FAC SIMILE

## 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, 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, banche, 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.

FACSIMILE

UniCredit | Allianz
Assicurazioni

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

## MODULO DI ADESIONE
## Polizza Collettiva di Assicurazione contro i Danni n°10025416
## Creditor Protection Mutui Privati UniCredit
## Lavoratori Autonomi, Dipendenti Pubblici, Non Lavoratori

Edizione 18/11/2024 - Data ultimo aggiornamento 18/11/2024

| Dati Mutuo |
|---|
| **Domanda di Mutuo n°** _____ |
| **Dati Assicurato**<br>Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____ |
| **Dati copertura assicurativa**<br>Durata del Mutuo in mesi _____<br>Importo Richiesto del Mutuo € _____ Percentuale quota di copertura assicurativa _____% |
| **Premio unico anticipato**<br>€ _____ (comprensivo di imposte nella misura del 2,5%) |
| **Costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)**<br>€ _____ |
| **Provvigioni percepite dall'Intermediario**<br>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°10025416 (**"Polizza"**) concernente una copertura assicurativa per i casi di **Invalidità Permanente Totale da Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60%**, **Malattia Grave**, **Ricovero Ospedaliero da Infortunio o Malattia** e ha stipulato con UniCredit Allianz Vita S.p.A. la Polizza Collettiva di Assicurazione Vita n°3482 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 **UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.**; 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.
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 € 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.

_____, _____ Firma Assicurato _____
Luogo Data

**DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO**

FAC-SIMILE

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:

e) **essere consapevole che l'adesione alla presente Polizza non è obbligatoria per la concessione del mutuo;**
f) **aver letto, approvare ed accettare le Condizioni di Assicurazione contenute nel set informativo ricevuto;**
g) **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;**
h) **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**

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

## 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 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 _____

FACSIMILE

UniCredit | Allianz
Assicurazioni

## 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:

f. dati anagrafici,
g. dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita,
h. 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),
i. dati sensibili quali i dati relativi alla salute,
j. 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) | d. Dati anagrafici<br>e. Dati relativi alla sua persone e alle sue abitudini di vita<br>f. 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)<br><br>Per quanto riguarda i dati sensibili sub c della colonna a fianco, consenso dell'interessato (art. 9, comma 2, lett. a GDPR) | d. Dati anagrafici<br>e. Dati relativi alla sua persone e alle sue abitudini di vita<br>f. 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) | c. Dati anagrafici<br>d. 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) | c. Dati anagrafici<br>d. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita | Danni |

FAC SIMILE

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5 | Svolgimento delle attività di sorveglianza di portafoglio e ridistribuzione del rischio assicurativo tramite riassicurazioni | Legittimo interesse del titolare a creare gestire in modo corretto il rischio assicurativo (art. 6 lett. f GDPR) | c. Dati anagrafici<br>d. 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<br>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)<br><br>Per quanto riguarda i dati sensibili sub c della colonna a fianco, consenso dell'interessato (art. 9, comma 2, lett. a GDPR) | d. Dati anagrafici<br>e. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini e alle sue scelte economiche<br>f. 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) | d. Dati anagrafici<br>e. Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita<br>f. 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) | d. Dati anagrafici<br>e. 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<br>f. 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) | c. Dati anagrafici<br>d. 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) | b. 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 |

FAC SIMILE

## 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, 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, banche, 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):

iv. conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano, anche se non ancora registrati e la loro comunicazione in forma intellegibile;
v. 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;
vi. 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.

FACSIMILE