



LTC-FSI3

Assicurazione per il caso di Non Autosufficienza di rendita vitalizia per collettività a premio medio annuo
(Tariffa LTC-FSI3)

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE comprensive di Glossario

Documento redatto in conformità alle Linee guida del Tavolo tecnico sulla semplificazione dei contratti

Data ultimo aggiornamento: 26/01/2026

Presentazione

LTC-FSI3, la soluzione di protezione assicurativa per collettività di Unipol contro il rischio di Non Autosufficienza illustrata nel presente Set Informativo, è regolata dalle Condizioni di Assicurazione che seguono e che disciplinano il contratto insieme alla Convenzione, alla scheda di Polizza ed eventuali appendici sottoscritte tra le parti.

Per facilitare la lettura sono stati inseriti all'interno delle Condizioni di Assicurazione dei box di consultazione, a fini esemplificativi senza alcun valore contrattuale, in cui sono riportate rappresentazioni pratiche o numeriche, a maggior comprensione di alcuni passaggi.

Le Condizioni di Assicurazione sono inoltre introdotte da un Glossario che riporta la spiegazione dei termini tecnici che possono ricorrere nei contratti di Assicurazione sulla Vita.

Per tutte le comunicazioni che riguardano il contratto, diverse da quelle per cui è richiesta una specifica modalità nel Set Informativo, il Contraente potrà interessare l'Intermediario incaricato dalla Società a cui è stato assegnato il contratto, oppure potrà scrivere, specificando gli elementi identificativi del contratto, direttamente alla Società:

Unipol Assicurazioni S.p.A. - Area Life
Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna

L'elenco degli intermediari incaricati è disponibile presso la Direzione della Società ed è riportato sul sito www.unipol.it

È a disposizione del Contraente un'area riservata gratuita a cui è possibile accedere in modalità protetta tramite la procedura di autenticazione indicata sul sito www.unipol.it

INDICE

GLOSSARIO	4
CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?	6
ART. 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO	6
ART. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATE E DEFINIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA	6
ART. 3 - EROGAZIONE DELLA RENDITA	7
CI SONO LIMITI DI COPERTURA?	8
ART. 4 - ESCLUSIONI	8
ART. 5 - LIMITAZIONI	8
CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?	9
ART. 6 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO	9
ART. 7 - DENUNCIA ED ACCERTAMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	9
ART. 8 - RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	10
ART. 9 - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ	10
QUANDO E COME DEVO PAGARE?	10
ART. 10 - PREMIO	10
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?	11
ART. 11 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO	11
ART. 12 - INGRESSO E PERMANENZA NELL'ASSICURAZIONE, ENTRATA IN VIGORE DELLE GARANZIE	11
ART. 13 - DURATA DEL CONTRATTO E PERIODO DI COPERTURA DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE	11
ART. 14 - MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI: SOSPENSIONI DELLE GARANZIE E RISOLUZIONE DELL'ASSICURAZIONE	11
ART. 15 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE	11
COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO?	11
ART. 16 - DIRITTO DI RECESSO	11
SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI?	11
ART. 17 - RISCOSSO E RIDUZIONE	11
COME POSSO RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	11
ART. 18 - CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE	11
ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI	12
ART. 19 - DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO	12
ART. 20 - NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRAIBILITÀ	12
ART. 21 - LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO	12
ART. 22 - IMPOSTE E TASSE	12
ART. 23 - FORO COMPETENTE	12
ALLEGATO A – DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE ALLA SOCIETÀ IN RELAZIONE ALLA CAUSA DEL PAGAMENTO	13

GLOSSARIO

I vocaboli sotto elencati hanno il seguente significato:

Appendice: Documento che forma parte integrante del contratto, sottoscritto insieme ad esso o in un momento successivo, per modificarne o integrarne alcuni aspetti, in base a quanto concordato tra la Società ed il Contraente.

Assicurato: Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto. Le prestazioni sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita. Può coincidere con il Contraente e/o con il Beneficiario.

Assicurazione (o Garanzia) di rischio: Assicurazione finalizzata alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato (ad esempio il decesso, l'invalidità o la perdita di non autosufficienza), che prevede il pagamento della prestazione esclusivamente al verificarsi di tali eventi.

Assicurazione: Vedi "Contratto di assicurazione sulla vita".

Beneficiario: Persona fisica o giuridica designata dal Contraente, che riceve la prestazione contrattuale quando si verifica l'evento previsto. Può coincidere con il Contraente stesso e/o con l'Assicurato.

Carenza: Periodo durante il quale le garanzie del contratto non sono efficaci o hanno efficacia limitata. Se l'evento oggetto del contratto avviene in tale periodo, la Società non corrisponde la prestazione assicurata o corrisponde una somma inferiore.

Caricamenti: Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi sostenuti dalla Società.

Collettiva: Contratto di assicurazione sulla vita o di capitalizzazione operante in applicazione di un'apposita Convenzione che il Contraente stipula con la Società per i componenti di una collettività omogenea di individui, ciascuno dei quali potrà essere inserito nel contratto collettivo con una propria posizione individuale (esempio: il datore di lavoro che stipula l'assicurazione collettiva per i propri dipendenti).

Consolidamento: Meccanismo in base al quale vengono definitivamente acquisiti, con la periodicità stabilita, il rendimento attribuito al contratto e, quindi, la maggiorazione delle prestazioni conseguente alla rivalutazione.

Contraente: Persona fisica o giuridica che stipula il contratto con la Società e si impegna al versamento dei premi. Può coincidere con l'Assicurato e/o con il Beneficiario.

Contratto di assicurazione sulla vita: Contratto con il quale la Società, a fronte del pagamento del premio, s'impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

Contratto rivalutabile: Contratto caratterizzato da un meccanismo di adeguamento delle prestazioni derivante dalla partecipazione al rendimento di una Gestione separata.

Convenzione: Contratto che il Contraente stipula con la Società per concludere assicurazioni sulla vita o capitalizzazioni in forma collettiva.

Detraibilità fiscale (del premio versato): Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che, secondo la normativa vigente, può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.

Domicilio Abituale: Luogo in cui il Contraente ha stabilmente fissato l'effettiva sede abituale dei propri affari e interessi.

Garanzia: Prestazione contrattuale che la Società si impegna a pagare al Beneficiario in base alle condizioni previste dal contratto; ad essa possono essere abbinate altre prestazioni che di conseguenza vengono definite complementari o accessorie rispetto a quella principale.

Intermediario o Intermediario assicurativo: Persona fisica o giuridica, diversa da un'impresa di assicurazione o riassicurazione o da un dipendente della stessa e diversa da un intermediario assicurativo a titolo accessorio, che avvii o svolga a titolo oneroso l'attività di distribuzione assicurativa.

IVASS (ex ISVAP): Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nel settore assicurativo sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo. A far data dal 1° gennaio 2013 l'IVASS è succeduto in tutti i poteri, competenze e funzioni di vigilanza precedentemente affidati all'ISVAP.

Liti transfrontaliere: Controversie tra un Contraente di uno Stato membro ed un'impresa di assicurazione avente sede legale in un altro Stato membro.

Perfezionamento del contratto: Momento in cui avviene il pagamento del primo premio pattuito.

Polizza/Scheda di Polizza: Documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione o di capitalizzazione.

Premio/Versamento: Importo che il Contraente si impegna a corrispondere alla Società - in unica soluzione o secondo un piano di versamenti prestabilito - quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.

Prescrizione: Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.

Prestazione: Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario al

verificarsi dell'evento previsto dal contratto.

Proposta: Documento sottoscritto dal potenziale Contraente con il quale egli manifesta alla Società la volontà di concludere il contratto in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Quietanza: Documento che prova l'avvenuto pagamento (esempio: quietanza di premio rilasciata dalla Società al Contraente a fronte del versamento del premio; quietanza di liquidazione rilasciata dal Beneficiario alla Società a fronte del pagamento della prestazione).

Recesso: Diritto del Contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

Sinistro: Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto (ad esempio il decesso dell'Assicurato), per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata.

CHE COSA È ASSICURATO / QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

ART. 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO

Il contratto è un'assicurazione di rendita vitalizia per collettività per il caso di Non Autosufficienza a premio medio annuo (tariffa LTC-FSI3), le cui prestazioni assicurate sono descritte all'Art. 2.1.

ART. 2 - PRESTAZIONI ASSICURATE E DEFINIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

2.1 - Prestazioni assicurate

Con la presente assicurazione collettiva, in relazione a ciascuna posizione individuale presente nella scheda di Polizza emessa dalla Società per ogni periodo di copertura a fronte del versamento del relativo premio annuo, la Società garantisce, qualora si verifichi lo stato di Non Autosufficienza (come definito all'Art. 2.2 **e purché riconosciuto dalla Società**) dell'Assicurato durante il periodo di copertura stesso, il pagamento della rendita annua assicurata alla data della denuncia effettuata ai sensi dell'Art. 7. La rendita assicurata viene pagata al Beneficiario designato a norma della Convenzione, finché l'Assicurato è in vita e purché permanga lo stato di Non Autosufficienza. Le rate di rendita dovute sono quelle che scadono prima della data di decesso dell'Assicurato. Dovranno essere restituite alla Società le rate di rendita eventualmente corrisposte con scadenza successiva al decesso dell'Assicurato.

Se, durante i periodi di copertura, non si verifica lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato o l'Assicurato muore, la posizione individuale si estingue ed i **relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società in corrispettivo del rischio corso**. Le garanzie sono operanti senza limiti territoriali e **fatte salve le esclusioni e le limitazioni descritte rispettivamente agli Artt. 4 e 5**.

Fatto salvo quanto stabilito all'Art. 5.2 la rendita assicurata in ciascun periodo di copertura risulta esclusivamente, per ogni posizione individuale presente in assicurazione, dalla relativa scheda di Polizza.

2.2 - Definizione dello stato di Non Autosufficienza

Lo stato di Non Autosufficienza è determinato dall'incapacità - accertata ai sensi dell'Art. 7 – presumibilmente permanente, di svolgere, come sotto precisato, parte delle seguenti attività elementari della vita quotidiana:

- farsi il bagno;
- vestirsi e svestirsi;
- igiene del corpo;
- mobilità;
- continenza;
- bere e mangiare.

Per ognuna delle attività suddette viene constatato il grado di autonomia dell'Assicurato nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo lo schema di valutazione funzionale riportato nella seguente tabella. Lo stato di Non Autosufficienza viene riconosciuto quando la somma dei punteggi è almeno pari a 40.

Farsi il bagno

1° grado	L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno.	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa di farsi il bagno.	Punteggio 10

Vestirsi e svestirsi

1° grado	L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo.	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo.	Punteggio 10

Igiene del corpo

1° grado	L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con 1., 2. e 3.: 1. andare al bagno; 2. lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi; 3. effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività 1., 2. e 3.	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività 1., 2. e 3.	Punteggio 10

Mobilità

1° grado	L'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto.	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi.	Punteggio 10

Continenza

1° grado	L'Assicurato è completamente continente.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno.	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia.	Punteggio 10

Bere e mangiare

1° grado	L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: • sminuzzare/tagliare il cibo; • sbucciare la frutta; • aprire un contenitore o una scatola; • versare bevande nel bicchiere.	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	Punteggio 10

ART. 3 - EROGAZIONE DELLA RENDITA

3.1 - Rateazione e decorrenza della rendita

La rendita annua viene corrisposta, in rate mensili anticipate, a seguito del riconoscimento da parte della Società dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato – da denunciare ed accertare secondo le modalità descritte all'art. 7 – e fermo quanto indicato all'art. 8 in caso di rivedibilità dello stesso.

Il diritto alla prestazione di rendita decorre dal 1° giorno del mese successivo alla data di denuncia, effettuata ai sensi dell'Art. 7, dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato (data di decorrenza della rendita). La scadenza di pagamento di ciascuna rata di rendita è stabilita ad ogni ricorrenza mensile della data di decorrenza della rendita. La Società effettua il pagamento della prima rata di rendita con le modalità indicate nell'art. 9. **Unitamente alla prima rata di rendita, la Società corrisponde le rate mensili di rendita arretrate.**

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?**ART. 4 – ESCLUSIONI E CONDIZIONI DI NON ASSICURABILITA'****4.1 - Esclusioni**

È escluso dalla garanzia lo stato di Non Autosufficienza derivante direttamente o indirettamente da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- atti di guerra, operazioni militari, partecipazione attiva dell'Assicurato a insurrezioni, sommosse e tumulti popolari;
- contaminazioni chimiche e/o batteriologiche, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali e/o provocati, accelerazioni di particelle atomiche ed esposizione a particelle ionizzanti;
- uso di stupefacenti o di allucinogeni e abuso continuativo di alcolici o di farmaci, comprovati da documentazione sanitaria;
- patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi, ecc.) che determinino un'effettiva ed obiettivamente accertabile incapacità a svolgere le attività elementari della vita quotidiana;
- partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- pratica di sport pericolosi (ad esempio: paracadutismo e sport aerei in genere, pugilato, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico in tutte le sue forme, bob, speleologia, alpinismo con scalata di roccia o accesso a ghiacciai, arrampicata libera, canoa fluviale, sport subacquei in genere);
- 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.

Se lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato deriva da una di tali cause escluse dalla garanzia, la Società non effettua alcun pagamento, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società.

4.2 - Condizioni di non assicurabilità

E' altresì escluso dalla garanzia lo stato di Non Autosufficienza qualora alla data di decorrenza della posizione individuale l'Assicurato si trovi in una o più delle seguenti condizioni:

- avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere una o più delle seguenti attività elementari della vita quotidiana: mobilità, farsi il bagno, vestirsi e svestirsi, bere e mangiare, igiene del corpo, continenza;
- essere affetto dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, da altre demenze senili, dalla sclerosi multipla, dalla sclerosi laterale amiotrofica o malattia dei motoneuroni, da ictus con postumi invalidanti, da demenze su base vascolare acute e croniche.

Nel caso si verifichi lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato in presenza di una o più delle sopracitate condizioni alla data di decorrenza della posizione individuale, la Società non effettua alcun pagamento, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati vengono restituiti dalla Società al Contraente.

ART. 5 - LIMITAZIONI**5.1 - Periodo di carenza**

La garanzia non è soggetta ad alcun periodo di carenza.

5.2. - Sinistro che colpisca più Assicurati

Qualora lo stesso evento accidentale determini lo stato di Non Autosufficienza di più Assicurati, la garanzia è limitata alla corresponsione di un importo massimo complessivo di rendita annua pari a 15 volte la rendita annua media assicurata pro-capite dell'assicurazione collettiva.

L'ammontare di rendita annua spettante a ciascuno dei suddetti Assicurati si determina suddividendo l'importo massimo complessivo di rendita annua in proporzione alle rispettive rendite annue assicurate.

ESEMPIO DI IMPORTO MASSIMO LIQUIDABILE IN CASO DI SINISTRO CHE COLPISCA PIÙ ASSICURATI

Nel caso di un'assicurazione collettiva in cui sono presenti:

200 Assicurati, con rendita annua assicurata pro-capite pari a € 19.200,00, l'importo massimo complessivo di rendita annua liquidabile a fronte di uno stesso evento accidentale è pari a € 288.000,00; tale importo si ottiene moltiplicando la rendita annua media assicurata pro-capite (€ 19.200,00) per quindici (15).

Se uno stesso evento determina la Non Autosufficienza di un numero di Assicurati tale che la somma delle relative rendite annue assicurate risulti superiore a € 288.000,00, l'importo massimo complessivo di rendita annua liquidabile dalla Società è comunque pari a € 288.000,00; tale importo viene ripartito in proporzione alla rendita annua assicurata per ciascun Assicurato (nell'esempio uguale per tutti e pari ad € 19.200,00).

Ad esempio, nell'ipotesi che uno stesso evento determini la Non Autosufficienza di venti (20) Assicurati, la rendita annua liquidata a ciascuno di essi è pari a € 14.400,00.

Quest'ultimo importo si determina dividendo ciascuna rendita annua assicurata (€ 19.200,00) per la somma degli importi delle rendite annue assicurate relativi agli Assicurati colpiti da Non Autosufficienza ($€ 19.200,00 \times 20$) e moltiplicando il risultato per l'importo massimo complessivo di rendita annua liquidabile (€ 288.000,00):

$19.200,00 / (19.200,00 \times 20) \times 288.000,00 = 14.400,00$

5.3 - Periodo di franchigia

Ai fini dell'operatività della copertura assicurativa lo stato di Non Autosufficienza deve perdurare almeno 90 giorni decorrenti dalla data di denuncia (periodo di franchigia). Trascorso il periodo di franchigia saranno erogate le rate di rendita a partire dalla data di decorrenza indicata al precedente Art.3, par. 3.1.

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

ART. 6 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato **devono essere veritiere, esatte e complete.**

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Società, se avesse conosciuto il vero stato delle cose, non avrebbe dato il proprio consenso all'assicurazione della posizione individuale o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, la Società si riserva:

- di impugnare l'assicurazione stessa e quindi, in caso di sinistro, di rifiutare il pagamento della prestazione, ai sensi dell'Art. 1892 c.c., quando esiste malafede o colpa grave;
- di recedere dall'assicurazione stessa o, in caso di sinistro, di ridurre la somma da pagare, ai sensi dell'Art. 1893 c.c., quando non esiste malafede o colpa grave.

Trascorsi 180 giorni dall'entrata in vigore delle garanzie o dalla loro eventuale riattivazione, oppure dall'eventuale aumento delle prestazioni, la Società può agire, come previsto al precedente comma, esclusivamente quando esiste malafede o colpa grave.

L'inesatta o incompleta indicazione dei dati anagrafici dell'Assicurato, se rilevante ai fini delle prestazioni, comporta la rettifica, in base ai dati reali, delle somme dovute.

Il contratto viene stipulato nel presupposto che il Contraente abbia domicilio abituale o, nel caso di persona giuridica, sede legale in Italia. Il Contraente, quindi, è tenuto a comunicare tempestivamente e per iscritto alla Società, anche attraverso l'intermediario incaricato, l'eventuale trasferimento, intervenuto nel corso del contratto, del domicilio abituale o della sede legale verso uno Stato diverso dall'Italia, precisandone la data. La Società si riserva di richiedere la documentazione comprovante la predetta variazione di domicilio abituale o sede legale.

La variazione di domicilio abituale o di sede legale in uno Stato nel quale la Società non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libera prestazione di servizi comporta la cessazione del contratto dalle ore 24 del giorno antecedente la data del trasferimento di domicilio abituale o di sede legale.

Il Contraente rimane responsabile per l'inesattezza o la reticenza delle dichiarazioni rese e per l'inosservanza degli obblighi di comunicazione.

ART. 7 - DENUNCIA ED ACCERTAMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Qualora l'Assicurato manifesti uno stato di Non Autosufficienza, come definito all'Art. 2.2, deve esserne fatta denuncia alla Società **entro i 120 giorni successivi, mediante raccomandata A.R. oppure scrivendo all'indirizzo e-mail LiquidazioneLTCFSIVitaColl@unipol.it** per chiedere il pagamento della rendita ai sensi dell'Art. 9. La data della denuncia è il giorno della comunicazione, completa di tutta la documentazione richiesta, effettuata direttamente presso l'intermediario incaricato o il giorno di ricevimento da parte della Società della raccomandata A.R., anch'essa completa di tutta la documentazione richiesta secondo quanto previsto dall'Allegato A.

L'Assicurato e il Contraente sono tenuti a fornire in modo veritiero e completo le dichiarazioni e le prove richieste dalla Società per l'accertamento dello stato di Non Autosufficienza e delle relative cause. Inoltre, su richiesta della Società, l'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti medici necessari per compiere la valutazione funzionale della propria

capacità fisica, presso strutture sanitarie e da medici di fiducia della stessa Società.

La Società si impegna ad accertare lo stato di Non Autosufficienza entro 120 giorni dalla data della denuncia o, comunque, dalla data di ricevimento dell'eventuale ulteriore documentazione richiesta ai sensi dell'Art. 9, inclusa quella relativa agli eventuali accertamenti medici.

ART. 8 - RIVEDIBILITÀ DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

L'Assicurato riconosciuto in stato di Non Autosufficienza è obbligato a sottoporsi - su richiesta della Società e non più di una volta ogni tre anni - alle visite e agli esami medici necessari per accertare il permanere di tale stato. L'Assicurato e il Contraente sono inoltre tenuti a fornire in modo veritiero e completo le dichiarazioni e le prove richieste dalla Società per il suddetto accertamento.

Qualora non sussista più lo stato di Non Autosufficienza o, comunque, nel caso che l'Assicurato o il Contraente non adempiano ai precedenti obblighi, la Società comunica al Contraente e al Beneficiario la cessazione della corresponsione della rendita, a decorrere dalla prima rata mensile successiva alla data della comunicazione stessa. In tal caso l'eventuale nuova attivazione delle garanzie dovrà essere esplicitamente accordata dalla Società.

ART. 9 - PAGAMENTI DELLA SOCIETÀ

Tutti i pagamenti della Società in esecuzione del contratto vengono effettuati **presso il domicilio della stessa**, contro rilascio di regolare quietanza da parte degli aventi diritto, oppure **mediante accredito sul conto corrente bancario dell'avente diritto.**

I pagamenti vengono effettuati **previa consegna da parte degli aventi diritto di tutta la documentazione necessaria** - fatta eccezione per quella già prodotta in precedenza e ancora in corso di validità - **indicata nell'Allegato A con riferimento alla relativa causa del pagamento.**

La documentazione deve essere fornita alla Società **tramite il competente intermediario incaricato oppure mediante raccomandata inviata direttamente alla Società, specificando gli elementi identificativi del contratto.** Qualora l'esame della suddetta documentazione evidenzia situazioni particolari o dubbie tali da non consentire la verifica dell'obbligo di pagamento o l'individuazione degli aventi diritto o l'adempimento agli obblighi di natura fiscale oppure derivanti dalla normativa, la Società richiederà tempestivamente l'ulteriore documentazione necessaria in relazione alle particolari esigenze istruttorie.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la somma corrispondente viene messa a disposizione degli aventi diritto entro 30 giorni dalla data in cui è sorto l'obbligo stesso, purché a tale data, la Società abbia ricevuto tutta la documentazione necessaria. In caso contrario, la somma viene messa a disposizione entro 30 giorni dal ricevimento da parte della Società della suddetta documentazione completa.

Decorso tale termine ed a partire dal medesimo sono dovuti gli interessi moratori a favore degli aventi diritto, calcolati secondo i criteri della capitalizzazione semplice, al tasso annuo pari al saggio legale tempo per tempo in vigore, anche agli eventuali fini ed effetti di cui all'Art. 1224, 2° co., c.c..

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

ART. 10 - PREMIO

10.1 - Premio e modalità di pagamento

Il premio annuo, determinato con le modalità stabilite in Convenzione, è dovuto dal Contraente in via anticipata alla data di decorrenza di ciascun periodo di copertura (data di scadenza del premio), ma non oltre la morte o la data di denuncia, ai sensi dell'Art. 7, dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, purché riconosciuto dalla Società.

In caso di ingresso in assicurazione della posizione individuale nel corso dell'anno di copertura, il relativo premio viene determinato in proporzione alla frazione di anno di copertura.

Il premio di competenza di ciascun periodo di copertura, indicato nella relativa scheda di Polizza, è dovuto per intero.

In caso di denuncia dello stato di Non Autosufficienza, il Contraente deve comunque continuare il pagamento dei premi fino al riconoscimento da parte della Società dello stato di Non Autosufficienza; a seguito del riconoscimento, la Società, oltre a corrispondere la rendita assicurata, rimborsa al Contraente i premi pagati relativi alle scadenze successive alla denuncia stessa. Fermo restando che le parti possono stabilire nella Convenzione modalità specifiche per il pagamento del premio, ogni versamento **deve essere intestato o girato alla Società oppure al competente Intermediario incaricato, purché espressamente in tale sua qualità, e deve essere corrisposto, a scelta del Contraente, con una delle seguenti modalità:**

- assegno bancario, postale o circolare non trasferibile;
- bonifico SCT (Sepa Credit Transfer) su conto corrente bancario o postale, altri mezzi di pagamento bancario o postale oppure, ove previsti, sistemi di pagamento elettronico. In tali casi il giorno di pagamento del premio coincide con la data di valuta del relativo accredito riconosciuta alla Società o all'Intermediario incaricato.

Il pagamento di un premio di importo **superiore a € 500.000,00 deve essere effettuato esclusivamente tramite bonifico SCT** sul conto corrente che sarà appositamente indicato dalla Società.

L'Intermediario incaricato ha il **divieto di ricevere denaro contante a titolo di pagamento del premio.**

A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che la Società non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

ART. 11 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Il contratto è concluso nel giorno in cui il Contraente sottoscrive la scheda di Polizza emessa e firmata dalla Società.

ART. 12 - INGRESSO E PERMANENZA NELL'ASSICURAZIONE, ENTRATA IN VIGORE DELLE GARANZIE

All'ingresso in assicurazione della posizione individuale, **a condizione che la relativa scheda di Polizza venga emessa dalla Società e che venga pagato il corrispondente premio nei termini di cui agli Artt. 10 e 14**, le garanzie entrano in vigore alle ore 24 della data di decorrenza (decorrenza) indicata in scheda di Polizza

In caso di perdita dei requisiti previsti dalla Convenzione, per causa diversa da sinistro, la posizione individuale si estingue alle ore 24 del giorno di scadenza del periodo di copertura annuale e la Società non rimborsa alcun premio.

ART. 13 - DURATA DEL CONTRATTO E PERIODO DI COPERTURA DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE

La data di decorrenza della posizione individuale è indicata nella scheda di Polizza e la data di scadenza (scadenza) della posizione individuale coincide con la scadenza della Convenzione. **Salvo il caso di cessazione della Convenzione**, l'assicurazione si rinnova automaticamente da un periodo biennale di copertura al successivo.

ART. 14 - MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI: SOSPENSIONI DELLE GARANZIE E RISOLUZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Il mancato pagamento del premio, trascorso il termine di 30 giorni dalla relativa data di scadenza o dalla data di emissione, se successiva, indicata nella relativa scheda di Polizza, comporta - a partire dalle ore 24 della suddetta data di scadenza del premio - la sospensione delle garanzie e, se queste non vengono riattivate ai sensi dell'Art. 15, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Società in corrispettivo del rischio corso.

A parziale deroga dell'Art. 2.1, in caso di denuncia effettuata ai sensi dell'Art. 7 dopo la data di scadenza del primo premio rimasto insoluto e fermo restando che lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato deve essersi verificato nei termini previsti al medesimo Art. 2.1, il riconoscimento da parte della Società che lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato si è verificato:

- entro la data di scadenza del primo premio rimasto insoluto, comporta la corresponsione della rendita che risultava in vigore alla data di scadenza stessa;
- dopo la data di scadenza del primo premio rimasto insoluto, ma entro il termine di cui al primo comma del presente articolo, comporta la corresponsione della rendita che sarebbe risultata in vigore in caso di regolare versamento del premio, previo pagamento del premio stesso.

ART. 15 - RIPRESA DEL PAGAMENTO DEI PREMI: RIATTIVAZIONE

Entro 180 giorni dalla sospensione delle garanzie per mancato pagamento dei premi, il Contraente può riattivarle pagando i premi arretrati per la posizione individuale, **aumentati degli interessi legali per il periodo intercorso fra la relativa data di scadenza e quella di riattivazione**.

Trascorsi 180 giorni dalla sospensione delle garanzie, la riattivazione può essere concessa dalla Società che, per decidere se accordarla, **può richiedere eventuali accertamenti sanitari**.

La riattivazione ripristina le garanzie con effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento dei premi arretrati aumentati degli interessi.

In ogni caso sono fatte salve le esclusioni e le limitazioni previste per le garanzie.

COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO?

ART. 16 - DIRITTO DI RECESSO

Non è previsto il diritto di recesso.

SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI?

ART. 17 - RISCATTO E RIDUZIONE

L'assicurazione collettiva e le singole posizioni individuali non sono riscattabili. Non sono previsti valori di riduzione.

COME POSSO RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

ART. 18 - CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sul riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato e sugli esiti del riesame di tale stato, sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, 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. È fatta comunque salva la possibilità delle parti di concordare la nomina di un medico unico da scegliersi di comune accordo. 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, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le parti anche qualora uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI

ART. 19 - DIRITTO PROPRIO DEL BENEFICIARIO

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 (Art. 1920 del Codice Civile). Pertanto le somme corrisposte al Beneficiario a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario di quest'ultimo.

ART. 20 - NON PIGNORABILITÀ E NON SEQUESTRAIBILITÀ

Le somme dovute dalla Società in dipendenza dei contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili né sequestrabili fatte salve, rispetto ai premi pagati, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni (Art. 1923 c.c.).

ART. 21 - LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Per tutto quanto non disciplinato dal contratto valgono le norme della legge italiana.

ART. 22 - IMPOSTE E TASSE

Eventuali imposte e tasse relative al contratto sono a carico del Contraente o degli aventi diritto.

ART. 23 - FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto, è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o domicilio del Contraente, del Beneficiario ovvero degli aventi diritto.

ALLEGATO A – DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE ALLA SOCIETÀ IN RELAZIONE ALLA CAUSA DEL PAGAMENTO

I pagamenti vengono effettuati **previa consegna da parte degli aventi diritto di tutta la documentazione sotto elencata in relazione alla causa del pagamento**, fatta eccezione per quella già prodotta in precedenza e ancora in corso di validità. Qualora l'esame della documentazione evidenzia situazioni particolari o dubbie tali da non consentire la verifica dell'obbligo di pagamento o l'individuazione degli aventi diritto o l'adempimento agli obblighi di natura fiscale oppure derivanti dalla normativa, la Società richiederà tempestivamente l'ulteriore documentazione necessaria in relazione alle particolari esigenze istruttorie.

Documentazione per la denuncia dello stato di Non Autosufficienza

Ai fini dell'accertamento da parte della Società dello stato di Non Autosufficienza di un Assicurato **la denuncia deve essere fatta con i termini e le modalità stabilite all'art. 7 delle Condizioni di Assicurazione**. La denuncia, effettuata su modello fornito dalla Società, oppure redatta su carta semplice fornendo tutte le informazioni previste dal modello stesso, **deve essere corredata dagli estremi del conto corrente sul quale effettuare l'accredito della rendita (intestataro, codice IBAN)**.

Inoltre, **devono essere forniti**:

- Fotocopia fronte retro del documento d'identità valido e del codice fiscale dell'avente diritto;
- Certificato attestante lo stato di Non Autosufficienza e Relazione medica sulle cause della perdita di Autosufficienza, entrambi da compilarsi a cura del medico curante dell'Assicurato
- Qualora l'incapacità a svolgere gli atti della vita quotidiana sia dovuta a deficit cognitivo, malattia di Alzheimer o Parkinson è necessario che lo stato di Non Autosufficienza sia accertato e certificato da un neurologo e/o geriatra mediante test quali i Mini-Mental State Examination (MMSE, Test di Folstein).
- Cartelle cliniche di ricovero in copia conforme, visite specialistiche e accertamenti strumentali che hanno portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'autosufficienza
- Eventuale mandato e/o procura e/o decreto di nomina di Amministratore di sostegno o del Tutore o del Curatore dell'avente diritto, nonché copia fronte/retro del documento d'identità valido e codice fiscale del Procuratore/Mandatario/Amministratore di sostegno/Tutore/Curatore (*);
- Eventuale decreto del Giudice Tutelare che autorizza la riscossione e dispone sul reimpiego delle somme, con esonero della Società da ogni responsabilità circa il pagamento della somma stessa e da ogni ingerenza e responsabilità circa l'eventuale reimpiego, nel caso di beneficio a favore di minore o di incapace (ottenibile con ricorso al Giudice Tutelare del luogo di residenza del minore o incapace). Gli importi da far autorizzare verranno comunicati dalla Società. (*)

(*) documenti da presentare in originale o copia conforme all'originale numerata ed autenticata in ogni pagina

Documentazione per il pagamento della rendita

Pena la sospensione della corresponsione della rendita, alla ricorrenza annuale della data di decorrenza della rendita deve essere fornito, su richiesta della Società, un documento valido comprovante l'esistenza in vita dell'Assicurato o, se l'avente diritto coincide con l'Assicurato, un'autocertificazione corredata da copia di un documento d'identità in corso di validità del medesimo redatto in data non antecedente ai 30 giorni che precedono ogni anniversario della data di liquidazione della rendita.