

Contratto di rendita vitalizia anticipata, a premio mensile costante, per il caso di Non Autosufficienza negli atti della vita quotidiana

Universo Persona Rendita Autosufficienza

Fascicolo informativo

Edizione giugno 2017
Tariffa 39CE05

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

- a) Scheda sintetica;
- b) Nota informativa;
- c) Condizioni di assicurazione, comprensive del Regolamento della gestione separata;
- d) Glossario;
- e) Proposta in versione fac-simile;

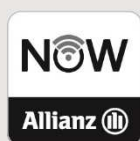
deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente la Scheda sintetica e la Nota informativa.

Allianz S.p.A. - Sede legale Largo Ugo Irneri 1, 34123 Trieste - Tel. +39 040 7781.111 - Fax +39 040 7781.311
allianz.spa@pec.allianz.it - CF, P. IVA, Reg. imprese Trieste n. 05032630963 - Cap. sociale euro 403.000.000,00 i.v.
Iscritta Albo imprese di assicurazione n. 1.00152 - Capogruppo del gruppo assicurativo Allianz, iscritto all'Albo gruppi
assicurativi n. 018 - Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE - Monaco - Codice 01

Allianz 

Servizio Clienti



AllianzNOW, la tua protezione in tempo reale.

Scarica gratuitamente la nuova App dei clienti Allianz per ricevere assistenza, gestire sinistri e utilizzare tutti gli altri servizi direttamente dal tuo telefonino. Tutti i giorni, 24 ore al giorno. Basta solo il tuo **codice fiscale** e il numero della tua polizza

Scarica l'App



Scheda sintetica

Data ultimo aggiornamento: 30/06/2017

CONTRATTO DI RENDITA VITALIZIA ANTICIPATA, A PREMIO MENSILE COSTANTE, PER IL CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA NEGLI ATTI DELLA VITA QUOTIDIANA

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) Impresa di assicurazione**

L'impresa di assicurazione – denominata nel seguito "Società" – è:

Allianz S.p.A., società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE – Monaco (Germania).

1.b) Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Le informazioni patrimoniali sulla Società sono reperibili all'interno della Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria, disponibile sul sito internet www.allianz.it.

1.c) Denominazione del contratto

Universo Persona Rendita Autosufficienza.

1.d) Tipologia del contratto

Le prestazioni assicurate di cui al paragrafo 3, sono contrattualmente garantite dalla Società e si rivalutano annualmente in base al rendimento di una gestione separata di attivi denominata VITARIV.

1.e) Durata

Il contratto è a vita intera, pertanto coincide con la vita dell'Assicurato.

Non è previsto il diritto di riscatto.

1.f) Pagamento dei premi

Il contratto prevede il pagamento di premi annui costanti a frazionamento mensile dovuti finché non sia stato riconosciuto, da parte della Società, lo stato di Non Autosufficienza e fino a che l'Assicurato sia in vita.

L'importo del premio mensile varia in funzione dell'età computabile dell'Assicurato e dell'ammontare della rendita vitalizia di non autosufficienza (rendita mensile vitalizia LTC) scelta alla decorrenza del Contratto.

L'ammontare minimo su base annua del premio è quello corrispondente alla rendita annua minima di 6.000,00 euro.

L'ammontare massimo su base annua del premio è quello corrispondente alla rendita annua massima di 60.000,00 euro.

2 Caratteristiche del contratto

Universo Persona Rendita Autosufficienza è una copertura assicurativa che prevede il pagamento all'assicurato di una rendita mensile vitalizia LTC rivalutabile in caso di perdita di autosufficienza, dell'assicurato stesso, nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana, da corrispondere dal momento del riconoscimento dello stato di non autosufficienza fino a che l'assicurato è in vita e permane lo stato di non autosufficienza.

Inoltre è prevista la facoltà di attivare delle coperture assicurative opzionali che, secondo determinate condizioni, erogano un capitale in caso di decesso od un capitale una tantum in caso di non autosufficienza.

Scheda sintetica

I premi versati, al netto della parte trattenuta a fronte dei costi del contratto, sono utilizzati dall'impresa per far fronte ai rischi demografici previsti dal contratto.

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:

a) Prestazione per il caso di non autosufficienza dell'Assicurato

Rendita vitalizia in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana, è previsto il pagamento all'Assicurato stesso di una rendita mensile vitalizia LTC rivalutabile, da corrispondere dal momento del riconoscimento dello stato di non autosufficienza fino a che l'Assicurato sia in vita e non autosufficiente.

b) Prestazione accessoria facoltativa

Capitale La copertura accessoria **si può attivare solo alla decorrenza del contratto** e prevede:

- **in caso di decesso** dell'Assicurato entro la ricorrenza annua di contratto in cui l'Assicurato ha 76 anni (computabili), il riconoscimento ai Beneficiari designati di un capitale pari alla somma dei premi pagati (premi della copertura di Non Autosufficienza e premi della copertura accessoria facoltativa). Tale capitale è riconosciuto a condizione che l'Assicurato non si trovi già in stato di Non Autosufficienza.
- **in caso di Non Autosufficienza** dell'Assicurato successivamente alla ricorrenza annua di contratto in cui l'Assicurato ha 76 anni (computabili), assieme alla prima rata mensile della rendita, viene erogata una prestazione aggiuntiva una tantum il cui importo è pari a quattro volte l'entità della rata mensile iniziale di rendita scelta dal Contraente all'atto della sottoscrizione del Contratto.

Dopo i 76 anni non viene riconosciuta alcuna prestazione in caso di decesso.

La copertura accessoria **decade** nel caso di **interruzione del pagamento dei premi**.

La copertura accessoria, inoltre, non può essere in nessun modo disattivata una volta attivata alla decorrenza del Contratto.

La Società riconosce un tasso di interesse annuo minimo garantito (sotto forma di tasso tecnico) pari allo 0,50% annuo composto, che viene attribuito, in via anticipata, nel calcolo della prestazione di rendita iniziale.

Le partecipazioni agli utili eccedenti la misura annua minima contrattualmente garantita (il tasso di interesse minimo garantito), una volta dichiarate e attribuite annualmente al Contraente, restano definitivamente acquisite dal Contratto (consolidamento annuale dei rendimenti attribuiti al contratto).

Si richiama l'attenzione sul fatto che il mancato versamento dei premi relativi alle prime dieci annualità comporta la risoluzione del contratto e la perdita dei premi pagati che restano acquisiti alla Società.

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 dall'articolo 1, 6 e 7 delle Condizioni di assicurazione.

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 separata riducono l'ammontare delle prestazioni.

Scheda sintetica

Esemplificazione dei premi annui necessari per assicurare la prestazione di rendita, relativi alle combinazioni di età e livello di rendita annua indicate nelle tabelle seguenti.

Ipotesi adottate

- rateazione della rendita annuale (pari alla rendita mensile per 12)

Importi di premio da convertire in rendita

Età	Rendita annua (in euro)		
	12.000	24.000	36.000
55	720	1.440	2.160
60	960	1.920	2.880
65	1.200	2.400	3.600

5 Illustrazione dei dati storici di rendimento della gestione separata

In questa sezione è rappresentato il tasso di rendimento realizzato dalla gestione separata VITARIV 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 con l'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai.

Anno	Rendimento realizzato dalla gestione separata VITARIV	Rendimento minimo riconosciuto agli assicurati	Rendimento medio dei titoli di Stato	Inflazione
2012	4,03%	2,83%	4,64%	2,97%
2013	4,03%	2,83%	3,35%	1,17%
2014	3,62%	2,42%	2,08%	0,21%
2015	3,46%	2,26%	1,19%	-0,17%
2016	3,33%	2,13%	0,91%	-0,09%

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

6 Diritto di ripensamento

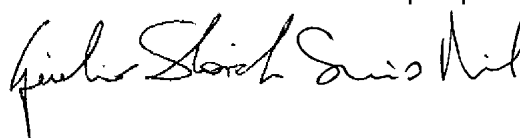
Il Contraente ha la facoltà di recedere dal contratto. Per le relative modalità leggere la sezione D della Nota informativa.

Allianz S.p.A. è responsabile della veridicità dei dati e delle notizie contenuti nella presente Scheda sintetica.

I rappresentanti legali

Giulio Slavich

Savino Dipasquale



Nota informativa

Data ultimo aggiornamento: 30/06/2017

CONTRATTO DI RENDITA VITALIZIA ANTICIPATA, A PREMIO MENSILE COSTANTE, PER IL CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA NEGLI ATTI DELLA VITA QUOTIDIANA

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**

L'impresa di assicurazione – denominata nel seguito "Società" – è:

- Allianz S.p.A., società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE – Monaco (Germania)
- Sede legale: Largo Ugo Inneri, 1, 34123 Trieste (Italia)
- Recapito telefonico: 800.68.68.68
- Sito Internet: www.allianz.it
- Indirizzo di posta elettronica: info@allianz.it
- Indirizzo di posta elettronica certificata: allianz.spa@pec.allianz.it
- Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP del 21 Dicembre 2005 n°2398 ed iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione n°1.00152 e all'Albo gruppi assicurativi n°018.

B INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE**2. Prestazioni assicurative e garanzie offerte**

Il contratto è a vita intera, pertanto la sua durata coincide con la vita dell'Assicurato.

Il presente contratto può essere stipulato sulla vita dell'Assicurato che, alla decorrenza dello stesso, abbia un'età computabile compresa tra i **40 anni** e i **75 anni**.

Le prestazioni assicurative previste dal contratto sono le seguenti:

a) Prestazione per il caso di non autosufficienza dell'Assicurato

Rendita vitalizia in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana, il pagamento all'Assicurato stesso di una rendita mensile vitalizia LTC rivalutabile, da corrispondere dalla data di denuncia (ovvero pervenimento della documentazione richiesta dalla Società ai sensi dell'art.14 delle Condizioni di assicurazione) fino a che l'Assicurato sia in vita e non autosufficiente.

Si rinvia all'art. 1 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio della prestazione.

b) Prestazione accessoria facoltativa

Capitale La copertura accessoria **si può attivare solo alla decorrenza del contratto** e prevede:

- **in caso di decesso** dell'Assicurato entro la ricorrenza annua di contratto in cui l'Assicurato ha 76 anni (computabili), il riconoscimento ai Beneficiari designati di un capitale pari alla somma dei premi pagati (premi della copertura di Non Autosufficienza e premi della copertura accessoria facoltativa). Tale capitale è riconosciuto a condizione che l'Assicurato non si trovi già in stato di Non Autosufficienza.
- **in caso di Non Autosufficienza** dell'Assicurato successivamente alla ricorrenza annua di contratto in cui l'Assicurato ha 76 anni (computabili), assieme alla prima rata mensile della rendita, viene erogata una prestazione aggiuntiva un tantum il cui importo è pari a quattro volte l'entità della rata mensile iniziale di rendita scelta dal Contraente all'atto della sottoscrizione del Contratto.

Nota informativa

Dopo i 76 anni non viene riconosciuta alcuna prestazione in caso di decesso.

La copertura accessoria **decade** nel caso di **interruzione** del pagamento **dei premi**.

La copertura accessoria, inoltre, non può essere in nessun modo disattivata una volta attivata alla decorrenza del Contratto.

Si rinvia all'art. 1 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio della prestazione accessoria facoltativa.

La Società riconosce un tasso di interesse annuo minimo garantito (sotto forma di tasso tecnico) pari allo 0,50% annuo composto, che viene attribuito, in via anticipata, nel calcolo della prestazione di rendita iniziale.

Le partecipazioni agli utili eccedenti la misura annua minima contrattualmente garantita (il tasso di interesse minimo garantito), una volta dichiarate e attribuite annualmente al Contraente, restano definitivamente acquisite dal contratto (consolidamento annuale dei rendimenti attribuiti al contratto).

AVVERTENZA

Si segnala che il presente contratto prevede cause di **esclusione** e di **limitazione** delle prestazioni, secondo le modalità e nei limiti previsti dall'art. 2 delle condizioni di assicurazione.

Si richiama l'attenzione del Contraente e dell'Assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute nella proposta di assicurazione relative alla compilazione del questionario sanitario, professionale e sportivo.

3. Premi

Il contratto prevede il pagamento di premi annui costanti a frazionamento mensile da versarsi in via anticipata all'atto della sottoscrizione della proposta di assicurazione ed alle scadenze pattuite indicate nella proposta di assicurazione e nella polizza.

I premi sono dovuti finché non sia stato riconosciuto, da parte della Società, lo stato di Non Autosufficienza e fino a che l'Assicurato sia in vita. La Società provvederà alla restituzione degli eventuali premi pagati nel periodo compreso tra la data di pervenimento della documentazione contrattualmente prevista per il riconoscimento di non autosufficienza (ai sensi dell'art.14 delle condizioni di assicurazione) e la data di effettivo riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza.

Il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'ammontare della rendita vitalizia di non autosufficienza scelta alla decorrenza del Contratto, all'età computabile dell'Assicurato, al suo stato di salute, alle attività professionali svolte e alle sue abitudini di vita.

L'ammontare minimo su base annua del premio è quello corrispondente alla rendita annua minima di 6.000,00 euro.

L'ammontare massimo su base annua del premio è quello corrispondente alla rendita annua massima di 60.000,00 euro.

Il Contraente alla decorrenza o ad ogni ricorrenza annua di contratto, può richiedere di pagare il premio con un frazionamento diverso (trimestrale, semestrale o annuale). In tal caso il premio corrispettivo sarà pari al premio mensile moltiplicato per il numero di mesi relativi al frazionamento scelto. Non è prevista una addizionale di frazionamento (interesse di frazionamento).

Nel caso in cui, successivamente al riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza, l'Assicurato ritorni ad essere autosufficiente a seguito del miglioramento del suo stato di salute, la Società provvede all'interruzione del pagamento della rendita mensile e comunica al Contraente l'obbligo a riattivare il versamento dei premi. L'importo del primo premio pagato a seguito della riattivazione, sarà riproporzionato alla frazione d'anno che intercorre fra la data di comunicazione da parte della Società, del venir meno dello stato di Non Autosufficienza, e la ricorrenza annuale di contratto ad essa successiva.

Si richiama l'attenzione sul fatto che il mancato versamento dei premi relativi alle prime dieci annualità comporta la risoluzione del contratto e la perdita dei premi pagati che restano acquisiti alla Società.

I mezzi di pagamento ammessi dalla Società sono i seguenti:

- assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'agente (persona fisica o giuridica) in qualità di Agente dell'impresa di assicurazione, fermo restando che per specifiche esigenze procedurali la Società si riserva di richiedere che l'assegno venga intestato o girato ad Allianz S.p.A.;

Nota informativa

- bonifico bancario intestato esclusivamente all'Agente (persona fisica o giuridica) in qualità di Agente dell'impresa di assicurazione, fermo restando che per specifiche esigenze procedurali la Società si riserva di richiedere che il bonifico venga intestato ad Allianz S.p.A.;
- bollettino postale (in tal caso verrà considerata come data di pagamento del premio quella apposta dall'ufficio postale);
- carta di debito/credito;
- SDD (Sepa Direct debit) su conto corrente direzionale, obbligatorio in caso di frazionamento mensile o trimestrale. L'obbligatorietà del SDD potrà essere estesa a frazionamenti diversi dal mensile o trimestrale subordinatamente a specifiche disposizioni impartite agli intermediari preposti alla vendita. Il SDD è attivabile anche tramite l'utilizzo di carta di debito, qualora tale servizio sia abilitato;
- reinvestimento del capitale proveniente da un contratto vita preesistente.

Le spese relative ai mezzi di pagamento prescelti gravano direttamente sul Contraente.

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

La partecipazione agli utili (rivalutazione della rendita) avviene sulla base al rendimento della gestione separata di attivi denominata VITARIV.

La Società dichiara entro il 31/12 di ciascun anno il rendimento annuo da attribuire agli assicurati (rendimento attribuito), ottenuto diminuendo il rendimento conseguito dalla gestione separata VITARIV di un valore, denominato rendimento trattenuto (di cui al punto 5.2.).

La rendita vitalizia di non autosufficienza assicurata (rendita mensile vitalizia LTC) viene rivalutata, ad ogni ricorrenza annua del contratto, in base ad un tasso definito "misura annua di rivalutazione".

La misura annua di rivalutazione si ottiene scontando per il periodo di un anno al tasso tecnico dello 0,50%, la differenza fra il rendimento attribuito ed il suddetto tasso tecnico già conteggiato nel calcolo della rendita assicurata iniziale.

La misura annua di rivalutazione non può in ogni caso risultare negativa e resta definitivamente acquisita dal contratto (consolidamento annuale).

Per gli aspetti di dettaglio relativi alle modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili si rinvia all'articolo 6 delle Condizioni di assicurazione e al Regolamento della gestione separata VITARIV che forma parte integrante delle Condizioni di assicurazione.

Si rinvia alla Sezione E contenente il Progetto esemplificativo di sviluppo dei premi, delle prestazioni assicurate e dei valori di riduzione.

La Società si impegna a consegnare il Progetto Esemplificativo elaborato in forma personalizzata, al più tardi, al momento in cui il Contraente è informato che il contratto è concluso.

C INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

5. Costi

5.1. Costi gravanti direttamente sul Contraente

5.1.1. Costi gravanti sul premio

Spese d'emissione	Non previste
-------------------	--------------

Costo per la visita medica

Per rendite vitalizie di non autosufficienza fino ad un importo annuo di 24.000,00 euro, è sufficiente la compilazione del questionario sanitario da parte dell'Assicurato e pertanto non è previsto alcun costo per la visita medica.

Per rendite vitalizie di non autosufficienza superiori a 24.000,00 euro, è necessario che l'Assicurato si sottoponga a visita medica. Ciò comporta la compilazione del rapporto di visita medica e l'effettuazione degli accertamenti sanitari richiesti dalla Società per l'assunzione del rischio.

Nota informativa

L'Assicurato ha la facoltà di chiedere di essere sottoposto a visita medica, per ottenere copertura assicurativa senza periodo di carenza (secondo le modalità previste all'art.2 delle condizioni di assicurazione), anche per rendite vitalizie di non autosufficienza di importo annuo inferiore o pari a 24.000,00 euro.

Ai fini della formazione dei limiti sopra indicati per le modalità assuntive, concorrono tutte le rendite vitalizie di non autosufficienza (rendite LTC) in capo al medesimo Assicurato, sottoscritte con Allianz S.p.A.

A prescindere dall'importo annuo della rendita vitalizie di non autosufficienza, l'Assicurato di età superiore a 65 anni si dovrà comunque sottoporre a visita medica. Anche in questo caso si applicano le predette condizioni relative ai costi.

Il costo della visita medica è sostenuto interamente dalla Società.

Affinché la Società possa farsi carico dei costi relativi alla visita medica, le relative fatture (che devono essere emesse con IVA) devono essere intestate ad Allianz S.p.A. - Largo Ugo Inzeri,1 - 34123 Trieste - Codice Fiscale/Partita IVA 05032630963 e presentate alla stessa per il relativo pagamento.

AVVERTENZE:

- nel caso in cui le fatture relative alla visita medica non siano intestate ad Allianz S.p.A., il costo per la visita medica è a totale carico dell'Assicurato;
- il costo per la visita medica è pari alla tariffa applicata dalla struttura medica a cui si è rivolto l'Assicurato;

Caricamento
18,5% del premio della copertura per il caso di non autosufficienza
12,5% del premio della copertura accessoria facoltativa

5.1.2. Costi per riscatto

Il presente contratto non prevede l'esercizio del diritto di riscatto.

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

La Società trattiene - dal rendimento realizzato dalla gestione separata VITARIV - un valore, denominato rendimento trattenuto. Il **rendimento trattenuto dalla Società**, in punti percentuali assoluti, sul rendimento conseguito dalla gestione separata è pari a:

rendimento trattenuto	1,20%
-----------------------	-------

Il rendimento trattenuto viene aumentato di 0,01 punti percentuali per ogni decimo di punto percentuale di rendimento superiore al 5% conseguito dalla gestione separata, come indicato nella seguente tabella:

rendimento realizzato dalla gestione separata	rendimento trattenuto
fino a 5,09%	1,20%
da 5,10 % a 5,19%	1,21%
da 5,20 % a 5,29%	1,22%
da 5,30 % a 5,39%	1,23%
ecc.

Quota parte percepita dagli intermediari

La quota parte percepita in media dagli intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari al 38,6%.

6. Sconti

Non sono previsti sconti di premio.

Nota informativa

7. Regime fiscale

Imposta sui premi

I premi pagati per le assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad alcuna imposta.

Detraibilità fiscale dei premi

Per i premi pagati per la copertura di non autosufficienza e per l'eventuale copertura accessoria facoltativa (caso morte e non autosufficienza) è riconosciuta al Contraente, o al soggetto rispetto al quale il Contraente è fiscalmente a carico, una detrazione d'imposta ai fini IRPEF nella misura del 19% dei premi stessi fino ad un importo massimo di premi pagati nell'anno pari a 1.291,14 euro (con il massimo di 530 euro per i premi pagati per la copertura caso morte).

In caso di Assicurato diverso dal Contraente, per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato risulti fiscalmente a carico del Contraente stesso.

Ai fini della detrazione d'imposta devono essere considerati, oltre ai premi pagati per la copertura di non autosufficienza e per l'eventuale copertura accessoria facoltativa del presente contratto, anche eventuali premi pagati per altre assicurazioni sulla vita "di puro rischio" (intendendosi per tali le assicurazioni aventi ad oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente in misura non inferiore al 5% di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana) o altre assicurazioni sulla vita o infortuni stipulate anteriormente al 1 gennaio 2001.

Tassazione delle somme assicurate:

Le somme corrisposte in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti di vita quotidiana dell'Assicurato non sono soggette all'IRPEF.

Le somme corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato non sono soggette all'IRPEF e all'imposta sulle successioni.

Il regime fiscale sopra descritto si riferisce alle norme in vigore alla data di redazione della presente Nota informativa e non intende fornire alcuna garanzia circa ogni diverso e/o ulteriore aspetto fiscale che potrebbe rilevare, direttamente o indirettamente, in relazione alla sottoscrizione del contratto.

D ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

8. Modalità di perfezionamento del contratto

Si rinvia all'articolo 10 delle Condizioni di assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative.

9. Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi

Il mancato pagamento del premio relativo alle prime **dieci annualità** di contratto determina, trascorsi 30 giorni dalla data in cui il premio avrebbe dovuto essere pagato, la risoluzione del contratto, **con perdita dei premi già versati**.

La Società comunicherà al Contraente la risoluzione del contratto e la possibilità di quest'ultimo di chiederne la riattivazione.

Si rinvia all'articolo 7 e 8 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

10. Riscatto e Riduzione

Il presente contratto non prevede l'esercizio del diritto di riscatto.

A condizione che il Contraente abbia corrisposto almeno dieci annualità di premio, il Contratto riconosce un valore di riduzione. Si rinvia agli articoli 7 e 8 delle condizioni di assicurazione per le modalità di determinazione del valore di riduzione.

Il Contraente ha la facoltà di riattivare il presente contratto secondo le modalità, i termini e le condizioni economiche previste dall'articolo 8 delle condizioni di assicurazione.

Nota informativa

Il Contraente può richiedere informazioni sul valore di riduzione all'Agenzia di riferimento oppure a:

Allianz S.p.A.
Pronto Allianz - Servizio Clienti
Corso Italia 23, 20122 Milano
Numero Verde: 800.68.68.68
Fax 02.7216.9145
Indirizzo e.mail: info@allianz.it

Si rinvia al Progetto esemplificativo di cui alla Sezione E per l'illustrazione della evoluzione del valore di riduzione. I valori riferiti alle caratteristiche richieste dal Contraente saranno contenuti nel Progetto personalizzato.

11. Revoca della proposta

La proposta di assicurazione potrà essere revocata dal Contraente (ai sensi dell'art. 176 D. Lgs. 209/2005) **fino al ricevimento della comunicazione di avvenuta conclusione del contratto**, mediante comunicazione scritta alla Società contenente gli elementi identificativi della proposta, da inviarsi a mezzo lettera raccomandata A.R. indirizzata a: Allianz S.p.A. - Ufficio Vita - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste.

Le somme versate dal Contraente verranno restituite dalla Società entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.

12. Diritto di recesso

Entro 30 giorni dalla data di ricezione della comunicazione di avvenuta conclusione del contratto, il Contraente potrà recedere dal contratto medesimo (ai sensi dell'art. 177 D. Lgs. 209/2005), mediante comunicazione scritta alla Società contenente gli elementi identificativi del contratto, da inviarsi **a mezzo lettera raccomandata A.R.** indirizzata a: Allianz S.p.A. - Ufficio Vita - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste.

Il recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto con decorrenza dalle ore 24 del giorno di spedizione della lettera raccomandata, quale risultante dal timbro postale di invio della stessa. Entro 30 giorni dal ricevimento della predetta comunicazione di recesso, la Società è tenuta a rimborsare al Contraente il premio da questi corrisposto.

13. Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

Per una indicazione dettagliata della documentazione che il Contraente o il Beneficiario sono tenuti a presentare ai fini della liquidazione della prestazione da parte della Società, si rinvia agli articoli 14 e 21 delle condizioni di assicurazione. La società esegue i pagamenti entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine, e a partire dal medesimo, sono dovuti gli interessi legali a favore dell'avente diritto.

Si ricorda che il Codice Civile (art. 2952) dispone che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si estinguono **dopo 10 anni** da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda (**prescrizione**).

Qualora i Beneficiari omettano di richiedere gli importi dovuti, entro il suddetto termine di prescrizione, questi ultimi sono devoluti al fondo per le vittime delle frodi finanziarie come previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

14. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

15. Lingua in cui è redatto il contratto

Il presente contratto, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana, salvo che le parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

Nota informativa

16. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto (posta o e.mail) a **Allianz S.p.A., Pronto Allianz - Servizio Clienti, Corso Italia n. 23, 20122 Milano, Indirizzo e.mail: reclami@allianz.it** o tramite il link presente sul sito internet della Società **www.allianz.it/reclami**.

Al reclamo, che verrà riportato in apposito registro elettronico, sarà dato riscontro nel termine massimo di 45 giorni dal ricevimento. Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni, per le necessarie integrazioni istruttorie.

I reclami relativi al solo comportamento degli Intermediari iscritti nella sezione B o D del Registro Unico degli Intermediari (Banche o Broker) e loro dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essere a questi direttamente indirizzati. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire ad Allianz S.p.A. la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni.

I reclami c.d. "misti", vale a dirsi quelli relativi al contratto o servizio assicurativo riferiti sia al comportamento dell'intermediario e dei suoi dipendenti e collaboratori, sia alla Società, verranno trattati da Allianz e dall'intermediario, ciascuno per la parte di propria spettanza e separatamente riscontrati al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

Qualora il Contraente/Assicurato non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo stabilito dal Regolatore, potrà rivolgersi all'**IVASS, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, Fax 06.42.133.206 - PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it**, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato alla Società ed il relativo riscontro.

Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per i Consumatori - Reclami - Guida "

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Resta salva comunque per il Contraente/Assicurato che ha presentato reclamo la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria. Prima di adire l'Autorità Giudiziaria è tuttavia possibile, e in alcuni casi necessario, cercare un accordo amichevole mediante **systemi alternativi di risoluzione delle controversie**, quali:

- **Mediazione** (L. 9/8/2013, n.98): può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it.
- **Negoziato assistito** (L. 10/11/2014, n.162): può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato alla Società".

Nel caso di lite transfrontaliera, tra un Contraente/Assicurato avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede legale in un altro stato membro, il Contraente/Assicurato può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando il reclamo direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (individuabile accedendo al sito internet <http://www.ec.europa.eu/fin-net>), oppure, se il Contraente/Assicurato ha domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS che provvede all'inoltro al sistema estero competente, dandone notizia al reclamante.

17. Informativa in corso di contratto

La Società è tenuta ad inviare al Contraente, entro sessanta giorni dalla data prevista per la rivalutazione delle prestazioni assicurate, il rendiconto annuale della posizione assicurativa con l'indicazione dei premi versati, della rendita rivalutata e della misura della rivalutazione.

18. Comunicazioni del Contraente alla Società

Si informa che, ai sensi dell'art.1926 del Codice Civile, vi è l'obbligo di comunicare alla Società i cambiamenti di professione o di attività dell'Assicurato che intervengono in corso di contratto.

Nota informativa

19. Conflitto di interessi

Nell'ambito della politica di investimenti relativa alla gestione separata VITARIV la Società si riserva la facoltà di utilizzare quote di OICR istituiti, promossi o gestiti da società del gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A. e non esclude la possibilità di investire in strumenti finanziari e/o altri attivi emessi da società del gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A., nel rispetto dei limiti di seguito indicati:

- OICR armonizzati istituiti, promossi o gestiti da società del gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A.: fino ad un massimo del 50%;
- Obbligazioni, azioni ed altri attivi emessi da società del gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A.: fino ad un massimo del 30%.

La Società, coerentemente al modello organizzativo adottato dal gruppo Allianz S.p.A., ha affidato la gestione patrimoniale delle attività che costituiscono la gestione separata VITARIV ad Allianz Global Investors GmbH appartenente al gruppo Allianz SE, avente sede secondaria e succursale in Italia, via Durini 1, 20122 Milano.

Si precisa inoltre che potranno essere utilizzati quali intermediari negoziatori o broker soggetti del gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A.

La Società è dotata di procedure per l'individuazione e la gestione delle situazioni di conflitto di interesse originate da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo. In particolare la Società ha identificato una funzione interna della Direzione Generale che effettua il monitoraggio della presenza di situazioni di conflitto di interessi.

Si precisa che eventuali introiti derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti dalla Società in virtù di accordi con soggetti terzi saranno integralmente attribuiti alla gestione separata VITARIV.

La Società, pur in presenza degli inevitabili conflitti di interesse citati, opera in modo da non recare pregiudizio ai contraenti e s'impegna ad ottenere per i contraenti stessi il miglior risultato possibile indipendentemente da tali conflitti.

E PROGETTO ESEMPLIFICATIVO DELLE PRESTAZIONI

La presente elaborazione viene effettuata in base ad una predefinita combinazione di premio e di età dell'Assicurato alla decorrenza contrattuale.

La durata dello sviluppo dipende dall'età attesa di non autosufficienza dell'Assicurato, che varia a seconda dell'età dell'Assicurato alla decorrenza del contratto (come indicato all'art.6 delle condizioni di assicurazione).

Il presente progetto è stato elaborato considerando come età attesa convenzionale di non autosufficienza quella di 84 anni.

Pertanto, per un Assicurato di 50 anni lo sviluppo del progetto è stato elaborato per 34 anni.

Gli sviluppi delle prestazioni rivalutate e dei valori di riduzione 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 stabilito dall'IVASS e pari, al momento di redazione del presente progetto, al 2%. Il predetto tasso di rendimento è diminuito del rendimento annuo trattenuto dalla Società di cui al punto 5.2 della presente Nota Informativa. La misura di rivalutazione è ottenuta scorporando il tasso di interesse tecnico pari allo 0,50 % già riconosciuto nel calcolo della rendita assicurata 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 assicurazione e non tengono pertanto conto di ipotesi su future partecipazioni agli utili.

I valori sviluppati in base al tasso di rendimento stabilito 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.

Nota informativa

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

A) TASSO DI RENDIMENTO MINIMO GARANTITO (tasso tecnico)

- Tasso di rendimento minimo garantito: 0,50% (tasso di interesse tecnico)
- Età dell'Assicurato: 50 anni
- premio mensile: 50 euro
- Rendita mensile vitalizia iniziale LTC: 1.000,00 euro

Anni trascorsi	Premio mensile	Cumulo dei premi	Rendita mensile vitalizia LTC (*)	In caso di sospensione del pagamento dei premi	
				Rendita mensile ridotta a fine dell'anno	Rendita mensile ridotta all'età attesa di non autosufficienza
1	50	600	1.000,00	-	-
2	50	1.200,00	1.000,00	-	-
3	50	1.800,00	1.000,00	-	-
4	50	2.400,00	1.000,00	-	-
5	50	3.000,00	1.000,00	-	-
6	50	3.600,00	1.000,00	-	-
7	50	4.200,00	1.000,00	-	-
8	50	4.800,00	1.000,00	-	-
9	50	5.400,00	1.000,00	-	-
10	50	6.000,00	1.000,00	225,00	225,00
11	50	6.600,00	1.000,00	247,50	247,50
12	50	7.200,00	1.000,00	270,00	270,00
13	50	7.800,00	1.000,00	292,50	292,50
14	50	8.400,00	1.000,00	315,00	315,00
15	50	9.000,00	1.000,00	337,50	337,50
16	50	9.600,00	1.000,00	360,00	360,00
17	50	10.200,00	1.000,00	382,50	382,50
18	50	10.800,00	1.000,00	405,00	405,00
19	50	11.400,00	1.000,00	427,50	427,50
20	50	12.000,00	1.000,00	450,00	450,00
21	50	12.600,00	1.000,00	472,50	472,50
22	50	13.200,00	1.000,00	495,00	495,00
23	50	13.800,00	1.000,00	517,50	517,50
24	50	14.400,00	1.000,00	540,00	540,00
25	50	15.000,00	1.000,00	562,50	562,50
26	50	15.600,00	1.000,00	585,00	585,00
27	50	16.200,00	1.000,00	607,50	607,50
28	50	16.800,00	1.000,00	630,00	630,00
29	50	17.400,00	1.000,00	652,50	652,50
30	50	18.000,00	1.000,00	675,00	675,00
31	50	18.600,00	1.000,00	697,50	697,50
32	50	19.200,00	1.000,00	720,00	720,00
33	50	19.800,00	1.000,00	742,50	742,50
34	50	20.400,00	1.000,00	765,00	765,00

tutti gli importi sono espressi in euro

(*) Rata di rendita mensile vitalizia LTC, i cui valori devono intendersi calcolati alla fine di ogni anno

Nota informativa

B) IPOTESI DI RENDIMENTO FINANZIARIO

- Tasso di rendimento finanziario: 2,0%
- Tasso interesse tecnico: 0,50%
- Rendimento trattenuto: 1,20%
- Misura annua di rivalutazione: 0,30%
- Età dell'Assicurato: 50 anni
- premio mensile: 50 euro
- Rendita mensile vitalizia iniziale LTC: 1.000,00 euro

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.

Anni trascorsi	Premio mensile	Cumulo dei premi	Rendita mensile vitalizia LTC (*)	In caso di sospensione del pagamento dei premi	
				Rendita ridotta a fine dell'anno	Rendita ridotta all'età attesa di non autosufficienza
1	50	600	1.000,10	-	-
2	50	1.200,00	1.000,29	-	-
3	50	1.800,00	1.000,58	-	-
4	50	2.400,00	1.000,97	-	-
5	50	3.000,00	1.001,46	-	-
6	50	3.600,00	1.002,04	-	-
7	50	4.200,00	1.002,73	-	-
8	50	4.800,00	1.003,51	-	-
9	50	5.400,00	1.004,39	-	-
10	50	6.000,00	1.005,37	226,21	243,07
11	50	6.600,00	1.006,45	249,10	266,86
12	50	7.200,00	1.007,63	272,06	290,59
13	50	7.800,00	1.008,91	295,11	314,27
14	50	8.400,00	1.010,29	318,24	337,89
15	50	9.000,00	1.011,78	341,47	361,47
16	50	9.600,00	1.013,36	364,81	385,02
17	50	10.200,00	1.015,05	388,26	408,54
18	50	10.800,00	1.016,83	411,82	432,04
19	50	11.400,00	1.018,72	435,50	455,52
20	50	12.000,00	1.020,71	459,32	478,99
21	50	12.600,00	1.022,81	483,28	502,47
22	50	13.200,00	1.025,01	507,38	525,95
23	50	13.800,00	1.027,31	531,63	549,44
24	50	14.400,00	1.029,71	556,04	572,95
25	50	15.000,00	1.032,22	580,62	596,49
26	50	15.600,00	1.034,83	605,38	620,06
27	50	16.200,00	1.037,55	630,31	643,67
28	50	16.800,00	1.040,37	655,43	667,32
29	50	17.400,00	1.043,30	680,75	691,03
30	50	18.000,00	1.046,33	706,27	714,79
31	50	18.600,00	1.049,47	732,01	738,61
32	50	19.200,00	1.052,62	757,89	762,44
33	50	19.800,00	1.055,78	783,92	786,27
34	50	20.400,00	1.058,95	810,09	810,09

(*) Rata di rendita mensile vitalizia LTC, i cui valori devono intendersi calcolati alla fine di ogni anno

I valori riportati nelle tabelle di cui sopra sono espressi in euro, sono al lordo degli oneri fiscali e si riferiscono alle prestazioni ottenibili alla fine di ogni anno.

Nota informativa

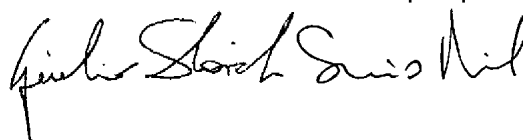
Si segnala che il pagamento del premio è dovuto fino all'effettivo riconoscimento dello stato di non autosufficienza, pertanto può terminare prima dell'ipotesi di sviluppo fatta per 34 anni o può continuare oltre tale ipotesi, a seconda del momento in cui si verifica effettivamente la perdita di autosufficienza.

Allianz S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

I rappresentanti legali

Giulio Slavich

Savino Dipasquale



Condizioni di assicurazione

Data ultimo aggiornamento: 30/06/2017

CONTRATTO DI RENDITA VITALIZIA ANTICIPATA, A PREMIO MENSILE COSTANTE, PER IL CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA NEGLI ATTI DELLA VITA QUOTIDIANA

Art. 1. Prestazioni assicurate

Prestazione per il caso di non autosufficienza dell'Assicurato

In base al presente contratto, in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana, secondo la definizione contenuta nell'art. 12 e salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carenza** indicati nell'art. 2, la Società si impegna a corrispondere al Beneficiario una prestazione di rendita mensile vitalizia anticipata (rendita mensile vitalizia LTC), rivalutabile in base al rendimento della Gestione Separata VITARIV. La rendita mensile vitalizia LTC viene riconosciuta fintanto che l'Assicurato sia in vita e finché permane lo stato di non autosufficienza.

Prestazione accessoria facoltativa

Il presente contratto, esclusivamente alla data di decorrenza, prevede la facoltà di attivare una copertura accessoria che prevede:

- **in caso di decesso** dell'Assicurato entro la ricorrenza annua di contratto in cui l'Assicurato ha 76 anni (computabili), il riconoscimento ai Beneficiari designati di un capitale pari alla somma dei premi pagati (premi della copertura di Non Autosufficienza e premi della copertura accessoria facoltativa). Tale capitale è riconosciuto a condizione che l'Assicurato non si trovi già in stato di Non Autosufficienza;
- **in caso di Non Autosufficienza** dell'Assicurato successivamente alla ricorrenza annua di contratto in cui l'Assicurato ha 76 anni (computabili), assieme alla prima rata mensile della rendita, viene erogata una prestazione aggiuntiva una tantum il cui importo è pari a quattro volte l'entità della rata mensile iniziale di rendita scelta dal Contraente all'atto della sottoscrizione del Contratto.

Dopo i 76 anni non viene riconosciuta alcuna prestazione in caso di decesso.

La copertura accessoria **decade** nel caso di **interruzione** del pagamento **dei premi**.

La copertura accessoria, inoltre, non può essere in nessun modo disattivata una volta attivata alla decorrenza del Contratto.

La prestazione di rendita vitalizia di non autosufficienza alla decorrenza potrà essere compresa tra un minimo di 6.000,00 euro e un massimo di 60.000,00 euro annui. Non è consentita la sottoscrizione di più coperture di non autosufficienza in capo ad uno stesso Assicurato qualora venga superato il limite di 60.000,00 euro annui di rendita vitalizia di non autosufficienza (rendita LTC). Ai fini della determinazione dell'ammontare della rendita vitalizia di non autosufficienza di cui sopra si deve considerare la somma delle rendite di non autosufficienza in capo allo stesso Assicurato con altre coperture di rendita LTC sottoscritte con la Società e in vigore all'atto della sottoscrizione della proposta di assicurazione relativa al presente contratto.

Qualora l'importo annuo della rendita, relativa al settanta per cento del capitale costitutivo della rendita stessa, risulti inferiore al cinquanta per cento dell'assegno sociale di cui all'art.3 della legge 8 agosto 1995, n. 335, l'Assicurato può richiedere la liquidazione in capitale dell'intero importo maturato.

Le basi statistiche utilizzate per la determinazione del premio annuo costante (**sia per la copertura di non autosufficienza sia per la copertura accessoria facoltativa per Assicurati di età superiore a 76 anni computabili**) potranno essere riviste dalla Società (ai sensi del Regolamento ISVAP n. 21 del 28 marzo 2008), ad intervalli non inferiori a cinque anni, qualora le analisi effettuate in conformità a dati oggettivamente verificabili, desunti da statistiche nazionali o internazionali o da rilevazioni condotte su portafogli assicurativi, dimostrino un effettivo incremento dei tassi di sinistrosità tale da richiedere modifiche delle basi statistiche stesse.

A seguito di una revisione peggiorativa delle basi statistiche la Società dovrà darne comunicazione preventiva al **Contraente che potrà scegliere se aumentare l'importo del premio o ridurre l'importo della rendita mensile vitalizia di Non Autosufficienza** (rendita mensile vitalizia LTC) nonché ridurre l'eventuale capitale una tantum di Non Autosufficienza se attivata la copertura accessoria facoltativa.

La Società riconosce un tasso di interesse minimo garantito (sotto forma di tasso tecnico) pari allo 0,50% annuo composto, che viene attribuito, in via anticipata, nel calcolo della prestazione della rendita mensile vitalizia di non autosufficienza (rendita mensile vitalizia LTC).

Condizioni di assicurazione

Le partecipazioni agli utili eccedenti la misura annua minima contrattualmente garantita (il tasso di interesse minimo garantito), una volta dichiarate e attribuite annualmente al Contraente, restano definitivamente acquisite dal contratto (consolidamento annuale dei rendimenti attribuiti al contratto).

Art. 2. Limitazioni ed esclusioni

2.1 Esclusioni

È esclusa dalla copertura per il caso di non autosufficienza dell'Assicurato la perdita di autosufficienza causata:

- a) da eventi, malattie o condizioni patologiche pregresse precedenti la data di decorrenza del contratto sottaciute alla Società;
 - b) da azioni dell'Assicurato e/o del Contraente delittuose o partecipazione ad imprese temerarie;
 - c) da tentato suicidio, lesioni o malattie intenzionalmente provocate;
 - d) dalle seguenti malattie psichiatriche: schizofrenia, disturbo dell'umore, disturbo bipolare maniaco, disturbo bipolare ossessivo-maniaco, disturbo bipolare depressivo, disturbo bipolare ciclotimico, depressione maggiore cronica, nevrosi depressiva, nevrosi fobico-ossessiva, nevrosi ossessivo-compulsiva, disturbi di personalità;
 - e) da dolo del Contraente o dei Beneficiari;
 - f) da partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
 - g) da partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, operazioni di pace, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare. Nel caso in cui l'Assicurato non abbia preso parte attiva ad uno o più degli atti suindicati e si dovesse già trovare nel territorio interessato al momento in cui tali eventi sono cominciati, la copertura si intende operante per 14 giorni dal loro inizio; dopodiché, se la minaccia derivante da tali eventi dovesse essere continuativa e persistente, la perdita di autosufficienza è esclusa dalla copertura fintanto che l'Assicurato rimanga nel territorio interessato. L'esistenza di una delle suddette situazioni già al momento dell'arrivo dell'Assicurato in un determinato territorio, e sempreché la minaccia derivante sia continuativa e persistente, comporta invece l'esclusione immediata della copertura;
 - h) dall'uso, anche come passeggero:
 - di aeromobili in genere, fatta eccezione per la perdita di autosufficienza dell'Assicurato in qualità di passeggero durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti;
 - di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - di aeromobili di aeroclubs;
 - di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (come ad esempio: deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
 - i) da uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti o psicofarmaci ed abuso continuativo di alcolici o di farmaci;
 - j) da eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche;
 - k) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
 - l) dalla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
 - m) da eventi avvenuti in uno qualunque dei paesi per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere il viaggio. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiasesicuri.it (o sito sostitutivo del Ministero degli Esteri). 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.
- Nei predetti casi, ad eccezione di quanto indicato alla lettera e), per il quale non è prevista alcuna prestazione, la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente la somma dei versamenti effettuati.
- È escluso dalla copertura accessoria caso morte il decesso causato:**
- n) da dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- In tale caso non è prevista alcuna prestazione

Condizioni di assicurazione

2.2 Carenza

L'immediata copertura per la perdita di autosufficienza è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto alla visita medica (compreso test HIV con esito negativo) e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società, accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare.

Nel caso in cui l'Assicurato decida di non sottoporsi alla visita medica (e sempreché la Società non ritenga indispensabile la sottoposizione dello stesso agli accertamenti sanitari), è previsto un **periodo di carenza** dalla decorrenza del contratto:

- di **3 anni** per malattia;
- di **5 anni** per disturbi mentali di origine organica (es. Alzheimer) e per sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altra patologia ad essa collegata.

Durante il periodo di carenza **la Società non garantisce la prestazione assicurata** ma si limita - al verificarsi dell'evento assicurato - a restituire i premi versati relativi alla copertura per la perdita di autosufficienza (anche quelli relativi alla eventuale copertura accessoria opzionale in caso di non autosufficienza mentre quelli relativi alla copertura per il caso di decesso, attivata con la copertura accessoria, restano acquisiti dalla Società).

La Società corrisponde integralmente la rendita di non autosufficienza solo nel caso in cui, durante il periodo di carenza, la perdita di autosufficienza sia **conseguenza diretta di infortunio** avvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la perdita di autosufficienza.

Per rendite vitalizie di non autosufficienza superiori a 24.000,00 euro o per Assicurati di età superiore a 65 anni, è obbligatorio sottoporsi alla visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società e pertanto la copertura assicurativa è immediatamente operante (assenza di carenza).

Art. 3. Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, possono comportare, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892, 1893 del Codice Civile, da parte della Società:

- a) nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave:
 - il rifiuto, in caso di sinistro, di qualsiasi pagamento;
 - la contestazione della validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui la Società stessa ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- b) nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave:
 - la riduzione, in caso di sinistro, delle prestazioni in relazione al maggior rischio accertato;
 - la facoltà di recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

In ogni caso l'inesatta indicazione della data di nascita dell'Assicurato comporta la rettifica delle prestazioni assicurate in base alla data corretta.

Le dichiarazioni, rese dal Contraente e dall'Assicurato o acquisite dalla Società, all'atto della sottoscrizione di contratti di assicurazione infortuni e/o malattia stipulati con la Società stessa o con società del gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A., non liberano, il Contraente e l'Assicurato, dall'obbligo di fornire dichiarazioni esatte complete e veritiere con riferimento al presente contratto di assicurazione.

Art. 4. Durata e limiti di età

Il contratto è a vita intera, pertanto la sua durata coincide con la vita dell'Assicurato.

Il presente contratto può essere stipulato sulla vita di soggetti assicurati maggiorenni che, alla decorrenza dello stesso, abbiano un'età computabile minima di **40 anni** e massima di **75 anni**.

Non è consentito all'Assicurato superare il limite di 60.000,00€ annui di rendita di non autosufficienza.

Condizioni di assicurazione

Art. 5. Premi

Le prestazioni assicurate di cui all'art.1 sono previste previo pagamento alla Società, da parte del Contraente, di premi annui costanti a frazionamento mensile da versarsi in via anticipata all'atto della sottoscrizione della proposta di assicurazione ed alle scadenze pattuite indicate nella proposta di assicurazione e nella polizza.

I premi sono dovuti finché non sia stato riconosciuto, da parte della Società, lo stato di non autosufficienza e fino a che l'Assicurato sia in vita. La Società provvederà alla restituzione degli eventuali premi pagati nel periodo compreso tra la data di pervenimento della documentazione contrattualmente prevista per il riconoscimento di non autosufficienza (ai sensi dell'art.14 delle presenti condizioni di assicurazione) e la data di effettivo riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza.

Il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, all'ammontare della rendita vitalizia di Non Autosufficienza scelta alla decorrenza del Contratto, all'età computabile dell'Assicurato, al suo stato di salute, alle attività professionali svolte e alle sue abitudini di vita.

L'ammontare minimo su base annua del premio è quello corrispondente alla rendita annua minima di 6.000,00 euro.

L'ammontare massimo su base annua del premio è quello corrispondente alla rendita annua massima di 60.000,00 euro.

Il Contraente alla decorrenza o ad ogni ricorrenza annua di contratto, può richiedere di pagare il premio con un frazionamento diverso (trimestrale, semestrale o annuale). In tal caso il premio corrispettivo sarà pari al premio mensile moltiplicato per il numero di mesi relativi al frazionamento scelto. Non è prevista una addizionale di frazionamento (interesse di frazionamento).

Nel caso in cui, successivamente al riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza, l'Assicurato ritorni ad essere autosufficiente a seguito del miglioramento del suo stato di salute, la Società provvede all'interruzione del pagamento della rendita mensile e comunica al Contraente l'obbligo a riattivare il versamento dei premi. L'importo del primo premio pagato a seguito della riattivazione, sarà riproporzionato alla frazione d'anno che intercorre fra la data di comunicazione da parte della Società, del venir meno dello stato di Non Autosufficienza, e la ricorrenza annuale di contratto ad essa successiva.

Si richiama l'attenzione sul fatto che il mancato versamento dei premi relativi alle prime dieci annualità comporta la risoluzione del contratto e la perdita dei premi pagati che restano acquisiti alla Società.

I mezzi di pagamento ammessi dalla Società sono i seguenti:

- assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'agente (persona fisica o giuridica) in qualità di Agente dell'impresa di assicurazione, fermo restando che per specifiche esigenze procedurali la Società si riserva di richiedere che l'assegno venga intestato o girato ad Allianz S.p.A.;
- bonifico bancario intestato esclusivamente all'Agente (persona fisica o giuridica) in qualità di Agente dell'impresa di assicurazione, fermo restando che per specifiche esigenze procedurali la Società si riserva di richiedere che il bonifico venga intestato ad Allianz S.p.A.;
- bollettino postale (in tal caso verrà considerata come data di pagamento del premio quella apposta dall'ufficio postale);
- carta di debito/credito;
- SDD (Sepa Direct debit) su conto corrente direzionale, obbligatorio in caso di frazionamento mensile o trimestrale. L'obbligatorietà del SDD potrà essere estesa a frazionamenti diversi dal mensile o trimestrale subordinatamente a specifiche disposizioni impartite agli intermediari preposti alla vendita. Il SDD è attivabile anche tramite l'utilizzo di carta di debito, qualora tale servizio sia abilitato;
- reinvestimento del capitale proveniente da un contratto Vita preesistente.

Le spese relative ai mezzi di pagamento prescelti gravano direttamente sul Contraente.

Art. 6. Rivalutazione della prestazione

Il presente contratto riconosce una rivalutazione annua della rendita per il caso di non autosufficienza dell'Assicurato sulla base del rendimento realizzato dalla gestione separata denominata VITARIV, secondo le modalità sotto indicate.

Condizioni di assicurazione

A. Misura annua di rivalutazione della rendita per il caso di non autosufficienza dell'Assicurato

La Società, entro il 31 dicembre di ogni anno, dichiara il rendimento annuo realizzato dalla gestione separata VITARIV, determinato con i criteri indicati alla lettera j) del Regolamento della gestione separata.

Il rendimento attribuito al contratto è ottenuto diminuendo il rendimento realizzato dalla gestione separata VITARIV di un valore, denominato rendimento trattenuto, pari a 1,2 punti percentuali. Il rendimento trattenuto verrà aumentato di 0,01 punti percentuali per ogni decimo di punto percentuale di rendimento superiore al 5%, realizzato dalla gestione separata VITARIV.

La misura annua di rivalutazione della rendita vitalizia di non autosufficienza (rendita mensile vitalizia LTC) si ottiene scontando per il periodo di un anno al tasso tecnico dello 0,50% (vale a dire dividendo per 1,005) la differenza fra il rendimento attribuito al contratto ed il suddetto tasso tecnico già conteggiato nel calcolo della rendita iniziale di non autosufficienza.

La misura annua di rivalutazione non può in ogni caso risultare negativa e l'importo dalla rendita vitalizia di non autosufficienza resta definitivamente acquisito dal contratto (consolidamento annuale).

B. Rivalutazione della rendita per il caso di non autosufficienza dell'Assicurato prima della data di erogazione della stessa e prima dell'età attesa di non autosufficienza dell'Assicurato

Ad ogni ricorrenza annuale del contratto, la rivalutazione della rendita vitalizia di non autosufficienza viene effettuata aumentando la rendita maturata alla ricorrenza annuale precedente di:

- un primo importo, ottenuto moltiplicando la rendita iniziale di non autosufficienza per la misura annua di rivalutazione definita al punto A e poi moltiplicando il risultato ottenuto per il rapporto fra il numero di anni trascorsi dalla data di decorrenza del contratto e il numero di annualità stimate, alla decorrenza del contratto, fino all'età attesa di non autosufficienza dell'Assicurato;
- un secondo importo che si ottiene moltiplicando la differenza fra la rendita maturata alla ricorrenza annuale precedente e la rendita iniziale di non autosufficienza per la misura annua di rivalutazione definita al punto A.

C. Rivalutazione della rendita per il caso di non autosufficienza dell'Assicurato dalla data di erogazione della stessa e dalla età attesa di non autosufficienza dell'Assicurato

Ad ogni ricorrenza annuale del contratto, la rivalutazione della rendita vitalizia di non autosufficienza viene effettuata aumentando la rendita, maturata alla ricorrenza annuale precedente, di un importo pari al prodotto fra la rendita maturata alla ricorrenza annuale precedente e la misura annua di rivalutazione, come definita al punto A.

La Società si impegna a comunicare annualmente al Contraente la misura annua di rivalutazione della rendita e l'importo raggiunto dalla rendita vitalizia di non autosufficienza.

L'età attesa di non autosufficienza dell'Assicurato è una stima elaborata dalla Società e varia a seconda dell'età dell'Assicurato alla decorrenza del contratto. Per ulteriori dettagli il Contraente potrà rivolgere specifica richiesta all'Agenzia di riferimento oppure a: Allianz S.p.A., Pronto Allianz - Servizio Clienti - Corso Italia, 23 - 20122 Milano (Italia) - Numero Verde 800.68.68.68 - Fax 02-7216.9145- Indirizzo e-mail: info@allianz.it.

Art. 7. Mancato pagamento del premio: risoluzione e riduzione

Il mancato pagamento del premio annuo o anche di una sola rata di premio annuo, trascorsi 30 giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina la risoluzione del contratto qualora non siano state pagate per intero le prime 10 annualità di premio. In questo caso i premi già versati restano definitivamente acquisiti dalla Società.

Qualora il pagamento del premio venga interrotto successivamente, ovvero una volta che siano state pagate per intero le prime 10 annualità di premio, la copertura di non autosufficienza resta in vigore per un importo di rendita ridotto (rendita ridotta). La rendita ridotta è pari a:

- in caso di interruzione del pagamento dei premi **prima della ricorrenza annua** di contratto in cui l'Assicurato compie **90 anni** (computabili), al 90% della rendita maturata alla ricorrenza annua immediatamente precedente o coincidente la data di interruzione del pagamento premi moltiplicata per il rapporto tra il numero di rate di premio pagate ed il numero di rate di premio che intercorrono dalla decorrenza del contratto fino alla ricorrenza annua in cui l'Assicurato compie 90 anni (computabili);

Condizioni di assicurazione

- in caso di interruzione del pagamento dei premi **dopo la ricorrenza annua** di contratto in cui l'Assicurato compie 90 anni (computabili), al 90% della rendita maturata alla ricorrenza annua immediatamente precedente o coincidente la data di interruzione del pagamento dei premi.

Nel caso sia stata attivata alla decorrenza la copertura accessoria facoltativa, in caso di riduzione della copertura di non autosufficienza, la copertura accessoria facoltativa decade.

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

Ad ogni ricorrenza annuale del contratto, la **rivalutazione della rendita ridotta** vitalizia di non autosufficienza viene effettuata aumentando la rendita ridotta, maturata alla ricorrenza annuale precedente, di un importo pari al prodotto fra la rendita ridotta maturata alla ricorrenza annuale precedente e la misura annua di rivalutazione come definita al precedente art.6 punto A.

Art. 8. Ripresa del pagamento del premio: riattivazione

Entro un anno dalla data di sospensione del pagamento dei premi il Contraente ha comunque facoltà di riattivare il contratto e le eventuali coperture accessorie. La riattivazione del contratto è possibile previa corresponsione di tutti i premi arretrati aumentati degli interessi, calcolati sulla base del tasso annuo di riattivazione, per il periodo di tempo intercorso tra le rispettive date di scadenza del pagamento del premio e la data di ripresa del versamento del premio. Il tasso annuo di riattivazione è pari alla misura annua di rivalutazione attribuita al contratto, ai sensi dell'articolo 6 - punto A, con un minimo del tasso di interesse legale in vigore alla data di ripresa del versamento del premio.

La riattivazione può avvenire solo dietro espressa richiesta scritta del Contraente ed accettazione scritta della Società, che si riserva di richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere in merito alla possibilità di riattivazione.

La riattivazione del contratto - effettuata nei termini e secondo le modalità di cui sopra, ripristina - con effetto dalle ore 24 del giorno del versamento delle somme dovute - il valore delle prestazioni che si sarebbe ottenuto qualora non si fosse verificata la sospensione del pagamento premi.

Art. 9. Riscatto

Il contratto non prevede l'esercizio del diritto di riscatto.

Art. 10. Conclusione del contratto - Entrata in vigore del contratto

Il Contraente prende atto che la Società è libera di accettare o meno la proposta di assicurazione, secondo le modalità di seguito specificate.

In caso di **accettazione** della proposta, la Società potrà dare inizio all'esecuzione del contratto. Il contratto si intenderà pertanto concluso e produrrà i suoi effetti dalle ore 24:00 del giorno indicato nella proposta quale data di decorrenza.

La Società darà prontamente avviso al Contraente dell'**avvenuta conclusione del contratto**, inviando **apposita comunicazione** e rilasciando altresì copia della polizza.

Il contratto sarà costituito dalla proposta di assicurazione, dai documenti in essa richiamati, dalla comunicazione di avvenuta conclusione del contratto, nonché dalla polizza.

In caso di **mancata accettazione** della proposta di assicurazione, la Società ne darà comunque comunicazione al Contraente e provvederà entro 30 giorni alla restituzione delle somme versate.

Art. 11. Revoca della proposta e diritto di recesso

La proposta di assicurazione potrà essere revocata dal Contraente (ai sensi dell'art. 176 D. Lgs. 209/2005) **fino al ricevimento della comunicazione di avvenuta conclusione del contratto**, mediante comunicazione scritta alla Società contenente gli elementi identificativi della proposta e indicando le coordinate bancarie ove effettuare il rimborso, da inviarsi **a mezzo lettera raccomandata A.R.** indirizzata a: Allianz S.p.A. – Ufficio Vita - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste. Le somme versate dal Contraente verranno restituite dalla Società entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.

Entro 30 giorni dalla data di ricezione della comunicazione di avvenuta conclusione del contratto, il Contraente potrà recedere dal contratto medesimo (ai sensi dell'art. 177 D. Lgs. 209/2005), mediante lettera raccomandata A.R.

Condizioni di assicurazione

indirizzata a Allianz S.p.A. - Ufficio Vita - Largo Ugo Inneri, 1 - 34123 Trieste, contenente gli elementi identificativi del contratto e indicando le coordinate bancarie ove effettuare il rimborso.

Il recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto con decorrenza dalle ore 24 del giorno di spedizione della lettera raccomandata, quale risultante dal timbro postale di invio della stessa.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società è tenuta a rimborsare al Contraente il premio da questi corrisposto.

Art. 12. Definizione dello stato di non autosufficienza

Ai sensi del presente contratto, si definisce in stato di non autosufficienza l'Assicurato che non sia in grado di compiere, **in maniera presumibilmente definitiva**, almeno 4 su 6 delle ADL (Activities of Daily Living) sotto definite, neanche con l'aiuto di mezzi meccanici:

- **muoversi nella stanza:** l'Assicurato, nonostante l'utilizzo di stampelle o di una sedia a rotelle, necessita dell'aiuto di un'altra persona per la propria mobilità;
- **alzarsi e mettersi a letto:** l'Assicurato non è in grado di recarsi a letto o di lasciare il letto senza l'aiuto di un'altra persona;
- **vestirsi e svestirsi:** l'Assicurato non è in grado di vestirsi o svestirsi senza l'aiuto di un'altra persona, nonostante l'uso di abiti idonei;
- **consumare cibi e bevande:** l'Assicurato non è in grado di mangiare e di bere senza l'aiuto di un'altra persona, nonostante l'uso di posate e recipienti per bere idonei;
- **lavarsi, pettinarsi e farsi la barba:** l'Assicurato deve essere lavato, pettinato ed eventualmente rasato da un'altra persona, non essendo in grado di eseguire i movimenti del corpo necessari;
- **espletare autonomamente le funzioni fisiologiche:** l'Assicurato necessita dell'aiuto di un'altra persona poiché non è autonomamente in grado di espletare le normali funzioni fisiologiche e tutti gli atti di elementare igiene personale. In caso di una sola incontinenza (o dell'intestino o della vescica) compensabile con l'uso di assorbenti igienici, non sussiste lo stato di non autosufficienza di cui al presente punto.

Sono **esclusi** i disturbi mentali di origine non organica (psicosi, nevrosi, sindromi ansioso-depressive, ...). I disturbi mentali di origine organica (es. Alzheimer) sono inclusi solo se impediscono lo svolgimento di almeno 4 delle ADL sopra descritte.

Il presente contratto copre la perdita di autosufficienza dell'Assicurato durante l'intera vita dell'Assicurato, salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carenza** indicati all'art. 2 delle presenti condizioni di assicurazione.

L'accertamento dello stato di non autosufficienza spetta alla Società e viene effettuato sulla base dell'esame della documentazione prevista dal successivo art. 14.

Art. 13. Soggetti non assicurabili dalla copertura in caso di non autosufficienza

Non sono assicurabili dalla copertura per la perdita di autosufficienza le persone che, alla data di decorrenza del contratto, sono già beneficiarie di una rendita di invalidità o di inabilità al lavoro, prestata da qualsiasi soggetto pubblico o privato, né gli invalidi civili con grado di invalidità superiore al 50% (esclusi gli invalidi per menomazione della vista e i sordomuti).

Non sono inoltre assicurabili le persone già in stato di non autosufficienza, quelle affette da alcolismo e tossicodipendenza e quelle che hanno contratto il virus HIV (sieropositive).

Art. 14. Denuncia dello stato di non autosufficienza

Al verificarsi della presunta perdita permanente di autosufficienza, l'Assicurato o chi per esso **dovrà far pervenire alla Società** tutti i documenti necessari a verificare l'obbligo di pagamento e ad individuare correttamente gli aventi diritto. La consegna dei documenti potrà essere effettuata, per comodità degli aventi diritto, **presso l'Agenzia che ha in gestione il contratto o comunque presso una qualsiasi Agenzia della Società, facendo espresso riferimento alla polizza ed unitamente alla richiesta di liquidazione. È altresì consentito l'invio** della documentazione a mezzo posta indirizzata a: Allianz S.p.A. - Ufficio Vita - Largo Ugo Inneri, 1 - 34123 Trieste.

La documentazione da consegnare è la seguente:

Condizioni di assicurazione

- richiesta di liquidazione sottoscritta dall'Assicurato o altra persona avente titolo. La richiesta di liquidazione, formulata preferibilmente utilizzando l'apposito modulo predisposto dalla Società e reperibile presso la rete di vendita, deve contenere gli estremi per l'accredito del pagamento;
- relazione del medico curante (medico di famiglia e/o ospedaliero) attestante lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato con indicazione sulle cause della perdita di autosufficienza. Tale relazione potrà essere effettuata preferibilmente utilizzando l'apposito modulo predisposto dalla Società, riportato in calce alle presenti Condizioni di assicurazione e reperibile presso la rete di vendita, per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie;
- copia fronte-retro di un valido documento di identità dell'Assicurato riportante firma visibile;
- Piano di Assistenza Domiciliare Integrata (PADI), previsto qualora il contratto non sia in riduzione, preferibilmente utilizzando l'apposito modulo predisposto dalla Società, riportato in calce alle presenti Condizioni di assicurazione e reperibile presso la rete di vendita, per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie;

La data di denuncia coincide con la data di pervenimento della documentazione completa di cui sopra, necessaria alla Società per poter effettuare l'accertamento dello stato di Non Autosufficienza.

Art. 15 Accertamento dello stato di non autosufficienza

L'accertamento dello stato di non autosufficienza spetta alla Società.

Resta inteso che, al fine di consentire alla Società l'accertamento dello stato di non autosufficienza, l'Assicurato dovrà:

- sottoporsi agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari e controlli medici (anche a domicilio) disposti dalla Società;
- fornire alla Società ogni possibile informazione necessaria alla valutazione delle condizioni di non autosufficienza o della causa dello stato di non autosufficienza stesso.

Dalla data di denuncia, di cui al precedente articolo, decorre il periodo di accertamento da parte della Società, che in ogni caso non può superare i **4 mesi**.

La Società, ricevuta la documentazione di cui al precedente articolo, si riserva comunque di richiedere all'Assicurato, o a chi per esso, **ulteriore documentazione medica** che risultasse necessaria per l'accertamento (compresa copia della cartella clinica completa), con conseguente **sospensione del suddetto termine temporale**.

Ultimati i controlli medici, la Società comunica per iscritto all'Assicurato o a chi per esso, entro e non oltre il periodo di accertamento sopra definito, il riconoscimento o meno dello stato di non autosufficienza.

Nel caso in cui il periodo di accertamento necessiti di un tempo maggiore di quattro mesi, la rendita dovuta sarà maggiorata degli interessi di mora.

La Società provvederà all'accertamento dello stato di non autosufficienza per non più di 3 denunce, complete della documentazione sopra indicata, avanzate per il medesimo evento.

In caso di controversia sullo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, la Società e il Contraente hanno la facoltà di risolvere la controversia secondo le modalità indicate dall'art. 25 delle presenti condizioni di assicurazione.

Durante il periodo di accertamento, per un periodo massimo di **120 giorni** consecutivi e non frazionabili, la Società garantisce inoltre, tramite Allianz Worldwide Partners (AWP), delle prestazioni di "Assistenza Domiciliare Integrata" (c.d. ADI), erogate mensilmente (per un periodo massimo di 120 giorni consecutivi e non frazionabili) per un importo massimo pari a quattro volte l'entità della rata mensile iniziale di Rendita scelta dal Contraente alla decorrenza del Contratto ed il cui limite, su base mensile, non può comunque essere superiore all'importo della rata di Rendita mensile suddetta.

Il servizio di "Assistenza Domiciliare Integrata (c.d. ADI)" prevede:

- organizzazione al domicilio dell'Assicurato dei trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi per l'erogazione delle prestazioni sanitarie di Assistenza domiciliare concordate;
- organizzazione ed erogazione delle prestazioni socio-assistenziali al domicilio dell'Assicurato quali:
 - preparazione ed assunzione del pasto;
 - cura e governo della casa;
 - pagamento delle utenze domestiche;
 - alzata, cura della persona e messa a letto.
- fornitura in comodato d'uso di stampelle, sedia a rotelle, letto ortopedico e/o materasso antidecubito.

Condizioni di assicurazione

Tale servizio viene offerto **solo una volta per contratto** e comunque non oltre la data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

L'Assistenza Domiciliare Integrata è richiedibile anche in forma di 'accesso alla rete' (a pagamento), per i componenti della "Famiglia Protetta" dell'Assicurato (genitori e suoceri, anche se non conviventi)."

Il servizio A.D.I. viene erogato tramite la Centrale Operativa di AWP Service Italia S.c.a.r.l..

AVVERTENZA: Sarà cura della Società informarla tempestivamente in caso di modifica dei soggetti, dei termini e delle modalità di erogazione del servizio di "Assistenza Domiciliare Integrata.

Art. 16 Conseguenze del riconoscimento dello stato di non autosufficienza

Con il riconoscimento dello stato di non autosufficienza si generano i seguenti effetti:

- il diritto dell'Assicurato a percepire la rendita mensile vitalizia LTC di cui all'articolo 1;
- l'estinzione dell'obbligo del Contraente di pagare il premio annuo della copertura di non autosufficienza e, se attivata, della copertura accessoria facoltativa;
- la restituzione degli eventuali premi della copertura di non autosufficienza e, se attivata, della copertura accessoria facoltativa, pagati nel periodo compreso tra la data di denuncia dello stato di non autosufficienza (ai sensi del precedente art.14) e la data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza;
- il pagamento all'Assicurato, delle eventuali rate di rendita maturate nel periodo compreso tra la data di denuncia dello stato di non autosufficienza e la data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

Art. 17 Modifica dello stato di non autosufficienza

Qualora venga meno lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, quest'ultimo è tenuto, unitamente al Contraente, ad informarne la Società mediante comunicazione scritta, da inoltrarsi entro 30 giorni dal momento in cui tale stato è venuto meno. In ogni caso la Società si riserva la facoltà di eseguire periodicamente controlli sanitari sullo stato di salute dell'Assicurato, attraverso medici di propria fiducia, richiedendo a tal proposito la documentazione idonea a valutare la permanenza dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato stesso.

L'accertamento da parte della Società del venir meno dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato è attestato da comunicazione scritta indirizzata al Contraente entro 30 giorni dall'accertamento stesso e comporta:

- la sospensione dell'erogazione della rendita mensile vitalizia LTC di cui all'art. 1;
- la riattivazione del pagamento del premio della copertura di non autosufficienza e, se attivata, della copertura accessoria facoltativa.

La Società si riserva il diritto di recuperare le eventuali rate di rendita mensile vitalizia LTC corrisposte successivamente al venir meno dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

L'eventuale rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ai controlli sanitari periodici atti a valutare la permanenza del proprio stato di non autosufficienza comporterà l'immediata sospensione nell'erogazione della rendita mensile vitalizia LTC nonché la riattivazione del pagamento del premio della copertura di non autosufficienza e, se attivata, della copertura accessoria facoltativa.

Art. 18 Adempimenti periodici

Nel corso dell'erogazione della **rendita mensile vitalizia di non autosufficienza** (rendita mensile vitalizia LTC), la Società si riserva il diritto di chiedere periodicamente l'esibizione di un documento attestante l'esistenza in vita dell'Assicurato. In tale caso il suddetto documento dovrà essere indirizzato alla Società. Qualora la Società abbia iniziato a corrispondere la rendita mensile vitalizia LTC, il rifiuto di esibire la documentazione suddetta comporterà la sospensione nell'erogazione della rendita mensile vitalizia LTC.

In caso di decesso dell'Assicurato, dovrà essere indirizzata alla Società, entro 30 giorni, relativa comunicazione.

La Società si riserva il diritto di recuperare le eventuali rate di rendita mensile vitalizia LTC corrisposte successivamente al decesso dell'Assicurato.

Condizioni di assicurazione

Art. 19 Cessione, pegno, vincolo e prestiti

Il Contraente può cedere a terzi il contratto. Tale atto diventa efficace solo nel momento in cui la Società ne faccia annotazione su apposita appendice di variazione, che diviene parte integrante del contratto. In considerazione della tipologia e delle finalità del contratto **non è ammessa la concessione di prestiti né la costituzione di pegno o di vincolo sulle prestazioni garantite dallo stesso.**

Art. 20. Beneficiari

Prestazione per il caso di non autosufficienza dell'Assicurato (compresa eventuale prestazione accessoria facoltativa)

Il Beneficiario per il caso di Non Autosufficienza è l'Assicurato.

Prestazione accessoria facoltativa (in caso di decesso)

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare e modificare tale designazione, come previsto dall'art. 1921 del codice civile.

La designazione dei Beneficiari e le eventuali revoche e modifiche di essa devono essere comunicate per iscritto alla Società. Revoche e modifiche sono efficaci, tuttavia, anche se contenute nel testamento del Contraente, purché la relativa clausola faccia espresso riferimento alle polizze vita o sia specificamente attributiva delle somme con tali polizze assicurate.

La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata dal Contraente o dai suoi eredi nei seguenti casi (art. 1921 del codice civile):

- dopo che il Contraente ed i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo la morte del Contraente;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto per la liquidazione delle prestazioni, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

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

Art. 21. Pagamenti della Società

Per i pagamenti effettuati dalla Società **dovranno preventivamente pervenire alla Società stessa** tutti i documenti necessari a verificare l'obbligo di pagamento e ad individuare correttamente gli aventi diritto. La consegna dei documenti potrà essere effettuata, per comodità degli aventi diritto, **presso l'Agenzia che ha in gestione il contratto o comunque presso una qualsiasi Agenzia della Società, facendo espresso riferimento alla polizza ed unitamente alla richiesta di liquidazione. È altresì consentito l'invio** della documentazione a mezzo posta stessa indirizzata a: Allianz S.p.A. - Ufficio Vita - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste.

La documentazione da consegnare è la seguente:

in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato:

- la documentazione indicata all'art. 14 "Denuncia dello stato di non autosufficienza";
- documento attestante l'esistenza in vita dell'Assicurato (anche in forma di autocertificazione) da esibire con periodicità annuale;

in caso di decesso dell'Assicurato:

- certificato di morte dell'Assicurato in originale, rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- richiesta di liquidazione sottoscritta dai Beneficiari o dal rappresentante legale pro tempore, se uno dei Beneficiari non è una persona fisica, unitamente a copia fronte-retro di un valido documento di identità di ciascuno di essi riportante firma visibile, e della documentazione attestante il conferimento dei poteri di firma e rappresentanza in capo al soggetto indicato quale rappresentante legale pro tempore. La richiesta di liquidazione deve contenere gli estremi per l'accredito del pagamento, formulata preferibilmente presso la rete di vendita della Società, per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie;
- relazione del medico curante (medico di famiglia) sull'Assicurato, che indichi nel dettaglio le informazioni cliniche utili a sostenere la richiesta di liquidazione e ad illustrare la causa del decesso e lo stato clinico dell'Assicurato stesso. Tale relazione potrà essere effettuata anche utilizzando l'apposito modulo predisposto dalla Società,

Condizioni di assicurazione

riportato in calce alle presenti Condizioni di assicurazione e reperibile presso la rete di vendita, per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie;

- qualora l'Assicurato coincida con il Contraente, dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà in originale con firma autenticata in Comune, dinanzi al Notaio o presso il Tribunale che specifichi se il Contraente ha lasciato o meno testamento. In caso di esistenza di testamento, deve esserne consegnata copia autenticata o relativo verbale di pubblicazione e la suddetta dichiarazione sostitutiva deve riportarne gli estremi identificativi precisando altresì che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato.

Qualora la designazione dei Beneficiari in polizza sia generica (ad esempio "gli eredi testamentari in parti uguali" oppure "gli eredi legittimi in parti uguali") e l'eventuale testamento non abbia modificato i Beneficiari della polizza, la suddetta dichiarazione sostitutiva deve specificare esattamente quali sono i Beneficiari indicati in polizza in modo generico, riportando i loro dati anagrafici, il grado di parentela e la capacità di agire.

Qualora l'eventuale testamento abbia modificato i Beneficiari della polizza, la suddetta dichiarazione sostitutiva deve specificare esattamente quali sono i nuovi Beneficiari della polizza, riportando i loro dati anagrafici, il grado di parentela e la capacità di agire.

Limitatamente ai casi in cui sussista la necessità di svolgere approfondimenti circa la legittimazione dell'avente diritto e/o la corretta erogazione del dovuto, la Società potrà richiedere, al posto della dichiarazione sostitutiva, l'atto di notorietà in originale o in copia autenticata redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale;

- qualora uno dei Beneficiari sia minore di età o incapace, decreto del Giudice Tutelare in originale o in copia autenticata contenente l'autorizzazione in capo al rappresentante legale dei minori o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero della Società da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa.

La Società, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. cartelle cliniche, verbale 118, ecc.), in caso di particolari e circostanziate esigenze istruttorie e per una corretta erogazione della prestazione assicurativa (a titolo esemplificativo e non esaustivo: decesso dell'assicurato avvenuto al di fuori del territorio della Repubblica Italiana, discordanza tra i dati anagrafici del beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non esaustiva, etc.).

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la Società provvede alla liquidazione dell'importo dovuto:

- entro 30 giorni dalla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza, per quanto riguarda il pagamento della rendita vitalizia LTC;
- entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione su indicata presso la propria sede (ovvero dalla data di ricevimento presso la rete di vendita, se anteriore), in caso di decesso dell'Assicurato;

Decorso il termine dei 30 giorni sono dovuti gli interessi legali a favore degli aventi diritto. Gli interessi sono calcolati a partire dal giorno in cui la Società è entrata in possesso della documentazione completa, per quanto riguarda i pagamenti dovuti in caso di decesso dell'Assicurato, dalla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza per quanto riguarda il pagamento della rendita vitalizia LTC.

Art. 22. Prescrizione

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione, ai sensi dell'art. 2952 codice civile, si prescrivono in **10 anni** da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.

Qualora il Contraente o i Beneficiari non richiedano entro il predetto termine di prescrizione la liquidazione della prestazione, l'importo viene devoluto dalla Società al fondo per le vittime delle frodi finanziarie come previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

Art. 23. Non pignorabilità e non sequestrabilità

Ai sensi dell'art. 1923 del Codice Civile le somme dovute dalla Società, in virtù dei contratti di assicurazione sulla vita, non sono pignorabili né sequestrabili. Sono 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, comma 2 del Codice Civile).

Art. 24. Tasse e imposte

Tasse e imposte relative al contratto sono a carico del Contraente, dei Beneficiari o degli aventi diritto.

Condizioni di assicurazione

Art. 25. Collegio Arbitrale

Il Contraente ha la facoltà di ricorrere ad un Collegio Arbitrale entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione della Società contenente rispettivamente il rifiuto del riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato o l'accertamento del venir meno dello stato di non autosufficienza del medesimo.

Il ricorso al Collegio Arbitrale deve essere comunicato alla Società mediante lettera raccomandata.

Il Collegio Arbitrale sarà composto da 3 medici, dei quali uno nominato dalla Società, uno dal Contraente ed il terzo indipendente scelto di comune accordo tra le parti. In caso di mancato accordo, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al presidente del Tribunale competente in funzione del luogo di residenza del Contraente.

Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza, entro un termine di 30 giorni, disponendo i necessari accertamenti sanitari. Ciascuna delle parti sostiene le spese e gli onorari del proprio medico, nonché la metà di quelle del terzo medico. Gli eventuali ulteriori oneri resteranno a carico della parte soccombente.

Resta inteso che la città sede di svolgimento dell'arbitrato sarà quella dell'Istituto di medicina legale più vicina all'Assicurato.

Resta inteso altresì che il ricorso al Collegio Arbitrale non pregiudica la facoltà del Contraente di adire le vie legali.

Art. 26. Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto, è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o del soggetto che intende far valere i diritti derivanti dal contratto.

Art. 27. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

Relazione del medico curante di attestazione dello stato di non autosufficienza permanente

Si prega di redigere la presente relazione fornendo tutte le notizie utili ad illustrare la causa della perdita di autosufficienza permanente dell'Assicurato. Qualora in possesso di referti medici, si prega di allegarli.

Cognome e nome dell'Assicurato.....Età: anni

ProfessioneStato civile

Domicilio.....Reperibilità telefonica.....

1. a) Lei è medico abituale dell'Assicurato? SI NO
 b) Da quale epoca?

2. a) Oltre a lei o precedentemente a lei, l'Assicurato è stato curato da altri medici? SI NO
 b) Quali? (indicare in quale epoca, per quali malattie e possibilmente anche il loro attuale domicilio)

3. a) Quale è stata l'anamnesi patologica remota? (indicare eventuali patologie pregresse e le relative date di insorgenza)

4. a) Quale è stato l'evento che ha portato alla perdita di autosufficienza?

 b) Quando si è verificato? (indicare con precisione la data di insorgenza)

5. a) Quale è stata la sintomatologia all'inizio della malattia e quale il suo decorso?

6. a) Sono state eseguite indagini diagnostiche? SI NO
 b) Indicare epoca, luogo, nominativo della struttura medica e trascrivere i referti più significativi

 c) Nel caso vi siano stati ricoveri, precisare anno, luogo delle eventuali degenze e relativa diagnosi

d) Se si sono resi necessari interventi chirurgici o trattamenti terapeutici, specificare il tipo di intervento e le cure effettuate

.....

e) Quali diagnosi sono state fatte? Quali patologie sono state riscontrate?

.....

Verifica delle ADL, (per ogni "Activity of Daily Living" che l'Assicurato non è più in grado di compiere autonomamente, barrare una sola delle tre caselle proposte):

A) Muoversi nella stanza: sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assicurato, nonostante l'utilizzo di stampelle o di una sedia a rotelle, necessiti dell'aiuto di un'altra persona per la propria mobilità

1. si sposta all'interno della stanza senza assistenza (eventualmente con l'utilizzo di stampelle o di una sedia a rotelle)
2. è in grado di compiere spostamenti all'interno della stanza se aiutato da un'altra persona
3. non è in grado di compiere spostamenti all'interno della stanza (ad esempio, perché allettato)

B) Alzarsi e mettersi a letto: sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assicurato non sia in grado di recarsi a letto o di lasciare il letto senza l'aiuto di un'altra persona

1. si reca a letto e lascia il letto senza assistenza (eventualmente con l'utilizzo di stampelle, deambulatore o appositi ausili tecnici)
2. si reca a letto e lascia il letto se aiutato da un'altra persona
3. allettato, non esce dal letto

C) Vestirsi e svestirsi: sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assicurato non sia in grado di vestirsi o svestirsi senza l'aiuto di un'altra persona, nonostante l'uso di abiti idonei

1. prende i vestiti e si veste e/o si sveste completamente senza bisogno di assistenza
2. prende i vestiti e si veste e/o si sveste completamente senza bisogno di assistenza, eccetto che per allacciare o slacciare le scarpe
3. ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi e/o svestirsi oppure rimane parzialmente/totalmente svestito

D. Consumare cibi e bevande: sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assicurato non sia in grado di mangiare e di bere senza l'aiuto di un'altra persona, nonostante l'uso di posate e recipienti per bere idonei

1. consuma cibi e bevande senza assistenza (anche con l'utilizzo di posate e recipienti per bere idonei)
2. necessita di assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane o sbucciare la frutta
3. richiede assistenza per portare il cibo in bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale

E) Lavarsi, pettinarsi e farsi la barba: sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assicurato debba essere lavato, pettinato ed eventualmente rasato da un'altra persona, non essendo in grado di eseguire i movimenti del corpo necessari

1. è in grado di compiere autonomamente gli atti di igiene personale, si pettina e si fa la barba da solo
2. ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso oppure solo pettinarsi o farsi la barba)
3. ha bisogno di assistenza nella pulizia per più di una parte del corpo (compreso pettinarsi e farsi la barba)

F) Espletare autonomamente le funzioni fisiologiche: sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assicurato non sia autonomamente in grado di espletare le normali funzioni fisiologiche e tutti gli atti di elementare igiene personale. In caso di una sola incontinenza (o dell'intestino o della vescica) compensabile con l'uso di assorbenti igienici, non sussiste lo stato di non autosufficienza di cui al presente punto

1. controlla completamente feci e urine
2. presenta perdita occasionale eventualmente compensata con assorbenti igienici
3. necessita di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente

Nome e cognome del medico:

Indirizzo:

Comune: Prov.: C.A.P.

Telefono email.....

Luogo e data..... Timbro e firma del medico

Relazione del medico curante sulla causa che determinò il decesso dell'assicurato e sulle sue condizioni sanitarie pregresse.

La preghiamo di redigere la presente relazione fornendo tutte le notizie utili ad illustrare l'inizio e il decorso di malattie gravi, o comunque significative, eventualmente sofferte dall'Assicurato, anche se le stesse non sono da porsi in relazione con la causa del decesso e di rispondere esattamente ad ogni domanda senza lasciare risposte in bianco. Qualora in possesso dei referti medici citati in seguito, si prega di allegarli.

Cognome e nome dell'Assicurato Età: anni

Professione Stato civile

Luogo in cui si è verificato il decesso (Provincia di)

Data della morte / / ora

Evento che ha causato il decesso dell'Assicurato:

Diagnosi iniziale:

Successione morbosa:

Accidente terminale:.....

.....

1. a) Lei è stato il medico abituale dell'Assicurato? SI' NO

b) Da quale epoca?

2. a) Oltre a Lei o precedentemente a Lei, l'Assicurato è stato curato da altri medici? SI' NO

b) Quali (indicare in quale epoca, per quali malattie e possibilmente anche il loro attuale domicilio)?

.....

.....

.....

3. a) Quale è stata l'anamnesi patologica remota (indicare la data di insorgenza delle malattie)?.....

.....

.....

.....

.....

b) Nel caso vi siano stati ricoveri precisare, anno, luogo delle eventuali degenze e relativa diagnosi

.....

.....

.....

.....

.....

4. a) Quale è stata l'anamnesi patologica prossima (*indicare con precisione la data di insorgenza delle malattie e la loro sintomatologia*)?.....

 b) Sono state eseguite indagini diagnostiche? SI' NO

c) Indicare *epoca, luogo, nominativo* della struttura medica e trascrivere i referti più significativi

 d) Nel caso vi siano stati ricoveri precisare, anno, luogo delle eventuali degenze e relativa diagnosi

 e) Se si sono resi necessari interventi chirurgici o trattamenti terapeutici, specificare il tipo di intervento e le cure effettuate.....

5. a) Da quando ha cominciato a curare l'Assicurato per la malattia che è stata poi la causa del decesso?.....

6. a) L'Assicurato è mai stato ricoverato per l'evento SI' NO
 che ha poi causato il suo decesso?
 b) Dove ed in quale epoca?

7. a) L'Assicurato conosceva la natura della malattia SI' NO
 per la quale è poi deceduto?
 b) Da quando?.....

8. a) E' stata effettuata l'autopsia? SI' (allegare il referto) NO

9. a) Nell'ipotesi che la causa di morte non sia ascrivibile a malattia, quali lesioni hanno provocato l'esito (allegare la relativa documentazione)?.....

10. a) L'Assicurato ha mai fatto uso di alcolici? SI' NO
 b) In quale misura e da quando?

11. a) L'Assicurato ha mai fumato? SI' NO
 b) In quale misura e da quando?

12. a) Per una migliore illustrazione del caso clinico può SI' NO
 aggiungere ulteriori notizie ed informazioni?
 b) Quali?

Nome e cognome del medico:
 Indirizzo:
 Comune: Prov.: C.A.P.
 Telefono email
 Luogo e data Timbro e firma del medico

Piano di Assistenza Domiciliare Integrata (PADI)

TIPOLOGIA INTERVENTI	PRESTAZIONI	FREQUENZA SETTIMANALE
INTERVENTI SPECIALISTICI	<input type="checkbox"/> INTERNISTI / GERIATRA	
	<input type="checkbox"/> FISIATRA	
	<input type="checkbox"/> PALLIATORE	
	<input type="checkbox"/> PSICOLOGO	
	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare)	
INTERVENTI RIABILITATIVI	<input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> SI, SECONDO IL PIANO RIABILITATIVO INDIVIDUALE (PRI) ELABORATO DAL FISIATRA E <u>ALLEGATO A QUESTA SEGNALAZIONE</u>	
INTERVENTI INFERMIERISTICI	<input type="checkbox"/> MEDICAZIONI: <input type="checkbox"/> SEMPLICI <input type="checkbox"/> COMPLESSE	
	<input type="checkbox"/> PREVENZIONE COMPLICANZE ALLETTAMENTO	
	<input type="checkbox"/> GESTIONE CATETERE VESCICALE	
	<input type="checkbox"/> GESTIONE STOMIE	
	<input type="checkbox"/> GESTIONE NUTRIZIONALE: <input type="checkbox"/> ENTERALE <input type="checkbox"/> PARENTALE	
	<input type="checkbox"/> GESTIONE CATETERE VENOSO CENTRALE	
	<input type="checkbox"/> GESTIONE TERAPIA PER CURE PALLIATIVE	
	<input type="checkbox"/> GESTIONE VENTILAZIONE MECCANICA	
	<input type="checkbox"/> EDUCAZIONE DEL FAMILIARE / CAREGIVER ALLE ATTIVITA' DI CURA (compreso, ove possibile, gestione stomie, nutrizione enterale,	
	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare)	
INTERVENTI ASSISTENZIALI	<input type="checkbox"/> CURE IGIENICHE	
	<input type="checkbox"/> BAGNO ASSISTITO	
	<input type="checkbox"/> ADDESTRAMENTO DEL FAMILIARE / CAREGIVER ALL'IGIENE DEL PAZIENTE	
	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare)	
PRESIDI NECESSARI	<input type="checkbox"/> SEDIA A ROTELLE	
	<input type="checkbox"/> DEAMBULATORE	
	<input type="checkbox"/> MATERASSINO ANTI-DECUBITO	
	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare)	

Nome e cognome del medico:

Indirizzo:

Comune: Prov.: C.A.P.

Telefono email

Luogo e data Timbro e firma del medico

PADI_AZIT_30/06/2017

Allianz S.p.A.
Sede legale
Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste
Telefono +39 040 7781.111
Fax +39 040 7781.311
allianz.spa@pec.allianz.it
www.allianz.it

Uffici:
Milano 20122 - Corso Italia, 23
Torino 10121 - Via Vittorio Alfieri, 22
Trieste 34123 - Largo Ugo Irneri, 1
CF, P. IVA e Registro imprese
di Trieste n. 05032630963
Capitale sociale euro 403.000.000 i.v.

Iscritta all'Albo imprese
di assicurazione n. 1.00152
Capogruppo del gruppo assicurativo
Allianz, iscritto all'Albo gruppi
assicurativi n. 018 - Società con unico
socio soggetta alla direzione e
coordinamento di Allianz SE - Monaco

Regolamento della gestione separata

Data ultimo aggiornamento: 31/12/2011

REGOLAMENTO VITARIV

Allianz S.p.A. ha costituito una speciale forma di gestione degli investimenti, separata da quella delle altre attività della Società, caratterizzata dai seguenti elementi:

- a) la denominazione della gestione separata è VITARIV;
- b) la valuta di denominazione della gestione separata è l'Euro;
- c) il periodo di osservazione per la determinazione del tasso medio di rendimento della gestione separata è annuale e decorre dal 1° ottobre fino al 30 settembre dell'anno successivo.
All'interno del periodo di osservazione è prevista anche la determinazione di dodici tassi di rendimento mensili, ciascuno dei quali è calcolato con riferimento al periodo di tempo che decorre dal primo fino all'ultimo giorno del mese di calendario;
- d) l'obiettivo della gestione separata è di ottimizzare gli investimenti in coerenza con gli impegni contrattuali e di conseguire un rendimento annuo tendenzialmente stabile.
Le scelte di investimento sono effettuate sulla base delle previsioni sull'evoluzione dei tassi di interesse, considerando le opportunità di posizionamento sui diversi tratti della curva dei rendimenti e su diverse classi di attività, nonché sulla base dell'analisi dell'affidabilità degli emittenti, sempre nel rispetto degli impegni assunti da Allianz S.p.A. con riferimento ai contratti collegati alla gestione separata.
Le attività in cui vengono investite le risorse sono selezionate in coerenza con le disposizioni previste dalla normativa vigente in materia di attività a copertura delle riserve tecniche.
In particolare:
 - i. le risorse della gestione separata sono investite prevalentemente in strumenti finanziari di natura obbligazionaria (titoli obbligazionari e OICR armonizzati di tipo obbligazionario) anche fino al 100% del patrimonio della gestione stessa. I titoli obbligazionari sono selezionati prevalentemente tra quelli emessi da Stati sovrani, organismi internazionali ed emittenti di tipo societario con merito creditizio rientrante nel c.d. "investment grade", secondo le scale di valutazione attribuite da primarie agenzie di rating.
L'investimento in strumenti finanziari di natura azionaria (titoli azionari e OICR armonizzati di tipo azionario) è residuale, fino ad un massimo del 25% del patrimonio della gestione separata.
L'area geografica di riferimento è prevalentemente l'Area Euro.
L'investimento nel comparto immobiliare (diretto o tramite fondi immobiliari) non sarà superiore al 20% del patrimonio della gestione separata e gli investimenti c.d. alternativi, in fondi azionari e obbligazionari non armonizzati e in fondi speculativi, non saranno complessivamente superiori al 10% del patrimonio della gestione separata.
I depositi bancari rappresentano un investimento residuale non superiore al 10% della gestione;
 - ii. i limiti di investimento in strumenti finanziari o altri attivi emessi o gestiti da società del gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A. sono i seguenti:
 - OICR armonizzati istituiti, promossi o gestiti da società del gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A.: fino ad un massimo del 50% del patrimonio della gestione separata;
 - Obbligazioni, azioni ed altri attivi emessi da società del gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A.: fino ad un massimo del 30% del patrimonio della gestione separata.Per tutelare gli assicurati da possibili situazioni di conflitto di interesse, Allianz S.p.A. pone in essere operazioni infragruppo in coerenza con i principi di sana e prudente gestione, evitando di attuare operazioni che possano produrre effetti negativi per la sua solvibilità o che possano arrecare pregiudizio agli interessi degli assicurati o degli altri aventi diritto a prestazioni assicurative;
 - iii. le risorse della gestione separata possono essere investite in strumenti finanziari derivati con lo scopo di ridurre il rischio di investimento o di pervenire ad una gestione efficace del portafoglio;
- e) la gestione separata è aperta a tutte le tipologie di polizze a prestazioni rivalutabili e a tutti i segmenti di clientela;

Regolamento della gestione separata

- f) il valore delle attività della gestione separata non potrà essere inferiore alle riserve matematiche costituite per i contratti a prestazioni rivalutabili collegati ai rendimenti realizzati dalla gestione stessa;
- g) il presente Regolamento può essere modificato a seguito dell'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;
- h) le spese che gravano sulla gestione separata sono unicamente quelle 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. Non sono consentite altre forme di prelievo, in qualsiasi modo effettuate;
- i) il rendimento della gestione separata beneficia di eventuali utili derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti da Allianz S.p.A. in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della gestione;
- j) il tasso medio di rendimento della gestione separata relativo al periodo di osservazione è determinato rapportando il risultato finanziario della gestione separata alla giacenza media delle attività della gestione stessa.
Il risultato finanziario della gestione separata è costituito dai proventi finanziari di competenza conseguiti dalla gestione stessa, comprensivi degli scarti di emissione e di negoziazione di competenza, dagli utili realizzati e dalle perdite sofferte nel periodo di osservazione. Gli utili realizzati comprendono anche quelli derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti da Allianz S.p.A. in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della gestione separata. Le plusvalenze e le minusvalenze vanno prese in considerazione, nel calcolo del risultato finanziario, solo se effettivamente realizzate nel periodo di osservazione. Il risultato finanziario è calcolato al netto delle spese effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività, per l'attività di verifica contabile ed al lordo delle ritenute di acconto fiscale. Gli utili e le perdite da realizzo sono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nel libro mastro della gestione separata. Il valore di iscrizione nel libro mastro di una attività di nuova acquisizione è pari al prezzo di acquisto.
La giacenza media delle attività della gestione separata è pari alla somma delle giacenze medie nel periodo di osservazione dei depositi in numerario, degli investimenti e di ogni altra attività della gestione separata. La giacenza media nel periodo di osservazione degli investimenti e delle altre attività è determinata in base al valore di iscrizione nel libro mastro della gestione separata.
I criteri di valutazione impiegati ai fini del calcolo della giacenza media non possono essere modificati, salvo in casi eccezionali. In tale eventualità, il rendiconto riepilogativo della gestione separata è accompagnato da una nota illustrativa che riporta le motivazioni dei cambiamenti nei criteri di valutazione ed il loro impatto economico sul tasso medio di rendimento della gestione separata.
Il tasso medio di rendimento della gestione separata relativo a ciascun periodo mensile all'interno del periodo di osservazione è calcolato con gli stessi criteri di cui sopra, ponendo come base temporale di calcolo lo specifico mese di calendario;
- k) la gestione separata è sottoposta alla verifica da parte di una società di revisione iscritta nell'apposito registro previsto dalla normativa vigente;
- l) Allianz S.p.A., qualora ne ravvisasse l'opportunità in un'ottica di ricerca di maggiore efficienza anche in termini di costi gestionali o di adeguatezza dimensionale della gestione separata, al fine di perseguire l'interesse dei contraenti e nel rispetto dei criteri e del profilo di investimento, potrà procedere alla scissione della gestione separata VITARIV o alla fusione della stessa con una o più gestioni separate istituite dalla Società aventi sia analoghe caratteristiche che omogenee politiche di investimento, senza alcun onere o spesa per i contraenti. In tali eventualità, la Società invierà ai contraenti delle polizze a prestazioni rivalutabili collegate ai rendimenti realizzati dalla gestione separata VITARIV una tempestiva comunicazione e, qualora sia necessario redigere un nuovo Regolamento, copia dello stesso;
- m) il presente Regolamento è parte integrante delle Condizioni di assicurazione.

Glossario

Data ultimo aggiornamento: 30/06/2017

Appendice

Documento che viene emesso per modificare la disciplina del contratto e che costituisce parte integrante dello stesso.

Assicurato

Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto e può coincidere o no con il Contraente. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione degli eventi attinenti alla sua vita.

Beneficiario caso di decesso

Persona fisica o giuridica designata dal Contraente che riceve la prestazione prevista dal contratto qualora si verifichi l'evento assicurato.

Beneficiario della Rendita per il caso di Non Autosufficienza

Soggetto, che coincide sempre con l'Assicurato, al quale spetta la prestazione di Rendita per il caso di Non Autosufficienza.

Caricamenti

Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Società.

Codice delle Assicurazioni

Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209.

Condizioni di assicurazione

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Conflitto di interessi

Insieme delle situazioni in cui l'interesse della Società può collidere con quello del Contraente.

Consolidamento

Meccanismo in base al quale il rendimento attribuito al contratto secondo la periodicità stabilita dal contratto stesso (annualmente, mensilmente, ecc.), e quindi la rivalutazione delle prestazioni assicurate, sono definitivamente acquisiti dal Contraente e conseguentemente le prestazioni stesse possono solo aumentare e mai diminuire.

Contraente

Persona fisica o giuridica, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Società. Può coincidere o meno con l'Assicurato (se è persona fisica).

Costi (o spese)

Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati, sulle rivalutazioni delle prestazioni o sul capitale da liquidare.

Data di denuncia dello stato di non autosufficienza

Data in cui la Società riceve la documentazione completa relativa all'evento che ha comportato lo stato di non autosufficienza, e dalla quale decorre il periodo di accertamento dello stato di Non Autosufficienza da parte della Società

Data di riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza

Data in cui la Società comunica per iscritto all'Assicurato o a chi per esso, entro e non oltre il periodo di accertamento previsto dal contratto, il riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza.

Decorrenza

Momento in cui il contratto produce i suoi effetti e le garanzie diventano efficaci, previo pagamento del premio.

Documento di polizza (o Polizza)

Documento cartaceo attestante l'esistenza del contratto di assicurazione.

Glossario

Durata contrattuale

Periodo durante il quale il contratto è efficace. Per il presente contratto, che è a vita intera, la durata contrattuale coincide con la vita dell'Assicurato.

Età computabile

Età determinata trascurando le frazioni d'anno fino a sei mesi ed arrotondando per eccesso ad un anno intero le frazioni d'anno superiori a sei mesi.

Età in anni interi

Età in anni interi determinata arrotondando per difetto le frazioni d'anno.

Gestione separata (o speciale) VITARIV

Portafoglio di attivi gestito separatamente dagli altri attivi detenuti dalla Società, in funzione del cui rendimento si rivalutano le prestazioni dei contratti ad esso collegati.

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione. Il 1° gennaio 2013 l'IVASS è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP.

OICR

Organismi di investimento collettivo del risparmio, in cui sono comprese le società di gestione dei fondi comuni d'investimento e le SICAV.

PADI

Piano di Assistenza Domiciliare Individuale (P.A.D.I.), personalizzato in base allo stato di salute dell'Assicurato, alle indicazioni fornite dal medico curante ed alle esigenze della famiglia in termini di organizzazione assistenziale.

Premio annuo

Importo che il Contraente si impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di versamenti previsto dal contratto di assicurazione a fronte delle prestazioni assicurate.

Proposta

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.

Recesso (o ripensamento)

Diritto del Contraente di recedere dal contratto entro trenta giorni dalla sua conclusione e farne cessare gli effetti.

Rendita di non autosufficienza (rendita LTC)

In caso di perdita dell'autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana, importo mensile che la Società si impegna a pagare dal momento del riconoscimento dello stato di non autosufficienza finché l'Assicurato è non autosufficiente ed in vita.

Revoca

Diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del contratto.

Riattivazione

Facoltà del contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle condizioni di assicurazione, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene mediante il versamento dei premi non pagati secondo le modalità previste dalle condizioni di assicurazione.

Ricorrenza annuale del contratto

Giorno e mese di ogni anno corrispondenti alla data di decorrenza delle coperture assicurative

Glossario

Riduzione

Diminuzione della prestazione assicurata conseguente alla scelta effettuata dal Contraente di sospendere il pagamento dei premi, determinata secondo le modalità indicate nelle Condizioni di assicurazione.

Società di gestione del risparmio (SGR)

Società di diritto italiano autorizzate cui è riservata la prestazione del servizio di gestione collettiva del risparmio e degli investimenti.

Sinistro

Il 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 la perdita dell'autosufficienza dell'Assicurato.

Tasso di interesse legale

Tasso determinato dal Ministro del Tesoro, con proprio decreto pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana non oltre il 15 dicembre dell'anno precedente a quello cui il tasso si riferisce. Qualora entro il 15 dicembre non sia stata fissata una nuova misura del tasso, questo rimane invariato per l'anno successivo.

Tasso di interesse (o di rendimento) minimo garantito

Rendimento minimo finanziario (sotto forma di tasso tecnico), annuo e composto, che la Società riconosce alle prestazioni assicurate secondo le modalità previste dalle Condizioni di assicurazione.

Universo Persona Rendita Autosufficienza

La serenità di domani, nelle scelte di oggi

La tua proposta

Numero: [numero]
Contraente: [contraente]

I tuoi riferimenti
Allianz

Agenzia principale di [CITTÀ]
[VIA] - [CAP] [CITTÀ] [(PR)]
Telefono: [numero]
Fax: [numero]
Email: [mail]
www.sitoagenzia.it

L'App



AllianzNOW, la tua protezione in tempo reale.

Scarica gratuitamente la nuova App dei clienti Allianz per ricevere assistenza, gestire sinistri e utilizzare tutti gli altri servizi direttamente dal tuo telefonino. Tutti i giorni, 24 ore al giorno. Basta solo il tuo codice fiscale e il numero della tua polizza

Scarica l'App



Il sito internet

www.allianz.it/areapersonale
Per consultare le informazioni relative
alla tua posizione assicurativa

Servizio Clienti



Per qualsiasi informazione, chiarimento o supporto

Allianz S.p.A. - Sede legale Largo Ugo Irneri 1, 34123 Trieste - Tel. +39 040 7781.111 - Fax +39 040 7781.311
allianz.spa@pec.allianz.it - CF, P. IVA, Reg. imprese Trieste n. 05032630963 - Cap. sociale euro 403.000.000,00 i.v.
Iscritta Albo imprese di assicurazione n. 1.00152 - Capogruppo del gruppo assicurativo Allianz, iscritto all'Albo gruppi
assic. n. 018 - Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE - Monaco - Codice 01

Allianz

Elenco documenti

Si consegnano al cliente i seguenti documenti

- Fascicolo informativo
- Comunicazione informativa (modello 7A)
- Informazioni da rendere al Contraente (modello 7B)
- Proposta

La presente copertina non costituisce parte della proposta.

FAC - SIMILE

Allianz per te

La tua Area Personale sul web è ancora più ricca e aggiornata, per consultare in ogni momento la tua posizione assicurativa, e i principali documenti contrattuali.

Per accedere collegati al sito Allianz.it, registrati nella sezione "Area Personale", richiedi le tue credenziali di accesso e scopri tutte le novità a te dedicate.

Proposta

Data ultimo aggiornamento: 30/06/2017

Il sottoscritto Contraente formula la seguente proposta di assicurazione di puro rischio.
 Lo scopo prevalente del rapporto è di protezione.

Contraente

Nome Cognome: [Contraente] oppure Ragione Sociale: [Contraente]
 Codice fiscale o Partita IVA: [CF_contr_PI]
 Residenza: [ind_res] oppure Sede legale: [sede_leg]
 C.A.P.: [cap_res] Città: [citta_res] ([Prov_res])
 Recapito di corrispondenza:
 ■ l'indirizzo di residenza

Assicurato

Nome Cognome: [Assicurato]
 Codice fiscale: [CF_ass] Data di nascita: gg/mm/aaaa Età computabile: __

Durata

Decorrenza: dalle ore 24:00 del gg/mm/aaaa*
 Durata: vita intera
 Durata pagamento premi: vitalizia**

* L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato a condizione che sia stato corrisposto il premio e la Società accetti la presente proposta, come disciplinato nella sezione "Conclusione del contratto" e nel relativo articolo delle Condizioni di assicurazione.

** fintanto che l'Assicurato è in vita e autosufficiente.

La presente proposta è disciplinata dagli articoli delle Condizioni di assicurazione contenute nel Fascicolo informativo del prodotto Universo Persona Rendita Autosufficienza Edizione giugno 2017.

Dettaglio premi (importi espressi in euro)

Scomposizione premio	Premio mensile
Morte → se attivata la copertura accessoria facoltativa	_____,____ euro
LTC (Long Term Care)	_____,____ euro
Totale	_____,____ euro

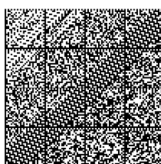
Premio

Premio mensile: _____ euro
 Spese di emissione: 0,00 euro
 Importo pagato alla firma (premio di perfezionamento): _____ euro
 Il caricamento applicato al premio è pari al ____%
 Se attivata la garanzia opzionale
 Il caricamento applicato è pari al _____% del premio mensile della garanzia LTC e al _____% del premio mensile della garanzia accessoria opzionale

Il mancato pagamento del premio annuo o anche di una sola rata di premio annuo, trascorsi 30 giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina la risoluzione del contratto, qualora non siano state pagate per intero le prime dieci annualità di premio. In tal caso i premi già versati restano definitivamente acquisiti dalla Società.

Il Contraente può utilizzare, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:

- assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'Impresa di assicurazione oppure all'agente (persona fisica o giuridica) in qualità di Agente dell'Impresa di assicurazione;
- ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati nel precedente punto 1;
- reinvestimenti di capitali provenienti da contratti Vita preesistenti;



Proposta n. [numero]

Proposta

fermo restando che per specifiche esigenze procedurali la Società si riserva di richiedere che il pagamento venga effettuato tramite bonifico bancario, o sistema di pagamento elettronico, su conto corrente intestato all'Impresa di assicurazione.

L'SDD (Sepa Direct Debit) su conto corrente intestato all'Impresa di assicurazione è obbligatorio in caso di frazionamento mensile o trimestrale del premio annuo. L'obbligatorietà dell'SDD si applica ai pagamenti successivi al primo e potrà essere estesa a frazionamenti diversi dal mensile o trimestrale subordinatamente a specifiche disposizioni impartite agli intermediari preposti alla vendita.

Detraibilità del premio dall'IRPEF ai sensi della normativa fiscale vigente → se Contraente <> da persona giuridica

La Società invierà annualmente al Contraente una certificazione dei premi pagati nell'anno solare rilevanti ai fini della detraibilità fiscale IRPEF, fermo restando l'importo massimo di detrazione su base annua fissato dalla normativa in vigore (per maggiori dettagli consultare la Sezione C della Nota informativa).

Prestazione in caso di perdita di autosufficienza

In caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana, salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carenza** indicati all'art. 2 delle Condizioni di assicurazione, è prevista la corresponsione all'Assicurato di una **rendita mensile anticipata** di importo iniziale pari a __.____, __ euro, che si rivaluta annualmente, erogata a partire dal riconoscimento dello stato di non autosufficienza e fino a che l'Assicurato è in vita e non autosufficiente.

Inoltre Allianz Worldwide Partners (AWP) garantisce l'erogazione all'Assicurato di prestazioni di "Assistenza Domiciliare Integrata (c.d. ADI)" per un importo massimo mensile non eccedente la rendita mensile vitalizia LTC, a partire dalla data di pervenimento ad Allianz S.p.A. della documentazione relativa alla perdita di autosufficienza e per un periodo massimo di 120 giorni consecutivi, non frazionabili e comunque non oltre la data di accertamento dello stato di non autosufficienza da parte di Allianz S.p.A.. Dal momento del riconoscimento dello stato di non autosufficienza il premio non è più dovuto e saranno restituiti gli eventuali premi pagati nel periodo compreso tra la data di denuncia dello stato di Non Autosufficienza e la data di riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza.

Prestazione relativa alla garanzia accessoria LTC se attivata la copertura accessoria facoltativa

Nel caso di attivazione della garanzia accessoria opzionale e di pagamento del relativo premio mensile mediante incremento del premio mensile della garanzia principale, in caso di decesso dell'Assicurato:

- entro la ricorrenza annua di contratto in cui l'Assicurato ha 76 anni (computabili), è previsto il riconoscimento ai Beneficiari designati di un capitale pari alla somma dei premi pagati (premi della copertura di Non Autosufficienza e premi della copertura accessoria opzionale) fino alla data del decesso;
- successivamente alla ricorrenza annua di contratto in cui l'Assicurato ha 76 anni (computabili), in caso di Non Autosufficienza dell'Assicurato, assieme alla prima rata di rendita vitalizia LTC, viene corrisposto un Capitale una tantum pari a __.____, __ euro. Il capitale una tantum non sarà corrisposto in caso di decesso dell'Assicurato.

Prestazioni di assistenza Allianz Global Assistance

Con la sottoscrizione del presente contratto sono messe gratuitamente a disposizione dell'Assicurato le prestazioni di assistenza di Allianz Global Assistance tramite la Centrale Operativa di AWP Service Italia S.c.a.r.l. – Viale Brenta 32, CAP 20139, Milano ITALIA - Recapito Telefonico: 02/23.695.1 - Sito Internet: www.allianz-global-assistance.it - Indirizzo e-mail: info@allianz-assistance.it alle condizioni e secondo le modalità indicate nelle "Condizioni di assicurazione delle prestazioni di Assistenza Allianz Global Assistance" a cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Beneficiari

Beneficiari in caso di decesso dell'Assicurato se attivata la copertura accessoria facoltativa

[Beneficiario]

___, ___%

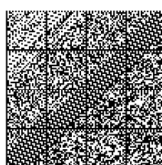
Altri estremi contrattuali

Proposta: nuova

Prodotto: Universo Persona Rendita Autosufficienza

Condizioni particolari di proposta:

Vale la CARENZA iniziale, in quanto l'assicurazione è stata assunta senza visita medica.



Proposta n. [numero]

Proposta

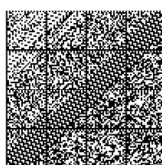
Avvertenze relative alla compilazione del questionario sanitario

- a) le dichiarazioni 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 della proposta, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni relative al suo stato di salute ed alle sue abitudini di vita riportate nella presente proposta all'interno delle sezioni "profilo sanitario", "profilo professionale" e "profilo sportivo";
- c) anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

Profilo sanitario, professionale e sportivo

Dichiarazioni rese dall'Assicurato:

- Intende sottoporsi ad accertamenti sanitari allo scopo di eliminare il periodo di carenza di cui alle condizioni di assicurazione?
No
- Statura:
cm _____
- Peso:
Kg _____
- Negli ultimi 5 anni ha mai fumato più di 15 sigarette al giorno?
No
- Attualmente soffre di qualche tipo di invalidità o necessita di assistenza nello svolgimento delle attività quotidiane o gode di pensioni di invalidità / inabilità o di assegno di accompagnamento o ha in corso o intende avviare pratiche per il loro riconoscimento?
No
- Negli ultimi 10 anni le è mai stata diagnosticata o è stato in trattamento per qualche patologia o malattia (ad esempio: malattie neurologiche, malattie osteoarticolari, paralisi, distrofia muscolare, fibrosi cistica o altre malattie)?
No
- Escludendo quanto già dichiarato nella domanda precedente, è mai stato ricoverato o prevede un prossimo ricovero (anche in day hospital) in ospedali, case di cura o simili per interventi chirurgici, semplici accertamenti o per altre procedure mediche anche effettuate a livello ambulatoriale? (ad esclusione degli interventi avvenuti da più di un mese con completa guarigione di: appendicectomia, adenotonsillectomia, erniectomia, emorreoidectomia, meniscectomia, safenectomia, varici, chirurgia estetica, deviazione del setto nasale, parto)?
No
- Escluse le condizioni precedentemente dichiarate, nell'ultimo anno si è sottoposto ad esami specialistici che abbiano avuto esiti anomali o è in attesa di ricevere gli esiti di esami a cui si è sottoposto o ha intenzione di sottoporsi ad esami specialistici (esclusi check-up o esami di screening regolari)?
No
- Escluse le condizioni precedentemente dichiarate, negli ultimi 6 mesi ha sofferto o soffre di qualche disturbo persistente e ancora privo di diagnosi? (ad esempio: dolori al petto, stipsi ostinata, sangue nelle feci, tosse o mal di testa persistenti, svenimenti, noduli, tumefazioni, rigonfiamenti o altri disturbi persistenti)
No
- Escluso quanto già dichiarato nelle precedenti domande, fa uso o ha mai fatto uso negli ultimi 2 anni di farmaci in via continuativa per più di due settimane o le è stato prescritto di farne uso?
No
- Fa o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti o è mai stato o è in trattamento per abuso di alcool o di sostanze stupefacenti o ha una storia di abuso di alcool o le è mai stato raccomandato da un medico di ridurre il consumo di alcoolici?
No
- Esercita qualche professione considerata a rischio? (vedi elenco delle attività professionali considerate a rischio indicate nella proposta di assicurazione)
No
- Pratica o intende praticare qualche attività sportiva considerata a rischio? (vedi elenco delle attività sportive considerate a rischio indicate nella proposta di assicurazione)
No



Proposta n. [numero]

Proposta

In relazione al questionario sopra riportato, si precisa che eventuali professioni e/o sport dichiarati sono da intendersi inclusi nella copertura assicurativa.

Le attività professionali considerate a rischio sono le seguenti:

Acrobata, Aeronautica militare - personale anche con mansioni operative (per i soli rischi a terra), Aeronautica militare - personale con sole mansioni amministrative o d'ufficio (per i soli rischi a terra), Agente di custodia/guardia carceraria/secondino, Alpinismo - istruttore/allenatore, Artificiere, Artista circense, Attività subacquee - istruttore/allenatore, Attore esposto a rischi speciali come incendi/presenza di belve/colluttazioni/acrobazie e simili, Autotrasportatore/autista di autocarro/autotreno/motocarro con trasporto di esplosivi/merci pericolose, Bob - istruttore/allenatore, Buttafuori, Carabiniere (non sommozzatore), Cava - addetto/operaio anche con uso di esplosivi, Cava - titolare/imprenditore/dirigente/amministratore con lavoro manuale anche con uso di esplosivi, Chimico che tratta anche sostanze radioattive o esplosive, Collaudatore di veicoli/motoveicoli, Comparsa esposta a rischi speciali come incendi/presenza di belve/colluttazioni/acrobazie e simili, Controfigura, Corazziere, Deltaplano - istruttore, Dirigente/amministratore d'industria con lavoro manuale che tratta sostanze esplosive/radioattive, Doganiere/agente doganale, Driver (corse al trotto), Esercito - personale anche con mansioni operative, Esercito - personale con sole mansioni amministrative o d'ufficio, Fantino, Fisico che tratta anche sostanze radioattive o esplosive, Forze armate (sommozzatore/reparti speciali), Guardia del corpo, Guardia di finanza (non sommozzatore), Guardia di finanza (sommozzatore/reparti speciali), Guardia giurata/notturna/metronotte, Guida alpina, Guida sportiva - istruttore, Hydrospeed - istruttore/allenatore, Imprenditore/titolare d'industria con lavoro manuale che tratta sostanze esplosive/radioattive, Lavori subacquei (addetto)/sub professionista/palombaro, Magazziniere che tratta anche esplosivi o merci pericolose, Marina militare - personale anche con mansioni operative (non sommozzatore), Marina militare - personale con sole mansioni amministrative o d'ufficio, Miniera - addetto/operaio anche con uso di esplosivi, Miniera - titolare/imprenditore/dirigente/amministratore con lavoro manuale anche con uso di esplosivi, Operaio che tratta sostanze asfissianti/corrosive/infettanti/tossiche, Operaio che tratta sostanze esplosive/radioattive, Paracadutismo - istruttore/allenatore, Parapendio - istruttore/allenatore, Perito in energia nucleare che tratta anche sostanze esplosive/radioattive, Polizia di Stato - personale anche con mansioni operative, Polizia di Stato - personale con sole mansioni amministrative o d'ufficio, Polizia locale/municipale - agente motociclista, Polizia locale/municipale - agente non motociclista, Rafting - istruttore/allenatore, Regista/aiuto regista esposto a rischi speciali come incendi/presenza di belve/colluttazioni/acrobazie e simili, Roccia - istruttore/allenatore, Salto dal trampolino con gli sci - istruttore/allenatore, Sci/snowboard acrobatico - maestro/istruttore/allenatore, Sci/snowboard alpinismo - maestro/istruttore/allenatore, Slittino - istruttore/allenatore, Sopravvivenza (corsi) - istruttore, Speleologia - istruttore, Speleologo, Sportivo professionista, Sportivo semiprofessionista, Stunt-man/cascatore, Tecnico cinematografico/teatrale/televisivo esposto a rischi speciali come incendi/presenza di belve/colluttazioni/acrobazie e simili, Tecnico d'industria che tratta sostanze asfissianti/corrosive/infettanti/tossiche, Tecnico d'industria che tratta sostanze esplosive/radioattive, Vigile del fuoco sommozzatore.

Si precisa che le attività professionali non espressamente elencate sono da considerarsi incluse nella garanzia assicurativa principale, fatto salvo per quanto indicato nelle condizioni di assicurazione delle eventuali garanzie complementari.

Le attività sportive considerate a rischio sono le seguenti:

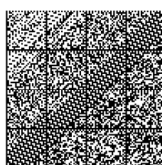
Alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, Arrampicata libera (free climbing), Arti marziali nelle sue varie forme, Atletica pesante, Bungee jumping, Canoa fluviale, Football americano, Guidoslitta (bob), Hockey, Hydrospeed, Immersioni con autorespiratore, Kayak, Kitesurf, Lotta nelle sue varie forme, Paracadutismo, Pilota o passeggero di veicoli/natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e relative prove, Pugilato, Qualsiasi sport esercitato professionalmente, Rafting, Rugby, Salto dal trampolino con sci o idrosci, Sci/Snowboard acrobatico, Sci/Snowboard alpinismo, Sci/Snowboard estremo, Skeleton, Sollevamento pesi, Speedriding, Speleologia, Sport aerei in genere, Torrentismo, Tuffi da scogliere (Cliff diving), Vela con traversate oceaniche.

Si precisa che le attività sportive di tipo ricreativo non espressamente elencate sono da considerarsi incluse nella garanzia assicurativa principale, fatto salvo per quanto indicato nelle condizioni di assicurazione delle eventuali garanzie complementari.

Conclusione del contratto

Il Contraente prende atto che la Società è libera di accettare o meno la presente proposta, secondo le modalità di seguito specificate.

In caso di **accettazione** della presente proposta, la Società potrà dare inizio all'esecuzione del contratto. Il contratto si intenderà pertanto concluso e produrrà i suoi effetti dalle ore 24:00 del giorno indicato nella presente proposta quale data



Proposta n. [numero]

Proposta

di decorrenza, fatti salvi gli eventuali periodi di carenza della copertura assicurativa previsti dalle Condizioni di assicurazione.

La Società darà prontamente avviso al Contraente dell'**avvenuta conclusione del contratto**, inviando **apposita comunicazione** e rilasciando altresì copia della polizza.

Il contratto sarà costituito dalla presente proposta, dai documenti in essa richiamati, dalla comunicazione di avvenuta conclusione del contratto, nonché dalla polizza.

In caso di **mancata accettazione** della presente proposta, la Società ne darà comunque comunicazione al Contraente.

Qualora il Contraente non riceva, a mezzo posta, la **polizza** oppure la **comunicazione di mancata accettazione** entro il termine massimo di 15 giorni dalla data di sottoscrizione della presente proposta, potrà contattare **Pronto Allianz - Servizio Clienti - al Numero Verde 800.68.68.68**.

Revocabilità della proposta

La presente proposta potrà essere revocata dal Contraente (ai sensi dell'art. 176 D. Lgs. 209/2005) **fino al ricevimento della comunicazione di avvenuta conclusione del contratto**, mediante comunicazione scritta alla Società contenente gli elementi identificativi della presente proposta e indicando le coordinate bancarie ove effettuare il rimborso, da inviarsi **a mezzo lettera raccomandata A.R.** indirizzata a: Allianz S.p.A. – Ufficio Vita - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste.

Somme versate dal Contraente

Le **somme versate dal Contraente** contestualmente alla presentazione della presente proposta verranno trattenute dalla Società a titolo di deposito gratuito e non produttivo di interessi sino a:

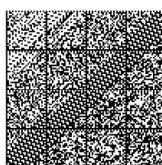
- i) la **conclusione** del contratto ai sensi di quanto riportato nella sezione "Conclusione del contratto" della presente proposta, nel qual caso esse verranno imputate a **premio di polizza**; ovvero
- ii) la **revoca**, la **mancata accettazione** della presente proposta di assicurazione, nel qual caso esse verranno restituite dalla Società al Contraente entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di **revoca** e/o dalla **comunicazione di mancata accettazione** da parte della Società.

Diritto di recesso

Entro 30 giorni dalla data di ricezione della comunicazione di avvenuta conclusione del contratto, il Contraente potrà recedere dal contratto medesimo (ai sensi dell'art. 177 D. Lgs. 209/2005), mediante comunicazione scritta alla Società contenente gli elementi identificativi del contratto e indicando le coordinate bancarie ove effettuare il rimborso, da inviarsi **a mezzo lettera raccomandata A.R.** indirizzata a: Allianz S.p.A. - Ufficio Vita - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste.

Il recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto con decorrenza dalle ore 24 del giorno di spedizione della lettera raccomandata, quale risultante dal timbro postale di invio della stessa.

Entro 30 giorni dal ricevimento della predetta comunicazione di recesso la Società rimborserà al Contraente il premio da questi corrisposto, al netto de (i) la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto; (ii) l'imposta di bollo, se prevista; (iii) l'imposta sulla garanzia complementare, se prevista; (iv) le spese sostenute per l'emissione del contratto, nella misura indicata nella presente proposta e in polizza.

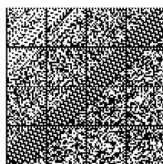


Proposta n. [numero]

Proposta

Pagina lasciata intenzionalmente bianca

FACILE SIMILE



Proposta

Sottoscrizioni

Il sottoscritto Contraente dichiara:

- di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente proposta:
 - il Fascicolo informativo del prodotto **Universo Persona Rendita Autosufficienza Edizione giugno 2017** - composto da Scheda sintetica, Nota informativa, Condizioni di assicurazione comprensive del Regolamento della gestione separata, Glossario e Proposta in versione fac-simile - **che dichiara di conoscere e di accettare quale parte integrante della presente proposta;**
 - copia del documento **"Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti"** conforme al modello 7A del Regolamento Isvap 5/2006;
 - copia del documento **"Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta"** conforme al modello 7B del Regolamento Isvap 5/2006;
- di essere informato che non è consentita la sottoscrizione, con Allianz S.p.A., di un numero di contratti della tipologia LTC, aventi il medesimo assicurato, tale che sia superato un valore complessivo della Rendita iniziale annua di 60.000,00 euro;
- di essere consapevole che, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile, le informazioni ed i dati forniti sono essenziali per la validità e l'efficacia della presente proposta e che l'Impresa presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio anche in base ad essi. Il Contraente dichiara inoltre che la presente proposta non contiene cancellature o rettifiche;
- <se Contraente = Assicurato> di prosciogliere dal segreto professionale e da ogni obbligo legale di riservatezza i medici che lo hanno o lo avranno curato o visitato, nonché gli enti ed ogni altro soggetto ai quali il beneficiario caso morte si rivolgesse, anche dopo il verificarsi dell'evento, per acquisire informazioni e documentazione, riconoscendo che tali informazioni e documentazione sono essenziali ai fini della valutazione del rischio e dell'esecuzione degli obblighi derivanti dal contratto assicurativo, di cui la presente dichiarazione costituisce parte essenziale ed integrante;
- <se proposta adeguata> di essere stato informato dall'Intermediario che la presente proposta è adeguata rispetto alle sue esigenze assicurative o previdenziali;
- di prendere atto che gli importi di premio si intenderanno incassati salvo buon fine del mezzo di pagamento e dei controlli anticiclaggio e di prevenzione del finanziamento del terrorismo, in ottemperanza agli adempimenti di cui ai D.Lgs. 231/2007 e D.Lgs 109/2007, nonché delle verifiche richieste dalla vigente normativa fiscale, anche internazionale;
- di prendere atto che Allianz S.p.A. ha stipulato una polizza con **AWP P&C S.A.**, Rappresentanza generale per l'Italia che prevede l'erogazione di una serie di prestazioni di assistenza, a favore dell'Assicurato del presente contratto; di aver ricevuto le condizioni di assicurazione delle Prestazioni di assistenza Allianz Global Assistance mod. Ltc01 Edizione giugno 2017 e di avere altresì preso atto delle limitazioni ed esclusioni relative alle garanzie prestate da **AWP P&C S.A.**, Rappresentanza generale per l'Italia che eroga le sue prestazioni tramite la Centrale Operativa di **AWP Service Italia S.c.a.r.l.** - Viale Brenta 32, CAP 20139, Milano ITALIA.

Sottoscritto il _____

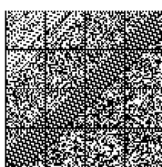
Firma del Contraente/Rappresentante legale ► _____

- di approvare, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del codice civile, le seguenti disposizioni delle Condizioni di assicurazione:
 - Art. 2. Limitazioni ed esclusioni

Firma del Contraente/Rappresentante legale ► _____

- <se rifiuto a rispondere al questionario> di essere consapevole che l'Intermediario - in ragione del rifiuto del sottoscritto a fornire le informazioni richieste - non ha potuto effettuare la valutazione di adeguatezza della presente proposta rispetto alle esigenze assicurative o previdenziali del sottoscritto.

Firma del Contraente/Rappresentante legale ► _____



Proposta n. [numero]

Proposta

- <se proposta inadeguata> di essere stato informato dall'Intermediario che, per i motivi dallo stesso rilevati e sotto riportati, la presente proposta è inadeguata rispetto alle sue esigenze assicurative o previdenziali.
[motivi inadeguatezza]

Firma dell'Intermediario ► _____

Firma del Contraente/Rappresentante legale ► _____

Il sottoscritto Assicurato: → se Assicurato ≠ Contraente

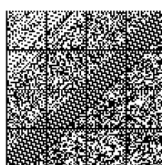
- esprime il consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita, ai sensi dell'art. 1919 del codice civile;
- proscioglie dal segreto professionale e da ogni obbligo legale di riservatezza i medici che lo hanno o lo avranno curato o visitato, nonché gli enti ed ogni altro soggetto ai quali il beneficiario caso morte si rivolgesse, anche dopo il verificarsi dell'evento, per acquisire informazioni e documentazione, riconoscendo che tali informazioni e documentazione sono essenziali ai fini della valutazione del rischio e dell'esecuzione degli obblighi derivanti dal contratto assicurativo, di cui la presente dichiarazione costituisce parte essenziale ed integrante.

Firma dell'Assicurato ► _____

Io sottoscritto [COGNOME_NOME_ACQUISITORE] attesto che l'identificazione e la rilevazione dei dati dei firmatari della presente proposta sono state effettuate in mia presenza, ai sensi della normativa antiriciclaggio e relativi regolamenti attuativi vigenti.

Firma del soggetto incaricato dell'Adeguata Verifica ► _____

Questo documento è stato emesso dall'Agenzia: [NOME_AGENZIA]
elaborato il: [data_conferma]



**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA
ALLIANZ GLOBAL ASSISTANCE**
abbinata alla Polizza Universo Persona Rendita Autosufficienza di Allianz S.p.A.

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

Allianz Global Assistance:	il marchio che identifica AWP P&C S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia.
Assicurato:	la persona fisica sulla cui vita è stipulato il contratto di assicurazione Universo Persona Rendita Autosufficienza con Allianz S.p.A.
Assicurazione:	il contratto di assicurazione.
Centrale Operativa:	la struttura organizzativa di AWP Service Italia S.c.a.r.l. che, in conformità al Regolamento Isvap nr. 12 del 9 gennaio 2008, provvede 24 ore su 24 tutto l'anno, al contatto telefonico con l'Assicurato, organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza.
Contraente:	Allianz S.p.A. ossia il soggetto che stipula l'assicurazione.
Domicilio:	il luogo in cui l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi.
Estero:	tutti i Paesi che non rientrano nella definizione di Italia.
Evento:	l'accadimento che ha generato, direttamente o indirettamente, uno o più sinistri.
Familiari	familiari conviventi dell'Assicurato ed i componenti della "Famiglia Protetta" dell'Assicurato, definita come genitori e suoceri, anche se non conviventi.
Impresa:	AWP P&C S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia, P.le Lodi 3, Milano di seguito anche denominata con il suo marchio Allianz Global Assistance.
Inabilità Temporanea:	la condizione di incapacità fisica, totale o parziale, a compiere i normali atti quotidiani per una durata limitata nel tempo.
Infortunio:	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.
Invalidità permanente:	perdita o diminuzione definitiva irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Italia:	il territorio della Repubblica Italiana, la Città del Vaticano, la Repubblica di San Marino.
Non Autosufficienza:	lo stato dell'Assicurato che non sia in grado di compiere autonomamente, in maniera presumibilmente definitiva, almeno 4 su 6 delle ADL (Activities of Daily Living) neanche con l'aiuto di mezzi meccanici.
Malattia:	l'alterazione del proprio stato di salute constatato da un'autorità medica competente non dipendente da infortunio.
Residenza:	il luogo in cui l'Assicurato ha la sua dimora abituale.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro.
Sinistro:	il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

NORMATIVA COMUNE A TUTTE LE GARANZIE

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Il Contraente Allianz S.p.A. stipula l'assicurazione con Allianz Global Assistance per conto degli Assicurati.

Allianz Global Assistance si obbliga nei confronti degli Assicurati e del Contraente a prestare i servizi di assistenza e/o le garanzie assicurative, nei limiti e alle condizioni stabiliti al paragrafo "Esclusioni e limitazioni comuni a tutte le garanzie", così come definite nei seguenti punti:

- A. Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione;
- B. Consulenza medico-sanitaria telefonica;

- C. Consulenza medico-sanitaria telefonica specialistica;
- D. Prenotazione e organizzazione di visite specialistiche, accertamenti diagnostici e ricoveri in strutture private convenzionate;
- E. Informazioni burocratiche ed amministrative su invalidità e non-autosufficienza;
- F. Estensione "Familiari conviventi" e "Famiglia protetta".

Il Contraente in ogni caso resta esonerato da ogni e qualsiasi responsabilità in ordine all'esecuzione delle prestazioni previste nel presente contratto per le obbligazioni che l'Impresa assume nei confronti dei singoli assicurati.

2. PERSONE ASSICURABILI

La persona fisica che stipula il contratto di assicurazione Universo Persona Rendita Autosufficienza con Allianz S.p.A.

3. DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE

A condizione che sia intervenuta la conclusione del contratto di assicurazione "Universo Persona Rendita Autosufficienza", le prestazioni di assistenza entrano in vigore dalle ore 24 del giorno indicato nella proposta di assicurazione di "Universo Persona Rendita Autosufficienza" quale data di decorrenza e si intendono operative per 12 mesi, rinnovabili di anno in anno, a condizione che sia in corso di validità la polizza che Allianz S.p.a. ha stipulato con Allianz Global Assistance per conto degli Assicurati.

L'Assicurazione cessa comunque, anche prima della scadenza sopra indicata, dalle ore 24 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

- a) in caso di mancato pagamento anche di una sola rata di premio di "Universo Persona Rendita Autosufficienza", trascorsi 6 mesi dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato;
- b) decesso dell'Assicurato.

4. VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione, salvo eventuali limitazioni indicate all'interno delle singole garanzie, vale per il territorio degli Stati dell'Unione Europea, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino, nonché per il territorio della Norvegia, dell'Islanda, della Svizzera, del Principato di Monaco e di Andorra.

La copertura assicurativa non è operativa nei casi in cui le garanzie contrattualmente previste debbano essere prestate in condizioni tali da violare una qualsiasi legge che possa comportare sanzioni ai sensi delle norme e dei Regolamenti emanati dalle Nazioni Unite, dall'Unione Europea o da qualsiasi altra normativa applicabile.

ESCLUSIONI E LIMITAZIONI comuni a tutte le garanzie**5. ESCLUSIONI COMUNI A TUTTE LE GARANZIE**

Sono **esclusi** dall'assicurazione ogni indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

- a) danni causati da, accaduti attraverso o in conseguenza di guerre, incidenti dovuti a ordigni di guerra, invasioni, azioni di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o no), guerra civile, situazioni di conflitto armato, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, ammutinamento, legge marziale, potere militare o usurpato o tentativo di usurpazione di potere;
- b) scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- c) coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio;
- d) confisca, nazionalizzazione, sequestro, disposizioni restrittive, detenzione, appropriazione, requisizione per proprio titolo od uso da parte o su ordine di qualsiasi Governo (sia esso civile, militare o "de facto") o altra autorità nazionale o locale;
- e) atti di terrorismo, intendendosi per atto di terrorismo un qualsivoglia atto che includa ma non sia limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano da sole o dietro o in collegamento con qualsiasi organizzatore o governo commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa;
- f) viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
- g) trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura;
- h) esplosioni nucleari e, anche solo parzialmente, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari o da scorie nucleari o da armamenti nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari o sue componenti;
- i) materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico;
- j) inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;
- k) dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere;
- l) atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo;
- m) abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- n) infermità mentali, schizofrenia, forme maniacodepressive, psicosi, depressione maggiore in fase acuta;
- o) suicidio o tentativo di suicidio;
- p) epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo;
- q) quarantene.

Le prestazioni di assistenza non sono previste per:

- r) infermità derivante da situazioni patologiche preesistenti;
- s) interruzione volontaria della gravidanza, patologie inerenti lo stato di gravidanza oltre il 180° giorno, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni;
- t) cure ortodontiche e di paraodontopatie di protesi dentarie;
- u) cure ed interventi per l'eliminazione di difetti fisici, di malformazioni congenite, cure riabilitative, infermieristiche, dimagranti o termali, applicazioni di carattere estetico e di protesi in genere;
- v) espianto/trapianto di organi.

6. DISPOSIZIONI E LIMITAZIONI DI RESPONSABILITÀ

- a) la Centrale Operativa si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione di prestazioni di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge;
- b) la Centrale Operativa non è tenuta a pagare indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute;
- c) nei casi in cui l'Assicurato benefici di prestazioni di assistenza analoghe e richieda l'intervento di un'altra Compagnia di Assicurazioni, le prestazioni previste dalla presente copertura sono operanti esclusivamente quale rimborso degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Compagnia di Assicurazione che ha erogato direttamente la prestazione.

In ogni caso, i costi verranno risarciti complessivamente una volta sola;

- d) la Centrale Operativa tiene a proprio carico il costo delle prestazioni fino al capitale stabilito nelle singole garanzie. Eventuali eccedenze rispetto al massimale restano a carico dell'Assicurato;
- e) il diritto alle prestazioni di assistenze decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa al verificarsi del sinistro;

La Centrale Operativa non potrà essere ritenuta responsabile di:

- f) ritardi conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da caso fortuito o da causa di forza maggiore;
- g) errori dovuti ad inesatte comunicazioni ricevute dall'Assicurato.

Il servizio fornito dalla centrale Operativa non è sostitutivo, né alternativo, al servizio pubblico di pronto intervento sanitario, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze sanitarie.

NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA IN PARTICOLARE

A. Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia, l'Assicurato o il suo medico curante desiderino effettuare il riesame della documentazione clinica in loro possesso presso un centro medico ritenuto internazionalmente di riferimento per la patologia clinica di cui soffre l'Assicurato, la Centrale Operativa mette a disposizione la propria équipe medica per effettuare il riesame richiesto, in conformità al proprio giudizio di merito, **entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta e della documentazione medica in possesso dell'Assicurato**. La Centrale Operativa acquisisce e verifica tutta la documentazione clinica e diagnostica in possesso dell'Assicurato, ricerca ed identifica a livello internazionale il centro medico ritenuto eccellente per la specifica patologia dell'Assicurato e vi si rivolgerà per ottenerne la Second Opinion scientifico-specialistica fornendo altresì all'Assicurato, tramite il servizio di assistenza medica della Centrale Operativa o i propri medici convenzionati, il necessario ed adeguato supporto medico specialistico, anche per ciò che riguarda un primo sostegno psicologico per l'Assicurato e/o per i suoi familiari conviventi, tenendone a proprio carico i relativi costi.

Se necessario, la Centrale Operativa provvede alla traduzione (in inglese, francese, spagnolo o tedesco) di tutta la documentazione medica necessaria ad ottenere la refertazione scientifico-specialistica e della successiva relativa refertazione, sempre tenendo a proprio carico i relativi costi.

Tale garanzia è operante nel rispetto del Testo Unico sulla Privacy (TUP), pertanto l'Assicurato dovrà fornire una liberatoria nei confronti della Centrale Operativa, onde permettere la diffusione dei dati sensibili inerenti il suo stato di salute.

B. Consulenza medico-sanitaria telefonica

L'Assicurato, contattando la Centrale Operativa, può usufruire di un servizio di assistenza medica, qualora necessiti di informazioni e/o consigli medico-generici.

Si precisa che tale prestazione non fornisce diagnosi ed è basata su informazioni fornite a distanza dall'Assicurato.

Sulla base delle informazioni acquisite e delle diagnosi del medico curante, la Centrale Operativa valuterà l'erogazione delle prestazioni di assistenza contrattualmente previste.

L'Assicurato che necessiti di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e all'Estero, può usufruire del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa per reperire le informazioni necessarie.

C. Consulenza medico-sanitaria telefonica specialistica

L'Assicurato può usufruire del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa per organizzare un appuntamento telefonico con uno specialista in: Dermatologia, Cardiologia, Dietologia, Geriatria, Ginecologia, Ortopedia, Traumatologia, a sua disposizione per dare informazioni di prima necessità.

Il servizio di consulenza non fornisce diagnosi e/o prescrizioni.

D. Prenotazione e organizzazione di visite specialistiche, accertamenti diagnostici e ricoveri in strutture private convenzionate

Tramite la Centrale Operativa, compatibilmente con le disponibilità locali, vengono organizzate visite specialistiche, accertamenti diagnostici e ricoveri a condizioni economiche agevolate presso i centri medici privati convenzionati più vicini alla residenza dell'Assicurato.

La Centrale Operativa, oltre a fissare l'appuntamento, informa preventivamente l'Assicurato sui costi agevolati a lui riservati. Fissato l'appuntamento col centro medico privato convenzionato, la Centrale Operativa provvede a ricordare telefonicamente all'Assicurato, dietro sua richiesta, l'appuntamento fissato il giorno prima dello stesso.

Il costo relativo alla prenotazione e organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, mentre **rimangono a carico dell'Assicurato i soli costi delle visite mediche e degli accertamenti.**

Validità territoriale: Italia

E. Informazioni burocratiche ed amministrative su invalidità e non-autosufficienza

In caso di necessità, la Centrale Operativa mette a disposizione la propria équipe medica ed i propri consulenti per fornire indicazioni ed informazioni utili all'Assicurato che si trovi in una condizione di non-autosufficienza, inabilità temporanea o invalidità permanente quali ad esempio:

- iter burocratico ed amministrativo per l'accertamento dell'invalidità civile;
- diritti del cittadino a cui sia stato riconosciuto lo stato d'invalidità civile, secondo le percentuali accertate;
- uffici competenti sul territorio nazionale;
- assegno di accompagnamento: come e quando viene concesso.

Il servizio di consulenza non fornisce diagnosi o prescrizioni e non può in ogni caso sostituirsi alle comunicazioni ufficiali rilasciate dagli Enti competenti.

F. Estensione "Familiari conviventi" e "Famiglia protetta"

L'Assicurato potrà richiedere, per i soggetti che compongono la 'Famiglia Protetta', le medesime prestazioni di cui ai precedenti punti:

- A. Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione;
- B. Consulenza medico-sanitaria telefonica;
- C. Consulenza medico-sanitaria telefonica specialistica;
- D. Prenotazione e organizzazione di visite specialistiche, accertamenti diagnostici e ricoveri in strutture private convenzionate;
- E. Informazioni burocratiche ed amministrative su invalidità e non-autosufficienza;

ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Per attivare le prestazioni di assistenza l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa tramite:

- Numero verde: **800 572 275**
- Telefono (anche per chiamate dall'estero): **+39 02 26609 622**
- Fax: **+39 02 70630091**

indicando con precisione:

- tipo di Assistenza di cui necessita;
- nome e cognome;
- indirizzo e luogo da cui chiama;
- eventuale recapito telefonico;
- numero polizza **206329**

La richiesta di rimborso delle spese sostenute, sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa, dovrà essere inoltrata accompagnata dai documenti giustificativi in originale:

AWP P&C S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Casella Postale 302
Via Cordusio, 4 20123 MILANO

Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno rimborsate.

Inoltre l'Assicurato dovrà:

- farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla sua richiesta di Assistenza il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo;
- comunicare, insieme alla documentazione del danno, il numero di conto corrente presso la propria Banca con il relativo codice IBAN e Codice Fiscale.

NOTA INFORMATIVA SINTETICA E INFORMATIVA PRIVACY

Per ogni ulteriore dettaglio si rinvia alla Nota Informativa Sintetica, riportata in calce alle presenti Condizioni di assicurazione delle prestazioni di assistenza Allianz Global Assistance, unitamente all'Informativa Privacy.

Nota Informativa Sintetica - predisposto ai sensi dell'art.185 D. Lgs. 7.9.2005 N. 209 ed in conformità con quanto disposto dal Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010

La presente "Nota Informativa" ha lo scopo di fornire al Contraente (persona fisica o giuridica che sottoscrive il contratto di assicurazione), all'Assicurato e a tutti i soggetti portatori di un interesse alla copertura assicurativa tutte le informazioni preliminari necessarie al fine di pervenire ad un fondato giudizio sui diritti e gli obblighi contrattuali, in conformità all'art. 185 D.Lgs. 7.9.2005 n. 209. La presente nota è redatta in Italia in lingua italiana, salva la facoltà del Contraente di richiederne la redazione in altra lingua.

1) Informazioni Relative alla Società**❑ Denominazione Sociale e forma giuridica della Società (Impresa Assicuratrice)**

L'Impresa Assicuratrice è AWP P&C S.A.

Sede Legale

7, Dora Maar, 93400 Saint-Ouen - France

Registro delle Imprese e delle Società Francesi nr. 519490080

Capitale Sociale sottoscritto € 17.287.285

❑ Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni dall'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) il 1 febbraio 2010

❑ Rappresentanza Generale per l'Italia

Viale Brenta 32, CAP 20139, Milano ITALIA

Codice Fiscale, Partita IVA e iscrizione al Registro delle Imprese di Milano nr. 07235560963 - Rea 1945496

❑ Recapito Telefonico – Sito Internet – Indirizzo e-mail

02/23.695.1 - www.allianz-global-assistance.it – info@allianz-assistance.it

❑ Abilitazione all'esercizio delle assicurazioni

Società abilitata all'esercizio dell'attività Assicurativa in Italia in regime di stabilimento, iscritta il 3 novembre 2010, al nr. I.00090, all'appendice dell'albo Imprese Assicuratrici, Elenco I

2) Informazioni Relative al Contratto**❑ Legislazione applicabile al contratto**

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana; le Parti hanno comunque la facoltà prima della conclusione del contratto stesso, di scegliere una legislazione diversa.

La Società propone di scegliere la legislazione italiana.

Resta comunque ferma l'applicazione di norme imperative del diritto italiano.

❑ Prescrizioni dei diritti derivanti dal contratto

Ogni diritto dell'Assicurato nei confronti di AWP P&C S.A. derivanti dal presente contratto si prescrive in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto, ai sensi dell'art. 2952 del C.C.

❑ Reclami in merito al contratto

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto (posta, fax ed e-mail) alla Società:

Servizio Qualità

AWP P&C S.A. – RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA

Viale Brenta 32 - 20139 MILANO (Italia)

fax: +39 02 26 624 008

e-mail: reclamiawp@allianz.com

Qualora l'esponente non sia soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro entro 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma (RM), corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Per la presentazione di reclami ad IVASS occorre utilizzare l'apposito modello reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "[Per il Consumatore - Come presentare un reclamo](#)".

Per controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità è competente esclusivamente l'Autorità Giudiziaria. Prima di adire all'Autorità Giudiziaria è tuttavia possibile, e in alcuni casi necessario, cercare un accordo amichevole mediante sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

- Mediazione (L. 9/8/2013, n.98): può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero di Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it.
- Negoziazione assistita (L. 10/11/2014, n.162): può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.

Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente per l'attivazione della procedura FIN-NET, mediante accesso al [seguito sito internet: http://ec.europa.eu/finance/fin-net/](http://ec.europa.eu/finance/fin-net/)

3) Informazioni in Corso di Contratto

Qualora nel corso della durata contrattuale dovessero intervenire variazioni inerenti alle informazioni relative alla Società e/o quella relativa al contratto, la Società si impegna a comunicarle tempestivamente al Contraente, nonché fornire ogni necessaria precisazione.

Informativa privacy sulle Tecniche di comunicazione a distanza (ex D.Lgs. n. 196 del 30/6/03)

Per rispettare la legge sulla privacy La informiamo sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti. La nostra azienda deve acquisire (o già detiene) alcuni dati che La riguardano. I dati forniti da Lei stesso o da altri soggetti sono utilizzati, al fine di gestire i dati assicurativi anche con l'obiettivo della lotta alle frodi, da AWP P&C S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia, titolare del trattamento, da società del medesimo Gruppo in Italia e da terzi a cui essi verranno comunicati al fine di fornirLe le informazioni, da Lei richieste, anche mediante l'uso di fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza.

Qualora ci trovassimo nella necessità di trattare i suoi dati sensibili senza il suo consenso, questi saranno oggetto di trattamento solo in ossequio a quanto previsto dal "Codice in materia di protezione dei dati personali" sopra citato e in particolare per dare esecuzione al contratto in cui Lei è parte o a seguito di Sue richieste specifiche o per la salvaguardia della vita o dell'incolumità fisica Sua o di Terzi escludendo qualsiasi altra finalità.

Senza i Suoi dati, non potremmo fornirLe il servizio in tutto o in parte.

I Suoi dati personali saranno utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornirLe le prestazioni e le informazioni da Lei eventualmente richieste. Utilizziamo le tecniche di comunicazione a distanza sopracitate anche quando comunichiamo, per i fini previsti dalla polizza, taluni di questi dati ad altre aziende del nostro stesso settore, in Italia e all'estero e ad altre aziende del nostro stesso Gruppo, in Italia e all'estero.

Per erogare taluni servizi, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica ed organizzativa, operanti in Italia, nell'Unione Europea e al di fuori dell'Unione europea.

Alcuni di questi soggetti sono nostri diretti collaboratori e svolgono la funzione del responsabile del nostro trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia quali fornitori esterni e risultano distinti titolari del trattamento dati.

Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del gruppo Allianz S.E.: in Italia, società di servizi cui sono affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione nell'Unione Europea e al di fuori dell'Unione europea; società di servizi postali.

L'elenco di tutti i soggetti suddetti è costantemente aggiornato e può conoscerlo agevolmente e gratuitamente chiedendolo a AWP P&C S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia - Servizio Privacy – Viale Brenta 32, 20139 Milano o al numero fax 02 26624019 e-mail: privacyawpitaly@allianz.com ove potrà conoscere anche la lista dei Responsabili in essere. La comunichiamo, pertanto, che la presente informativa comprende anche la trasmissione a queste categorie ed il trattamento dei dati da parte loro ed è necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura delle prestazioni. Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati e come essi vengono utilizzati. Ha anche il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento. Per l'esercizio dei suoi diritti può rivolgersi a AWP P&C S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia, Servizio Privacy, Viale Brenta 32, 20139 Milano, fax 02 26624019, e-mail privacyawpitaly@allianz.com.