

Titutela Premio Annuo

Codice F001010 - Edizione maggio 2017

Contratto di assicurazione in caso di morte a vita intera con rivalutazione del capitale.

Tariffa IUP54R_05/IUP54RC_05

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- a) Scheda Sintetica;
- b) Nota Informativa;
- c) Condizioni di Assicurazione e Regolamento Fondo Prefin Plus;
- d) Glossario;
- e) Modulo di Proposta;

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Scheda Sintetica e la Nota Informativa.

UNIQA Previdenza SpA





■ Scheda Sintetica
(pag. 1 - 4)

Contratto di assicurazione sulla vita con partecipazione agli utili.....	1
--	---

■ Nota Informativa
(pag. 1 - 17)

Contratto di assicurazione sulla vita con partecipazione agli utili.....	1
A. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione.....	1
B. Informazioni sulle prestazioni assicurative e sulle garanzie offerte.....	1
C. Informazioni sui costi, sconti, regime fiscale e legale.....	6
D. Altre informazioni sul contratto.....	8
E. Progetto esemplificativo delle prestazioni.....	13
Forma a premio costante.....	14
Forma a premio rivalutabile.....	16

■ Condizioni Contrattuali
(pag. 1 - 29)

Sezione 1	1
Obblighi della Società e Disciplina del Contratto.....	1
Sezione 2.....	1
Condizioni Garanzia Base - Vita Intera a Capitale Rivalutabile e a Premio Annuo Costante o Rivalutabile	1
Sezione 2/A1	8
Clausola di Rivalutazione - Vita Intera a Capitale Rivalutabile e a Premio Annuo Costante.....	8
Sezione 2/A2.....	9
Clausola di Rivalutazione - Vita Intera a Capitale Rivalutabile e a Premio Annuo Rivalutabile	9
Sezione 2/B	10
Regolamento della Gestione Interna Separata "Prefin Plus"	10
Sezione 3	13
Assicurazioni Complementari abbinabili al Programma Titutela Premio Annuo.....	13

Sezione 3/A.....	13
Assicurazione per l'esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità totale e permanente	13
Sezione 3/B.....	16
Assicurazione per il caso di morte da infortunio.....	16
Sezione 3/C.....	19
Assicurazione Complementare Temporanea per il caso di morte a Capitale Costante ed a Premio Annuo Costante	19
Assicurazione "Terminal Illness"	20
Complementare all'Assicurazione Temporanea per il caso di morte a Capitale Costante ed a Premio Annuo Costante	20
Sezione 3/E	21
Assicurazione Complementare "SalvaVita" per il caso di malattia grave	21
Assicurazione "SalvaVita" per il caso di malattia grave ..	26
Estensione garanzia	26
Sezione 4	27
Condizioni supplementari di Carenza	27
Allegato 1	28
Documentazione richiesta per ogni evento di liquidazione.....	29

■ Glossario
(pag. 1 - 3)

Glossario I

■ Modulo di Proposta
(pag. 1 - 8)

Modulo di Proposta I

Scheda Sintetica

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA CON PARTECIPAZIONE AGLI UTILI

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

Attenzione:

leggere attentamente la Nota Informativa prima della sottoscrizione del contratto.

La presente Scheda sintetica è volta a fornire al Contraente un'informazione di sintesi sulle caratteristiche, sulle garanzie, sui costi e sugli eventuali rischi presenti nel contratto e deve essere letta congiuntamente alla Nota Informativa.

1. Informazioni generali

- 1.a) Società di assicurazione: UNIQA Previdenza SpA società appartenente al Gruppo Reale Mutua e che non ha alcun rapporto di controllo, di partecipazione o di direzione comune con società appartenenti al gruppo austriaco UNIQA Insurance Group AG.
- 1.b) Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa: Si riportano i dati relativi all'ultimo bilancio approvato:
 - patrimonio netto: 150,04 milioni di Euro (di cui capitale sociale: 39,0 milioni di Euro, riserve patrimoniali: 110,25 milioni di Euro);
 - Gli indici di solvibilità, regime Solvency II, al 31/12/2016 sono pari a: 1,3804 che rappresenta il "Ratio" Fondi propri ammissibili sul Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) e 2,7771 che rappresenta il "Ratio" Fondi propri ammissibili sul Requisito Patrimoniale Minimo (MCR).
- 1.c) Denominazione del contratto: **"Titutela Premio Annuo"**.
- 1.d) Tipologia del contratto: **Le prestazioni assicurate dal presente contratto sono contrattualmente garantite dalla Società e si rivalutano annualmente in base al rendimento di una gestione interna separata di attivi.**
- 1.e) Durata: Coincide con la vita dell'Assicurato. È possibile esercitare il diritto di riscatto dopo il pagamento di almeno tre (due, in caso di durata pagamento premi inferiore a 5 anni) intere annualità di premio.
- 1.f) Pagamento dei premi: A fronte delle garanzie previste dalla presente forma assicurativa è dovuto un premio annuo anticipato di importo costante od annualmente rivalutabile - a seconda della scelta operata dal Contraente in proposta - per un numero di anni limitato e stabilito in proposta ("periodo di differimento"), comunque non oltre la data dell'eventuale decesso dell'Assicurato.

2. Caratteristiche del contratto

Il presente contratto attribuisce un capitale agli eredi in qualsiasi momento venga a mancare l'Assicurato, poiché la copertura caso morte, oggetto del contratto, è garantita per tutta la vita dell'Assicurato stesso. Inoltre, è possibile riscattare la polizza in qualsiasi momento dopo il pagamento del numero di annualità minimo previsto al precedente paragrafo 1.e), rendendo immediatamente disponibili i propri risparmi.

Parte del premio versato viene utilizzata dalla Società per far fronte ai rischi demografici previsti dal contratto (rischio di mortalità). Pertanto tale parte, così come quella trattenuta a fronte dei costi del contratto, non concorre alla formazione del capitale che sarà pagato a seguito degli eventi contrattualmente previsti.

La rivalutazione delle prestazioni avviene con un particolare meccanismo di partecipazione agli utili, per la comprensione del quale si rimanda al Progetto esemplificativo dello sviluppo delle prestazioni, del valore di riduzione e di riscatto, contenuto nella Sezione E della Nota Informativa.

La Società è tenuta a consegnare al Contraente il Progetto esemplificativo elaborato in forma personalizzata al più tardi al momento in cui il Contraente è informato che il contratto è concluso.

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Il contratto prevede le seguenti tipologie di prestazioni:

Garanzia Principale:

- a) **Prestazioni in caso di vita dell'Assicurato:** Il pagamento ai Beneficiari designati in polizza dal Contraente del valore di riscatto del capitale assicurato, crescente in base ad una legge predeterminata.
- b) **Prestazioni in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale:** Il pagamento ai Beneficiari designati in polizza dal Contraente del capitale assicurato, crescente in base ad una legge predeterminata.

Garanzie Complementari:

- c) **Prestazioni in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che abbia come conseguenza una invalidità totale e permanente:** l'esonero dal pagamento dei premi residui relativi alla garanzia principale;
- d) **Prestazioni in caso di decesso dell'Assicurato, prima della scadenza del periodo di differimento, dovuta a qualunque causa (abbinabile esclusivamente alle tariffe):** il pagamento ai Beneficiari designati in polizza dal Contraente di un capitale assicurato costante, aggiuntivo rispetto a quello assicurato con la Garanzia Principale di cui al punto b);
- e) **Prestazioni in caso di decesso dell'Assicurato, prima della scadenza del periodo di differimento, dovuta a infortunio o incidente stradale (abbinabile esclusivamente alle tariffe):** il raddoppio o la triplicazione del capitale assicurato per il caso di morte previsto dalla Garanzia Principale;
- f) **Prestazioni in caso di diagnosi di malattia grave dell'Assicurato (abbinabile esclusivamente alle tariffe):**
 - l'esonero dal pagamento dei premi residui relativi alla garanzia principale;
 - Il pagamento all'Assicurato stesso del capitale definito in polizza.

Nota:

Le garanzie c) e f) sono alternative e non possono essere sottoscritte contemporaneamente.

Opzioni Contrattuali:

- g) Il Contraente può richiedere la conversione del valore di riscatto disponibile sul contratto, purché di importo almeno pari a Euro 50.000,00, in una rendita vitalizia che potrà assumere una delle seguenti forme:
 - rendita vitalizia rivalutabile pagabile fino a che l'Assicurato è in vita;
 - rendita rivalutabile pagabile in modo certo per i primi 5 o 10 anni e successivamente vitalizia fino a che l'Assicurato è in vita;
 - rendita vitalizia rivalutabile pagabile fino al decesso dell'Assicurato e successivamente reversibile, in misura totale o parziale, a favore di una persona fino a che questa è in vita.

Sia per quanto riguarda la prestazione caso vita sia per quanto riguarda la prestazione caso morte, è previsto il riconoscimento di un tasso d'interesse minimo garantito, pari allo 0,5%, consolidato ad ogni ricorrenza annuale di polizza.

La partecipazione agli utili, eccedente la misura minima contrattualmente garantita, viene annualmente dichiarata al Contraente e definitivamente acquisita sul contratto.

In caso di riscatto, il Contraente sopporta il rischio di ottenere un importo inferiore ai premi versati; In caso di mancato versamento di un numero minimo di tre annualità di premio (due, in caso di durata del periodo di differimento inferiore a 5 anni), la risoluzione del contratto da parte del Contraente comporterà la perdita dei premi pagati.

Maggiori informazioni sono fornite in Nota Informativa alla Sezione B. In ogni caso le coperture assicurative ed i meccanismi di rivalutazione delle prestazioni sono regolati, rispettivamente, nella Sezione 2 (art. 1), e nelle Sezioni 2/A1 e 2/A2 delle Condizioni Contrattuali.

4. Costi

La Società, al fine di svolgere l'attività di collocamento e di gestione dei contratti e di incasso dei premi, preleva dei costi secondo la misura e le modalità dettagliatamente illustrate in Nota Informativa alla Sezione C.

I costi gravanti sui premi e quelli prelevati dalla gestione interna separata riducono l'ammontare delle prestazioni.

Per fornire un'indicazione complessiva dei costi che gravano a vario titolo sul contratto viene di seguito riportato, secondo criteri stabiliti dall'IVASS, l'indicatore sintetico "Costo percentuale medio annuo" che indica di quanto si riduce ogni anno, per effetto dei costi, il tasso di rendimento del contratto rispetto a quello di una analoga operazione che ipoteticamente non fosse gravata da costi.

Il "Costo percentuale medio annuo" (CPMA) è calcolato con riferimento al premio della prestazione principale e non tiene pertanto conto dei premi delle coperture complementari e/o accessorie.

Il "Costo percentuale medio annuo" è stato determinato sulla base di un'ipotesi di tasso di rendimento degli attivi fissato nell'ambito di quanto stabilito dall'IVASS nella misura del 2% annuo ed al lordo dell'imposizione fiscale.

**Indicatore sintetico "Costo percentuale medio annuo"
Gestione separata "Prefin Plus"**

FORMA A PREMIO ANNUO COSTANTE

Età 45 anni - Premio annuo Euro 1.500,00

Durata = 15 anni		Durata = 20 anni		Durata = 25 anni	
Anno	Costo percentuale medio annuo	Anno	Costo percentuale medio annuo	Anno	Costo percentuale medio annuo
5	6,02%	5	6,02%	5	6,08%
10	3,47%	10	3,46%	10	3,44%
15	2,58%	15	2,57%	15	2,54%
-	-	20	2,12%	20	2,09%
-	-	-	-	25	1,83%

Il "Costo percentuale medio annuo" in caso di riscatto nei primi anni di durata contrattuale può risultare significativamente superiore al costo riportato in corrispondenza del 5° anno.

FORMA A PREMIO ANNUO RIVALUTABILE

Età 45 anni - Premio annuo Euro 1.500,00

Durata = 15 anni		Durata = 20 anni		Durata = 25 anni	
Anno	Costo percentuale medio annuo	Anno	Costo percentuale medio annuo	Anno	Costo percentuale medio annuo
5	5,97%	5	5,96%	5	6,02%
10	3,48%	10	3,46%	10	3,45%
15	2,62%	15	2,60%	15	2,59%
-	-	20	2,17%	20	2,16%
-	-	-	-	25	1,90%

Il "Costo percentuale medio annuo" in caso di riscatto nei primi anni di durata contrattuale può risultare significativamente superiore al costo riportato in corrispondenza del 5° anno.

5. Illustrazione dei dati storici di rendimento della gestione interna separata

In questa sezione è rappresentato il tasso di rendimento realizzato dalla gestione interna separata "Prefin Plus" negli ultimi 5 anni ed il corrispondente tasso di rendimento minimo riconosciuto agli Assicurati. Il dato è confrontato con il tasso di rendimento medio dei titoli di Stato e delle obbligazioni e con l'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai.

Anno	Rendimento realizzato dalla gestione separata	Rendimento minimo riconosciuto agli Assicurati*	Rendimento medio dei titoli di Stato e delle obbligazioni	Inflazione
2012	4,00%	-	4,64%	2,97%
2013	3,92%	-	3,35%	1,17%
2014	3,76%	2,86%**	2,08%	0,21%
2015	3,13%	2,23%	1,19%	-0,17%
216	2,90%	2,00%	0,91%	-0,09%

*La commercializzazione del prodotto ha avuto inizio nel corso del 2015; non sono pertanto disponibili valori di rendimento minimo riconosciuto agli assicurati per annualità pregresse.

**Il dato di rendimento riferito all'anno 2014, è stato riportato a titolo puramente esemplificativo.

Attenzione: i rendimenti passati non sono indicativi di quelli futuri.

6. Diritto di ripensamento

Il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta o di recedere dal contratto. Per le relative modalità leggere la Sezione D della Nota Informativa.

UNIQA Previdenza SpA è responsabile della veridicità dei dati e delle notizie contenuti nella presente Scheda Sintetica.

Il Rappresentante Legale
Michele Meneghetti



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

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

A. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

1. Informazioni generali

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

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

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

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

B. Informazioni sulle prestazioni assicurative e sulle garanzie offerte

2. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

La durata della presente assicurazione, intendendosi per tale l'arco di tempo durante il quale è operante la garanzia assicurativa, corrisponde alla vita dell'Assicurato; il periodo di pagamento dei premi ("periodo di differimento") è invece limitato ad un numero di anni, predefinito e stabilito in proposta, che è compreso tra un minimo di 2 anni e un massimo di 40 anni.

L'età dell'Assicurato alla data di decorrenza del contratto non può essere inferiore a 18 anni o superiore a 88 anni.

Questa forma assicurativa può essere sottoscritta nelle due versioni:

1. a premio annuo costante;
2. a premio annuo rivalutabile.

Entrambe le forme prevedono una crescita annuale delle prestazioni legata al rendimento finanziario di una gestione separata. Tuttavia, nel secondo caso, a fronte di una rivalutazione delle prestazioni assicurate più sostenuta, anche il premio è sottoposto ad uguale crescita annuale.

Nella successiva Sezione E è possibile verificare un esempio degli sviluppi di entrambe le forme.

Prestazioni principali previste dal contratto:

- PRESTAZIONE IN CASO DI VITA DELL'ASSICURATO:
UNIQA Previdenza SpA si impegna a pagare ai Beneficiari, in caso di sopravvivenza dell'Assicurato e dopo il pagamento di almeno tre annualità di premio, un importo pari

al valore di riscatto del capitale assicurato in polizza quale risulta rivalutato alla data della richiesta.

- **PRESTAZIONE IN CASO DI MORTE DELL'ASSICURATO:**

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, UNIQA Previdenza SpA liquiderà ai Beneficiari un importo pari al capitale assicurato in polizza quale risulta rivalutato alla data di decesso dell'Assicurato.

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

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

o causato da:

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

Avvertenza: si ricorda che in questi casi la Società paga il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso, ovvero, nel caso di suicidio, il valore di riduzione, se maturato per un importo superiore.

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

Si precisa che il capitale liquidabile alla scadenza del contratto è il risultato della capitalizzazione dei premi versati, al netto dei costi e dell'eventuale premio relativo ai rischi demografici.

Sia per quanto riguarda la prestazione caso vita sia per quanto riguarda la prestazione caso morte, è previsto il riconoscimento di un tasso d'interesse minimo garantito, pari allo 0,5%, consolidato ad ogni ricorrenza annuale di polizza.

La partecipazione agli utili, eccedente la misura minima contrattualmente garantita, viene annualmente dichiarata al Contraente e definitivamente acquisita sul contratto.

Prestazioni complementari facoltative previste dal contratto:

1) Prestazione in caso di invalidità totale e permanente:

Se l'Assicurato, durante il periodo di differimento ma non oltre il compimento del 65° anno di età, diviene invalido in modo totale e permanente, UNIQA Previdenza SpA esonera il Contraente dal pagamento dei premi, relativi all'assicurazione base principale cui la presente assicurazione Complementare si riferisce, scadenti successivamente alla data di denuncia dello stato di invalidità. Contestualmente, tutte le garanzie Complementari si estinguono.

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

2) Prestazione in caso di morte da infortunio (abbinabile esclusivamente alle tariffe):

Assicurazione Complementare che prevede il pagamento di un capitale aggiuntivo, pari al capitale assicurato della Garanzia Base, in caso di morte dell'Assicurato - avvenuta nel corso del periodo di differimento - conseguente ad infortunio e del doppio di questo se la morte è provocata da incidente di circolazione stradale. La presente assicurazione è riconosciuta fino al compimento del 70° anno di età. Ulteriori particolari sono descritti nelle relative Condizioni Contrattuali (Sezione 3/B).

3) Prestazione in caso di morte (“Temporanea per il caso di morte” - abbinabile esclusivamente alle tariffe):

Assicurazione Complementare con scadenza contrattuale coincidente con la scadenza del periodo di differimento della forma assicurativa principale. Questa assicurazione viene chiamata “Temporanea per il caso di morte” in quanto UNIQA Previdenza SpA si impegna a pagare il relativo capitale assicurato al Beneficiario, in via aggiuntiva rispetto a quello della polizza base, nel caso in cui il decesso dell’Assicurato avvenga prima della scadenza contrattuale. La durata contrattuale può essere fissata da un minimo di 2 anni ad un massimo di 20 anni; l’età a scadenza non può comunque superare il 75° anno d’età. Poiché i premi servono esclusivamente alla copertura del rischio di morte, derivante da qualsiasi causa, nessuna prestazione è prevista alla scadenza del contratto per questa garanzia. Il premio ed il capitale assicurato - da indicare all’atto della sottoscrizione della Proposta - rimangono costanti per l’intera durata del contratto.

La presenza di questa copertura assicurativa Complementare dà diritto ad un’ulteriore estensione di garanzia - completamente gratuita - denominata “TERMINAL ILLNESS” (“Malattia Terminale”). In forza di questa garanzia, qualora all’Assicurato venga diagnosticata una grave malattia che comporti un’aspettativa di vita di 6 mesi o meno, la Società provvederà al pagamento immediato del capitale previsto dall’Assicurazione Temporanea Complementare.

La durata di questa estensione di garanzia è pari a quella della Temporanea stessa diminuita di 1 anno. Ulteriori particolari sono descritti nelle relative Condizioni Contrattuali (Sezione 3/C).

4) Prestazione in caso di malattia grave (“SalvaVita” - abbinabile esclusivamente alle tariffe):

Assicurazione Complementare che dà diritto alla corresponsione di un capitale da indicare all’atto della sottoscrizione della Proposta, in via aggiuntiva rispetto a quello della polizza base, nel caso venga diagnosticata ed accertata all’Assicurato una delle malattie gravi comprese nella copertura assicurativa e descritte nelle relative Condizioni Contrattuali (Sezione 3/E), esonerando contestualmente il Contraente dal pagamento dei premi residui dovuti per la polizza base. Nel caso venga richiesta questa copertura non sarà pertanto possibile inserire in polizza anche l’assicurazione Complementare “Prestazione in caso di invalidità totale e permanente” sopra descritta, in quanto già prevista in abbinamento a questa copertura. Il capitale massimo assicurabile è pari a Euro 220.000,00, e la copertura è prestata fino all’età massima di 65 anni. L’età per l’ingresso in assicurazione varia da 18 a 60 anni; la durata contrattuale non può superare i 10 anni. L’abbinamento di questa garanzia complementare è inoltre consentito solo nel caso in cui la durata contrattuale della garanzia base sia minore o uguale a 20 anni.

Sospensione e Limitazione di garanzia:

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

- 3/A (Assicurazione per il caso di invalidità totale e permanente);
- 3/B (Assicurazione per il caso di morte da infortunio);
- 3/C (Assicurazione Temporanea per il caso di morte);
- 3/E (Assicurazione “SalvaVita” per il caso di malattia grave).

Accertamenti Sanitari:

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

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

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

Opzioni di contratto

Il Contraente può richiedere la conversione del valore di riscatto disponibile sul contratto, purché di importo almeno pari a Euro 50.000,00, in una rendita vitalizia che potrà assumere una delle seguenti forme:

- a) rendita vitalizia rivalutabile pagabile per tutta la vita dell'Assicurato;
- b) rendita rivalutabile pagabile in modo certo nei primi 5 o 10 anni, e successivamente per tutta la vita dell'Assicurato;
- c) rendita vitalizia rivalutabile pagabile fino al decesso dell'Assicurato e successivamente reversibile, in misura totale o parziale, a favore di una persona fino a che questa è in vita.

Ulteriori indicazioni sull'operazione di conversione possono essere richieste a:

UNIQA Previdenza SpA - Via Carnia, 26 - 20132 Milano

che provvederà ad inviare apposita comunicazione informativa comprendente un opportuno modulo da utilizzare per esprimere l'eventuale interesse verso una delle suddette forme assicurative opzionali. In tale ultimo caso, la Società:

- si impegna ad inviare il fascicolo (Scheda Sintetica, Nota Informativa e Condizioni Contrattuali) relativo all'opzione prescelta, comprensivo di opportuna appendice di accettazione;
- darà seguito alla procedura di liquidazione ricorrente della rendita prescelta non appena ricevuto conferma, da parte del Contraente, della propria volontà di esercitare l'opzione mediante sottoscrizione dell'appendice di cui sopra.

3. Premi

L'importo del premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, al loro ammontare, alla durata del periodo di differimento, all'età dell'Assicurato, al suo stato di salute ed alle attività professionali svolte; esso è dovuto in forma anticipata, con periodicità annuale, per tutta la durata del periodo di differimento ma comunque non oltre la morte dell'Assicurato.

È necessario effettuare il pagamento di un minimo di 3 annualità di premio (due annualità, in caso di durata del periodo di differimento inferiore a 5 anni) per maturare il diritto al riscatto del contratto o alla riduzione della prestazione a scadenza. La risoluzione del contratto da parte del Contraente, prima del pagamento delle annualità di premio minime indicate, comporterà la perdita dei premi pagati.

Il premio può anche essere corrisposto a rate con frazionamento semestrale, quadrimestrale, trimestrale o mensile. I costi previsti sono dettagliatamente descritti al punto 5.1.1.

Il costo delle singole Garanzie Complementari, in particolare, si determina come segue:

- 1) Prestazione in caso di invalidità totale e permanente:
Il costo annuo della garanzia Complementare sopra descritta è pari, fino ad un'età al termine di 60 anni, all'1% del premio dovuto per la Garanzia Base; l'aliquota di costo cresce quindi di mezzo punto per ogni anno successivo (Es.: per un'età a scadenza di 63 anni, l'aliquota è pari al 2,5%).
- 2) Prestazione in caso di morte da infortunio (abbinabile esclusivamente alle tariffe):
Per tale garanzia il premio accessorio complessivo è pari al 2 per mille del capitale della forma principale, imposte incluse.
- 3) Prestazione in caso di morte ("Temporanea per il caso di morte" - abbinabile esclusivamente alle tariffe):
Il premio per questa copertura assicurativa è determinato applicando i tassi di premio, con riferimento all'età dell'Assicurato ed alla relativa durata contrattuale prescelta.
- 4) Prestazione in caso di malattia grave ("SalvaVita" - abbinabile esclusivamente alle tariffe):
Il premio per questa copertura assicurativa è determinato applicando i tassi di premio, con riferimento all'età dell'Assicurato ed alla relativa durata contrattuale prescelta.

Se è stata prescelta la forma a premio annuo costante, quest'ultimo rimane invariato per tutta la durata del periodo di differimento.

Qualora invece sia stata prescelta la forma a premio annuo rivalutabile, con ricorrenza

annuale a partire dalla stessa data di rivalutazione del capitale, anche il premio dovuto dal Contraente si rivaluta, aumentando dell'identica percentuale d'incremento.

Il Contraente ha tuttavia facoltà, ad ogni anniversario della data di decorrenza della polizza e con preavviso scritto di almeno tre mesi, di chiedere che la rivalutazione del premio venga effettuata in misura inferiore, oppure che non venga effettuata.

La limitazione o il rifiuto della rivalutazione del premio non pregiudica il diritto del Contraente di accettare successive rivalutazioni in misura completa o limitata.

Ulteriori dettagli tecnici sono disponibili alla Sezione 2/A2 delle Condizioni Contrattuali.

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

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

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

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

Le prestazioni assicurate partecipano ogni anno ai benefici finanziari derivanti dalla gestione speciale degli investimenti cui è collegato il contratto. Tale gestione, denominata "Prefin Plus", è separata dalle altre attività di UNIQA Previdenza SpA ed è disciplinata da apposito Regolamento riportato nel presente fascicolo.

Il rendimento della Gestione Interna Separata "Prefin Plus", nella quale confluiscono in particolare i premi delle polizze qui descritte, viene annualmente attribuito al contratto in corso sotto forma di rivalutazione delle prestazioni.

La misura dell'aliquota di rendimento attribuita al contratto si ottiene sottraendo dal rendimento finanziario complessivo della Gestione Interna Separata "Prefin Plus" una quota di base pari a 0,9 punti percentuali. Tale quota, trattenuta dalla Società, cresce di un valore pari a 0,1 per ogni punto intero di rendimento lordo della Gestione Interna Separata "Prefin Plus" superiore al 4%. Di seguito si riporta una tabella esemplificativa per i primi valori, fermo restando il procedimento di calcolo per valori superiori:

Rendimento lordo della gestione "Prefin Plus"	Quota trattenuta dalla Società
Fino al 4,99%	0,90
Dal 5,00% al 5,99%	1,00
Dal 6,00% al 6,99%	1,10

Esempio:

Se il rendimento lordo complessivo del fondo fosse pari al 5,35%, la ripartizione sarebbe:

- trattenuto dalla Società: 1,00 punti percentuali;
- attribuito al contratto: 4,35 punti percentuali.

Il beneficio finanziario così attribuito, depurato del tasso di interesse già riconosciuto nel calcolo della prestazione inizialmente assicurata (tasso tecnico, pari allo 0,5%), determina la progressiva maggiorazione della prestazione medesima per rivalutazione, ed è annualmente consolidato.

Ulteriori particolari sono descritti nelle relative Condizioni Contrattuali (Sezione 2/A) e nel

Regolamento della Gestione Interna Separata che forma parte integrante delle Condizioni Contrattuali.

Gli effetti del meccanismo di rivalutazione delle prestazioni sono evidenziati alla successiva Sezione E, contenente il Progetto esemplificativo di sviluppo dei premi, delle prestazioni assicurate e dei valori di riscatto.

La Società consegnerà al Contraente, al più tardi al momento in cui è informato che il contratto è concluso, il Progetto esemplificativo elaborato in forma personalizzata.

C. Informazioni sui costi, sconti, regime fiscale e legale

5. Costi

5.1. Costi gravanti direttamente sul Contraente

5.1.1. Costi gravanti sul premio

Il costo complessivo per spese di acquisizione, gestione ed incasso, prelevato da ogni premio annuo, ammonta al 12% del premio stesso (al netto delle spese di emissione e dei diritti di quietanza successivamente indicati), più un'ulteriore percentuale che, in funzione della durata del periodo di pagamento del premio e dell'età dell'Assicurato, varia da un minimo dello 0,05% ad un massimo dell'8,61% del suddetto premio annuo.

Le spese di emissione e di quietanza sono rappresentate da:

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

(1) Costi applicati "una tantum" all'emissione del contratto.

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

Interessi di frazionamento dovuti nel caso si scelga di corrispondere il premio in rate sub-annuali:

Rateazione del Premio	Interessi sul premio di rata
Semestrale	2,00%
Quadrimestrale	2,50%
Trimestrale	3,00%
Mensile	3,50%

Nel Progetto esemplificativo elaborato in forma personalizzata al momento della conclusione del contratto verrà indicato il costo derivante dalla specifica combinazione dei parametri.

5.1.2. Costi per riscatto

Il relativo valore si ottiene moltiplicando il capitale ridotto per un coefficiente che dipende dall'età raggiunta dall'Assicurato al momento della richiesta (vedi Condizioni Contrattuali). Nessun costo verrà applicato per l'eventuale istruzione della pratica di riscatto.

5.1.3. Costi per l'erogazione della rendita

Qualora il Contraente decidesse di richiedere la conversione del capitale maturato finale in una delle forme di rendita previste dalle opzioni (punto 2 "Opzioni di contratto") la Società procederà al calcolo del corrispondente valore della rendita tenendo conto del costo

derivante dal pagamento ricorrente della stessa. Tale costo è pari all'1,25% su base annua, indipendentemente dalla tipologia della rendita e dal frazionamento prescelto.

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

La quota trattenuta dalla Società sul rendimento conseguito dalla gestione interna separata è pari a 0,9 punti percentuali in misura fissa. Tale aliquota è aumentata di un valore pari a 0,1 per ogni punto intero di rendimento lordo superiore al 4%.

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

Quota - parte retrocessa ai distributori	
Anno 2016	51,01%

6. Sconti

La presente forma assicurativa non prevede l'applicazione di sconti.

7. Regime Fiscale e Legale

7.1 Regime Fiscale

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

7.1.1 Imposta sui premi

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

I premi della garanzia Complementare descritta alla Sezione 3/B delle Condizioni Contrattuali sono soggetti all'imposta determinata dalla normativa fiscale vigente.

7.1.2 Detraibilità fiscale dei premi

Sulla componente di premio della garanzia base impiegata per la copertura del rischio morte, e sulle componenti di premio impiegate per la copertura delle assicurazioni Complementari, è ammessa una detrazione d'imposta secondo le modalità e nei limiti previsti dalla normativa fiscale vigente. In virtù della detrazione fiscale dei premi, il costo effettivo dell'assicurazione risulta pertanto in questo caso inferiore ai premi versati.

La Società si farà carico di comunicare l'importo delle componenti di premio detraibili.

7.1.3 Tassazione delle somme assicurate

Le somme ricevute a seguito di assicurazione sulla vita sono:

1. se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato, esenti dall'imposta sulle successioni e dall'IRPEF; sono escluse anche dall'applicazione dell'imposta sostitutiva (come indicato al punto 2) unicamente per la componente di capitale erogata a fronte della copertura del rischio demografico;
2. soggette ad imposta sostitutiva, determinata in base alla normativa vigente, sulla differenza tra la somma dovuta e l'ammontare dei premi pagati al netto della componente indicata dalla Società per la copertura di rischio;
3. nel caso in cui si eserciti l'opzione di conversione da capitale in rendita, il capitale sarà preventivamente assoggettato ad imposizione fiscale come al punto 2, mentre la rendita vitalizia risultante verrà tassata anno per anno solo sugli importi maturati derivanti da rivalutazione.

L'imposta sostitutiva viene applicata dalla Società in veste di sostituto di imposta.

In ogni caso, le somme percepite nell'esercizio di attività commerciali concorrono a formare il reddito d'impresa restando assoggettate all'ordinaria tassazione.

7.2 Regime Legale

7.2.1 Pignorabilità e Sequestrabilità

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

7.2.2 Diritto proprio del Beneficiario

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

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

D. Altre informazioni sul contratto

8. Modalità di perfezionamento del contratto

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

Concluso il contratto, le coperture assicurative entrano in vigore alle ore 24 del giorno di pagamento del primo premio, o del giorno di decorrenza indicato in polizza se successivo.

9. Risoluzione del contratto e sospensione del pagamento dei premi

Avvertenza: si ricorda che è facoltà del Contraente sospendere il pagamento dei premi con i seguenti effetti:

- a) se il numero di annualità di premio corrisposte è inferiore a 3 annualità (2 annualità, nel caso di durata del periodo di differimento inferiore a 5 anni):
il contratto si estingue automaticamente con la perdita di quanto già versato; entro 12 mesi dalla sospensione si ha comunque diritto di richiedere il ripristino della piena efficacia del contratto. Se la richiesta di ripristino è successiva ai primi 6 mesi dalla sospensione, tuttavia, il ripristino stesso sarà subordinato all'accettazione scritta della Società, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.
- b) se il numero di annualità di premio corrisposte è almeno pari a 3 annualità (2 annualità, nel caso di durata del periodo di differimento inferiore a 5 anni), si ha diritto:
 - a riscuotere il valore di riscatto. In tal caso il contratto si estingue definitivamente; oppure
 - a mantenere in vigore la garanzia principale per un capitale ridotto.Quando il contratto è ridotto, tutte le garanzie Complementari perdono di efficacia.

Per le informazioni di dettaglio si rinvia alle Condizioni Contrattuali, Sezione 2, art. 8.

10. Riscatto e Riduzione

A condizione che siano state versate almeno le annualità minime di premio indicate al punto precedente, il Contraente può scegliere una delle due seguenti opzioni:

1. richiedere la riscossione del valore di riscatto totale, con conseguente estinzione del contratto medesimo. Non è ammessa la liquidazione parziale del valore di riscatto;
2. interrompere il versamento dei premi con conseguente riduzione delle prestazioni assicurate.

È possibile richiedere in ogni momento successivo alla riduzione il ripristino della piena efficacia del contratto entro 12 mesi dalla sospensione del pagamento dei premi con le medesime modalità descritte alla lettera a) del precedente punto 9.

Per informazioni di dettaglio circa le modalità di determinazione dei valori di riscatto e di riduzione si rinvia alle Condizioni Contrattuali, Sezione 2, artt. 9 e 10.

È comunque possibile richiedere informazioni sul valore di riscatto rivolgendosi a:

UNIQA Previdenza SpA - Servizio Clienti - Via Carnia, 26 - 20132 Milano MI

Telefono: 800-252747 - Fax: 02-28189276 - e-mail: servizioclienti@uniqagroup.it.

È necessario tener presente che il risultato ottimale del piano assicurativo si ottiene solo rispettando il programma dei versamenti inizialmente stabilito. L'interruzione volontaria del pagamento dei premi, infatti, in quanto modifica l'equilibrio economico e demografico dell'assicurazione, comporta una riduzione dei risultati sperati, più accentuata nei primi anni di vita del contratto, introducendo una sensibile probabilità che i valori sopra citati risultino inferiori ai premi versati.

Si rinvia al Progetto esemplificativo di cui alla Sezione E per l'illustrazione dell'evoluzione dei valori di riscatto e riduzione. I valori puntuali saranno contenuti nel Progetto esemplificativo elaborato in forma personalizzata che la Società consegnerà al Contraente.

11. Revoca della proposta

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

UNIQA Previdenza SpA - Via Carnia, 26 - 20132 Milano

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

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

- l'eventuale imposta, qualora presente per componenti non vita del premio;
- le spese di emissione del contratto effettivamente sostenute, di cui al punto 5.1.1 e quantificate nella proposta.

12. Diritto di recesso

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

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

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

- l'eventuale imposta, qualora presente per componenti non vita del premio;
- le spese di emissione del contratto effettivamente sostenute, di cui al punto 5.1.1 e quantificate sia nella proposta sia nel contratto;
- la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

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

La documentazione necessaria per il caso di liquidazione della polizza, a seguito di eventi contrattualmente previsti, è elencata per tutte le casistiche in allegato alle Condizioni Contrattuali.

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

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

oppure:

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

A seguito di particolari eventi straordinari, legati all'eventuale presenza di inchieste giudiziarie aperte dalle Autorità competenti, UNIQA Previdenza SpA potrà subordinare il pagamento del capitale richiesto all'esame di ulteriore documentazione che verrà di volta in volta specificata. La Società effettuerà i pagamenti dovuti entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione necessaria ad accertare gli aventi diritto e a verificare l'obbligo di pagamento. Trascorso tale termine, il Beneficiario riceverà gli interessi per ritardato pagamento.

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

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

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

14. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

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

15. Lingua in cui è redatto il contratto

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

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

16. Reclami

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

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

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

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

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

IVASS - Servizio Tutela del Consumatore

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

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

- dati anagrafici del reclamante (nome, cognome, indirizzo postale - se disponibile anche indirizzo PEC - eventuale recapito telefonico);
- indicazione dell'impresa di assicurazione di cui si lamenta l'operato;
- chiara e sintetica descrizione del motivo di lamentela;

- copia del reclamo già trasmesso all'impresa e dell'eventuale risposta ricevuta e di eventuali altri documenti utili alla trattazione del caso.

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

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

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

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

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

- per le controversie in materia di contratti assicurativi ciascuno, tramite il proprio difensore, può accedere alla mediazione di cui al D.lgs 4.3.2010 n. 28 al quale si rimanda per le informazioni di dettaglio;
- per le controversie aventi ad oggetto una domanda di pagamento a qualsiasi titolo di somme non eccedenti Euro 50.000,00 (cinquantamila/00) si applica la disciplina di cui all'art. 3 D.L. 12.9.2014 n. 132, la cosiddetta negoziazione assistita, esperibile solo con l'assistenza di un difensore. L'esperimento del procedimento di negoziazione assistita è condizione di procedibilità delle domande giudiziali, fatte salve le eccezioni previste dallo stesso D.Lgs.

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

17. Informativa in corso di contratto

UNIQA Previdenza SpA si impegna a comunicare per iscritto in occasione della prima comunicazione da inviare in adempimento agli obblighi di informativa previsti dalla normativa vigente, al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute in Nota Informativa o nel Regolamento della gestione interna separata, intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

Entro sessanta giorni da ogni ricorrenza annuale del contratto, la Società invierà inoltre l'estratto conto annuale della posizione assicurativa contenente le seguenti informazioni:

- a) cumulo dei premi versati dal perfezionamento del contratto alla data di riferimento dell'estratto conto precedente e valore della prestazione maturata alla data di riferimento dell'estratto conto precedente;
- b) dettaglio dei premi versati nell'anno di riferimento, con evidenza di eventuali premi in arretrato ed avvertenza sugli effetti derivanti dal mancato pagamento;
- c) valore della prestazione maturata alla data di riferimento dell'estratto conto;
- d) valore di riscatto maturato alla data di riferimento dell'estratto conto;
- e) valore dei tassi di rendimento realizzati e riconosciuti. In particolare:
 - tasso annuo di rendimento finanziario realizzato dalla gestione;
 - aliquota di retrocessione del rendimento riconosciuta;
 - tasso annuo di rendimento retrocesso;
 - tasso annuo di rivalutazione delle prestazioni.

È prevista per il Contraente la facoltà di richiedere per iscritto alla Società, per il tramite del proprio Intermediario, le credenziali di accesso alla propria area riservata, indicando le proprie generalità comprensive di un indirizzo e-mail valido al quale la Società potrà trasmettere le opportune comunicazioni.

18. Conflitto di interessi

Il presente contratto non presenta situazioni in conflitto d'interesse derivanti da rapporti di

gruppo o da rapporti di affari propri o di Società del Gruppo.

Qualora la società nei propri investimenti faccia ricorso all'utilizzo di Oicr le commissioni retrocesse dai gestori di OICR sono riconosciute al fondo di riferimento e nessun altro accordo per il riconoscimento di utilità specifiche è stato stipulato dalla Società con terze parti.

In ogni caso la Società, anche in presenza di conflitto di interessi, si impegna ad operare in modo da non recare alcun pregiudizio ai Contraenti.

Trasparenza fiscale transfrontaliera (FATCA/CRS)

Il 1° luglio 2014 è entrata in vigore la normativa statunitense Foreign Account Tax Compliance - cosiddetta FATCA. Il Foreign Account Tax Compliance Act ("FATCA") è una legge emanata dal Congresso U.S.A. con l'obiettivo di contrastare l'evasione fiscale offshore da parte di cittadini o residenti U.S., che investono direttamente o indirettamente al di fuori degli USA tramite istituzioni finanziarie estere.

La normativa è rivolta sia ad istituti finanziari U.S.A. che a quelli non statunitensi (Foreign Financial Institution - FFI), quali banche, SGR e fondi, broker e compagnie di assicurazioni sulla vita, ai quali sarà chiesto di adempiere a nuovi e specifici obblighi di identificazione, documentazione e reporting della propria clientela alle autorità fiscali nazionali competenti. In sostanza, il legislatore statunitense, persegue l'obiettivo di impegnare a livello mondiale tutti gli istituti finanziari (tra cui le assicurazioni) a fornire, direttamente, alle autorità fiscali statunitensi informazioni sui valori patrimoniali di soggetti fiscali statunitensi (cosiddette "US-Persons"), indipendentemente dal loro domicilio.

In Italia sussiste una base legale per l'attuazione delle disposizioni FATCA in virtù di un accordo intergovernativo avente forza di legge.

La normativa prevede a carico della Società, l'identificazione, sia in fase di sottoscrizione della polizza che per tutta la durata del contratto, dei Contraenti e dei beneficiari che presentano indizi di americanità (siano essi cittadini americani o soggetti con residenza fiscale negli Stati Uniti d'America), e l'invio, qualora si presentasse la fattispecie, di una comunicazione periodica tramite l'Agenzia delle Entrate italiana all'autorità erariale statunitense (IRS- Internal Revenue Service).

Ad integrazione della Normativa FATCA, sempre con la finalità di migliorare il rispetto della normativa fiscale internazionale, in data 29 ottobre 2014 è stato siglato a Berlino un accordo multilaterale per lo scambio automatico di informazioni finanziarie (Standard for Automatic Exchange of Financial Account Information - AEOI, anche Common Reporting Standard - CRS) fra i Paesi aderenti all'accordo.

Tale accordo, come reso noto dal comunicato stampa n. 246 del Ministero dell'Economia e delle Finanze, mira a combattere l'evasione fiscale internazionale attraverso uno scambio reciproco di informazioni, sia di carattere anagrafico che patrimoniale, per il tramite delle autorità fiscali locali, di soggetti (sia Persone Fisiche che Entità) fiscalmente residenti in giurisdizioni estere aderenti.

L'applicazione operativa dei requisiti normativi dell'accordo inerente lo scambio automatico di informazioni si fonda su criteri analoghi a quelli previsti dalla normativa di origine statunitense FATCA, estendendo dall'1/1/2016 gli obblighi in capo agli intermediari finanziari italiani anche ad altri paesi oltre agli Stati Uniti d'America.

Il CRS, rispetto al FATCA, non prevede obblighi di registrazione della Compagnia (financial institution) o l'applicazione di ritenute fiscali (cd. Withholding tax). Inoltre, la cittadinanza ed il luogo di nascita non assumono rilevanza come criteri di presunzione fiscale.

Quanto sopra indicato comporterà - di fatto - la richiesta, da parte delle società esercenti i rami vita di UNIQA Previdenza SpA., di ulteriori informazioni rispetto a quanto già oggi richiesto con riguardo sia ai clienti che sottoscrivono polizze vita interessate dalla normativa in parola sia ai beneficiari delle stesse, attraverso la compilazione e la sottoscrizione di una specifica autocertificazione in relazione alla/e residenze fiscali dei soggetti contraenti o beneficiari della prestazione.

A tal fine UNIQA Previdenza SpA informa la propria clientela che resta in capo alla clientela stessa l'obbligo di comunicare, tempestivamente e sotto la propria esclusiva responsabilità, ogni variazione dei dati che comporti una modifica della propria residenza fiscale (quale ad esempio l'acquisizione di una nuova residenza fiscale estera o la perdita di una residenza fiscale estera precedentemente comunicata) ovvero eventuali cambi di circostanza che

abbiano impatto sul suo status di cittadino americano, riservandosi di richiedere eventuali ed ulteriori informazioni all'interessato, qualora risultassero discordanze tra i dati in suo possesso e l'autocertificazione sottoscritta dal cliente e comunque nei casi in cui intervengano, nel corso del contratto, elementi nuovi rispetto a quelli dichiarati in precedenza.

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

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

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

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

A tal proposito si rimanda per il dettaglio a quanto riportato nella apposita modulistica.

E. Progetto esemplificativo delle prestazioni

La presente elaborazione viene effettuata in base ad una predefinita combinazione di premio, durata del periodo di differimento, periodicità di versamenti ed età dell'Assicurato.

Gli sviluppi delle prestazioni rivalutate e dei valori di riduzione e di riscatto di seguito riportati sono calcolati sulla base di due diversi valori:

- a) il tasso di rendimento minimo garantito contrattualmente;
- b) una ipotesi di rendimento annuo costante con un tasso fissato nell'ambito di quanto stabilito dall'IVASS e pari, al momento di redazione del presente progetto, al 2%. Al predetto tasso di rendimento si applica la ritenuta fissa dello 0,9 punti indicata nelle Condizioni Contrattuali.

La conseguente misura di rivalutazione è ottenuta scorporando il tasso di interesse tecnico (pari allo 0,5%) già riconosciuto nel calcolo del capitale assicurato iniziale.

I valori sviluppati in base al tasso minimo garantito rappresentano le prestazioni certe che la Società è tenuta a corrispondere, laddove il contratto sia in regola con il versamento dei premi, in base alle condizioni di polizza e non tengono pertanto conto di ipotesi su future partecipazioni agli utili.

I valori sviluppati in base al tasso di rendimento determinato con le modalità previste dall'IVASS sono meramente indicativi e non impegnano in alcun modo la Società. Non vi è infatti nessuna certezza che le ipotesi di sviluppo delle prestazioni applicate si realizzeranno effettivamente. I risultati conseguibili dalla gestione degli investimenti potrebbero discostarsi dalle ipotesi di rendimento impiegate.

Forma a premio costante

SVILUPPO DEI PREMI, DELLE PRESTAZIONI E DEI VALORI DI RIDUZIONE E DI RISCATTO IN BASE A:

A) TASSO DI RENDIMENTO MINIMO GARANTITO

- Tasso di rendimento minimo garantito: 0,5%
- Età dell'Assicurato: 30 anni
- Durata del periodo di differimento: 25 anni
- Premio annuo costante: Euro 2.000,00 pagabile con rata annuale
- Spese di emissione: Euro 2,00 - Diritti di quietanza: Euro 2,00

Anni Trascorsi	Premio Annuo	Cumulo Premi Annui	Capitale Assicurato Caso Morte	Interruzione del pagamento dei premi		
				Valore di riscatto a fine anno	Capitale Ridotto	
					a fine anno	al 20° Anno
1	2.000,00	2.000,00	42.001,26	0,00	0,00	0,00
2	2.000,00	4.000,00	42.001,26	0,00	0,00	0,00
3	2.000,00	6.000,00	42.001,26	3.741,90	4.700,25	4.700,25
4	2.000,00	8.000,00	42.001,26	5.520,63	6.901,58	6.901,58
5	2.000,00	10.000,00	42.001,26	7.315,45	9.101,98	9.101,98
6	2.000,00	12.000,00	42.001,26	9.126,49	11.301,46	11.301,46
7	2.000,00	14.000,00	42.001,26	10.953,79	13.500,00	13.500,00
8	2.000,00	16.000,00	42.001,26	12.797,52	15.697,64	15.697,64
9	2.000,00	18.000,00	42.001,26	14.657,65	17.894,39	17.894,39
10	2.000,00	20.000,00	42.001,26	16.534,21	20.090,24	20.090,24
11	2.000,00	22.000,00	42.001,26	18.427,21	22.285,17	22.285,17
12	2.000,00	24.000,00	42.001,26	20.336,79	24.479,27	24.479,27
13	2.000,00	26.000,00	42.001,26	22.262,89	26.672,46	26.672,46
14	2.000,00	28.000,00	42.001,26	24.205,50	28.864,80	28.864,80
15	2.000,00	30.000,00	42.001,26	26.164,51	31.056,28	31.056,28
16	2.000,00	32.000,00	42.001,26	28.139,86	33.246,92	33.246,92
17	2.000,00	34.000,00	42.001,26	30.131,66	35.436,71	35.436,71
18	2.000,00	36.000,00	42.001,26	32.139,50	37.625,70	37.625,70
19	2.000,00	38.000,00	42.001,26	34.163,65	39.813,88	39.813,88
20	2.000,00	40.000,00	42.001,26	36.203,99	42.001,26	42.001,26
21	0,00	40.000,00	42.001,26	36.367,00	42.001,26	0,00
22	0,00	40.000,00	42.001,26	36.529,42	42.001,26	0,00
23	0,00	40.000,00	42.001,26	36.691,21	42.001,26	0,00
24	0,00	40.000,00	42.001,26	36.851,44	42.001,26	0,00
25	0,00	40.000,00	42.001,26	37.011,68	42.001,26	0,00

L'operazione di riscatto comporta una penalizzazione economica. Come si evince dalla tabella, il recupero dei premi versati, sulla base del tasso di rendimento minimo contrattualmente garantito, non potrà mai avvenire.

B) IPOTESI DI RENDIMENTO FINANZIARIO

- Tasso di rendimento finanziario: 2%*
- Prelievo su rendimento: 0,9
- Tasso di rendimento retrocesso: 1,1%
- Età dell'assicurato: 30 anni
- Durata del periodo di differimento: 20 anni
- Premio annuo costante: Euro 2.000,00 pagabile con rata annuale
- Spese di emissione: Euro 2,00 - Diritti di quietanza: Euro 2,00

Anni Trascorsi	Premio Annuo	Cumulo Premi Annui	Capitale Assicurato Caso Morte	Interruzione del pagamento dei premi		
				Valore di riscatto a fine anno	Capitale Ridotto	
					a fine anno	al 20° Anno
1	2.000,00	2.000,00	42.013,86	0,00	0,00	0,00
2	2.000,00	4.000,00	42.039,14	0,00	0,00	0,00
3	2.000,00	6.000,00	42.077,17	3.802,33	4.776,15	5.287,42
4	2.000,00	8.000,00	42.128,03	5.622,03	7.028,35	7.734,29
5	2.000,00	10.000,00	42.191,79	7.468,58	9.292,50	10.164,89
6	2.000,00	12.000,00	42.268,54	9.342,33	11.568,73	12.579,32
7	2.000,00	14.000,00	42.358,35	11.243,53	13.857,09	14.977,73
8	2.000,00	16.000,00	42.461,30	13.172,57	16.157,69	17.360,21
9	2.000,00	18.000,00	42.577,46	15.129,63	18.470,59	19.726,89
10	2.000,00	20.000,00	42.706,92	17.114,96	20.795,90	22.077,89
11	2.000,00	22.000,00	42.849,76	19.128,82	23.133,68	24.413,30
12	2.000,00	24.000,00	43.006,06	21.171,55	25.484,07	26.733,29
13	2.000,00	26.000,00	43.175,89	23.243,32	27.847,08	29.037,92
14	2.000,00	28.000,00	43.359,34	25.344,36	30.222,88	31.327,36
15	2.000,00	30.000,00	43.556,49	27.474,77	32.611,51	33.601,66
16	2.000,00	32.000,00	43.767,43	29.634,73	35.013,09	35.861,00
17	2.000,00	34.000,00	43.992,23	31.824,57	37.427,68	38.105,43
18	2.000,00	36.000,00	44.230,98	34.044,10	39.855,42	40.335,12
19	2.000,00	38.000,00	44.483,77	36.293,85	42.296,38	42.550,16
20	2.000,00	40.000,00	44.750,67	38.573,91	44.750,67	44.750,67
21	0,00	40.000,00	45.019,17	38.980,07	45.019,17	0,00
22	0,00	40.000,00	45.289,29	39.389,09	45.289,29	0,00
23	0,00	40.000,00	45.561,03	39.800,93	45.561,03	0,00
24	0,00	40.000,00	45.834,40	40.214,60	45.834,40	0,00
25	0,00	40.000,00	46.109,41	40.631,80	46.109,41	0,00

***Il tasso del 2% costituisce un'ipotesi di rendimento annuo costante ed è meramente indicativo. Pertanto non vi è nessuna certezza che le ipotesi di sviluppo delle prestazioni applicate si realizzeranno effettivamente.**

Le prestazioni indicate nelle tabelle sopra riportate sono al lordo degli oneri fiscali e si riferiscono esclusivamente alla garanzia principale.

Forma a premio rivalutabile

SVILUPPO DEI PREMI, DELLE PRESTAZIONI E DEI VALORI DI RIDUZIONE E DI RISCATTO IN BASE A:

A) TASSO DI RENDIMENTO MINIMO GARANTITO

- Tasso di rendimento minimo garantito: 0,5%
- Età dell'Assicurato: 30 anni
- Durata del periodo di differimento: 20 anni
- Premio annuo rivalutabile: Euro 2.000,00 pagabile con rata annuale
- Spese di emissione: Euro 2,00 - Diritti di quietanza: Euro 2,00

Anni Trascorsi	Premio Annuo	Cumulo Premi Annui	Capitale Assicurato Caso Morte	Interruzione del pagamento dei premi		
				Valore di riscatto a fine anno	Capitale Ridotto	
					a fine anno	al 20° Anno
1	2.000,00	2.000,00	42.001,26	0,00	0,00	0,00
2	2.000,00	4.000,00	42.001,26	0,00	0,00	0,00
3	2.000,00	6.000,00	42.001,26	3.741,90	4.700,25	4.700,25
4	2.000,00	8.000,00	42.001,26	5.520,63	6.901,58	6.901,58
5	2.000,00	10.000,00	42.001,26	7.315,45	9.101,98	9.101,98
6	2.000,00	12.000,00	42.001,26	9.126,49	11.301,46	11.301,46
7	2.000,00	14.000,00	42.001,26	10.953,79	13.500,00	13.500,00
8	2.000,00	16.000,00	42.001,26	12.797,52	15.697,64	15.697,64
9	2.000,00	18.000,00	42.001,26	14.657,65	17.894,39	17.894,39
10	2.000,00	20.000,00	42.001,26	16.534,21	20.090,24	20.090,24
11	2.000,00	22.000,00	42.001,26	18.427,21	22.285,17	22.285,17
12	2.000,00	24.000,00	42.001,26	20.336,79	24.479,27	24.479,27
13	2.000,00	26.000,00	42.001,26	22.262,89	26.672,46	26.672,46
14	2.000,00	28.000,00	42.001,26	24.205,50	28.864,80	28.864,80
15	2.000,00	30.000,00	42.001,26	26.164,51	31.056,28	31.056,28
16	2.000,00	32.000,00	42.001,26	28.139,86	33.246,92	33.246,92
17	2.000,00	34.000,00	42.001,26	30.131,66	35.436,71	35.436,71
18	2.000,00	36.000,00	42.001,26	32.139,50	37.625,70	37.625,70
19	2.000,00	38.000,00	42.001,26	34.163,65	39.813,88	39.813,88
20	2.000,00	40.000,00	42.001,26	36.203,99	42.001,26	42.001,26
21	0,00	40.000,00	42.001,26	36.367,00	42.001,26	0,00
22	0,00	40.000,00	42.001,26	36.529,42	42.001,26	0,00
23	0,00	40.000,00	42.001,26	36.691,21	42.001,26	0,00
24	0,00	40.000,00	42.001,26	36.851,44	42.001,26	0,00
25	0,00	40.000,00	42.001,26	37.011,68	42.001,26	0,00

L'operazione di riscatto comporta una penalizzazione economica. Come si evince dalla tabella, il recupero dei premi versati, sulla base del tasso di rendimento minimo contrattualmente garantito, non potrà mai avvenire.

B) IPOTESI DI RENDIMENTO FINANZIARIO

- Tasso di rendimento finanziario: 2%*
- Prelievo su rendimento: 0,9
- Tasso di rendimento retrocesso: 1,1%
- Età dell'assicurato: 30 anni
- Durata del periodo di differimento: 20 anni
- Premio annuo rivalutabile: Euro 2.000,00 pagabile con rata annuale
- Spese di emissione: Euro 2,00 - Diritti di quietanza: Euro 2,00

Anni Trascorsi	Premio Annuo	Cumulo Premi Annui	Capitale Assicurato Caso Morte	Interruzione del pagamento dei premi		
				Valore di riscatto a fine anno	Capitale Ridotto	
					a fine anno	al 20° Anno
1	2.000,00	2.000,00	42.253,27	0,00	0,00	0,00
2	2.011,99	4.011,99	42.506,79	0,00	0,00	0,00
3	2.024,05	6.036,04	42.761,83	3.817,39	4.795,07	5.308,35
4	2.036,18	8.072,22	43.018,40	5.661,64	7.077,86	7.788,81
5	2.048,39	10.120,61	43.276,51	7.544,47	9.386,93	10.268,17
6	2.060,67	12.181,28	43.536,17	9.466,49	11.722,48	12.746,51
7	2.073,02	14.254,30	43.797,39	11.428,28	14.084,78	15.223,84
8	2.085,45	16.339,75	44.060,17	13.430,49	16.474,06	17.700,13
9	2.097,95	18.437,70	44.324,53	15.473,62	18.890,54	20.175,40
10	2.110,53	20.548,23	44.590,48	17.558,22	21.334,49	22.649,68
11	2.123,18	22.671,41	44.858,02	19.684,86	23.806,13	25.122,96
12	2.135,91	24.807,32	45.127,17	21.854,17	26.305,73	27.595,23
13	2.148,71	26.956,03	45.397,93	24.066,68	28.833,52	30.066,53
14	2.161,59	29.117,62	45.670,32	26.322,90	31.389,77	32.536,90
15	2.174,55	31.292,17	45.944,34	28.623,29	33.974,76	35.006,31
16	2.187,59	33.479,76	46.220,01	30.968,29	36.588,68	37.474,74
17	2.200,70	35.680,46	46.497,33	33.358,63	39.231,83	39.942,24
18	2.213,89	37.894,35	46.776,31	35.794,38	41.904,47	42.408,84
19	2.227,16	40.121,51	47.056,97	38.276,45	44.606,88	44.874,52
20	2.240,51	42.362,02	47.339,31	40.805,25	47.339,30	47.339,30
21	0,00	42.362,02	47.623,35	41.234,92	47.623,35	0,00
22	0,00	42.362,02	47.909,09	41.667,59	47.909,09	0,00
23	0,00	42.362,02	48.196,54	42.103,24	48.196,54	0,00
24	0,00	42.362,02	48.485,72	42.540,84	48.485,72	0,00
25	0,00	42.362,02	48.776,63	42.982,16	48.776,63	0,00

***Il tasso del 2% costituisce un'ipotesi di rendimento annuo costante ed è meramente indicativo. Pertanto non vi è nessuna certezza che le ipotesi di sviluppo delle prestazioni applicate si realizzeranno effettivamente.**

Le prestazioni indicate nelle tabelle sopra riportate sono al lordo degli oneri fiscali e si riferiscono esclusivamente alla garanzia principale.

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

Il Rappresentante Legale
Michele Meneghetti



Sezione I

Obblighi della Società e Disciplina del Contratto

Obblighi della Società

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

Disciplina del Contratto

Il contratto è disciplinato:

- dalle Condizioni dell'Assicurazione Vita Intera a Capitale Rivalutabile a Premio Annuo Costante o Rivalutabile (Sezione 2) e relativa Clausola di Rivalutazione (Sezione 2/A1 per la forma a Premio Costante e 2/A2 per la forma a Premio Rivalutabile);
- dal Regolamento della Gestione Interna Separata "Pefin Plus" (Sezione 2/B);
- dalle Condizioni delle Assicurazioni Complementari relative alle garanzie abbinabili all'Assicurazione base sulla vita di cui al primo punto (Sezione 3, 3/A, 3/B, 3/C e 3/E);
- dalle Condizioni supplementari di Carenza (Sezione 4);
- dalla Tabella 1 - Coefficienti di riscatto in corrispondenza dell'età raggiunta dall'Assicurato alla data della richiesta per Euro 1.000,00 di capitale rivalutato.

Nel testo che segue, per "Garanzia Base" e "Garanzie Complementari" si intende:

- **Garanzia Base:** l'Assicurazione principale del Programma "**Titutela Premio Annuo**" (Vita Intera a Capitale Rivalutabile a Premio Annuo Costante o Rivalutabile). Questa forma assicurativa prevede la preventiva presentazione di alcuni accertamenti sanitari in rapporto all'entità del capitale assicurato. È tuttavia possibile, a determinate condizioni, limitarsi alla compilazione di un questionario, ma in tal caso è previsto un periodo di "carenza" (limitazione della prestazione assicurata) di sei mesi a decorrere dalla data di perfezionamento della polizza. Le Condizioni di Carenza - qualora applicabili in quanto richiamate nel documento contrattuale rilasciato dalla Società al perfezionamento del contratto - sono descritte alla Sezione 4 del presente fascicolo.
- **Garanzie Complementari:** Tutte le assicurazioni aggiuntive alla Garanzia Base, che completano nell'insieme il Programma "**Titutela Premio Annuo**". Le Condizioni delle Garanzie Complementari - qualora applicabili in quanto richiamate nel documento contrattuale rilasciato dalla Società al perfezionamento del contratto - sono regolate alle Sezioni 3/A, 3/B, 3/C e 3/E del presente fascicolo. Tutte le Garanzie Complementari eventualmente abbinata alla Garanzia Base cessano da ogni effetto al termine del periodo di pagamento dei premi della Garanzia Base.

Sezione 2

Condizioni Garanzia Base - Vita Intera a Capitale Rivalutabile e a Premio Annuo Costante o Rivalutabile

Art. 1 - Oggetto

"**Titutela Premio Annuo**" è un contratto di assicurazione sulla vita a premi annui - costanti o rivalutabili - che prevede la liquidazione di una prestazione predefinita ai Beneficiari designati in polizza, sia in caso di vita dell'Assicurato ("Assicurazione caso vita"), sia in caso di un suo decesso avvenuto in qualunque momento ("Assicurazione caso morte").

Caso di polizza in pieno vigore (al corrente con il pagamento dei premi):

Art. 1.1 Assicurazione caso vita:

Se l'Assicurato è in vita, il presente contratto prevede - su richiesta del Contraente - l'erogazione, in qualunque momento successivo al pagamento dei primi tre premi annuali (due in caso di durata del periodo di pagamento premi inferiore a 5 anni), del valore di riscatto della polizza.

Art. 1.2 Assicurazione caso morte:

In caso di decesso dell'Assicurato in qualunque momento successivo alla data di perfezionamento del contratto, UNIQA Previdenza SpA liquiderà immediatamente ai Beneficiari designati il capitale assicurato iniziale, rivalutato alla data del decesso dell'Assicurato.

Caso di polizza Ridotta (non al corrente con il pagamento dei premi. Vedi art. 9 - Riduzione):

UNIQA Previdenza SpA liquiderà ai Beneficiari il corrispondente valore di riscatto del capitale ridotto, rivalutato fino alla data della richiesta del riscatto (caso vita), o l'ammontare del capitale ridotto, rivalutato fino alla data di decesso dell'Assicurato (caso morte).

Il periodo contrattuale corrisponde all'intera durata della vita dell'Assicurato; il periodo di pagamento dei premi ("periodo di differimento") è invece limitato ad un numero di anni predefinito e stabilito in proposta.

Le modalità di rivalutazione del capitale e del premio, se previsto, sono dettagliatamente descritte alle successive Sezioni 2/A1 e 2/A2 (Clausola di Rivalutazione).

Art. 2 - Conclusione del contratto

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

Concluso il contratto, le coperture assicurative entrano in vigore alle ore 24 del giorno di pagamento del primo premio, o del giorno di decorrenza indicato in polizza se successivo.

Art. 3 - Revocabilità della proposta

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

UNIQA Previdenza SpA - Via Carnia, 26 - 20132 Milano

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

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

- l'eventuale imposta, qualora presente per componenti non vita del premio;
- le spese di emissione del contratto effettivamente sostenute e quantificate nella proposta.

Art. 4 - Diritto di recesso del Contraente

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

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

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

- l'eventuale imposta, qualora presente per componenti non vita del premio;
- le spese di emissione del contratto effettivamente sostenute e quantificate sia nella proposta sia nelle presenti Condizioni;
- la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

Art. 5 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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

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

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

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

Art. 6 - Rischio di morte

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

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

o causato da:

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

In questi casi la Società paga il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso, ovvero, nel caso di suicidio, il valore di riduzione, se maturato per un importo superiore.

Art. 7 - Pagamento del premio

A fronte delle garanzie previste dalla presente forma assicurativa, è dovuto un premio annuo anticipato, il cui importo - a seconda della scelta operata alla sottoscrizione del contratto - è costante oppure annualmente rivalutabile, per tutta la durata del periodo di differimento e comunque non oltre la morte dell'Assicurato.

Le modalità di rivalutazione del premio, ove previsto, sono descritte alla successiva Sezione 2/A2 (Clausola di Rivalutazione).

Il premio può anche essere corrisposto a rate con le seguenti maggiorazioni di costo percentuali relative alla cadenza del frazionamento richiesto:

Rateazione del Premio	Interessi sul premio di rata
Semestrale	2,00%
Quadrimestrale	2,50%
Trimestrale	3,00%
Mensile	3,50%

Tale percentuale viene applicata al premio netto complessivo. In caso di decesso dell'Assicurato l'ultimo premio annuo è dovuto per intero anche se frazionato.

Le spese di emissione del contratto, prelevate dalla prima rata di premio, e di quietanza, prelevate dalle successive rate di premio, sono entrambe pari a Euro 2,00.

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

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

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

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

Art. 8 - Mancato pagamento del premio e Riattivazione

Trascorsi trenta giorni dalla scadenza della prima rata di premio non pagata:

- se risultano versate almeno tre intere annualità di premio (due annualità, in caso di durata del periodo di differimento inferiore a 5 anni), la polizza viene ridotta secondo i criteri di calcolo specificati all'articolo seguente;
- se risultano versate meno di tre intere annualità di premio (due annualità, in caso di durata del periodo di differimento inferiore a 5 anni), si determina la risoluzione del contratto ed i premi versati restano acquisiti alla Società.

Negli ulteriori cinque mesi successivi al mancato pagamento della rata di premio, il Contraente ha diritto di riattivare l'assicurazione, pagando le rate di premio arretrate aumentate degli interessi calcolati applicando la percentuale di rivalutazione riconosciuta alla polizza all'inizio dell'anno assicurativo al quale ciascuna rata arretrata si riferisce, con un minimo del tasso legale di interesse, eventualmente aumentata della stessa misura prevista dal tasso tecnico, ed in base al periodo intercorso tra la relativa data di scadenza e quella di riattivazione.

La riattivazione può avvenire anche entro un termine massimo di un anno dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, ma solo previa espressa domanda del Contraente e accettazione scritta della Società, che può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

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

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

Art. 9 - Riduzione

Qualora, a norma dell'articolo precedente, il Contraente abbia sospeso il pagamento dei premi dopo il versamento del previsto numero minimo di annualità, il contratto rimane in vigore per il valore di riduzione calcolato come segue.

Riduzione - Criteri di Calcolo:

Il capitale ridotto si ottiene con la seguente procedura:

1. si rileva il valore di riscatto calcolato, con le modalità descritte al successivo art. 10, alla data di sospensione del pagamento dei premi;
2. si divide tale valore per il coefficiente di riscatto, indicato nella tabella allegata alle presenti Condizioni Contrattuali, in corrispondenza dell'età raggiunta dall'Assicurato con la seguente avvertenza:
nel caso in cui l'età raggiunta non fosse intera, il coefficiente da considerare deve essere ottenuto mediante interpolazione lineare dei coefficienti relativi alle età vicine.

Il capitale ridotto è soggetto a rivalutazione annuale con le modalità descritte alla Sezione 2/A1 (Premio Costante) e 2/A2 (Premio Rivalutabile) delle presenti Condizioni.

Le eventuali Garanzie Complementari abbinata alla Garanzia Base non hanno alcun valore di riduzione e cessano da ogni effetto.

Art. 10 - Riscatto

Qualora siano state pagate almeno tre intere annualità di premio (due annualità, in caso di durata contrattuale inferiore a 5 anni), la Società consente la risoluzione del contratto liquidando, come valore di riscatto, l'importo determinabile secondo i criteri di calcolo di seguito specificati.

Riscatto - Criteri di Calcolo:

La modalità di calcolo dipende preliminarmente dallo stato della polizza. Se la polizza è al corrente con il pagamento dei premi, si effettua il calcolo descritto al seguente punto A); in caso contrario, si segue la procedura di calcolo descritta al punto B).

Nel caso in cui, infine, il periodo di differimento sia già concluso, si seguono le modalità indicate al punto C).

A) Riscatto di polizza al corrente con il pagamento dei premi:

A1) Forma a Premio annuo Costante:

1. si calcola il coefficiente determinato dal rapporto tra il numero dei premi annui pagati (comprese le eventuali frazioni di premio annuo) ed il numero dei premi annui previsti dalla polizza;
2. si somma al capitale inizialmente assicurato, moltiplicato per il coefficiente definito al punto 1), la differenza tra il capitale rivalutato alla data della richiesta del riscatto ed il capitale iniziale;
3. si moltiplica l'importo ottenuto al punto 2) per il coefficiente di riscatto, indicato nella tabella allegata alle presenti Condizioni Contrattuali, in corrispondenza dell'età raggiunta dall'Assicurato con le "Avvertenze" sotto riportate;
4. si calcola il coefficiente determinato dal rapporto tra il numero dei premi annui non ancora pagati (comprese le eventuali frazioni di premio annuo), e il numero dei premi annui pattuiti. Qualora il numero dei premi annui pattuiti fosse inferiore a dieci anni, si conviene che il divisore da utilizzare sia pari a dieci;
5. si toglie dall'ammontare ottenuto al punto 3), il 75% dell'ultimo premio netto annuo, anche se pagato parzialmente, moltiplicato per il coefficiente definito al punto 4).

A2) Forma a Premio annuo Rivalutabile:

1. si calcola il coefficiente determinato dal rapporto tra il numero dei premi annui pagati (comprese le eventuali frazioni di premio annuo) ed il numero dei premi annui previsti dalla polizza;
2. si moltiplica il capitale rivalutato al momento della richiesta del riscatto, per il coefficiente definito al punto 1);
3. si moltiplica l'importo ottenuto al punto 2) per il coefficiente di riscatto, indicato nella tabella allegata alle presenti Condizioni Contrattuali, in corrispondenza dell'età raggiunta dall'Assicurato con le "Avvertenze" sotto riportate;

4. si calcola il coefficiente determinato dal rapporto tra il numero dei premi annui non ancora pagati (comprese le eventuali frazioni di premio annuo), e il numero dei premi annui pattuiti. Qualora il numero dei premi annui pattuiti fosse inferiore a dieci anni, si conviene che il divisore da utilizzare sia pari a dieci;
5. si toglie dall'ammontare ottenuto al punto 3), il 75% dell'ultimo premio netto annuo, anche se pagato parzialmente, moltiplicato per il coefficiente definito al punto 4).

B) Riscatto di polizza già Ridotta (entrambe le forme):

1. si rileva il valore del capitale ridotto rivalutato alla data di richiesta del riscatto;
2. si moltiplica tale valore per il coefficiente di riscatto, indicato nella tabella allegata alle presenti Condizioni Contrattuali, in corrispondenza dell'età raggiunta dall'Assicurato con le "Avvertenze" sotto riportate.

C) Riscatto dopo il termine del periodo di differimento (entrambe le forme):

1. si rileva il valore del capitale rivalutato alla data di richiesta del riscatto;
2. si moltiplica tale valore per il coefficiente di riscatto, indicato nella tabella allegata alle presenti Condizioni Contrattuali, in corrispondenza dell'età raggiunta dall'Assicurato con le "Avvertenze" sotto riportate.

AVVERTENZA:

Nel caso in cui l'età raggiunta non fosse intera, il coefficiente da considerare deve essere ottenuto mediante interpolazione lineare dei coefficienti relativi alle età vicine.

Le eventuali Garanzie Complementari abbinata alla Garanzia Base non hanno alcun valore di riscatto.

La richiesta di riscatto deve essere inviata per iscritto a UNIQA Previdenza SpA da parte del Contraente; il diritto di riscatto e la contestuale risoluzione del contratto avranno effetto dal momento in cui la Società riceverà tale dichiarazione. L'importo di riscatto sarà liquidato in un'unica soluzione.

Art. 11 - Concessione di Prestiti

UNIQA Previdenza SpA, qualora la polizza sia riscattabile a norma del precedente articolo, consente:

- la concessione di prestiti nei limiti del 90% dell'ammontare del valore di riscatto netto, con interessi da definire all'atto della concessione del prestito;
- la concessione di prestiti senza interessi, qualora l'Assicurato abbia dovuto sottoporsi ad operazioni di alta chirurgia, per la somma occorsa per pagare le spese dell'atto operatorio.

Il limite globale dei prestiti non può comunque superare il valore del capitale liquidabile in caso di decesso dell'Assicurato e la polizza deve essere al corrente col pagamento dei premi.

Art. 12 - Cessione, Pegno e Vincolo della polizza

In conformità con quanto disposto dall'art. 1406 del Codice Civile, il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci soltanto quando la Società, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, corredata dalla documentazione a essa inerente, ne abbia fatto annotazione sull'originale di polizza o su appendice. Nel caso di pegno o vincolo, le operazioni di riscatto e prestito richiedono l'assenso scritto del creditore o vincolatario.

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

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

Art. 13 - Beneficiari

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

documento di variazione le relative designazioni, revoche o modifiche. Non è più possibile revocare o modificare la designazione del Beneficiario nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente abbia rinunciato alla facoltà di revocare il Beneficiario e contestualmente il Beneficiario abbia accettato la designazione; entrambe le dichiarazioni dovranno essere comunicate per iscritto a UNIQA Previdenza SpA;
- successivamente al decesso del Contraente, senza disposizioni testamentarie al proposito;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto a UNIQA Previdenza SpA di volersi avvalere dei suoi diritti.

In tali casi, le operazioni di recesso, riscatto, prestito, pegno o vincolo di polizza richiedono l'assenso scritto del Beneficiario.

Art. 14 - Rivalutazione del Capitale

La presente polizza rappresenta una speciale forma di assicurazione sulla vita nella quale le prestazioni assicurate si incrementano ogni anno grazie alla rivalutazione derivante dalla gestione speciale degli investimenti cui è collegata la polizza. A tale fine UNIQA Previdenza SpA gestirà attività di importo non inferiore alle relative riserve matematiche. Le modalità di rivalutazione delle prestazioni e del premio annuo - ove previsto - sono dettagliatamente descritte alle Sezioni 2/A1 e 2/A2.

Art. 15 - Opzione di conversione in Rendita

Il Contraente può richiedere la conversione del valore di riscatto disponibile sul contratto, purché di importo almeno pari a Euro 50.000,00, in una rendita vitalizia pagabile in rate annuali posticipate che potrà assumere una delle seguenti forme:

- a) rendita vitalizia rivalutabile pagabile per tutta la vita dell'Assicurato;
- b) rendita rivalutabile pagabile in modo certo nei primi 5 o 10 anni, e successivamente per tutta la vita dell'Assicurato;
- c) rendita vitalizia rivalutabile pagabile fino al decesso dell'Assicurato e successivamente reversibile, in misura totale o parziale, a favore di una persona fino a che questa è in vita.

Ulteriori indicazioni sull'operazione di conversione possono essere richieste a:

UNIQA Previdenza SpA - Via Carnia, 26 - 20132 Milano

che provvederà ad inviare apposita comunicazione informativa comprendente un opportuno modulo da utilizzare per esprimere l'eventuale interesse verso una delle suddette forme assicurative opzionali. In tale ultimo caso, la Società:

- si impegna ad inviare il fascicolo (Scheda Sintetica, Nota Informativa e Condizioni Contrattuali) relativo all'opzione prescelta, comprensivo di opportuna appendice di accettazione;
- darà seguito alla procedura di liquidazione ricorrente della rendita prescelta non appena ricevuto conferma, da parte del Contraente, della propria volontà di esercitare l'opzione mediante sottoscrizione dell'appendice di cui sopra.

Art. 16 - Pagamenti della Società

La documentazione necessaria per il caso di liquidazione della polizza, a seguito di eventi contrattualmente previsti, è elencata per tutte le casistiche in allegato alle presenti Condizioni Contrattuali.

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

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

oppure:

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

A seguito di particolari eventi straordinari, legati all'eventuale presenza di inchieste giudiziarie aperte dalle Autorità competenti, UNIQA Previdenza SpA potrà subordinare il

pagamento del capitale richiesto all'esame di ulteriore documentazione che verrà di volta in volta specificata.

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

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

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

Art. 17 - Comunicazioni del Contraente

Il Contraente che non ha usufruito, o non intende usufruire, della detrazione dei premi consentita dall'attuale normativa fiscale, deve comunicare alla Società (entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello del versamento del premio o, se antecedente, alla data in cui sorge il diritto alla prestazione) l'importo di premio non detratto o che non sarà detratto in sede di dichiarazione dei redditi.

Art. 18 - Tasse ed imposte

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

Art. 19 - Foro Competente

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

Sezione 2/AI

Clausola di Rivalutazione - Vita Intera a Capitale Rivalutabile e a Premio Annuo Costante

Art. 1 - Misura della rivalutazione

UNIQA Previdenza SpA dichiara entro il 1° febbraio di ogni anno il rendimento annuo da attribuire alle polizze "Titutela Premio Annuo", ottenuto sottraendo dal rendimento finanziario realizzato dalla Gestione Interna Separata "Prefin Plus", di cui al punto j) del Regolamento riportato alla Sezione 2/B seguente, una quota di base pari a 0,9 punti percentuali. Tale quota, trattenuta dalla Società, cresce di un valore pari a 0,1 per ogni punto intero di rendimento lordo dalla Gestione Interna Separata Prefin Plus superiore al 4%.

La misura annua di rivalutazione è uguale al rendimento così attribuito, diminuito del tasso tecnico, pari allo 0,5%, già riconosciuto nel calcolo della prestazione inizialmente assicurata, che costituisce la garanzia minima di rivalutazione della prestazione assicurata per tutta la durata contrattuale.

Art. 2 - Rivalutazione delle prestazioni assicurate

Ad ogni ricorrenza annuale della data di decorrenza della polizza, verrà valutato l'incremento da riconoscere alle prestazioni assicurate mediante applicazione, con le modalità di seguito descritte, della misura di rivalutazione quale sopra definita, e stabilita a norma del precedente art. 1 entro il 1° febbraio che precede la suddetta ricorrenza.

a) Rivalutazione di polizza, al corrente con il pagamento dei premi, nel periodo di differimento:

Il capitale rivalutato sarà determinato sommando al capitale, in vigore nel periodo annuale precedente:

- un importo ottenuto moltiplicando il capitale inizialmente assicurato per la misura della rivalutazione, ridotta nella proporzione in cui il numero degli anni trascorsi sta al numero degli anni di durata pagamento premi;
 - un ulteriore importo ottenuto moltiplicando per la misura della rivalutazione la differenza tra il capitale in vigore nel periodo annuale precedente e quello inizialmente assicurato.
- b) Rivalutazione al termine del periodo di differimento:
A partire dalla prima ricorrenza annuale successiva al termine del periodo di pagamento dei premi, il capitale rivalutato sarà determinato sommando al capitale in vigore nel periodo annuale precedente, un importo ottenuto moltiplicando il capitale assicurato stesso per la misura della rivalutazione.
- c) Rivalutazione di polizza Ridotta:
A partire dalla prima ricorrenza annuale che coincida o sia successiva alla data di sospensione del pagamento dei premi, il capitale rivalutato sarà determinato sommando al capitale ridotto, in vigore nel periodo annuale precedente, un importo ottenuto moltiplicando il capitale ridotto stesso per la misura della rivalutazione.

La rivalutazione del capitale si intende acquisita di diritto nella polizza, e quindi la polizza stessa si considera come sottoscritta sin dall'origine per i nuovi aumentati importi. L'aumento delle prestazioni assicurate verrà di volta in volta comunicato per iscritto al Contraente.

Sezione 2/A2

Clausola di Rivalutazione - Vita Intera a Capitale Rivalutabile e a Premio Annuo Rivalutabile

Art. 1 - Misura della rivalutazione

UNIQA Previdenza SpA dichiara entro il 1° febbraio di ogni anno il rendimento annuo da attribuire alle polizze "Titutela Premio Annuo", ottenuto sottraendo dal rendimento finanziario realizzato dalla Gestione Interna Separata "Prefin Plus", di cui al punto j) del Regolamento riportato alla Sezione 2/B seguente, una quota di base pari a 0,9 punti percentuali. Tale quota, trattenuta dalla Società, cresce di un valore pari a 0,1 per ogni punto intero di rendimento lordo dalla Gestione Interna Separata Prefin Plus superiore al 4%.

La misura annua di rivalutazione è uguale al rendimento così attribuito, diminuito del tasso tecnico, pari allo 0,5%, già riconosciuto nel calcolo della prestazione inizialmente assicurata, che costituisce la garanzia minima di rivalutazione della prestazione assicurata per tutta la durata contrattuale.

Art. 2 - Rivalutazione delle prestazioni assicurate

Ad ogni ricorrenza annuale della data di decorrenza della polizza - qualunque sia lo stato del contratto (in vigore o ridotto) e per tutto il periodo contrattuale (durante e dopo il periodo di differimento) - verrà valutato l'incremento da riconoscere alle prestazioni assicurate mediante applicazione, con le modalità di seguito descritte, della misura della rivalutazione quale sopra definita, e stabilita a norma del precedente art. 1 entro il 1° febbraio che precede la suddetta ricorrenza.

Il capitale rivalutato sarà determinato sommando al capitale (eventualmente ridotto), in vigore nel periodo annuale precedente, un importo ottenuto moltiplicando il capitale assicurato stesso (eventualmente ridotto) per la misura della rivalutazione.

L'incremento da rivalutazione annua si intende acquisita di diritto nella polizza, e quindi la polizza stessa si considera come sottoscritta sin dall'origine per i nuovi aumentati importi. L'aumento del capitale assicurato verrà di volta in volta comunicato per iscritto al Contraente.

Art. 3 - Rivalutazione del premio annuo

Durante il periodo di differimento, a partire dalla stessa data di rivalutazione della prestazione assicurata, anche il premio dovuto dal Contraente si rivaluta, aumentando dell'identica misura di rivalutazione definita all'art. 1.

Art. 4 - Limitazione o Rifiuto della rivalutazione del premio

Durante il periodo di differimento il Contraente ha facoltà, ad ogni anniversario della data di decorrenza della polizza e con preavviso scritto di almeno tre mesi, di chiedere che la rivalutazione del premio venga effettuata in misura inferiore a quella fissata al precedente art. 3, oppure che non venga effettuata. La limitazione o il rifiuto della rivalutazione del premio non pregiudica il diritto del Contraente di accettare successive rivalutazioni in misura completa o limitata.

Nel caso in cui il Contraente si avvalga della facoltà di limitare la rivalutazione del premio in scadenza ad un anniversario della data di decorrenza del contratto, il capitale assicurato nell'anno precedente viene rivalutato in base alla misura limitata di rivalutazione comunicata. Se, peraltro, l'anniversario considerato cade almeno dopo cinque anni dalla data di decorrenza del contratto, viene riconosciuta una ulteriore maggiorazione del capitale, a titolo di rivalutazione, uguale alla somma dei seguenti due importi:

- a) un primo importo che si ottiene moltiplicando il capitale iniziale riproporzionato, come di seguito definito, per la differenza tra la misura annua di rivalutazione, di cui all'art. 1, e quella limitata di rivalutazione del premio, e riducendo il prodotto per il rapporto tra il numero di anni trascorsi dalla data di decorrenza del contratto ed il numero degli anni di durata del periodo di differimento;
- b) un secondo importo che si ottiene moltiplicando la differenza tra il capitale assicurato nel periodo annuale precedente ed il capitale inizialmente riproporzionato, per la differenza tra la misura annua di rivalutazione e quella limitata di rivalutazione del premio.

Nel caso in cui il Contraente si avvalga della facoltà di rifiutare la rivalutazione del premio in scadenza ad un anniversario della data di decorrenza del contratto che cade dopo almeno cinque anni da tale decorrenza, il capitale assicurato nell'anno precedente verrà rivalutato aggiungendo allo stesso:

- a) un importo ottenuto moltiplicando il capitale iniziale riproporzionato, come di seguito definito, per la misura annua di rivalutazione, stabilita a norma dell'art. 1, e riducendo il prodotto per il rapporto tra il numero degli anni trascorsi dalla data di decorrenza ed il numero degli anni di durata del periodo di differimento;
- b) un ulteriore importo ottenuto moltiplicando la differenza tra il capitale assicurato nel periodo annuale precedente ed il capitale inizialmente riproporzionato per la misura di rivalutazione.

Qualora, infine, il Contraente si avvalga della facoltà di rifiutare la rivalutazione del premio ad un anniversario della decorrenza del contratto anteriore al quinto, il capitale non verrà rivalutato fino al raggiungimento del quinto anniversario.

Per "capitale iniziale riproporzionato" si intende il prodotto del capitale inizialmente assicurato per il rapporto tra l'ammontare del premio annuo netto dovuto nell'ultimo anno che precede l'anniversario considerato ed il premio annuo netto dovuto nel primo anno di assicurazione.

Sezione 2/B

Regolamento della Gestione Interna Separata "Prefin Plus"

- a) La rivalutazione del capitale è collegata ad una specifica gestione patrimoniale, separata da quella delle altre attività di UNIQA Previdenza SpA, che viene contraddistinta con il nome "Prefin Plus";
- b) la valuta di denominazione è l'Euro;
- c) il periodo di osservazione per la determinazione del rendimento è compreso tra il 1° gennaio e il 31 dicembre;

d) la politica degli investimenti è orientata alla prudenza, con l'obiettivo di realizzare rendimenti stabili nel medio-lungo periodo e flussi di cassa compatibili con la struttura e composizione delle passività tenendo conto dei minimi garantiti previsti, in un'ottica di gestione integrata di attivo e passivo.

La preferenza negli investimenti è rivolta ai titoli obbligazionari "investment grade" quotati denominati in euro, accanto ad una adeguata diversificazione su ampia parte dello spettro degli attivi investibili, anche attraverso l'impiego di OICR, al fine di ottimizzare il rendimento del portafoglio tenendo comunque conto dei livelli di rischio.

i. Attività investibili e rispettivi limiti

Sono definite le seguenti tipologie di attivi investibili e fissate le relative limitazioni previste dalla gestione:

- la percentuale degli impieghi destinata alla categoria del reddito fisso, compresi gli OICR relativi, può variare da un minimo del 70% ad un massimo del 100%; al suo interno si identificano le seguenti sotto classi: a) le obbligazioni ad alta sicurezza, comprendenti Titoli emessi o garantiti da Stati membri dell'Unione Europea o appartenenti all'OCSE, ovvero emessi da enti locali o pubblici di Stati membri o da organizzazioni sovra-nazionali cui aderiscono uno o più Stati membri, nonché le obbligazioni garantite (quali i covered bonds) emesse da entità con sede nell'Unione Europea o nei Paesi OCSE: i limiti di riferimento sono un minimo del 45% ed un massimo del 90% del portafoglio; b) le obbligazioni societarie emesse da entità con sede nell'Unione Europea o nei Paesi OCSE hanno limiti di riferimento dal 10% al 40% in generale, e limite massimo specifico del 15% per obbligazioni aventi rating da "BBB+" a "BBB-" od equivalenti; c) le obbligazioni societarie non "investment grade", per le quali almeno la metà delle principali agenzie che mostrano un rating, lo abbiano fissato al di sotto della "BBB-" o equivalente, hanno un limite massimo del 5%; d) le obbligazioni dei cd. Paesi Emergenti (identificabili in linea di massima come i Paesi non Unione Europea e non OCSE) hanno un limite massimo del 10%; e) le cd. "Asset Backed Securities" (ABS), cartolarizzazioni e titoli assimilabili, con un limite massimo complessivo del 5%, dovranno prevedere il rimborso del capitale a scadenza, avere il più elevato grado di priorità nell'emissione ed avere un rating pari almeno ad "A" od equivalente;
- la percentuale degli impieghi destinata alla categoria azionaria non potrà superare il 20% del portafoglio;
- la percentuale degli impieghi destinata agli investimenti "alternativi" non potrà superare il 5% del portafoglio, con un massimo dell'1% per singolo attivo;
- la percentuale degli impieghi destinata agli investimenti immobiliari ha un limite massimo del 10% del portafoglio;
- la percentuale degli impieghi destinata agli strumenti di liquidità, a pronti contro termine e simili, può arrivare al massimo al 15% del valore del portafoglio;
- il limite di esposizione complessiva verso una singola controparte emittente non governativa non può eccedere il 5% del valore del portafoglio; ai fini del calcolo sono considerate tutte le tipologie di attivi con riferimento all'intero Gruppo di appartenenza della controparte, ad esclusione delle emissioni con rating "AAA";
- è possibile acquistare titoli illiquidi, cioè non quotati o non scambiati in modo frequente, per un ammontare complessivo massimo pari ad un terzo del valore del portafoglio.

ii. Conflitto di interesse

In relazione ai rapporti con le controparti collegate alla Compagnia definite dall'articolo 5 del Regolamento ISVAP 27 maggio 2008 n. 25, ai fini di tutelare i contraenti da possibili situazioni di conflitto di interesse, sono determinati i seguenti limiti di operatività con tali soggetti, fermi restando i limiti fissati al precedente punto i.:

- qualsiasi transazione deve essere attuata a condizioni di mercato;
- non possono essere effettuate operazioni aventi per oggetto partecipazioni non negoziate in mercati regolamentati liquidi ed attivi;
- eventuali operazioni in titoli obbligazionari non negoziati in mercati regolamentati liquidi ed attivi sono soggette ad un limite massimo di 20 milioni di euro per anno;
- eventuali compravendite di immobili sono soggette ad un limite massimo di 20 milioni di euro per anno;

- l'investimento in attivi emessi, gestiti o amministrati dalle controparti di cui sopra - per singola società o Gruppo di appartenenza - è soggetto ad un limite complessivo massimo del 30% del valore del portafoglio, esclusi gli impieghi in conti correnti e depositi bancari.

iii. Utilizzo di strumenti derivati

Gli strumenti finanziari derivati possono essere utilizzati allo scopo di ridurre il rischio di investimento e/o di pervenire ad una gestione efficace del portafoglio. In particolare:

- le operazioni di riduzione del rischio di investimento sono quelle effettuate allo scopo di proteggere il valore di singole attività o passività o di insiemi di attività o passività - anche mediante la loro correlazione - da avverse variazioni dei tassi di interesse, dei tassi di cambio o dei prezzi di mercato;
- le operazioni finalizzate ad una gestione efficace del portafoglio sono effettuate allo scopo di raggiungere gli obiettivi di investimento in maniera più veloce, più agevole, più economica o più flessibile rispetto a quanto sia possibile operando sugli attivi sottostanti. Possono essere utilizzati sia strumenti derivati negoziati su mercati regolamentati sia strumenti derivati non negoziati su mercati regolamentati. In quest'ultimo caso, i relativi contratti devono essere conclusi con controparti abilitate ad effettuare professionalmente tali operazioni, soggette a vigilanza prudenziale ed in grado di offrire adeguate garanzie di liquidazione delle posizioni assunte.

L'utilizzo di strumenti derivati è soggetto ai seguenti limiti:

- le operazioni finalizzate ad una gestione efficace del portafoglio non devono generare un incremento significativo del rischio di investimento e, in ogni caso, l'incremento medesimo deve essere equivalente a quello ottenibile operando direttamente sugli attivi sottostanti secondo una equilibrata e prudente gestione del portafoglio (in ogni caso la leva finanziaria non potrà essere superiore a 1);
- possono essere utilizzati solo strumenti derivati che:
 - mostrano una evidente connessione tecnico-finanziaria con attivi destinati a copertura delle riserve tecniche (ovvero da destinare a tale scopo nell'ipotesi di operazioni effettuate per acquisire strumenti finanziari);
 - hanno valori "sottostanti" costituiti da attivi ammissibili ai fini della copertura delle riserve tecniche in base alla vigente normativa o da indici basati su tale tipologia di attivi;
- gli strumenti derivati devono essere "coperti", cioè la Compagnia deve possedere attivi idonei e sufficienti per soddisfare gli impegni nascenti dai contratti.

Il rischio complessivo riconducibile alle posizioni in strumenti finanziari derivati con riferimento al totale del portafoglio viene comunque mantenuto entro un determinato livello di rischio monitorato sistematicamente.

- la Gestione Interna separata "Prefin Plus" è dedicata a contratti di assicurazione sulla vita con partecipazione agli utili;
- il valore delle attività gestite non sarà inferiore all'importo delle riserve matematiche costituite per i contratti a prestazioni rivalutabili in base ai rendimenti realizzati dalla Gestione Interna separata "Prefin Plus";
- UNIQA Previdenza SpA si riserva di apportare modifiche al regolamento derivanti dall'adeguamento dello stesso alla normativa primaria e secondaria vigente oppure a fronte di mutati criteri gestionali con esclusione, in tale ultimo caso, di quelle meno favorevoli per l'assicurato;
- gravano sulla Gestione Interna separata "Prefin Plus" unicamente le spese relative all'attività di verifica contabile effettuata dalla società di revisione e quelle effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività della gestione separata e che non sono consentite altre forme di prelievo, in qualsiasi modo effettuate;
- il rendimento della Gestione Interna separata "Prefin Plus" beneficia di eventuali utili derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti dall'impresa in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della gestione;
- Il rendimento annuo di "Prefin Plus" tiene conto di due valori:
 - il risultato finanziario, che comprende gli utili finanziari della gestione di ogni singola annualità (compresi gli utili e le perdite di realizzo), al lordo delle ritenute di acconto fiscali e al netto delle spese specifiche degli investimenti;
 - il valore medio degli investimenti della gestione, che comprende la somma di tutte le consistenze medie annue di tutte le tipologie di attività della gestione.

Il rapporto tra il risultato finanziario e il valore medio degli investimenti fornisce una percentuale che rappresenta il rendimento annuo dell'anno. Tutti i calcoli relativi agli utili e le perdite di realizzo, nonché il valore medio degli investimenti, vengono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle singole attività a "Prefin Plus", cioè al prezzo di acquisto per i beni di nuova acquisizione ed al valore di mercato per i beni già di proprietà di UNIQA Previdenza SpA. Ai fini della determinazione del rendimento annuo di "Prefin Plus", l'esercizio decorre dal 1° gennaio al 31 dicembre del medesimo anno;

- k) la gestione del fondo "Prefin Plus" è annualmente sottoposta a certificazione da parte di una Società di Revisione iscritta nell'apposito registro previsto dalla normativa vigente;
- l) il presente Regolamento è parte integrante delle condizioni contrattuali.

Sezione 3

Assicurazioni Complementari abbinabili al Programma Titutela Premio Annuo

Condizioni Contrattuali

"Titutela Premio Annuo" prevede la possibilità di abbinare all'assicurazione base principale - di cui alla Sezione 2 - altre garanzie assicurative Complementari e specifiche. In questa Sezione vengono riportate le relative Condizioni Contrattuali, applicabili là dove le relative Garanzie Complementari siano state esplicitamente richieste nel documento di Proposta e richiamate nel documento contrattuale rilasciato dalla Società al perfezionamento della Polizza.

Tutte le Garanzie Complementari descritte in questa Sezione cessano da ogni effetto al termine del periodo di pagamento dei premi, e quindi al termine del periodo di differimento, della Garanzia Base.

Là dove, nelle Condizioni di questa Sezione, si richiama la "durata contrattuale", si intende il periodo di validità delle Garanzie Complementari, equivalente pertanto al "periodo di differimento" della Garanzia Base.

Sezione 3/A

Assicurazione per l'esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità totale e permanente

Art. 1 - Oggetto

Se la polizza è al corrente con il pagamento dei premi e qualora l'Assicurato venga colpito da invalidità totale e permanente, e l'evento si verifichi entro il compimento del 65° anno di età, il Contraente viene esonerato da tutti i pagamenti dei premi successivi alla data di denuncia dello stato di invalidità relativi alla Polizza base.

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

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

La presente garanzia non è applicabile qualora l'età dell'Assicurato sia superiore a 55 anni al momento della decorrenza contrattuale, oppure risulti superiore a 70 anni al momento della scadenza contrattuale.

Art. 2 - Decorrenza della garanzia

La garanzia oggetto del presente contratto produce effetti dal momento della sottoscrizione e del pagamento, da parte del Contraente, della prima rata di premio della Polizza.

Art. 3 - Modalità di comunicazione dello stato di invalidità

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

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

Art. 4 - Accertamenti dello stato di invalidità ed esonero dal pagamento dei premi

La Società renderà nota la propria decisione sul riconoscimento dell'invalidità e la comunicherà entro il termine massimo di 180 giorni dalla data di invio della lettera raccomandata del Contraente - di cui al precedente art. 3 - desunta dal timbro postale.

La Società, una volta accertato clinicamente lo stato di invalidità dell'Assicurato, esonera il Contraente dal pagamento del premio con decorrenza dalla medesima data di invio della lettera raccomandata del Contraente di cui al paragrafo precedente.

In caso di riconosciuta invalidità dell'Assicurato, questi e il Contraente, per continuare a usufruire delle garanzie previste dalla presente Assicurazione Complementare, sono tenuti nei confronti della Società a:

- comunicare ogni eventuale cambio del luogo di residenza dell'Assicurato;
- fornire ogni notizia necessaria ad accertare il permanere dell'invalidità e comunicare in ogni caso l'intervenuta cessazione o le mutate condizioni dell'invalidità stessa;
- consentire che la Società accerti, con medici di sua fiducia, a sue spese, e non più di una volta all'anno, la persistenza dell'invalidità.

Art. 5 - Controversia e Collegio Arbitrale

Qualora - entro i termini di tempo previsti al precedente art. 4 - l'invalidità non venga riconosciuta dalla Società, oppure quando ne venga da questa accertata la cessazione, il Contraente, purché la Polizza sia regolarmente in vigore, ha facoltà di chiedere la constatazione dello stato d'invalidità dell'Assicurato a mezzo di un Collegio arbitrale composto di tre medici, a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata alla Direzione della Società entro il termine di 60 giorni dalla comunicazione avutane.

I medici verranno nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio.

Il collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 6 - Cessazione della garanzia

La presente Assicurazione Complementare si estingue nei seguenti casi:

- mancato pagamento dei premi della Polizza base;
- al termine dell'anno di assicurazione nel quale l'Assicurato compie 65 anni;
- nel momento in cui viene riconosciuto lo stato di invalidità dell'Assicurato e corrisposta la relativa prestazione.

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

Se la Polizza prevede anche altre garanzie Complementari, tali garanzie cessano al momento stesso in cui l'Assicurato viene riconosciuto invalido ai sensi delle presenti Condizioni Contrattuali. I relativi premi non saranno più dovuti.

Art. 7 - Esclusione dell'Assicurazione Complementare

La presente Assicurazione Complementare non contempla i casi di invalidità che siano l'espressione o la conseguenza di infortuni, malattie, malformazioni o situazioni patologiche insorte o comunque preesistenti anteriormente alla stipulazione della polizza, anche se all'epoca non ancora conosciute. Sono inoltre esclusi dall'oggetto dell'assicurazione i casi di invalidità:

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

o causati da:

- attività che implicino contatto/uso di materiale nocivo, venefico, esplosivo e/o radioattivo; minatori; scavatori di gallerie o tunnel, personale circense, controfigure cinematografiche, attività svolte su piattaforme petrolifere, attività sottomarine subacquee;
- attività manuali (a titolo esemplificativo e non esaustivo: installazione, montaggio di tralicci, impalcature, antenne, radar e pulizia di vetri, insegne e simili) svolte prevalentemente oltre 10 m. di altezza;
- pratica di sport pericolosi o estremi quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo: sci alpinismo, sci o snowboard acrobatico, scalate di rocce o ghiacciai oltre il terzo grado (scala U.I.A.A.), competizioni di veicoli e/o natanti a motore organizzate da Federazioni o Enti riconosciuti e relative prove, bungee jumping, tuffi dalle grandi altezze, uso di ultraleggeri, deltaplani e simili, paracadutismo in caduta, torrentismo, immersioni subacquee ad una profondità superiore ai 30 metri, speleologia;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;
- dolo del Contraente/Assicurato;
- stati di alcolismo acuto o cronico, uso di stupefacenti ed allucinogeni o psicofarmaci, a meno che l'uso di stupefacenti, allucinogeni o psicofarmaci sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza
- infezione da virus HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita o sindromi o stati assimilabili;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- partecipazione attiva a operazioni militari, scioperi, sommosse, tumulti, invasioni, vandalismi compiuti o tentati dall'Assicurato, partecipazione attiva a fatti di guerra, dichiarata o di fatto, salvo che ciò non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo ed, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- Infortuni o malattie causati da atti volontari di autolesionismo (ivi incluso il tentativo di suicidio) compiuti dall'Assicurato o da lui consentiti o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso procurato;
- sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici;
- applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica a seguito di infortunio o malattia avvenuti durante il periodo di polizza;
- cure o interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni già in essere prima della data di effetto delle garanzie;

- 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. 8 - Cessazione dello stato di invalidità

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

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

Art. 9 - Richiamo alle Condizioni della Garanzia Base

Alla presente Assicurazione Complementare si applicano, per quanto qui non regolato, le Condizioni Contrattuali della garanzia base di Polizza. In ogni caso non si applicano gli articoli relativi alla riduzione, al riscatto e al prestito.

Art. 10 - Costo della garanzia

Il costo della presente Assicurazione Complementare è pari - fino ad un'età a scadenza di 60 anni - all'1% del premio annuo dovuto per la Garanzia Base. Per età a scadenza maggiori, tale aliquota diviene pari a:

Età a scadenza	Aliquota	Età a scadenza	Aliquota
61	1,50%	66	4,00%
62	2,00%	67	4,50%
63	2,50%	68	5,00%
64	3,00%	69	5,50%
65	3,50%	70	6,00%

Sezione 3/B

Assicurazione per il caso di morte da infortunio

(abbinabile esclusivamente alle tariffe)

Art. 1 - Oggetto

Se la polizza è al corrente con il pagamento dei premi e qualora l'Assicurato deceda nel corso della durata contrattuale a causa di un infortunio - quale definito al successivo art. 3 - la Società si impegna a liquidare ai Beneficiari designati in polizza un capitale addizionale pari al capitale, rivalutato alla data del decesso, assicurato con la Garanzia Base del contratto.

Art. 2 - Condizioni per il raddoppio del capitale

Il capitale garantito, quale definito all'art. 1, è raddoppiato se la morte avviene per infortunio:

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

Art. 3 - Definizione di infortunio

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

- a) l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- b) l'avvelenamento, le intossicazioni e le lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere, salvo quanto previsto dall'art. 4 lettera d) che segue;
- c) morsi di animali, le punture e le ustioni di animali e vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni risarcibili a termini delle presenti condizioni particolari;
- d) l'affogamento;
- e) le lesioni (esclusi gli infarti e le ernie) determinate da sforzi;
- f) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio;
- g) gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche ed improvviso contatto con corrosivi;
- h) quelli sofferti in stato di malore e/o incoscienza;
- i) quelli conseguenti ad imperizia, imprudenza o negligenza anche dovuti a colpa grave;
- l) gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, aggressioni od atti violenti cui l'Assicurato non abbia preso parte.

Art. 4 - Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni

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

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

Art. 5 - Estinzione dell'assicurazione

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

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

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

Art. 6 - Pagamento del capitale assicurato

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

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

Art. 7 - Rinuncia al diritto di surroga

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

Art. 8 - Richiamo alle Condizioni della Garanzia Base

Alla presente Assicurazione Complementare si applicano, per quanto qui non regolato, le Condizioni Contrattuali della garanzia base di Polizza. In ogni caso non si applicano gli articoli relativi alla riduzione, al riscatto e al prestito.

Non è applicabile, per questa assicurazione Complementare, il periodo di "carenza" eventualmente previsto dalla Garanzia Base o da altre assicurazioni Complementari stipulate senza visita medica.

Art. 9 - Costo della Garanzia Infortuni

Il costo iniziale della presente assicurazione Complementare è pari al 2 per mille, imposte incluse, del capitale iniziale assicurato con la Garanzia Base di polizza. Ad ogni successiva ricorrenza annuale del contratto il costo suddetto:

1. Forma Garanzia Base a premi Costanti: rimarrà costante;
2. Forma Garanzia Base a premi Rivalutabili: si rivaluterà dell'identica misura percentuale applicata alla rivalutazione del capitale della garanzia base.

Sezione 3/C

Assicurazione Complementare Temporanea per il caso di morte a Capitale Costante ed a Premio Annuo Costante (abbinabile esclusivamente alle tariffe)

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

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

Art. 1 - Oggetto

Se la polizza è al corrente con il pagamento dei premi e qualora l'Assicurato deceda prima della scadenza contrattuale, la Società garantisce ai Beneficiari designati il pagamento del relativo capitale assicurato indicato in Polizza. In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza della Polizza, la presente garanzia assicurativa si intenderà estinta ed i relativi premi pagati resteranno acquisiti alla Società.

Art. 2 - Premio annuo e interruzione del pagamento dei premi

Il premio annuo pattuito è costante per tutta la durata contrattuale ed è dovuto non oltre l'anno di decesso dell'Assicurato.

Qualora il Contraente interrompa il pagamento dei premi della Polizza nel corso della durata contrattuale, la presente copertura assicurativa si intenderà estinta, qualunque sia il numero dei premi annui corrisposti, ed i premi versati relativi alla presente assicurazione Complementare resteranno acquisiti alla Società.

Art. 3 - Riattivazione

Nel caso di sospensione del pagamento dei premi la polizza potrà essere riattivata in base a quanto previsto nello specifico articolo delle Condizioni Contrattuali della Polizza base.

Qualora la riattivazione venisse richiesta successivamente ai primi 6 mesi dalla prima rata di premio non pagata, la Società si riserva il diritto di richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

Art. 4 - Esclusioni e Limitazioni dell'assicurazione

Le esclusioni e le limitazioni della presente assicurazione sono quelle medesime previste dall'art. 6, Sezione 2, delle Condizioni Contrattuali della garanzia base della Polizza.

Art. 5 - Richiamo alle condizioni della Garanzia base

Alla presente Assicurazione Complementare si applicano, per quanto qui non regolato, le Condizioni Contrattuali della garanzia base di Polizza. In ogni caso non si applicano gli articoli relativi alla riduzione, al riscatto e al prestito.

Assicurazione “Terminal Illness”

Complementare all’Assicurazione Temporanea per il caso di morte a Capitale Costante ed a Premio Annuo Costante

(abbinabile esclusivamente alle tariffe)

Art. 1 - Oggetto e Definizione di “Terminal Illness”

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

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

Art. 2 - Costo dell’Assicurazione Complementare “Terminal Illness”

Nessun costo aggiuntivo è previsto per la presente Assicurazione Complementare.

Art. 3 - Durata e risoluzione dell’assicurazione

La durata dell’assicurazione “Terminal Illness” è uguale alla durata dell’Assicurazione Temporanea per il caso di morte diminuita di un anno.

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

Art. 4 - Esclusioni e Limitazioni dell’assicurazione

Le esclusioni e le limitazioni della presente assicurazione sono quelle medesime previste dall’art. 6, Sezione 2, delle Condizioni Contrattuali della Polizza base.

Art. 5 - Denuncia dello stato di malattia terminale

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

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

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

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

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

L’assicurazione prevista dalla Garanzia Temporanea per il caso di morte, e le eventuali altre Assicurazioni Complementari, cesseranno una volta eseguito il pagamento della presente Assicurazione Complementare, e rimarrà in vigore la sola garanzia assicurata relativa alla Polizza base.

Il premio dovuto dal Contraente dopo il riconoscimento dello stato di malattia terminale riguarderà pertanto solo quest’ultima garanzia.

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

Art. 7 - Richiamo alle condizioni della Garanzia base

Alla presente Assicurazione Complementare si applicano, per quanto qui non regolato, le Condizioni Contrattuali della garanzia base di Polizza. In ogni caso non si applicano gli articoli relativi alla riduzione, al riscatto e al prestito.

Sezione 3/E

Assicurazione Complementare "SalvaVita" per il caso di malattia grave (abbinabile esclusivamente alle tariffe)

Art. 1 - Oggetto

Se la polizza è al corrente con il pagamento dei premi e qualora all'Assicurato, prima della scadenza contrattuale, venga diagnosticata una delle malattie gravi descritte al successivo art. 2, la Società garantisce ai Beneficiari designati il pagamento del relativo capitale assicurato indicato in Polizza, esonerando contestualmente il Contraente dal pagamento dei premi residui dovuti per la Polizza base mentre, contemporaneamente, tutte le eventuali garanzie Complementari si estinguono. Nel caso in cui, alla data di scadenza dell'assicurazione SalvaVita, l'Assicurato non sia stato colpito da alcuna delle citate malattie gravi, la presente garanzia assicurativa si intenderà estinta ed i relativi premi pagati resteranno acquisiti dalla Società.

La Garanzia SalvaVita è prestata fino all'età massima di 65 anni. Fermo restando questo limite, l'età per l'ingresso in assicurazione varia da 18 a 60 anni e la durata contrattuale massima prevista è di 10 anni. L'abbinamento di questa garanzia complementare è inoltre consentito solo nel caso in cui la durata contrattuale della garanzia base sia minore o uguale a 20 anni.

Art. 2 - Definizione delle malattie gravi indennizzabili

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

Cancro

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

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

Dalla garanzia sono esclusi:

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

Chirurgia Cardiovascolare

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

Infarto miocardico

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

- Anamnesi di precordialgia tipica;
- Nuove alterazioni elettrocardiografiche;
- Aumento degli enzimi cardiaci.

Ictus

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

- a) Infarto del tessuto cerebrale;
 - b) Emorragia di vaso intracranico;
- oppure:
- c) Embolizzazione da fonte extracranica.

Insufficienza renale

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

Trapianto di organi principali

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

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

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

Cecità

Perdita totale, permanente e irreversibile della vista in entrambi gli occhi dovuta a trauma o malattia. La diagnosi deve essere confermata clinicamente da un oculista specialista. La cecità è tale solo se è impossibile correggerla mediante procedura medico-chirurgica.

Sclerosi multipla

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

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

Art. 3 - Condizioni di assicurabilità

La stipulazione della polizza è subordinata all'esito positivo della visita medica, che deve essere comprensiva di analisi microscopica delle urine eseguita in laboratorio, cui l'Assicurando deve sottoporsi con onere a suo carico. Il capitale massimo assicurabile è pari a Euro 220.000,00 e, in presenza di visita medica, non è previsto alcun periodo di carenza, quale successivamente descritto.

Ferma restando la facoltà, da parte dell'Assicurando di sottoporsi a visita medica, la stipulazione della polizza è consentita anche senza visita medica, nei limiti dei seguenti capitali assicurati per classi di età:

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

(*) L'importo del capitale si intende comprensivo anche di quello relativo alla Polizza base e della garanzia Complementare Temporanea per il caso di morte (Sezione 3/C), se prevista. Qualora il capitale complessivamente assicurato fosse superiore ai limiti indicati in tabella, non sarà possibile stipulare la polizza con la clausola di carenza. In tal caso, il perfezionamento del contratto è comunque subordinato all'esame della documentazione sanitaria prevista dalla Società in relazione ad età ed ammontare del capitale assicurato.

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

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

Il premio per la Garanzia SalvaVita è determinato applicando i tassi di premio in vigore all'epoca della sua stipulazione, con riferimento all'età dell'Assicurato a tale epoca ed alla relativa durata contrattuale.

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

Sono escluse dalla garanzia soltanto le malattie gravi:

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

causate da:

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

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

Per tutti i pagamenti della Società devono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti - specificati al successivo art. 4 ed in allegato al presente fascicolo - atti a

verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto. La Società richiederà comunque il certificato di nascita dell'Assicurato che può essere consegnato fin dal momento della stipulazione del contratto o che, in difetto, verrà richiesto con lettera raccomandata dalla Società all'Assicurato subito dopo la stipulazione.

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

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

La Società si impegna ad accertare l'avvenuta diagnosi della malattia grave entro 60 giorni dalla data del timbro postale di ricevimento della suindicata lettera raccomandata, salvo il caso di denuncia di sopravvenuta Invalidità Totale e Permanente (se la relativa copertura è stata prevista): in quest'ultimo caso il periodo di tempo massimo previsto per l'accertamento è di 180 giorni.

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

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

Accertata la diagnosi della malattia grave, la Società corrisponderà il capitale assicurato entro 20 giorni dalla data dell'avvenuto accertamento e comunque non oltre 20 giorni dal limite indicato al paragrafo precedente, esonerando contestualmente il Contraente dal pagamento dei premi residui dovuti per la Polizza base. Tutte le eventuali garanzie Complementari presenti in Polizza verranno annullate con effetto dalla data di insorgenza della malattia grave.

In particolare, una volta corrisposto il capitale assicurato dovuto per la presente garanzia, l'assicurazione Complementare SalvaVita si estingue e nulla è più dovuto nel caso in cui l'Assicurato venga colpito da altra malattia grave, mentre la Polizza base resta in vigore sia per quanto garantito in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza sia per quanto garantito nel caso di premorienza.

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

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

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

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

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

In caso di mancato accordo entro 10 giorni dalla richiesta dell'arbitrato, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Presidente del Tribunale dove ha sede il Contraente. Il Collegio Arbitrale decide entro 30 giorni dalla sua costituzione, a maggioranza, senza formalità di

procedura, come amichevole compositore, con parere vincolante anche se uno dei componenti rifiuta di firmare il relativo verbale.

Gli arbitri, qualora lo ritengano opportuno e senza obbligo di sentenza, possono promuovere qualsiasi tipo di accertamento sanitario. Ciascuna delle parti sopporta le spese e le competenze del proprio medico prescelto e la metà di quelle del terzo medico.

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

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

Art. 5 - Prestazioni assicurate

Lo sviluppo del capitale assicurato e del relativo premio nel corso della durata contrattuale dipendono dalla forma della Garanzia Base.

A) Garanzia Base a Premio Costante

Il premio ed il capitale assicurato, relativi alla presente garanzia Complementare, restano costanti per tutta la durata contrattuale. Entrambi gli importi sono indicati nel documento di Polizza.

B) Garanzia Base a Premio Rivalutabile

Il premio ed il capitale assicurato, relativi alla presente garanzia Complementare, si rivaluteranno annualmente sulla base della medesima aliquota di partecipazione e rendimento del Fondo previsti dalla Clausola di Rivalutazione delle Condizioni Contrattuali della Polizza base (Sezione 2/A2).

La misura annua di rivalutazione sarà uguale al rendimento attribuito diminuito del tasso tecnico, pari al 4%, già riconosciuto nel calcolo del capitale inizialmente assicurato, che costituisce la garanzia minima di rivalutazione della prestazione assicurata per tutta la durata contrattuale.

Il capitale rivalutato sarà determinato sommando al capitale, in vigore nel periodo annuale precedente, un importo ottenuto moltiplicando il capitale assicurato stesso per la misura della rivalutazione quale precedentemente definita. Anche il premio verrà rivalutato nella medesima proporzione.

L'incremento da rivalutazione annua si intende acquisito di diritto nella polizza e quindi la polizza stessa si considera come sottoscritta sin dall'origine per i nuovi aumentati importi.

Art. 6 - Pagamento del premio annuo ed esonero dal pagamento dei premi

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

A partire dalla data della diagnosi di una delle malattie gravi indennizzabili a norma dell'art. 2, il Contraente sospende il pagamento delle rate di premio dovute a fronte della Polizza base, ferme restando le relative garanzie in corso.

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

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

Art. 7 - Obblighi delle parti

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

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete. Nel caso di dichiarazioni inesatte e/o reticenti, la Società applicherà quanto previsto dalla normativa

vigente in presenza ed in assenza di dolo o colpa grave (rispettivamente artt. 1892 e 1893 del Codice Civile).

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

Art. 8 - Richiamo alle condizioni della Garanzia base

Alla presente garanzia si applicano, per quanto qui non regolato, le disposizioni della Polizza base. In ogni caso non si applicano gli articoli relativi alla riduzione, al riscatto e al prestito.

Assicurazione "SalvaVita" per il caso di malattia grave (abbinabile esclusivamente alle tariffe)

Estensione garanzia

Qualora esplicitamente richiesto nel documento di Proposta, e richiamato dalla conferma contrattuale rilasciata dalla Società al perfezionamento del contratto, alla lista delle malattie gravi, di cui all'art. 2, ricomprese nella copertura assicurativa della presente garanzia Complementare e considerate indennizzabili, viene aggiunta - fermo restando le Condizioni di applicabilità descritte nella presente Sezione - la seguente:

Invalidità Totale e Permanente

Per invalidità totale e permanente si intende la perdita totale e permanente della capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, quale che fosse la professione esercitata dall'Assicurato e semprechè il grado di invalidità risulti pari o superiore al 65%.

L'invalidità deve essere stata causata da una malattia organica o lesione fisica, oggettivamente accertabile ed indipendente dalla volontà dell'Assicurato.

Per il calcolo del grado di invalidità dovuta ad infortunio si conviene di adottare la tabella delle percentuali allegata al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124.

Esclusioni dalla garanzia "Invalidità Totale e Permanente"

È esclusa dall'oggetto dell'assicurazione l'invalidità:

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

o causata da:

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

- malattie del sistema nervoso, disturbi mentali, disturbi comportamentali, disturbi della personalità, disturbi dell'umore compresi anche gli stati paranoidi, le forme maniaco-depressive e la schizofrenia;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, uso e guida di mezzi subacquei; uso di aeromobili non autorizzati al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- partecipazione dell'Assicurato alla guida o anche come passeggero di veicoli o natanti a motore, in competizioni agonistiche e nelle relative prove;
- pratica delle seguenti attività sportive: alpinismo, arrampicata libera, speleologia, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), hockey, rugby, football americano, arti marziali, pugilato, atletica pesante, immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico, bob;
- partecipazione dell'Assicurato in competizioni o relative prove ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo.

Sezione 4

Condizioni supplementari di Carenza

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

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

Art. 1 - Carenza per contratti senza visita medica

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

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

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiuolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;
- c) di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio (fermo quanto disposto all'art. 6 delle Condizioni della Garanzia Base) l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Rimane inoltre convenuto, che qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni (sette anni se il capitale assicurato supera i 220.000,00 Euro) dal

perfezionamento della polizza e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato. In suo luogo, qualora non si tratti di assicurazione di puro rischio, e risulti al corrente con il pagamento dei premi od abbia acquisito il diritto alla riduzione, sarà corrisposta una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto di eventuali spese accessorie ed imposte. Resta inteso che, nel caso di riduzione, il suddetto importo non potrà superare il valore della prestazione ridotta prevista per il caso di morte.

ALLEGATO 1

Coefficienti di riscatto in corrispondenza dell'età raggiunta dall'Assicurato alla data della richiesta per Euro 1.000,00 di capitale rivalutato.

Età	Coefficiente	Età	Coefficiente	Età	Coefficiente	Età	Coefficiente
19	744,885	40	822,997	61	903,495	82	967,084
20	748,433	41	826,882	62	907,101	83	969,401
21	751,990	42	830,776	63	910,681	84	971,571
22	755,558	43	834,677	64	914,244	85	973,423
23	759,141	44	838,582	65	917,766	86	975,026
24	762,742	45	842,487	66	921,233	87	976,476
25	766,359	46	846,390	67	924,638	88	977,842
26	770,000	47	850,295	68	927,982	89	979,263
27	773,663	48	854,190	69	931,275	90	980,636
28	777,348	49	858,084	70	934,498	91	981,949
29	781,058	50	861,974	71	937,641	92	983,165
30	784,792	51	865,855	72	940,717	93	984,332
31	788,544	52	869,722	73	943,713	94	985,455
32	792,318	53	873,574	74	946,644	95	986,530
33	796,107	54	877,389	75	949,494	96	987,532
34	799,908	55	881,204	76	952,252	97	988,432
35	803,721	56	885,006	77	954,919	98	989,265
36	807,550	57	888,782	78	957,507	99	990,035
37	811,392	58	892,513	79	959,993	100	990,746
38	815,251	59	896,217	80	962,389	101	991,404
39	819,120	60	899,865	81	964,731	102	992,015

AVVERTENZA:

Nel caso in cui l'età raggiunta non fosse intera, il coefficiente da considerare deve essere ottenuto mediante interpolazione lineare dei coefficienti relativi alle età vicine.

Documentazione richiesta per ogni evento di liquidazione

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

Aliquota di retrocessione (o di partecipazione)	La percentuale del rendimento conseguito dalla gestione separata degli investimenti che la società riconosce agli assicurati.
Appendice	Documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la società ed il contraente.
Assicurato	Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o no con il contraente e con il Beneficiario. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.
Beneficiario	Persona fisica o giuridica designata in polizza dal contraente, che può coincidere o no con il contraente stesso e con l'Assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato.
Caricamenti	Parte del premio versato dal contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della società.
Composizione della gestione separata	Informazione sulle principali tipologie di strumenti finanziari o altri attivi in cui è investito il patrimonio della gestione separata.
Conclusione del contratto	Momento in cui il contraente riceve la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte della società. In assenza di tale comunicazione, è il giorno in cui il contraente riceve il contratto sottoscritto dalla società.
Condizioni contrattuali (o di polizza)	Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.
Contraente	Persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla società.
Contratto (di assicurazione sulla vita)	Contratto con il quale la società, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.
Controassicurazione dei premi	Clausola contrattuale che prevede la restituzione dei premi pagati in caso di decesso dell'Assicurato, secondo le modalità precisate nelle condizioni contrattuali.
Costi (o spese)	Oneri a carico del contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla società.
Costo percentuale medio annuo	Indicatore sintetico di quanto si riduce ogni anno, per effetto dei costi prelevati dai premi ed eventualmente dalle risorse gestite dalla società, il potenziale tasso di rendimento della polizza rispetto a quello di un'ipotetica operazione non gravata da costi.
Decorrenza della garanzia	Momento in cui le garanzie divengono efficaci ed in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.
Differimento (periodo di)	Nelle polizze che prevedono una prestazione liquidabile a scadenza, periodo che intercorre tra la conclusione del contratto e la liquidazione del capitale o della rendita.
Diritto proprio (del Beneficiario)	Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del contraente.

Durata del pagamento dei premi	Periodo che intercorre fra la data di decorrenza del contratto di assicurazione e la scadenza del piano di versamento dei premi previsto dal contratto stesso.
Età assicurativa	Modalità di calcolo dell'età dell'Assicurato che prevede che lo stesso mantenga la medesima età nei sei mesi che precedono e seguono il suo compleanno.
Franchigia	Clausola che esclude dal risarcimento i danni inferiori ad un determinato ammontare, indicato in cifra fissa o percentuale.
Gestione separata (o speciale)	Fondo appositamente creato dalla società di assicurazione e gestito separatamente rispetto al complesso delle attività, in cui confluiscono i premi al netto dei costi versati dai contraenti che hanno sottoscritto polizze rivalutabili. Dal rendimento ottenuto dalla gestione separata e dall'aliquota di retrocessione deriva la rivalutazione da attribuire alle prestazioni assicurate.
Imposta sostitutiva	Imposta applicata alle prestazioni che sostituisce quella sul reddito delle persone fisiche; gli importi ad essa assoggettati non rientrano più nel reddito imponibile e quindi non devono venire indicati nella dichiarazione dei redditi.
Indennizzo	Somma dovuta dalla società in caso di sinistro.
Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Intermediario	Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività.
IVASS (già ISVAP)	Istituto di vigilanza sulle assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo. A partire dal 1° gennaio 2013 l'IVASS è succeduta all'ISVAP in tutti i poteri, le funzioni e le competenze.
Malattia	Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.
Massimale	Somma fino alla cui concorrenza, per ciascun sinistro e per ciascun anno assicurativo, la società presta le garanzie.
Nota Informativa	Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la società deve consegnare al contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla società, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.
Perfezionamento del contratto	Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.
Periodo di copertura (o di efficacia)	Periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti.
Prescrizione	Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni.
Proposta	Documento o modulo sottoscritto dal contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla società la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.
Proroga	Prolungamento del periodo di efficacia del contratto di assicurazione.

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





UNIQA Previdenza SpA

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

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

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

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

Titutela Premio Annuo

Codice P001010 - Edizione maggio 2017

■ **Contratto di assicurazione in caso di morte a vita intera con rivalutazione del capitale.**

MODULO DI PROPOSTA

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Scheda Sintetica e la Nota Informativa.

UNIQA Previdenza SpA

Titutela Premio Annuo

- Premio Annuo Costante: tariffa IUP54RC_05
 Premio Annuo Rivalutabile: tariffa IUP54R_05

Agenzia _____ Cod. _____ Già inviata via fax
 Produttore _____ Cod. _____ Decorrenza polizza _____

Contraente

Cognome e nome / Ragione sociale* _____ Tip. di Ragione sociale** _____ Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Sesso M F
 Professione (indicare dettagliatamente le mansioni svolte e il settore di attività) _____ Residenza / Sede: via _____ N. _____
 Da barrare qualora l'indirizzo di corrispondenza differisca dall'indirizzo di residenza. È necessario compilare l'apposito modulo; in mancanza, ogni comunicazione verrà inviata all'indirizzo di residenza.
 Frazione (eventuale) _____ CAP _____ Comune _____ Prov _____
 Prefisso e telefono _____ Paese estero di residenza _____ Cittadinanza _____ Seconda Cittadinanza _____
 Codice fiscale (P.Iva solo in caso di Ditta Individuale) _____ Doc. di riconoscimento (allegato in copia leggibile) _____ N. documento _____
 È obbligatorio l'invio di un documento valido.
 Rilasciato da _____ Località di rilascio _____ Data di rilascio _____ Data di scadenza _____
 Codice sottogruppo (vedi tabella) _____ Codice Ateco (vedi tabella) _____
 Persona politicamente esposta SI NO CATEGORIA P.E.P. (vedi informativa sul retro del modulo) _____

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

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

Assicurando (compilare solo se diverso dal Contraente)

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

Beneficiari (I relativi codici sono descritti a pagina 6)

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

Caratteristiche contrattuali

Capitale assicurato iniziale _____ Premio annuo iniziale comprensivo dei diritti di quietanza (pari a Euro 2,00) _____
 Età dell'assicurato _____ Durata _____
 Questo importo, aumentato dei premi delle eventuali Garanzie Complementari e Facoltative, dovrà essere riportato nell'apposito spazio riservato al premio.

Garanzie Complementari

Assicurazione Complementare per l'esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità totale e permanente • Sez. 3/A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Assicurazione Complementare per il caso di morte da infortunio • Sez. 3/B <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Assicurazione Complementare Temporanea per il caso di morte a Capitale Costante ed a Premio Annuo Costante (il premio della presente garanzia non dovrà superare il 50% del premio della polizza base) • Sez. 3/C Capitale da assicurare _____ Premio annuo _____	Assicurazione Complementare "Salvavita" per il caso di malattia grave (capitale massimo Euro 220.000,00 - validità massima 10 anni) Estensione Garanzia Salvavita (Invalidità Totale Permanente generica) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Capitale da assicurare _____ Premio annuo _____

Premio

Premio annuo totale iniziale, comprensivo delle Garanzie Complementari e Facoltative scelte Euro _____ da corrispondersi con rateazione:
 Annuale Semestrale Quadrimestrale Trimestrale Mensile

A - Dichiarazioni dell'Assicurando e questionario sanitario

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

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

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

Firma dell'Assicurando

Luogo e data

B - Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto

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

A. Qual è attualmente il Suo stato occupazionale?

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

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

C. Attualmente possiede altri prodotti assicurativi vita?

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

D. Qual è la sua capacità di risparmio annuo?

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

Eventuali informazioni aggiuntive sulla situazione finanziaria

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

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

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

Intende perseguire i suoi obiettivi assicurativo-previdenziali attraverso:

- versamenti unici
- versamenti periodici

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

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

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

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

Dichiarazione di rifiuto di fornire le informazioni richieste

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

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

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

Dichiarazione di volontà di acquisto in caso di possibile inadeguatezza

Motivi di possibile inadeguatezza _____

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

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

Firma dell'Intermediario

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

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

Modalità di pagamento del premio consentite dalla Compagnia

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

- bonifico a favore di UNIQA Previdenza SpA sul c/c bancario Codice IBAN IT3000306912711100000011526, intestato a UNIQA Previdenza SpA presso INTESA SANPAOLO - Filiale Financial Institutions - Via Langhirano, 1 - 43125 PARMA;
- assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a UNIQA Previdenza SpA;

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

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

SDD - SEPA DIRECT DEBIT - Autorizzazione permanente di addebito in conto per richieste di incasso

Dati relativi al soggetto pagante

Intestatario del conto: nome e cognome / ragione sociale _____

Via _____

CAP _____ Città _____ Codice fiscale (obbligatorio) _____

Istituto di Credito _____ IBAN _____

Codice SWIFT/BIC _____

Codice identificativo del creditore: IT76ZZZ0000009493200159

La sottoscrizione del presente mandato comporta l'autorizzazione a UNIQA Previdenza SpA a richiedere alla Banca del debitore l'addebito del suo conto e l'autorizzazione alla Banca del debitore di procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da UNIQA Previdenza SpA. Il debitore ha diritto di ottenere il rimborso alla propria banca secondo gli accordi e alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima. Se del caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto. I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria banca.

Il sottoscritto prende pure atto che ove intenda sospendere il versamento periodico dovrà darne immediato avviso all'Azienda di Credito entro la data di scadenza dell'obbligazione.

Luogo e data

Firma dell'Intestatario

X

Dichiarazioni finali

- Io sottoscritto
- DICHIARO ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte da me rese - anche se materialmente scritte da altri - sono veritiere ed esatte e che non è stata taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza, facendomi carico di comunicare alla Compagnia eventuali variazioni dei dati da me forniti. Riconosco altresì che le dichiarazioni di cui al questionario A sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione dei rischi da parte della Società (ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile);
 - PROSCIOLGO dal segreto professionale e legale i medici e gli Enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, ed acconsento che tali informazioni siano dall'assicuratore stesso o da chi per lui comunicate ad altre persone od Enti per le necessità tecniche, statistiche assicurative e riassicurative;
 - PRENDO ATTO che la Società in qualsiasi momento ha la facoltà di richiedere ulteriori accertamenti sanitari e/o eventuali dichiarazioni che possano essere utili alla Società stessa sia per la valutazione del rischio sia per la definizione del sinistro;
 - PRENDO ATTO che la Società non sarà tenuta ad indicare i motivi delle proprie decisioni nel caso di applicazione di condizioni restrittive, rinvio o rifiuto della presente proposta che resterà comunque presso la Società, unitamente ad eventuale altra modulistica della Società stessa;
 - PRENDO ATTO che la sottoscrizione della presente proposta ed il contestuale pagamento dell'importo sopra indicato non determina l'operatività della garanzia assicurativa. Il contratto s'intenderà perfezionato nel momento in cui il proponente verrà a conoscenza dell'accettazione da parte della Società della presente proposta, mediante ricevimento di specifica comunicazione scritta con conferma della copertura assicurativa, che decorrerà dal giorno della sottoscrizione della proposta, ovvero mediante ricevimento dell'originale di polizza emesso dalla Società stessa. L'importo corrisposto contestualmente alla sottoscrizione della presente proposta sarà trattenuto dalla Società a titolo di deposito e, in caso di accettazione della stessa, con conseguente perfezionamento del contratto, sarà imputato a titolo di premio. In caso di mancata accettazione, la Società restituirà al Contraente, la somma trattenuta a titolo di deposito.

- PRENDO ATTO che:
 - le dichiarazioni sanitarie non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
 - prima della sottoscrizione dei questionari A e B, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
 - anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

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

Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente)

X _____

X _____

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

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

Indirizzo e mail _____

Firma del Contraente

X _____

Autocertificazione Trasparenza Fiscale

DA COMPILARE A CURA DELLE PERSONE FISICHE

- Il Contraente dichiara di "NON avere la residenza fiscale negli Stati Uniti ai fini FATCA".
- Il Contraente dichiara di "avere la residenza fiscale negli Stati Uniti ai fini FATCA" ed è consapevole del fatto che la società provvederà, in conformità alla normativa FATCA e alle leggi vigenti in Italia, a riportare determinate informazioni a lui riferibili alla competente Autorità Fiscale.

Codice fiscale identificativo _____ (TIN - Federal Taxpayer Identification Number - se Residenza ai fini Fiscali US)

Firma del Contraente

X _____

DA COMPILARSI A CURA SIA DELLE PERSONE FISICHE CHE DELLE PERSONE GIURIDICHE

Da compilarsi esclusivamente in caso di ulteriori residenze fiscali oltre a quelle già dichiarate:

Residenza fiscale _____ NIF (Numero Identificativo fiscale) _____

Il Contraente dichiara di avere ulteriori residenze fiscali oltre a quelle sopra indicate: SI NO

(Se SI, compilare il modulo "Autocertificazione Trasparenza fiscale FATCA e CRS" disponibile presso l'Intermediario)

Firma del Contraente

X _____ (o del Rappresentante legale/Delegato)

DA COMPILARSI A CURA DELLE SOLE PERSONE GIURIDICHE

- Il Contraente rientra in una delle seguenti categorie: SI NO (Se SI, compilare il modulo "Autocertificazione Trasparenza fiscale FATCA e CRS" disponibile presso l'Intermediario)
- Società con sede legale/luogo di costituzione o indirizzo in USA, o
- è un'Istituzione Finanziaria, o
- il proprio reddito deriva, per una quota maggiore del 50%, dallo svolgimento di attività finanziaria.

Firma del Rappresentante legale/Delegato

X _____

Informazioni per l'adeguata verifica della clientela

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

- a) Indicare l'area geografica ove si svolge prevalentemente la propria attività professionale: Italia; Unione Europea (UE); Area extra UE.
- b) Indicare lo scopo prevalente e la natura dell'operazione: Risparmio; Investimento; Tutela personale/familiare/previdenziale.
- c) Indicare la prevalente provenienza dei fondi utilizzati per la realizzazione della presente operazione:
 - Attività lavorativa; Smobilizzo fondi, azioni, titoli di stato o altri investimenti; Vendita/locazione beni mobili/immobili;
 - Eredità e/o liberalità; Vincite al gioco; Risarcimenti assicurativi; Assegni da coniuge.

Firma del Contraente

X _____

Consenso al trattamento dei dati personali

Preso atto dell'informativa a me rilasciata

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

Firma dell'Assicurando

X _____

Firma del Contraente

X _____ (o del Rappresentante legale/Delegato)

Spazio riservato all'Intermediario

Contestualmente alla firma della presente proposta il sottoscritto

(nome e cognome in chiaro di chi ritira effettivamente il mezzo di pagamento) _____

ritira: assegno bancario/circolare ordine di bonifico altro _____

Intestato a: UNIQA Previdenza SpA _____

Firma dell'Intermediario

BARRARE SE NON SI EFFETTUA ALCUN INCASSO

dell'importo di Euro _____

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

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

Firma dell'Intermediario

DICHIARO:

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

Firma e/o timbro del Contraente

(o del Rappresentante legale/Delegato)

Luogo e data

X _____

Comportamento tenuto in fase di sottoscrizione della presente proposta

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

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

Firma dell'Intermediario

X _____

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

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

1. Fonte dei dati personali

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

2. Finalità del trattamento dei dati

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

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

3. Modalità del trattamento dei dati

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Diffusione dei dati

I dati personali non saranno oggetto di diffusione.

7. Trasferimento dei dati all'estero

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

8. Diritti dell'Interessato

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

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

9. Il Titolare del trattamento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Persona fisica

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

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

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

P.E.P.: Persona politicamente esposta

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

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

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

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

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

Per familiari diretti si intendono:

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

Cliente Persona giuridica e titolare effettivo

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

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

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

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

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

Per titolare effettivo s'intende:

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

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

FAC - SIMILE

Titutela Premio Annuo

- Premio Annuo Costante: tariffa IUP54RC_05
 Premio Annuo Rivalutabile: tariffa IUP54R_05

Agenzia _____ Cod. _____ Già inviata via fax
 Produttore _____ Cod. _____ Decorrenza polizza _____

Contraente

Cognome e nome / Ragione sociale* _____ Tip. di Ragione sociale** _____ Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Sesso M F
 Professione (indicare dettagliatamente le mansioni svolte e il settore di attività) _____ Residenza / Sede: via _____ N. _____
 Da barrare qualora l'indirizzo di corrispondenza differisca dall'indirizzo di residenza. È necessario compilare l'apposito modulo; in mancanza, ogni comunicazione verrà inviata all'indirizzo di residenza.
 Frazione (eventuale) _____ CAP _____ Comune _____ Prov _____
 Prefisso e telefono _____ Paese estero di residenza _____ Cittadinanza _____ Seconda Cittadinanza _____
 Codice fiscale (P.Iva solo in caso di Ditta Individuale) _____ Doc. di riconoscimento (allegato in copia leggibile) _____ N. documento _____
 Rilasciato da _____ Località di rilascio _____ Data di rilascio _____ Data di scadenza _____
 Codice sottogruppo (vedi tabella) _____ Codice Ateco (vedi tabella) _____
 Persona politicamente esposta SI NO CATEGORIA P.E.P. (vedi informativa sul retro del modulo) _____

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

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

Assicurando (compilare solo se diverso dal Contraente)

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

Beneficiari (I relativi codici sono descritti a pagina 6)

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

Caratteristiche contrattuali

Capitale assicurato iniziale _____ Premio annuo iniziale comprensivo dei diritti di quietanza (pari a Euro 2,00) _____
 Età dell'assicurato _____ Durata _____
 Questo importo, aumentato dei premi delle eventuali Garanzie Complementari e Facoltative, dovrà essere riportato nell'apposito spazio riservato al premio.

Garanzie Complementari

<p>Assicurazione Complementare per l'esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità totale e permanente ➤ Sez. 3/A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Assicurazione Complementare per il caso di morte da infortunio ➤ Sez. 3/B <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>Assicurazione Complementare Temporanea per il caso di morte a Capitale Costante ed a Premio Annuo Costante (il premio della presente garanzia non dovrà superare il 50% del premio della polizza base) ➤ Sez. 3/C Capitale da assicurare _____ Premio annuo _____</p>	<p>Assicurazione Complementare "Salvavita" per il caso di malattia ➤ Sez. 3/C grave (capitale massimo Euro 220.000,00 - validità massima 10 anni) Estensione Garanzia Salvavita (Invalidità Totale Permanente generica) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Capitale da assicurare _____ Premio annuo _____</p>

Premio

Premio annuo totale iniziale, comprensivo delle Garanzie Complementari e Facoltative scelte Euro _____ da corrispondersi con rateazione:
 Annuale Semestrale Quadrimestrale Trimestrale Mensile

N.B. Nel caso in cui non fosse indicato il frazionamento, la polizza sarà emessa con frazionamento annuale. Spese di emissione Euro 2,00

B - Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto

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

A. Qual è attualmente il Suo stato occupazionale?

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

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

C. Attualmente possiede altri prodotti assicurativi vita?

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

D. Qual è la sua capacità di risparmio annuo?

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

Eventuali informazioni aggiuntive sulla situazione finanziaria

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

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

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

Intende perseguire i suoi obiettivi assicurativo-previdenziali attraverso:

- versamenti unici
- versamenti periodici

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

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

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

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

Dichiarazione di rifiuto di fornire le informazioni richieste

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

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

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

Dichiarazione di volontà di acquisto in caso di possibile inadeguatezza

Motivi di possibile inadeguatezza _____

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

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

Firma dell'Intermediario

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

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

Modalità di pagamento del premio consentite dalla Compagnia

Il pagamento dei premi - che deve avvenire con mezzi diversi dal denaro contante - può essere effettuato tramite una delle seguenti modalità:
 • bonifico a favore di UNIQA Previdenza SpA sul c/c bancario Codice IBAN IT3000308912711100000011526 intestato a UNIQA Previdenza SpA presso INTESA SANPAOLO - Filiale Financial Institutions - Via Langhirano, 1 - 43125 PARMA;
 • assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a UNIQA Previdenza SpA;

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

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

SDD - SEPA DIRECT DEBIT - Autorizzazione permanente di addebito in conto per richieste di incasso

Dati relativi al soggetto pagante

Intestatario del conto: nome e cognome / ragione sociale _____ Via _____

CAP _____ Città _____ Codice fiscale (obbligatorio) _____

Istituto di Credito _____ IBAN _____

Codice SWIFT/BIC _____

Codice identificativo del creditore: IT76ZZZ000009493200159

La sottoscrizione del presente mandato comporta l'autorizzazione a UNIQA Previdenza SpA a richiedere alla Banca del debitore l'addebito del suo conto e l'autorizzazione alla Banca del debitore di procedere a tale addebito conformemente alle disposizioni impartite da UNIQA Previdenza SpA. Il debitore ha diritto di ottenere il rimborso alla propria banca secondo gli accordi e alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima. Se del caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto. I diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicati nella documentazione ottenibile dalla propria banca.

Il sottoscritto prende pure atto che ove intende sospendere il versamento periodico dovrà darne immediato avviso all'Azienda di Credito entro la data di scadenza dell'obbligazione.

Luogo e data

Firma dell'Intestatario

X

Dichiarazioni finali

Io sottoscritto

- DICHIARO ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte da me rese - anche se materialmente scritte da altri - sono veritiere ed esatte e che non è stata taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza, facendomi carico di comunicare alla Compagnia eventuali variazioni dei dati da me forniti. Riconosco altresì che le dichiarazioni di cui al questionario A sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione dei rischi da parte della Società (ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile);
- PROSCIOLGO dal segreto professionale e legale i medici e gli Enti che possono o potranno avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Società credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, ed acconsento che tali informazioni siano dall'assicuratore stesso o da chi per lui comunicate ad altre persone od Enti per le necessità tecniche, statistiche assicurative e riassicurative;
- PRENDO ATTO che la Società in qualsiasi momento ha la facoltà di richiedere ulteriori accertamenti sanitari e/o eventuali dichiarazioni che possano essere utili alla Società stessa sia per la valutazione del rischio sia per la definizione del sinistro;
- PRENDO ATTO che la Società non sarà tenuta ad indicare i motivi delle proprie decisioni nel caso di applicazione di condizioni restrittive, rinvio o rifiuto della presente proposta che resterà comunque presso la Società, unitamente ad eventuale altra modulistica della Società stessa;
- PRENDO ATTO che la sottoscrizione della presente proposta ed il contestuale pagamento dell'importo sopra indicato non determina l'operatività della garanzia assicurativa. Il contratto s'intenderà perfezionato nel momento in cui il proponente verrà a conoscenza dell'accettazione da parte della Società della presente proposta, mediante ricevimento di specifica comunicazione scritta con conferma della copertura assicurativa, che decorrerà dal giorno della sottoscrizione della proposta, ovvero mediante ricevimento dell'originale di polizza emesso dalla Società stessa. L'importo corrisposto contestualmente alla sottoscrizione della presente proposta sarà trattenuto dalla Società a titolo di deposito e, in caso di accettazione della stessa, con conseguente perfezionamento del contratto, sarà imputato a titolo di premio. In caso di mancata accettazione, la Società restituirà al Contraente, la somma trattenuta a titolo di deposito.

- PRENDO ATTO che:
 - le dichiarazioni sanitarie non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
 - prima della sottoscrizione dei questionari A e B, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
 - anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

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

Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente)

X _____

X _____

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

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

Indirizzo e mail _____

Firma del Contraente

X _____

Autocertificazione Trasparenza Fiscale

DA COMPILARE A CURA DELLE PERSONE FISICHE

- Il Contraente dichiara di "NON avere la residenza fiscale negli Stati Uniti ai fini FATCA".
- Il Contraente dichiara di "avere la residenza fiscale negli Stati Uniti ai fini FATCA" ed è consapevole del fatto che la società provvederà, in conformità alla normativa FATCA e alle leggi vigenti in Italia, a riportare determinate informazioni a lui riferibili alla competente Autorità Fiscale.

Codice fiscale identificativo _____ (TIN - Federal Taxpayer Identification Number - se Residenza ai fini Fiscali US)

Firma del Contraente

X _____

DA COMPILARSI A CURA SIA DELLE PERSONE FISICHE CHE DELLE PERSONE GIURIDICHE

Da compilarsi esclusivamente in caso di ulteriori residenze fiscali oltre a quelle già dichiarate:

Residenza fiscale _____ NIF (Numero Identificativo fiscale) _____

Il Contraente dichiara di avere ulteriori residenze fiscali oltre a quelle sopra indicate: SI NO

(Se SI, compilare il modulo "Autocertificazione Trasparenza fiscale FATCA e CRS" disponibile presso l'Intermediario)

Firma del Contraente

X _____ (o del Rappresentante legale/Delegato)

DA COMPILARSI A CURA DELLE SOLE PERSONE GIURIDICHE

- Il Contraente rientra in una delle seguenti categorie: SI NO (Se SI, compilare il modulo "Autocertificazione Trasparenza fiscale FATCA e CRS" disponibile presso l'Intermediario)
- Società con sede legale/luogo di costituzione o indirizzo in USA, o
- è un'Istituzione Finanziaria, o
- il proprio reddito deriva, per una quota maggiore del 50%, dallo svolgimento di attività finanziaria.

Firma del Rappresentante legale/Delegato

X _____

Informazioni per l'adeguata verifica della clientela

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

- a) Indicare l'area geografica ove si svolge prevalentemente la propria attività professionale: Italia; Unione Europea (UE); Area extra UE.
- b) Indicare lo scopo prevalente e la natura dell'operazione: Risparmio; Investimento; Tutela personale/familiare/previdenziale.
- c) Indicare la prevalente provenienza dei fondi utilizzati per la realizzazione della presente operazione:
 - Attività lavorativa; Smobilizzo fondi, azioni, titoli di stato o altri investimenti; Vendita/locazione beni mobili/immobili;
 - Eredità o liberalità; Vincite al gioco; Risarcimenti assicurativi; Assegni da coniuge.

Firma del Contraente

X _____

Consenso al trattamento dei dati personali

Preso atto dell'informativa a me rilasciata

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

Firma dell'Assicurando

X _____

Firma del Contraente

X _____ (o del Rappresentante legale/Delegato)

Spazio riservato all'Intermediario

Contestualmente alla firma della presente proposta il sottoscritto

(nome e cognome in chiaro di chi ritira effettivamente il mezzo di pagamento) _____

ritira: assegno bancario/circolare ordine di bonifico altro _____

Intestato a: UNIQA Previdenza SpA _____

dell'importo di Euro _____

BARRARE SE NON SI EFFETTUA ALCUN INCASSO

Firma dell'Intermediario

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

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

Firma dell'Intermediario

DICHIARO:

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

Luogo e data

Firma e/o timbro del Contraente

(o del Rappresentante legale/Delegato)

X _____

Comportamento tenuto in fase di sottoscrizione della presente proposta

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

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

Firma dell'Intermediario

X _____

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

Informativa resa all'interessato per il trattamento di dati personali

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

1. Fonte dei dati personali

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

2. Finalità del trattamento dei dati

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

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

3. Modalità del trattamento dei dati

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Diffusione dei dati

I dati personali non saranno oggetto di diffusione.

7. Trasferimento dei dati all'estero

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

8. Diritti dell'Interessato

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

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

9. Il Titolare del trattamento

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

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

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

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

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

Informazioni in materia di obblighi di adeguata verifica della clientela per l'apertura di un rapporto continuativo (Titolo II, art. 15 e ss. D.Lgs. 231/2007 e successive modificazioni e integrazioni e Sezione II, art. 7 e ss. del Regolamento IVASS n. 5 del 21/07/2014)

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

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

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

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

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

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

Persona fisica

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

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

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

P.E.P.: Persona politicamente esposta

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

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

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

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

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

Per familiari diretti si intendono:

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

Cliente Persona giuridica e titolare effettivo

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

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

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

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

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

Per titolare effettivo s'intende:

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

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

FAC - SIMILE