

Tariffa C7MCONF01 - Assicurazione monoannuale di gruppo per il caso di morte

Tassi di premio per Euro 1.000 di capitale assicurato

Età	Tasso	Età	Tasso	Età	Tasso	Età	Tasso
18	0,56	32	0,90	46	1,73	60	7,64
19	0,60	33	0,87	47	1,97	61	8,47
20	0,61	34	0,86	48	2,20	62	9,36
21	0,64	35	0,86	49	2,41	63	10,33
22	0,67	36	0,85	50	2,61	64	11,40
23	0,67	37	0,87	51	2,83	65	12,57
24	0,69	38	0,92	52	3,13	66	13,80
25	0,71	39	0,94	53	3,52	67	14,99
26	0,75	40	1,00	54	3,93	68	16,30
27	0,78	41	1,08	55	4,43	69	17,69
28	0,82	42	1,18	56	4,95	70	19,52
29	0,86	43	1,28	57	5,52		
30	0,88	44	1,41	58	6,16		
31	0,91	45	1,54	59	6,88		

Per Assicurati di sesso femminile il tasso di premio un'età ringiovanita, rispetto a quella raggiunta, di 5 da considerare è quello relativo ad anni, con un minimo di 18 anni.

Tariffa C7MICONF01 - Assicurazione monoannuale di gruppo per il caso di morte e di invalidità permanente

Tassi di premio per Euro 1.000 di capitale assicurato

Età	Tasso	Età	Tasso	Età	Tasso	Età	Tasso
18	0,74	32	1,22	46	2,53	60	12,71
19	0,78	33	1,22	47	2,88	61	14,07
20	0,79	34	1,22	48	3,23	62	15,54
21	0,82	35	1,24	49	3,60	63	16,67
22	0,85	36	1,26	50	3,97	64	17,89
23	0,85	37	1,30	51	4,39	65	19,95
24	0,87	38	1,39	52	4,93		
25	0,89	39	1,42	53	5,59		
26	0,95	40	1,51	54	6,34		
27	0,99	41	1,62	55	7,18		
28	1,05	42	1,76	56	8,11		
29	1,11	43	1,91	57	9,10		
30	1,16	44	2,07	58	10,20		
31	1,20	45	2,27	59	11,42		

Per Assicurati di sesso femminile il tasso di premio un'età ringiovanita, rispetto a quella raggiunta, di 2 da considerare è quello relativo ad anni, con un minimo di 18 anni.

Aziende & Professioni

La polizza Tcm Gruppo

Edizione marzo 2010

 **Contratto di assicurazione temporanea caso morte monoannuale di gruppo**

SCHEDA DI ADESIONE

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

UNIQA Previdenza SpA

Tcm Gruppo

La presente Scheda di Adesione forma parte integrante della proposta

Assicurazione Temporanea in Caso di Morte
in forma collettiva a premio monoannuale

Numero
701107

Contraente
GRUPPO INTERMEDIARI ASSICURATIVI UNIQA

Assicurando

Cognome e nome _____ Data di nascita _____ Codice fiscale _____ Sesso M F
Professione (indicare dettagliatamente le mansioni svolte e il settore di attività) _____
Residenza: Via _____ N. _____ CAP _____ Comune _____ Prov. _____

Prestazioni

Capitale assicurato _____ Premio monoannuale _____

Dichiarazioni dell'Assicurando

- L'Assicurando ha attualmente una capacità di guadagno ridotta o fruisci di pensione di invalidità? SI NO Per quale motivo? Da quando? _____
- 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? _____
- 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 velenose 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? _____
- L'Assicurando pratica sport? SI NO Quali? Come professionista o come dilettante? _____
- 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? _____
- Altezza e peso attuali Altezza: cm _____ Peso: kg _____

Beneficiari

Eredi legittimi _____

Questionario sanitario dell'Assicurando

- 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? _____
- È mai stato ricoverato in Case di cura, Ospedali, Sanatori, ecc.? SI NO Quando? Per quali cause? Dove? Per quanto tempo? _____
- 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? _____
- Ha mai praticato esami specialistici (urine, sangue, radiologici, elettrocardiografici, altri)? SI NO Quali? Quando? Con quale esito? Per quale motivo? _____
- 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?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quando e/o da quando? Quali? Con quale frequenza? Per quale motivo?
7. Presenta imperfezioni fisiche, mutilazioni, difetti di udito o visivi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Quali? Qual è la causa?
8. Ha sofferto o soffre di malattie:		Quali? Quando? Per quanto tempo? Con quale esito? Quando ha avuto termine la malattia?
dell'apparato respiratorio? (asma, bronchite, enfisema, pleurite, tubercolosi, tumore, malattie delle altre vie - naso, laringe- altre malattie o disturbi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
dell'apparato cardiocircolatorio? (infarto, ictus, ischemia, angina pectoris, ipertensione, valvulopatie, varici degli arti inferiori, aritmie, fibrillazioni, scompenso, altre malattie o disturbi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
dell'apparato digerente? (gastroduodenite, ulcera gastroduodenale, coliti ulcerose, epatite virale, cirrosi epatica, calcolosi della colecisti, tumori, malattie del pancreas, ernia jatale, altre malattie o disturbi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
dell'apparato uro-genitale? (nefriti, insufficienza renale, calcolosi, ipertrofia prostatica, tumori, alterazioni del ciclo mestruale o disturbi genitali, altre malattie o disturbi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
dell'apparato osteo-articolare? (artriti, artrosi, tumori, malattia reumatoide con localizzazioni articolari ed extra-articolari, altre malattie o disturbi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
del sistema nervoso o della psiche? (epilessia, parestesie, paralisi, tumori, nevrosi, ansie, depressioni, schizofrenia, altre malattie o disturbi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
del sistema endocrino-metabolico? (diabete, alterazioni del colesterolo o degli altri grassi del sangue, alterazioni dell'ipofisi, della tiroide, del surrene, altre malattie o disturbi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
del sangue? (anemie, emorragie, leucemie, altre malattie o disturbi)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____
cancro o altri tumori maligni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	_____

Dichiarazioni finali

Io sottoscritto

- **ACCONSENTO** alla conclusione del contratto agli effetti di quanto previsto dall'Art. 1919 del Codice Civile.
- **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, riconosco altresì che le dichiarazioni effettuate sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione dei rischi da parte della Società (art. 1892 e art. 1893 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 ha la facoltà di richiedere accertamenti sanitari e/o eventuali dichiarazioni che possano essere utili alla Società stessa per la valutazione del rischio;
- **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 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 decorerà dal giorno della sottoscrizione della proposta, ovvero mediante ricevimento dell'originale di polizza emesso dalla Società stessa.
- **PRENDO ATTO** che:
 - a) 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;
 - b) prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
 - c) 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 dell'Assicurando

Consenso al trattamento dei dati personali

Preso atto dell'informativa a me rilasciata

- dichiaro di aver consegnato copia dell'informativa a tutti gli interessati indicati nella sezione "Assicurandi" presente nel Modulo di proposta
- acconsento al trattamento dei miei dati personali nell'ambito delle finalità indicate all'art.2 lettera b) dell'informativa ricevuta.

Firma del Contraente

(o del Rappresentante Legale)

Firma del Contraente

(o del Rappresentante Legale)

Informativa resa all'interessato per il trattamento di dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 (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 "Compagnia" o il "Titolare"), La informiamo di quanto segue:

1. FONTE DEI DATI PERSONALI

I dati personali in possesso della Compagnia sono raccolti presso l'Interessato.

Tutti i dati personali vengono trattati in modo lecito e secondo correttezza cui si è sempre ispirata l'attività della Compagnia.

2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati personali sono trattati nell'ambito della normale attività della Compagnia 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 Compagnia 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; per perseguire le finalità connesse all'applicazione della vigente disciplina in materia di antiriciclaggio, laddove ai sensi dell'art. 41, comma 1, del decreto legislativo 21 novembre 2007 n. 231 e suoi eventuali aggiornamenti, siano rilevate operazioni sospette. La informiamo che in relazione a specifiche operazioni o ai prodotti da Lei richiesti, la Compagnia potrà venire in possesso di dati che il Codice, all'art. 4 c.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.
- effettuare promozioni e/o vendita di nuovi prodotti della Compagnia o di società del gruppo, monitorare il livello di soddisfazione della clientela sui prodotti e sui servizi offerti dalla Compagnia 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'antifrode - Banca dati ISVAP, casellario centrale infortuni e malattie. L'eventuale Suo rifiuto a fornirci i dati specificati comporterebbe:

- per le finalità di cui al precedente punto 2 a) l'impossibilità per la Compagnia 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 Compagnia, 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 punto 2 lett. 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 e società finanziarie;
- 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 ecc.).

per la finalità di cui al punto 2 lett. 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 imbustamento e smistamento di corrispondenza ed archiviazione;
- società di fornitura di servizi di assistenza e informazione commerciale, anche tramite call centre.

I soggetti appartenenti alle categorie alle quali i dati possono essere comunicati utilizzeranno i dati secondo le disposizioni impartite da Titolare del trattamento operando essi stessi in qualità di "Titolari" 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 Compagnia.

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 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 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 presso la Sede di Via Carnia, 26 - 20132 Milano, tel. 02-28189203, fax 02-28189325 e/o consultare il sito web www.uniqaigroup.it.



UNIQA Previdenza SpA

Sede Legale e Direzione Generale: Via Carnia 26 - 20132 Milano - Tel. 02 281891 - Fax 02 28189200 - www.uniqaigroup.it - postaprevidenza@uniqaigroup.it
Capitale Sociale € 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 delle Imprese di Assicurazione n. 1.00070 - Gruppo "UNIQA ITALIA" (Albo gruppi n. 007)
Società con unico azionista, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di UNIQA Assicurazioni SpA

POLIZZA N.: 701107
CONTRAENTE: GRUPPO INTERMEDIARI ASSICURATIVI UNIQA
AGENZIA: 9995 - UNIQA INTERMEDIAZIONI SRL

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____, Agente del Gruppo

Intermediari Assicurativi Uniqa, autorizza l'addebito del premio relativo alla copertura prevista per la polizza n° 701107 a mezzo PNA.

FIRMA

N.B.: Da allegare alla scheda di adesione