

# PROTEGGE a capitale decrescente



Contratto di assicurazione temporanea  
per il caso di morte a capitale decrescente  
e a premio annuo costante

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

- Nota informativa
- Condizioni di assicurazione
- Glossario
- Modulo di proposta

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

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE  
LEGGERE ATTENTAMENTE  
LA NOTA INFORMATIVA

# Sommario

## NOTA INFORMATIVA

A.	INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	pag.	1/8
1.	Informazioni generali	pag.	1/8
2.	Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa	pag.	1/8
B.	INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE	pag.	1/8
3.	Prestazioni assicurative e garanzie offerte	pag.	1/8
4.	Premi	pag.	2/8
C.	INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE	pag.	3/8
5.	Costi	pag.	3/8
5.1.	Costi gravanti direttamente sul Contraente	pag.	3/8
5.1.1.	Costi gravanti sul premio	pag.	3/8
6.	Sconti	pag.	5/8
7.	Regime fiscale	pag.	5/8
D.	ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO	pag.	6/8
8.	Modalità di perfezionamento del contratto	pag.	6/8
9.	Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi	pag.	6/8
10.	Riscatto e riduzione	pag.	6/8
11.	Revoca della proposta	pag.	6/8
12.	Diritto di recesso	pag.	6/8
13.	Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione	pag.	7/8
14.	Legge applicabile al contratto	pag.	7/8
15.	Lingua in cui è redatto il contratto	pag.	7/8
16.	Reclami	pag.	7/8
17.	Comunicazioni del Contraente alla Società	pag.	8/8
18.	Conflitto di interessi	pag.	8/8

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 -	Prestazioni assicurative	pag.	1/8
Art. 2 -	Limitazioni della prestazione in caso di decesso	pag.	1/8
Art. 3 -	Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato	pag.	3/8
Art. 4 -	Premi e modalità di pagamento	pag.	3/8
Art. 5 -	Conclusione del contratto – Entrata in vigore dell'assicurazione	pag.	4/8
Art. 6 -	Durata	pag.	4/8
Art. 7 -	Revoca della proposta	pag.	5/8
Art. 8 -	Diritto di recesso	pag.	5/8
Art. 9 -	Mancato pagamento del premio: risoluzione	pag.	5/8
Art. 10 -	Ripresa del pagamento del premio: riattivazione	pag.	5/8
Art. 11 -	Riscatto e riduzione	pag.	6/8
Art. 12 -	Cessione, pegno, vincolo	pag.	6/8
Art. 13 -	Beneficiari	pag.	6/8
Art. 14 -	Pagamenti della Società	pag.	6/8
Art. 15 -	Prescrizione	pag.	7/8
Art. 16 -	Cambiamento di professione dell'Assicurato	pag.	8/8
Art. 17 -	Non pignorabilità e non sequestrabilità dei capitali assicurati	pag.	8/8
Art. 18 -	Tasse ed imposte	pag.	8/8
Art. 19 -	Foro competente	pag.	8/8

---

<b>GLOSSARIO PROTEGGE A CAPITALE DECRESCENTE</b>	pag.	1/2
<b>INFORMATIVA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA</b>	pag.	1/2
Utilizzo dei dati personali per scopi assicurativi	pag.	1/2
Modalità d'uso dei dati	pag.	1/2
<b>MODULO DI PROPOSTA</b>	pag.	1/6

---

# PROTEGGE A CAPITALE DECRESCENTE

Contratto di assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale decrescente e a premio annuo costante (Tariffa 12\_05\_AZB)

---

## NOTA INFORMATIVA

---

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 della polizza.

---

## 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 Irneri, 1, 34123 Trieste (Italia)

Recapito telefonico: 800.68.68.68

Sito Internet: [www.allianz.it](http://www.allianz.it)

Indirizzo di posta elettronica: [info@allianz.it](mailto:info@allianz.it)

Indirizzo di posta elettronica certificata: [allianz.spa@pec.allianz.it](mailto: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.

### 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto della Società è pari a 3.399 milioni di euro.

La parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale è pari a 403 milioni di euro.

La parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali è pari a 2.335 milioni di euro.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita è pari a 134,6% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

I dati di cui sopra sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2015.

Si precisa, inoltre, che gli aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative saranno consultabili sul sito internet [www.allianz.it](http://www.allianz.it).

---

## B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

---

### 3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

La durata del contratto non può essere inferiore ad 1 anno né superiore a 30 anni, avuto riguardo all'età dell'Assicurato che, alla decorrenza del contratto, deve essere almeno pari a 18 anni e, alla scadenza contrattuale, non superiore a 80 anni. L'età considerata è in tutti i casi quella computabile.

Il contratto prevede una prestazione assicurativa in caso di decesso dell'Assicurato.

Più precisamente *in caso di decesso dell'Assicurato* prima della scadenza contrattuale, la Società corrisponde ai Beneficiari designati dal Contraente, il capitale assicurato, il cui valore iniziale è indicato in polizza e decresce nel corso della durata contrattuale.

Si rinvia all'articolo 1 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio della prestazione.

**Trattandosi di un contratto di assicurazione per il caso di decesso, si segnala che in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del contratto, non verrà corrisposto alcun capitale.**

#### **AVVERTENZA**

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

Si informa che per capitali assicurati fino a 250.000,00 euro, il contratto viene stipulato, senza visita medica, previa la compilazione del questionario sanitario da parte dell'Assicurato mentre, per capitali assicurati superiori a 250.000,00 è necessario che l'Assicurato si sottoponga a visita medica.

Ai fini della determinazione dell'ammontare del capitale assicurato di cui sopra si deve considerare la somma dei capitali assicurati per lo stesso Assicurato con altre polizze vita caso morte e miste, collettive comprese, sottoscritte con la Società e in vigore all'atto della sottoscrizione del presente contratto.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla **necessità di leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute in proposta relative alla compilazione del questionario sanitario.**

#### **4. Premi**

Il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età dell'Assicurato, al suo stato di salute, alle attività professionali svolte ed alle sue abitudini di vita.

Il premio annuo di importo costante deve essere versato dal Contraente alla Società in via anticipata, all'atto della sottoscrizione della proposta e alle scadenze pattuite per un periodo inferiore alla durata del contratto (durata pagamento premi) e comunque non oltre il decesso dell'Assicurato.

#### **Frazionamento**

Il pagamento dei premi annui può essere frazionato in rate mensili, trimestrali o semestrali. In tal caso il pagamento dei premi dovrà essere effettuato rispettivamente ad ogni ricorrenza mensile, trimestrale o semestrale della data di decorrenza; il relativo importo viene maggiorato dell'addizionale di frazionamento ("interesse di frazionamento") indicata al successivo punto 5.1.1. relativo ai costi.

Il premio relativo al primo anno di durata del contratto è **dovuto per intero.**

#### **Modalità di pagamento del premio**

I mezzi di pagamento ammessi dalla Società sono i seguenti:

- assegno bancario o circolare non trasferibile;
- bonifico bancario;
- disinvestimento da OICR istituiti e gestiti da Società del Gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A.;
- reinvestimento del capitale proveniente da un contratto Vita preesistente, che non si configuri come operazione di trasformazione.

I premi successivi al primo versamento potranno essere pagati anche con le seguenti modalità:

- bollettino di conto corrente postale;
- S.D.D. (Sepa Direct Debit).

Si avverte che le spese relative ai mezzi di pagamento prescelti gravano direttamente sul Contraente.

La Società non si assume alcuna responsabilità in caso di utilizzo di mezzi di pagamento diversi da quelli previsti.

Si rinvia all'articolo 4 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

---

## C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

---

### 5. Costi

#### 5.1. Costi gravanti direttamente sul Contraente

##### 5.1.1. Costi gravanti sul premio

#### Spese di emissione

Contratti stipulati senza visita medica dell'Assicurato	Non previste
Contratti stipulati con visita medica obbligatoria dell'Assicurato	50 euro

Se il contratto viene stipulato previa visita medica obbligatoria dell'Assicurato, le spese di emissione di 50 euro, sono incrementate di un importo pari alla differenza tra il costo per la visita medica (relativo a fatture intestate ad Allianz S.p.A. e presentate ad Allianz S.p.A. - Ufficio Vita Individuali - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste - che effettuerà il relativo pagamento) ed il contributo massimo offerto dalla Società stessa come meglio specificato al punto successivo "Costo per visita medica".

#### Costo per visita medica

Per capitali assicurati fino a 250.000,00 euro, è sufficiente la compilazione del questionario sanitario da parte dell'Assicurato e pertanto non è previsto alcun costo per la visita medica.

Per capitali assicurati superiori a 250.000,00 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, che variano a seconda dell'ammontare del capitale assicurato e dell'età dell'Assicurato.

In questo caso la Società offre un contributo che varia a seconda dell'ammontare del capitale assicurato e dell'età dell'Assicurato, come indicato nella seguente tabella:

Età all'ingresso fino al 65° anno		Età all'ingresso superiore al 65° anno	
Capitali da assicurare	Contributo Importi massimi	Capitali da assicurare	Contributo Importi massimi
Oltre 250.000 euro e fino a 300.000,00 euro	120,00 euro	Fino a 500.000,00 euro	265,00 euro
Oltre 300.000,00 euro e fino a 750.000,00 euro	275,00 euro	Oltre 500.000,00 euro	390,00 euro
Oltre 750.000,00 euro	390,00 euro		

Per poter usufruire del predetto contributo le fatture relative alla visita medica (che devono essere emesse con IVA) devono essere intestate ad Allianz S.p.A. ed indirizzate ad Allianz S.p.A. - Ufficio Vita Individuali - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste - Partita IVA / Codice Fiscale 05032630963 e presentate alla stessa che provvederà al relativo pagamento.

**Il costo per la visita medica eccedente il contributo massimo offerto dalla Società (indicato nella precedente tabella) è a carico dell'Assicurato.**

L'imputazione di tale costo, nel caso in cui le fatture siano intestate ad Allianz S.p.A., avviene tramite incremento delle spese di emissione.

**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, e quest'ultimo non può usufruire del contributo;
- il costo per la visita medica è pari alla tariffa applicata dalla struttura medica a cui si è rivolto l'Assicurato.
- le spese di emissione sono quantificate in polizza ed incrementate del predetto ed eventuale importo pari alla differenza tra il costo relativo alla visita medica e il contributo massimo offerto dalla Società. **Queste spese vengono trattenute dalla Società in caso di recesso del Contraente esercitato ai sensi del punto 12 della presente Nota informativa.**

L'Assicurato di età superiore a 65 anni si dovrà sottoporre a visita medica, indipendentemente dall'ammontare del capitale assicurato. Anche in questo caso si applicano le predette condizioni relative ai costi e al contributo offerto dalla Società.

**L'Assicurato ha la facoltà di chiedere di essere sottoposto a visita medica, per ottenere la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, anche per capitali assicurati pari o inferiori a 250.000,00 euro. In questo caso:**

- non si applicano le predette condizioni relative ai costi e al contributo offerto dalla Società;
- le relative fatture non dovranno essere intestate ad Allianz S.p.A. e presentate alla stessa per il relativo pagamento;
- i costi degli accertamenti sanitari sono a totale carico dell'Assicurato.

**Caricamento sul premio**

Costo fisso	30 euro
Costo variabile	9,8% sul premio annuo al netto delle spese di emissione e del costo fisso

**Addizionale di frazionamento**

In caso di frazionamento del premio annuo, le rate in cui viene suddiviso il premio sono maggiorate dell'addizionale di frazionamento (interesse di frazionamento) secondo quanto indicato nella tabella di seguito riportata:

Frazionamento del premio	Addizionale di frazionamento
Semestrale	1,2%
Trimestrale	1,8%
Mensile	2,3%

--- 0000 ---

La quota parte percepita in media dagli intermediari, con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari al 58,9% dei costi.

**6. Sconti**

Non sono previsti sconti di premio.

**7. Regime fiscale****Imposta sui premi**

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

**Detraibilità fiscale dei premi**

Sui premi pagati per le 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%), viene riconosciuta annualmente al Contraente una detrazione d'imposta ai fini IRPEF nella misura del 19% dei premi stessi fino ad un massimo di premi pagati nell'anno pari a 530 euro.

In caso di Assicurato diverso da 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 le assicurazioni sopra indicate, anche eventuali premi pagati per le assicurazioni sulla vita o per le assicurazioni infortuni stipulate anteriormente al 1 gennaio 2001.

**Tassazione delle somme assicurate**

Le somme dovute dalla Società in dipendenza del contratto sono esenti da imposizione fiscale ai fini IRPEF e dall'imposta sulle successioni.

Il regime fiscale sopra descritto si riferisce alle norme in vigore e all'interpretazione prevalente delle medesime 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 5 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 Contraente ha facoltà di risolvere il contratto sospendendo il pagamento dei premi.

#### AVVERTENZA:

La sospensione del pagamento dei premi, trascorsi trenta giorni dalla data pattuita per il pagamento del premio o della rata di premio dovuta, **ha l'effetto di determinare lo scioglimento del contratto, con perdita dei premi già versati.**

Si rinvia all'articolo 9 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

### 10. Riscatto e riduzione

Il presente contratto non prevede l'esercizio del diritto di riscatto e non riconosce un valore di riduzione.

Il Contraente ha facoltà di riattivare il presente contratto secondo le modalità, i termini e le condizioni economiche previste dall'articolo 10 delle condizioni di assicurazione.

### 11. Revoca della proposta

**Il Contraente può revocare la proposta fino al momento della conclusione del contratto.**

Per l'esercizio della revoca il Contraente deve inviare comunicazione scritta alla Società - con lettera raccomandata A.R. indirizzata a: Allianz S.p.A. - Ufficio Vita Individuali - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste (Italia) - contenente gli elementi identificativi della proposta.

Le somme anticipate dal Contraente alla Società saranno restituite entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.

La revoca ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dalla proposta con decorrenza dalle ore 24 del giorno di ricevimento della lettera raccomandata inviata dal Contraente.

Le somme anticipate dal Contraente alla Società saranno restituite entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.

### 12. Diritto di recesso

**Il Contraente può esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla conclusione del contratto.**

Per l'esercizio del diritto di recesso, il Contraente deve inviare comunicazione scritta alla Società - con lettera raccomandata A.R. indirizzata a:

Allianz S.p.A. - Ufficio Vita Individuali - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste (Italia) contenente gli elementi identificativi del contratto (numero di polizza e nome e cognome del Contraente), e indicando le coordinate bancarie ove effettuare il rimborso.

Mancato versamento  
del premio

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto al netto della parte di premio relativa al rischio assunto per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto, nonché delle spese di emissione del contratto effettivamente sostenute, di cui al precedente punto 5.1.1., e quantificate in polizza.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti 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.

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

Per una descrizione dettagliata della documentazione che il Contraente o il Beneficiario della polizza sono tenuti a presentare ai fini della liquidazione della prestazione, si rinvia all'art. 14 delle condizioni di assicurazione.

La Società esegue i pagamenti entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine, e 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 dieci 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 contratto, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto vengono redatti in lingua italiana, salvo che le parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

### **16. Reclami**

I reclami riguardanti la gestione del rapporto contrattuale sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto devono essere inoltrati per iscritto (posta o e-mail) a: Allianz S.p.A. - Pronto Allianz - Servizio Clienti - Corso Italia, 23 - 20122 Milano - Indirizzo e-mail: [reclami@allianz.it](mailto:reclami@allianz.it) o tramite il link presente sul sito internet della Società [www.allianz.it/reclami](http://www.allianz.it/reclami).

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS - Via del Quirinale 21, 00187 Roma - Fax 06.42.133. 206 [tutela.consumatore@pec.ivass.it](mailto: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](http://www.ivass.it), alla sezione "Per il Consumatore - Come presentare un reclamo".

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 all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.

Prima di adire l'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 della Giustizia, consultabile sul sito [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it);
- Negoziazione assistita (L. 10/11/2014, n.162): può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.

#### 17. Comunicazioni del Contraente alla Società

Si informa che, ai sensi dell'articolo 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.

#### 18. Conflitto di interessi

Nell'ambito del presente contratto di assicurazione temporanea per il caso di morte non si rilevano situazioni di conflitto d'interessi con effetti pregiudizievoli per il Contraente.

\* \* \* \* \*

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

#### I rappresentanti legali

Anthony Bradshaw



Giulio Slavich



---

Data ultimo aggiornamento: maggio 2016

## PROTEGGE A CAPITALE DECRESCENTE

Contratto di assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale decrescente e a premio annuo costante (Tariffa 12\_05\_AZB)

---

### CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

#### Art. 1 - Prestazioni assicurative

In base al presente contratto di assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale decrescente in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, la Società si impegna a corrispondere, ai Beneficiari designati dal Contraente un capitale il cui valore decresce nel corso della durata contrattuale.

Il valore iniziale del capitale (Capitale iniziale assicurato) decresce di un importo costante ogni anno oppure, a richiesta del Contraente, alla scadenza di ogni mese, trimestre, quadrimestre o semestre successivo alla data di decorrenza del contratto. Il capitale assicurato iniziale, indicato in polizza, non potrà essere in ogni caso inferiore a 25.000,00 euro.

**In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza contrattuale, non è prevista alcuna prestazione a carico della Società ed i premi pagati restano acquisiti a quest'ultima.**

---

#### Art. 2 - Limitazioni della prestazione in caso di decesso

##### 2.1 Esclusioni e limitazioni

È escluso dalla copertura assicurativa il decesso causato:

- a. da dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- b. da partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c. 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 sia continuativa e persistente, il decesso è escluso 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;
- d. dall'uso, anche come passeggero:
  - di aeromobili in genere, fatta eccezione per il decesso 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);
- e. dal suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione del contratto;

- f. da eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- g. dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- h. 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;
- i. da eventi avvenuti in uno qualunque dei paesi per i quali il Ministero degli Esteri ha descritto situazioni significative di cautela, prudenza, pericolo, rischio oppure sia stato sconsigliato di intraprendere il viaggio oppure esistano zone di rischio ben definite. L'indicazione è rilevabile sul sito internet [www.viaggiarsi-assicuri.it](http://www.viaggiarsi-assicuri.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 a), per il quale non è prevista alcuna prestazione, la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente il solo importo della riserva matematica calcolato al momento del decesso.

## 2.2 Carenza

L'immediata copertura assicurativa è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto alla visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società. 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), viene applicato **un periodo di carenza di 6 mesi dalla data di perfezionamento del contratto, durante il quale la Società non garantisce la prestazione assicurata**, ma si limita - al verificarsi dell'evento assicurato - a restituire i premi versati. Qualora il contratto sia stato concluso in sostituzione di uno o più precedenti contratti - espressamente richiamati in polizza - l'applicazione della carenza di 6 mesi avverrà tenendo conto delle rispettive date di conclusione dei contratti sostituiti. Nel caso in cui il nuovo capitale assicurato dal contratto sostituito fosse superiore al capitale della polizza sostituita il periodo di carenza trova applicazione solo alla parte di capitale eccedente.

La Società corrisponde integralmente la prestazione assicurata solo nel caso in cui, durante il periodo di carenza, il decesso avvenga per conseguenza diretta:

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro - spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto;
- c) di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto, intendendo per infortunio (fermo quanto disposto al punto 2.1) l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Il periodo di carenza si estende a 5 anni dalla data di perfezionamento del contratto qualora il decesso sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS). In particolare nel caso in cui l'Assicurato non si sia sottoposto a visita medica (ed agli esami clinici

richiesti dalla Società e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività) ed il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dal perfezionamento del contratto e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà corrisposto. In suo luogo, qualora il contratto risulti al corrente con il pagamento dei premi, sarà corrisposta una somma pari all'ammontare dei premi versati. Qualora il contratto sia stato concluso in sostituzione di uno o più precedenti contratti - espressamente richiamati in polizza - l'applicazione della carenza di cinque anni per AIDS avverrà tenendo conto delle rispettive date di conclusione dei contratti sostituiti. Nel caso in cui il nuovo capitale assicurato fosse superiore al capitale della polizza sostituita il periodo di carenza trova applicazione solo alla parte di capitale eccedente. Per contratti con capitale assicurato superiore a 250.000,00 (duecentocinquantamila) euro l'Assicurato deve in ogni caso 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 e 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 somme assicurate 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.

Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o dalla sua riattivazione, il contratto non è contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato, salvo il caso che la verità sia stata alterata o taciuta in malafede.

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 - Premi e modalità di pagamento**

Le prestazioni assicurative di cui all'articolo 1 sono garantite previo pagamento alla Società, da parte del Contraente, di un piano di premi annui di importo costante da versarsi in via anticipata ed alle scadenze pattuite.

Il versamento del primo premio (premio di perfezionamento) viene effettuato all'atto della sottoscrizione della proposta.

I premi successivi devono essere versati, nel corso della durata contrattuale, ad ogni ricorrenza annuale della data di decorrenza e comunque non oltre la morte dell'Assicurato. La durata del pagamento dei premi è indicata in polizza ed è sempre inferiore alla durata contrattuale.

In alternativa al pagamento dei premi con periodicità annuale, il Contraente può scegliere una periodicità di pagamento semestrale, trimestrale o mensile.

In tale caso, fermo restando che il premio relativo al primo anno è dovuto per intero, il pagamento dei premi è gravato dall'applicazione di un'addizionale di frazionamento (interesse di frazionamento) e viene effettuato rispettivamente ad ogni ricorrenza semestrale, trimestrale o mensile della data di decorrenza.

Il premio di perfezionamento (primo versamento) potrà essere pagato con le seguenti modalità:

- assegno bancario o circolare non trasferibile;
- bonifico bancario;
- disinvestimento da OICR istituiti e gestiti da Società del Gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A;
- reinvestimento del capitale proveniente da un contratto Vita preesistente, che non si configuri come operazione di trasformazione.

I premi successivi al primo versamento potranno essere pagati anche con le seguenti modalità:

- bollettino di conto corrente postale (in tal caso verrà considerata quale data di pagamento quella apposta dall'ufficio postale);
- S.D.D. (Sepa Direct Debit) attivabile in funzione dei tempi tecnici necessari per l'avvio dell'operazione, e con la periodicità prevista (annuale, semestrale, trimestrale e mensile).

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

La Società non si assume alcuna responsabilità in caso di utilizzo di mezzi di pagamento diversi da quelli previsti.

Nel caso in cui, prima della scadenza contrattuale, si verifichi il decesso dell'Assicurato, non è più dovuto alcun premio da parte del Contraente.

---

#### **Art. 5 - Conclusione del contratto – Entrata in vigore dell'assicurazione**

A seguito della sottoscrizione della proposta con contestuale pagamento del premio da parte del Contraente il contratto si intende perfezionato e quindi concluso nel momento in cui vengono apposte sulla polizza le firme della Società e del Contraente (nonché dell'Assicurato, se persona diversa dal Contraente).

A condizione che sia intervenuta la conclusione, il contratto produce effetti dalle ore 24 del giorno indicato sulla polizza quale data di decorrenza, fatti salvi gli eventuali periodi di **carenza** previsti dalle condizioni di assicurazione.

---

#### **Art. 6 - Durata**

La durata del contratto non può essere inferiore ad 1 anno né superiore a 30 anni, avuto riguardo all'età dell'Assicurato che, alla decorrenza del contratto, deve essere

almeno pari a 18 anni e, alla scadenza contrattuale, non superiore a 80 anni. L'età considerata è in tutti i casi quella computabile.

---

#### **Art. 7 - Revoca della proposta**

**Il Contraente può revocare la proposta fino al momento della conclusione del contratto.**

Per l'esercizio della revoca il Contraente deve inviare comunicazione scritta alla Società - con lettera raccomandata A.R. indirizzata a: Allianz S.p.A. - Ufficio Vita Individuali - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste (Italia) - contenente gli elementi identificativi della proposta.

Le somme eventualmente anticipate dal Contraente alla Società saranno restituite entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.

La revoca ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dalla proposta con decorrenza dalle ore 24 del giorno di ricevimento della lettera raccomandata inviata dal Contraente.

---

#### **Art. 8 – Diritto di recesso**

**Il Contraente può esercitare il diritto di recesso entro trenta giorni dalla conclusione del contratto.**

Per l'esercizio del diritto di recesso il Contraente deve inviare comunicazione alla Società - con lettera raccomandata A.R. indirizzata a: Allianz S.p.A. - Ufficio Vita Individuali - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste (Italia) - contenente gli elementi identificativi del contratto.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società rimborsa al Contraente il premio da questi corrisposto al netto **della parte di premio relativa al rischio assunto per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto, nonché delle spese di emissione del contratto effettivamente sostenute, e quantificate in polizza.**

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti 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.

---

#### **Art. 9 – Mancato pagamento del premio: risoluzione**

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina la risoluzione del contratto. In tale caso i premi versati restano definitivamente acquisiti alla Società.

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

---

#### **Art. 10 - Ripresa del pagamento del premio: riattivazione**

Entro sei mesi dalla data di sospensione del pagamento dei premi, il Contraente ha comunque facoltà di riattivare il contratto. La riattivazione è possibile previa corresponsione di tutti i premi arretrati aumentati degli interessi legali.

Qualora siano trascorsi sei mesi dalla data di sospensione del pagamento dei premi, 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 dell'importo dovuto – la copertura assicurativa con le prestazioni assicurative di cui all'articolo 1.

La facoltà di riattivazione del contratto non è in ogni caso esercitabile trascorsi 24 mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata.

---

#### **Art. 11 - Riscatto e riduzione**

Il presente contratto non prevede l'esercizio del diritto di riscatto e non riconosce un valore di riduzione.

---

#### **Art. 12 - Cessione, pegno e vincolo**

Il Contraente può cedere a terzi il contratto, costituirlo in pegno o vincolarlo. Tali atti diventano efficaci solo nel momento in cui la Società ne faccia annotazione su apposita appendice di polizza, che diverrà parte integrante del contratto medesimo. Nel caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle suddette garanzie richiede l'assenso scritto da parte del creditore pignoratizio o del vincolatario.

---

#### **Art. 13 - Beneficiari**

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 il Beneficiario 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, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi, le operazioni di riscatto, pegno o vincolo di polizza, richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

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. 14 - 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 effet-

tuata, 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 Irneri, 1 - 34123 Trieste.

La documentazione da consegnare è la seguente:

**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, nonché dei loro codici fiscali 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, formulata preferibilmente presso la rete di vendita della Società per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie, deve contenere gli estremi per l'accredito del pagamento;
- 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 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 ed evidenziando quali sono gli eredi testamentari, loro dati anagrafici, grado di parentela e capacità di agire;
- qualora non esista testamento, la suddetta dichiarazione sostitutiva deve indicare quali sono gli eredi legittimi, loro dati anagrafici, grado di parentela e 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 ricevimento della documentazione suindicata presso la propria sede (ovvero dalla data di ricevimento presso

la rete di vendita, se anteriore) per quanto riguarda il pagamento dovuto 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.

---

#### **Art. 15 - Prescrizione**

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

Qualora i Beneficiari non richiedano entro il predetto termine di prescrizione la liquidazione della prestazione, l'importo viene devoluto 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. 16 - Cambiamento di professione dell'Assicurato**

I cambiamenti di professione o di attività dell'Assicurato devono essere comunicati alla Società con lettera raccomandata A.R.. La Società fatte le dovute valutazioni si riserva di procedere ai sensi e per gli effetti dell'art.1926 del Codice Civile.

La mancata comunicazione del cambiamento di professione o di attività dell'Assicurato, comporta la facoltà da parte della Società di procedere ai sensi e per gli effetti degli artt.1892 e 1893 del Codice Civile, come previsto all'articolo 3, delle presenti condizioni di assicurazione.

---

#### **Art. 17 - Non pignorabilità e non sequestrabilità dei capitali assicurati**

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. 18 - Tasse ed imposte**

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

---

#### **Art. 19 - 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.

---

Data ultimo aggiornamento: maggio 2016

---

## GLOSSARIO PROTEGGE A CAPITALE DECRESCENTE

---

**Addizionale di frazionamento:** interessi di frazionamento applicati alle somme in caso di rateizzazione del premio;

**Appendice:** documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificare alcuni aspetti di disciplina, in ogni caso concordati tra la Società ed il Contraente;

**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 dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita;

**Beneficiari:** persona fisica o giuridica designata dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso, e che riceve la prestazione prevista dal contratto qualora si verifichi l'evento assicurato;

**Carenza:** periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione sono sospese e quindi non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata;

**Caricamento:** parte del premio, destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Società, che non confluisce nella gestione finanziaria e/o non è impiegato per coprire il rischio oggetto del contratto;

**Condizioni di assicurazione:** insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione relativamente sia alla garanzia principale sia alla garanzia complementare se prevista;

**Conflitto di interessi:** insieme delle situazioni in cui l'interesse della Società può collidere con quello del Contraente;

**Contraente:** persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Società;

**Costi (o spese):** oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Società;

**Decorrenza:** momento in cui il contratto produce i suoi effetti e le garanzie divengono efficaci, previo pagamento del premio. La data di decorrenza è indicata nella polizza;

**Durata contrattuale:** periodo durante il quale il contratto è efficace;

**Durata del pagamento dei premi:** periodo che intercorre fra la data di decorrenza del contratto e la scadenza del piano di versamento dei premi previsto dal contratto stesso;

**Esclusioni:** rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Società;

**Età computabile:** età dell'Assicurato, espressa in anni interi, ad una data di riferimento, arrotondando per eccesso le eventuali frazioni d'anno superiori a sei mesi;

**Garanzia complementare infortuni:** copertura assicurativa che prevede in caso di

decesso dell'assicurato dovuto a infortunio o incidente stradale rispettivamente il raddoppio o la triplicazione del capitale pagabile in caso di decesso;

**Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili;

**ISVAP:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo;

**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.

**Polizza:** documento cartaceo attestante l'esistenza del contratto di assicurazione;

**Premio:** importo che il Contraente corrisponde alla Società a fronte delle prestazioni assicurate;

**Prestazione assicurata:** importo liquidabile sotto forma di capitale o rendita che la Società corrisponde al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato;

**Proposta:** documento contenente la richiesta del Proponente di stipulare il contratto di assicurazione con la Società;

**Recesso:** diritto del Contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti;

**Revoca:** diritto del Proponente di revocare la proposta prima della conclusione del contratto di assicurazione;

**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 arretrati maggiorati degli interessi di ritardato pagamento;

**Riserve matematiche:** importi che devono essere accantonati ogni anno dalla Società per far fronte agli obblighi futuri derivanti dai contratti;

**Scadenza:** data in cui cessano gli effetti del contratto;

**Sinistro:** verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto (decesso dell'Assicurato) e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata;

**Trasformazione:** richiesta da parte del Contraente di modificare alcuni elementi del contratto di assicurazione quali la durata, il tipo di garanzia assicurativa o l'importo del premio, le cui condizioni vengono di volta in volta concordate tra il Contraente e la Società, che non è comunque tenuta a dar seguito alla richiesta di trasformazione. Dà luogo ad un nuovo contratto dove devono essere indicati gli elementi essenziali del contratto trasformato.

---

Data ultimo aggiornamento: maggio 2014

---

## INFORMATIVA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

---

Per rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali La informiamo sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti<sup>1</sup>.

La nostra Società deve acquisire (o già detiene) alcuni dati che La riguardano.

### Utilizzo dei dati personali per scopi assicurativi<sup>2</sup>

I dati forniti da Lei stesso o da altri soggetti<sup>3</sup> sono utilizzati da Allianz S.p.A., da società del Gruppo Allianz e da terzi a cui essi verranno comunicati al fine di:

- dare esecuzione al servizio assicurativo e/o fornirLe il prodotto assicurativo, nonché servizi e prodotti connessi o accessori, che ci ha richiesto; in relazione ai servizi previsti nel caso di impianto satellitare installato sul Suo veicolo, devono essere trattati anche i dati rilevati dall'impianto stesso quali: geolocalizzazione, velocità e superamento di soglie reimpostate, tracciamento dei percorsi effettuati, percorrenze chilometriche, direzione di marcia, accelerazioni e decelerazioni in conseguenza di eventuali urti, data e orario delle rilevazioni, videoregistrazioni (filmate) in caso di sinistro oppure di impatto riscontrato dal dispositivo V.E.D.R. con informazioni legate al posizionamento GPS;
- ridistribuire il rischio mediante coassicurazione e/o riassicurazione.

Per emettere la polizza richiesta e per la sua gestione, nonché per l'erogazione dei servizi ad essa strumentali (es.: finanziamenti) potranno essere utilizzati alcuni dati personali dell'interessato ottenuti mediante accesso ai Sic-Sistemi di informazioni creditizie, archivi che raccolgono informazioni relative a richieste/rapporti di credito con banche e operatori finanziari, senza comunque procedere all'alimentazione di tali archivi. Queste informazioni saranno consultate per verificare le dichiarazioni contrattuali e il grado di rischio creditizio, saranno conservate presso di noi e potranno essere comunicate solo ed esclusivamente a società del Gruppo Allianz.

Inoltre, qualora aderisca al servizio, tratteremo i dati biometrici da Lei forniti attraverso l'apposizione della firma elettronica (per tali intendendosi i dati relativi alle modalità di esecuzione della firma medesima: posizione, velocità, accelerazione e pressione) al fine di accertare e provare la Sua sottoscrizione e le transazioni da Lei effettuate. Nel caso in cui Lei non intendesse aderire al suddetto servizio, la sua firma verrà raccolta in modo tradizionale su supporto cartaceo.

Le chiediamo quindi, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi da Lei richiesti, ivi inclusi i dati necessari per valutare l'adeguatezza dei prodotti e servizi al suo profilo.

Per i servizi e prodotti assicurativi abbiamo necessità di trattare anche dati "sensibili"<sup>4</sup> ed eventualmente giudiziari strettamente strumentali all'erogazione degli stessi, come nel caso di perizie mediche per la sottoscrizione di polizze vita o per la liquidazione dei sinistri. Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche tali dati per queste specifiche finalità.

Per taluni servizi, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero. Questi soggetti sono nostri diretti collaboratori e svolgono la funzione del "responsabile" o dell'"incaricato" del nostro trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti "titolari" del trattamento.

Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo Allianz o della catena distributiva quali agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società quali legali, periti e medici, autofficine, installatori dell'impianto satellitare, installatori del sistema Video Event Data Recorder (V.E.D.R.), centri di demolizione di autoveicoli; società di servizi per il quietanzamento, società di servizi cui sono affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, società specializzate nel risanamento post-sinistro; centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela giudiziaria, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali indicate nel plico postale; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti, società specializzate nelle attività di informazione e promozione commerciale e ricerche di mercato, nonché delle società incaricate da Allianz della prestazione dei servizi di firma elettronica e conservazione del relativo documento elettronico.

Per tali finalità, inoltre, i Suoi dati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: soggetti inerenti al rapporto che la riguarda (ad esempio contraenti e assicurati), altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi ed associazioni del settore, broker assicurativi, banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio.

Il Suo consenso riguarda, pertanto, anche la trasmissione e l'attività svolta dai suddetti soggetti il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile gratuitamente chiedendolo ad Allianz S.p.A. – Pronto Allianz – Servizio Clienti, C.so Italia n. 23 – 20122 Milano, numero verde: 800686868, fax: 027216.9145, e-mail: [privacy@allianz.it](mailto:privacy@allianz.it) (il cui responsabile pro tempore è anche responsabile del trattamento).

---

<sup>1</sup> Art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003).

<sup>2</sup> La finalità assicurativa richiede che i dati siano trattati per: stipulazione di polizze; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione delle frodi e relative azioni legali; costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi; gestione e controllo interno; attività statistiche.

<sup>3</sup> Altri soggetti che effettuano operazioni che La riguardano o che, per soddisfare una Sua richiesta forniscono alla azienda informazioni commerciali, finanziarie, professionali ecc.

<sup>4</sup> Sono considerati sensibili i dati relativi, ad es. al Suo stato di salute, alle Sue opinioni politiche e sindacali e alle Sue convinzioni religiose (art. 4, comma 1, lett. d) del Codice in materia di protezione dei dati personali)

La informiamo inoltre in particolare che, per i prodotti con impianto satellitare o in presenza di Video Event Data Recorder (V.E.D.R.), i dati sul monitoraggio del veicolo rilevati e conservati in memoria dal dispositivo satellitare sono utilizzati da Allianz S.p.A., che sotto questo aspetto opera come titolare autonomo, per trattamenti connessi all'attività assicurativa ed in particolare per la gestione dei sinistri, per il riconoscimento di eventuali riduzioni di premio legate allo stile di guida e la predisposizione di idonee tariffe. Di seguito i dati verso i quali Allianz S.p.A. ha accesso e che utilizza:

- i percorsi del veicolo, intendendosi per tali le percorrenze complessive, il tipo di strada utilizzata – urbana extraurbana e autostrada – il momento di percorrenza – orario diurno o notturno - suddivisi per giorno e per provincia;
- la geolocalizzazione del veicolo in caso di furto totale o rapina;
- la rilevazione delle accelerazioni/decelerazioni del veicolo;
- velocità ed eccessi di velocità rispetto a limiti;
- videoregistrazioni (filmate) in caso di sinistro oppure di impatto riscontrato dal dispositivo V.E.D.R. con informazioni legate al posizionamento GPS;
- report relativo ad un evento.

Inoltre, in caso di sinistro oppure di impatto riscontrato dal dispositivo satellitare o dal sistema V.E.D.R., Allianz S.p.A. ha diritto di conoscere e di entrare in possesso di tutti i dati in tal senso registrati al momento dell'evento, con estensione dalle 24 ore precedenti alle 24 successive al momento (= ora) del rilievo, o a quello contenuto nella relativa denuncia, o richiesta danni.

Per i casi di furto, rapina o sinistro collegato ad eventi atmosferici, Allianz S.p.A. può conoscere la geolocalizzazione in ordine alle percorrenze del veicolo dalle 48 ore precedenti l'ultima trasmissione dati antecedente l'evento.

Le segnaliamo in particolare che i dati rilevati dal dispositivo satellitare sono inviati a:

- AGA Service Italia S.c.a.r.l. con sede operativa in via Ampère 30 – 20131 Milano e sede legale in P.le Lodi 3 – Milano 20137, che gestisce la centrale operativa assistenza.
- Meta System S.p.A. con sede in via Majakovskij 10 – 42100 Reggio Emilia, società produttrice l'impianto satellitare ai fini della fornitura, dell'installazione dello stesso impianto e della trasmissione informatica dei dati;
- AGA International SA, Sede Secondaria e Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede in P.le Lodi 3 - 20137 Milano e sede operativa in via Ampère 30 - 20131 Milano, che presta i servizi di assistenza;
- Mondial Contact Center Italia S.R.L. con sede legale in via Martiri d'Otranto 83 – 73056 Taurisano (Lecce) e sede operativa in Zona Industriale - Tronco I - 73042 Casarano (Lecce), che presta il servizio di call center informazioni.
- Octocam S.R.L., con sede in via V. Lamara 51 - 00173 Roma, società produttrice del sistema V.E.D.R. ai fini della fornitura, dell'installazione dello stesso sistema, della trasmissione informatica e della gestione dei dati;

Senza i Suoi dati, non potremmo fornirLe i servizi e i prodotti in tutto o in parte.

Alcuni dati, poi, devono essere comunicati da Lei o da terzi per obbligo di legge, come prevede ad esempio la normativa antiriciclaggio. Il trattamento dei dati raccolti per adempiere alla normativa vigente in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento al terrorismo sarà svolto unicamente per le predette finalità.

#### Modalità d'uso dei dati

I Suoi dati personali sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornirLe i servizi, i prodotti e le informazioni da Lei richieste, anche mediante l'uso della posta cartacea, di chiamate tramite operatore, del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica, degli SMS ed MMS, tablet, smartphone, ipad, o di altre tecniche di comunicazione a distanza, di strumenti telematici ed informatici, nonché di coupons, schede e questionari. Utilizziamo le medesime modalità anche quando comunichiamo per tali fini alcuni 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.

In considerazione della suddetta complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, Le precisiamo infine che quali responsabili o incaricati del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i nostri dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute.

Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie ed il trattamento dei dati da parte loro ed è necessario per il perseguimento delle finalità suddette.

La informiamo inoltre che i Suoi dati personali non verranno diffusi e che le informazioni relative alle operazioni da Lei poste in essere, ove ritenute sospette ai sensi della normativa antiriciclaggio, potranno essere comunicate agli altri intermediari finanziari del nostro Gruppo, alle Autorità e ad altri organi di Vigilanza e Controllo.

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<sup>5</sup>.

Per l'esercizio dei Suoi diritti può rivolgersi ad Allianz S.p.A. – Pronto Allianz – Servizio Clienti, C.so Italia 23 - 20122 Milano, numero verde: 800686868, fax: 027216.9145, e-mail: [privacy@allianz.it](mailto:privacy@allianz.it) (il cui responsabile pro tempore è anche responsabile del trattamento).

<sup>5</sup> Questi diritti sono previsti dall'art. 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali. La cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale commerciale e pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo

PROTEGGE  
PROTEGGE a capitale decrescente

Allianz 

Modulo di proposta

**CONTRAENTE**

(se diverso dal Contraente)

**ASSICURATO**

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE / PARTITA IVA \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SESSO (\*) \_\_\_\_\_

COMUNE DI NASCITA \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

INDIRIZZO DI RESIDENZA \_\_\_\_\_ NR. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ COMUNE DI RESIDENZA \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ STATO \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_ SECONDA CITTADINANZA \_\_\_\_\_ STATO DI RESIDENZA FISCALE \_\_\_\_\_

STATO SEDE DI COSTITUZIONE (STATO DOVE LA SOCIETA' E' STATA COSTITUITA; DATO OBBLIGATORIO) \_\_\_\_\_

TIPO DOCUMENTO (\*) \_\_\_\_\_ NR. DOCUMENTO \_\_\_\_\_

RILASCIATO DA \_\_\_\_\_ DATA RILASCIO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DATA SCADENZA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SESSO (\*) \_\_\_\_\_

COMUNE DI NASCITA \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

INDIRIZZO DI RESIDENZA \_\_\_\_\_ NR. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ COMUNE DI RESIDENZA \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ STATO \_\_\_\_\_

TIPO DOCUMENTO (\*) \_\_\_\_\_ RILASCIATO DA \_\_\_\_\_

NR. DOCUMENTO \_\_\_\_\_ DATA RILASCIO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DATA SCADENZA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA (da compilare solo se diverso dall'indirizzo di residenza del contraente)**

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ NR. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI SUPPLEMENTARI**

**SOGGETTO IN RAPPRESENTANZA** (Legale Rappresentante nei casi di Contraente Persona Giuridica o Ente, Tutore, Amministratore)

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SESSO (\*) \_\_\_\_\_ COMUNE DI NASCITA \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

INDIRIZZO DI RESIDENZA \_\_\_\_\_ NR. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ COMUNE DI RESIDENZA \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ STATO \_\_\_\_\_

TIPO DOCUMENTO (\*) \_\_\_\_\_ NR. DOCUMENTO \_\_\_\_\_ RILASCIATO DA \_\_\_\_\_ DATA RILASCIO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DATA SCADENZA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**SOGGETTO PAGATORE** (da compilare solo per mezzi di pagamento assegni bancari/assegni circolari)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ NAZIONE \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ NAZIONE \_\_\_\_\_

TIPO DOCUMENTO (\*) \_\_\_\_\_ NR. DOCUMENTO \_\_\_\_\_ RILASCIATO DA \_\_\_\_\_ DATA RILASCIO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DATA SCADENZA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DICHIARA**

- a) di adempiere agli obblighi di pagamento del premio relativo alla presente Proposta in quanto:  
 Legato da rapporti di parentela o di affinità con il contraente  Legato da rapporti aziendali o professionali con il contraente  Altro
- b) di essere stato informato che tutte le informazioni fornite sono state rilasciate sotto la propria responsabilità e di aver ricevuto informativa di legge circa il trattamento dei dati personali sopra riportati.

LUOGO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA DEL PAGATORE \_\_\_\_\_

**BENEFICIARI IN CASO DI DECESSO**

In caso di decesso dell'Assicurato (caso morte) scegliere tra i beneficiari richiamati in legenda e riportare la lettera corrispondente di seguito nell'apposito spazio \_\_\_\_\_  
 Nel caso in cui nessuno dei Beneficiari richiamati in legenda corrisponda alle esigenze del Contraente nonché nel caso di vincolo o di beneficio accettato riportare di seguito i dati:

1° Beneficiario \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

E' una persona politicamente esposta  E' legato da rapporti di parentela o di affinità con il contraente

NON è una persona politicamente esposta  E' legato da rapporti aziendali o professionali con il contraente

Altro

2° Beneficiario \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

E' una persona politicamente esposta  E' legato da rapporti di parentela o di affinità con il contraente

NON è una persona politicamente esposta  E' legato da rapporti aziendali o professionali con il contraente

Altro

3° Beneficiario \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

E' una persona politicamente esposta  E' legato da rapporti di parentela o di affinità con il contraente

NON è una persona politicamente esposta  E' legato da rapporti aziendali o professionali con il contraente

Altro

4° Beneficiario \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

E' una persona politicamente esposta  E' legato da rapporti di parentela o di affinità con il contraente

NON è una persona politicamente esposta  E' legato da rapporti aziendali o professionali con il contraente

Altro

Riportare l'indicazione della percentuale per ciascuna designazione beneficiaria fino al raggiungimento del 100 %

## MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

BONIFICO BANCARIO (indicare sempre nell'ordine di bonifico la seguente causale: "premio perfezionamento proposta n.° (indicare il numero di proposta per la quale si effettua il bonifico)")

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

IMPORTO

INTESTATARIO CONTO CORRENTE

NUMERO DI RIFERIMENTO DA ARCO

BANCA

PREFISSO      CIN   ABI      CAB      N. CONTO CORRENTE

CODICE IBAN \_\_\_\_\_

Il Contraente autorizza l'addebito sul conto corrente sopra indicato, se acceso presso Allianz Bank Financial Advisors S.p.A., per il pagamento del premio.

LUOGO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ FIRMA DEL CONTRAENTE (o Legale Rappresentante) \_\_\_\_\_

LIQUIDAZIONE DA FONDO <sup>(1)</sup>     LIQUIDAZIONE DA POLIZZA <sup>(2)</sup>

Posizione \_\_\_\_\_ Importo \_\_\_\_\_

(1) disinvestimento da OICR armonizzati istituiti o gestiti da Società del Gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A.;

(2) liquidazione da polizza emessa dalla Società, che non si configuri come operazione di trasformazione (ai sensi dell'art. 19 del Regolamento IVASS n. 35/2010)

ASSEGNO CIRCOLARE     ASSEGNO BANCARIO

ABI      CAB      BANCA

NUMERO ASSEGNO

IMPORTO

La Società informa:

- che non sono ammesse modalità di pagamento diverse da quelle sopra indicate per il premio di perfezionamento;
- che gli assegni, non trasferibili, devono essere intestati a Allianz Bank Financial Advisors S.p.A. - Intermediario di Allianz S.p.A. - e consegnati all'acquirente (collaboratore di Allianz Bank Financial Advisors S.p.A.);
- che gli assegni bancari, come sopra intestati, si intendono accettati salvo buon fine;
- che, in caso di pagamento del premio tramite bonifico bancario, lo stesso deve essere effettuato a favore di Allianz Bank Financial Advisors S.p.A. - Intermediario di Allianz S.p.A. (c/c n. 010570003934 - ABI 03589 - CAB 01600 - CIN C - Codice IBAN IT40 C 03589 01600 010570003934). La proposta stessa verrà trasmessa ad Allianz S.p.A. - Ufficio Vita - Individuali, Largo Ugo Imeri, 1 Trieste - il giorno in cui Allianz Bank Financial Advisors S.p.A. avrà ricevuto notizia certa dell'avvenuto bonifico.

I premi successivi al primo versamento - nei casi previsti dalle Condizioni di assicurazione relative alla tariffa prescelta - potranno essere pagati anche con le seguenti modalità:

- bollettino di conto corrente postale (in tal caso verrà considerata quale data di pagamento quella apposta dall'ufficio postale);
- S.D.D. (Sepa Direct Debit) attivabile in funzione dei tempi tecnici necessari per l'avvio dell'operazione, e con la periodicità prevista (annuale, semestrale, trimestrale e mensile).

Resta inteso che le spese relative ai mezzi di pagamento gravano direttamente sul Contraente.

## ASSICURAZIONE

	TARIFFA	DURATA ASSICURAZIONE	CAPITALE	PREMIO ANNUO
PROTEGGE a capitale decrescente	<input type="checkbox"/> 12_05_AZB			€ _____
PROTEGGE	<input type="checkbox"/> 16_06_AZB <input type="checkbox"/> Complementare infortuni			€ _____
Frazionamento del premio ANNUO	<input type="checkbox"/> ANNUALE <input type="checkbox"/> SEMESTRALE <input type="checkbox"/> TRIMESTRALE <input type="checkbox"/> MENSILE (solo per PROTEGGE a capitale decrescente 12_05_AZB)			Premio di rata versato: € _____
Decrescenza del capitale (solo per Protegge a capitale decrescente)	<input type="checkbox"/> ANNUALE <input type="checkbox"/> SEMESTRALE <input type="checkbox"/> QUADRIMESTRALE <input type="checkbox"/> TRIMESTRALE <input type="checkbox"/> MENSILE			

## QUESTIONARIO SANITARIO PER ASSICURAZIONI VITA SENZA VISITA MEDICA

Intende sottoporsi ad accertamenti sanitari allo scopo di eliminare il periodo di carenza di cui alle condizioni per le assicurazioni senza visita medica?

NO    SI

Statura in cm \_\_\_\_\_ Peso in Kg \_\_\_\_\_

1 Ha mai sofferto o soffre di una malattia fra quelle nell'elenco richiamato in seconda pagina (\*)?

NO    SI

2 E' mai stato ricoverato o prevede un prossimo ricovero anche in day hospital in ospedali, case di cura o simili per interventi chirurgici o per semplici accertamenti? (ad esclusione di interventi avvenuti da più di un mese con completa guarigione di appendicectomia, adenotonsillectomia, erniectomia, emorroidectomia, meniscectomia, fratture degli arti, safenectomia, varici, chirurgia estetica, deviazione del setto nasale, parto)?

NO    SI

3 Nell'ultimo anno si è mai sottoposto ad esami specialistici che abbiano rilevato situazioni anomale?

NO    SI

4 Ha mai fatto o fa uso di sostanze stupefacenti e/o psicofarmaci?

NO    SI

5 Ha mai fatto o fa uso quotidiano di più di 3 bicchieri di vino (corrispondenti a circa mezza bottiglia) oppure 3/4 litro di birra alcolica oppure 3 bicchierini di superalcolici oppure 3 aperitivi alcolici?

NO    SI

6 Ha mai fumato o fuma più di 20 sigarette al giorno?

NO    SI

DA COMPILARE SOLO PER I PRODOTTI CHE PREVEDONO LA COMPLEMENTARE DI ESONERO PAGAMENTO PREMI:

7 Ha imperfezioni fisiche o funzionali che determinano un'invalidità permanente di grado superiore al 35%?

NO    SI

8 Presenta imperfezioni fisiche, mutilazioni, difetti di udito o visivi?

NO    SI

Se ha risposto SI ad almeno una domanda, è necessario rispondere anche alle seguenti domande:  
N.B. COMPILARE COMUNQUE SEMPRE ANCHE IL QUESTIONARIO PROFESSIONALE E SPORTIVO

Ha mai sofferto o soffre di malattie? In caso affermativo, precisare quali e quando.

Fra i Suoi **parenti** consanguinei fino al secondo grado (nonni, genitori, fratelli, figli..) ci sono stati casi di **malattie cardiovascolari**, pressione arteriosa elevata, diabete, malattie renali, tumori, malattie dei motoneuroni, celiachia, fibrosi cistica, lupus, malattie degenerative, favismo, talassemia, sclerosi multipla? In caso affermativo, precisare quali, quando e l'esito degli eventuali accertamenti su di sé.

Ha mai sofferto o soffre di qualche **disturbo** (ad esempio dolori al petto, stipsi ostinata, sangue nelle feci, tosse o mal di testa persistenti, svenimenti, o per i quali assume qualche farmaco, ecc)? In caso affermativo, precisare quali, quando e l'esito degli eventuali accertamenti.

Assume **farmaci** in via continuativa? In caso affermativo precisare quali, per quanto tempo ed il motivo.

E' mai stato ricoverato o ha in programma un prossimo ricovero anche in day hospital in ospedali, case di cura o simili per interventi chirurgici o per semplici accertamenti? (ad esclusione di interventi avvenuti da più di un mese con completa guarigione di appendicectomia, adenotonsillectomia, erniectomia, emorroidectomia, meniscectomia, fratture degli arti, safenectomia, varici, chirurgia estetica, deviazione del setto nasale, parto)? In caso affermativo, precisare quando, per quanto tempo, per quale motivo, e con quale risultato.

Si è mai sottoposto ad **esami specialistici** che abbiano rilevato situazioni anomale? In caso affermativo precisare quali esami, a carico di quale organo, quando, per quali motivi, con quale esito.

Ha mai fatto o fa uso di sostanze stupefacenti e/o psicofarmaci? In caso affermativo, indicare il tipo di sostanza ed il periodo.

Se beve **alcolici**, quali sono le bevande usuali e quanto ne consuma giornalmente?

Ha mai fumato o **fuma**? In caso affermativo, indicare il prodotto usato (sigarette, sigari, pipa ecc) la quantità giornaliera e il periodo (eventualmente specificando da quando ha smesso di fumare e per quanto tempo ha fumato).

Presenta imperfezioni fisiche, mutilazioni, difetti di udito o visivi? Se sì, indicare quali ed allegare il verbale di visita medica con l'eventuale riconoscimento dell'invalidità.

**(\*) ELENCO MALATTIE**

1. **Neoplasie maligne**, comprese le emolinfopatie (neoplasie del sangue e/o del midollo osseo e/o degli organi linfatici)
2. **Malattie della pelle o causate da miceti**: pemfigo, micosi degli apparati interni
3. **Malattie immunopatologiche**: immunodeficienze primitive e/o acquisite (HIV), lupus eritematoso sistemico, poliarterite nodosa, porpora, sclerodermia, artrite reumatoide, connettiviti sistemiche e vasculiti
4. **Malattie delle ossa e delle articolazioni**: morbo di Sudeck, osteomielite, TBC ossea, coxartrosi, gonartrosi
5. **Malattie dismetaboliche**: diabete tipo I, diabete tipo II, emocromatosi, ridotta tolleranza glucidica, terapia con antipertensivi, terapia ipolipemizzante
6. **Malattie dell'apparato respiratorio**: broncopneumopatia cronica ostruttiva, asma bronchiale in terapia continuativa o che abbia comportato ricoveri, enfisema, sarcoidosi, mucoviscidosi, pneumotorace spontaneo, asportazione di polmone o parte di esso, ipertensione polmonare, asbestosi, silicosi, interstiziopatie polmonari
7. **Malattie dell'apparato cardiovascolare**: ipertensione arteriosa con valori costantemente superiori a 140/90 (nonostante trattamento), fibrillazione atriale permanente, tachicardia parossistica ventricolare, blocco atrio/ventricolare di qualsiasi tipo, blocco completo di branca sinistra, endo-mio-pericardite, cardiopatia ischemica e/o ipertensiva, cardiomiopatie, scompenso cardiaco, infarto, valvulopatie con stenosi e/o insufficienza anche se di grado lieve, embolia polmonare, trombosi e/o tromboliebiti, arteriopatie sistemiche infiammatorie e/o aterosclerotiche, aneurismi
8. **Malattie dell'apparato digerente**: esofagite cronica da reflusso, esofago di Barrett, morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa, epatopatia cronica HBV e/o HCV correlata, sieropositività HBV e/o HCV, cirrosi epatica, fegato policistico, pancreatite cronica, malattia fibrocistica
9. **Malattie dell'apparato uro-genitale**: insufficienza renale cronica, anche di grado lieve, rene policistico, ipertrofia prostatica
10. **Malattie del sistema nervoso centrale e periferico**: vasculopatia cerebrale, aneurismi, ictus con o senza residue paralisi, morbo di Parkinson, malattia del motoneurone, miastenia grave, sclerosi a placche, malattie demielinizzanti in genere, distrofie muscolari di ogni tipo, epilessia parziale o generalizzata, morbo di Alzheimer o altre demenze, postumi di meninggo/encefalite, altre malattie degenerative e/o infiammatorie, disturbi mentali (psicosi in genere e nevrosi), meningioma
11. **Malattie degli organi di senso**: cecità completa, residuo di vista di grado inferiore a 1/20 nella somma di entrambi gli occhi, glaucoma, nevrite ottica retrobulbare, edema papillare, retinopatie qualunque sia la causa, otomastoidite cronica complicata, malattia di Meniere, colesteatoma, sordità completa o non protesizzabile, neurinoma
12. **Malattie delle ghiandole endocrine**: adenoma ipofisario di qualsiasi tipo, patologie tiroidee, iper o ipoparatiroidismo, affezioni surrenaliche, altre disendocrine
13. **Malattie del sangue e degli organi emolinfopoietici**: talassemia maior, anemia aplastica o sferocitica o autoimmune, emoglobinuria parossistica, policitemia vera, trombocitemia essenziale, trombocitopenia idiopatica, mielodisplasia, mielofibrosi, gammopatia monoclonale, amiloidosi, ipersplenismo, malattie che abbiano comportato asportazione di milza, emofilie
14. **Malattie rare e genetiche**: tutte
15. **Malaria e infezioni croniche**: tutte
16. **Malformazioni e difetti fisici**: idrocefalo, pneumopatia fibrocistica, cardiopatie congenite, spina bifida, atresie di organi addominali, trisomie, ipospadie, agenesie renali, polisindattilie, malformazioni vascolari endocraniche, malformazioni dell'apparato urinario, malformazioni dei grossi vasi

**QUESTIONARIO PROFESSIONALE E SPORTIVO**

L'Assicurando dichiara inoltre di esercitare l'attività professionale di:

Per l'occupazione indicata ha contatto con correnti ad alta tensione, con sostanze radioattive, infiammabili, esplodenti, velenose o comunque nocive alla salute? In caso affermativo indicare le esatte mansioni:

Pratica qualche attività sportiva (pesca e/o immersioni subacquee, alpinismo, gare automobilistiche e/o motociclistiche, parapendio, paracadutismo, bungee jumping, ecc)? In caso affermativo indicare le attività sportive ed entro quali limiti:

**ADEGUATEZZA DELL'ASSICURAZIONE**

In considerazione delle risposte fornite dal Contraente a fronte delle domande del Questionario, identificato da protocollo n. \_\_\_\_\_, si prende atto che il sottoscritto Intermediario ritiene la proposta adeguata alle specifiche esigenze assicurative e/o previdenziali del Contraente stesso.

FIRMA DEL CONTRAENTE (o Legale Rappresentante)

FIRMA DELL'INTERMEDIARIO

- In considerazione delle informazioni raccolte dall'Intermediario e riportate nel Questionario, identificato da protocollo n. \_\_\_\_\_, si prende atto che il sottoscritto Intermediario dichiara di aver informato il Contraente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle sue specifiche esigenze assicurative e/o previdenziali.

#### MOTIVAZIONI

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> La tipologia del prodotto selezionato non è compatibile con la categoria professionale indicata dal Contraente alla <b>domanda 1</b> del Questionario. | dal Contraente alla <b>domanda 3</b> del Questionario, risulta già pienamente soddisfatta.  | non corrisponde all'orizzonte temporale indicato dal Contraente alla <b>domanda 6</b> del Questionario.  |
| <input type="checkbox"/> La tipologia del prodotto selezionato non corrisponde alle esigenze di protezione espresse dal Contraente alla <b>domanda 2</b> del Questionario.      | <input type="checkbox"/> Il prodotto selezionato non rientra tra le coperture assicurative relative all'area di bisogno indicata dal Contraente alla <b>domanda 4</b> del Questionario. | <input type="checkbox"/> La disponibilità finanziaria indicata dal Contraente alla <b>domanda 7</b> del Questionario non risulta compatibile con il prodotto selezionato.  |
| <input type="checkbox"/> La sottoscrizione del prodotto selezionato comporta un eccesso di coperture assicurative relative all'area di bisogno che, secondo quanto espresso     | <input type="checkbox"/> Il grado di rischio del prodotto selezionato non corrisponde alla tolleranza al rischio indicata dal Contraente alla <b>domanda 5</b> del Questionario         | <input type="checkbox"/> Le caratteristiche di rischiosità del prodotto selezionato non risultano compatibili con il grado di conoscenza degli strumenti finanziari ed il livello di esperienza in materia di investimenti espressi dal Contraente alla <b>domanda 8</b> del Questionario. |
|   | <input type="checkbox"/> L'orizzonte temporale del prodotto selezionato   |  |

Il sottoscritto Contraente dichiara di essere stato informato dei motivi per i quali il prodotto non risulta o potrebbe non risultare adeguato alle sue specifiche esigenze assicurative e/o previdenziali, prende quindi atto dell'esito dell'attività (di intermediazione) prestata a suo favore dalla Società e dichiara di voler comunque sottoscrivere la proposta.

FIRMA DEL CONTRAENTE (o Legale Rappresentante)

FIRMA DELL'INTERMEDIARIO

- Il sottoscritto Contraente dichiara di non voler rispondere, in tutto o in parte, alle domande del Questionario, identificato da protocollo n. \_\_\_\_\_, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza della proposta rispetto alle sue specifiche esigenze assicurative e/o previdenziali.

FIRMA DEL CONTRAENTE (o Legale Rappresentante)

Il sottoscritto Intermediario dichiara di aver informato il Contraente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle sue specifiche esigenze assicurative e/o previdenziali:

– il Contraente non ha fornito in tutto o in parte le risposte alle domande del Questionario e l'Intermediario assicurativo non è in possesso di altre informazioni per poter effettuare una corretta profilazione di adeguatezza del Contraente.

Il sottoscritto Contraente dichiara di essere stato informato dei motivi per i quali il prodotto non risulta o potrebbe non risultare adeguato alle sue specifiche esigenze assicurative e/o previdenziali, prende quindi atto dell'esito dell'attività (di intermediazione) prestata a suo favore dalla Società e dichiara di voler comunque sottoscrivere la proposta.

FIRMA DEL CONTRAENTE (o Legale Rappresentante)

FIRMA DELL'INTERMEDIARIO

## DICHIARAZIONI

Il sottoscritto Contraente dichiara che sono stati consegnati a sue mani da:

COGNOME E NOME DEL PROMOTORE FINANZIARIO

CODICE PF

N. ISCRIZIONE RUI

DATA ISCRIZIONE RUI

– la Nota informativa, le condizioni di assicurazione della garanzia principale, le condizioni di assicurazione della garanzia complementare infortuni, le condizioni speciali e le condizioni particolari ove previste, il glossario ed il modulo di proposta che compongono (barrare il modello oggetto della presente proposta):

- il Fascicolo informativo Mod. 8012 (16\_06\_AZB) Edizione 05/16     il Fascicolo informativo Mod. 8013 (12\_05\_AZB) Edizione 05/16

– copia del documento riepilogativo dei principali obblighi di comportamento cui l'Intermediario è tenuto a norma del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209 e del Regolamento IVASS n. 5 del 16 ottobre 2006, documento conforme al modello di cui all'allegato 7A del citato Regolamento;

– copia della dichiarazione conforme al modello di cui all'allegato 7B del citato Regolamento, da cui risultano i dati essenziali dell'intermediario e della sua attività.

FIRMA DEL CONTRAENTE (o Legale Rappresentante)

Il sottoscritto Contraente

- dichiara ad ogni effetto di legge che le informazioni e risposte da lui fornite – anche se materialmente scritte da altri – sono veritiere ed esatte e che non ha taciuto, omessa o alterata alcuna circostanza e riconosce che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Società (art. 1892 e art. 1893 Codice Civile);
- dichiara di essere consapevole che l'art. 1924 Codice Civile obbliga il Contraente al pagamento del premio relativo al primo anno di assicurazione;
- dichiara che eventuali somme da lui anticipate alla Società prima della conclusione del contratto sono incassate a mero titolo di deposito, senza alcun impegno contrattuale per la Società stessa;
- dichiara inoltre di aver preso visione e di accettare integralmente le condizioni di assicurazione, nonché le eventuali condizioni complementari, speciali e particolari contenute nei Fascicoli informativi sopra indicati;
- dichiara che le informazioni indicate nella proposta sono veritiere ed esatte; dichiara altresì di non aver taciuto, omesso o alterato alcuna circostanza nella compilazione della proposta, assumendosene ogni responsabilità;
- dichiara che il presente documento non contiene cancellature e dichiara inoltre di non averne ricevuti altri ad integrazione dello stesso.
- dichiara che il rapporto continuativo e le operazioni riconducibili ai rapporti continuativi instaurati con la Società sono effettuate per suo conto, quale intestatario di tali rapporti. Il Cliente, nel caso in cui il rapporto sia instaurato per conto terzi, si impegna a fornire alla Società tutte le indicazioni necessarie all'identificazione del titolare effettivo del rapporto. Nel caso di Contraente società fiduciaria, la stessa indica in modo riservato alla Società le informazioni complete sul fiduciante a cui ricondurre il rapporto continuativo;
- dichiara che lo stato di PEP (Persona Esposta Politicamente) e la propria relazione con il/i beneficiario/i designato/i nella proposta corrispondono a quanto indicato nella sezione "Beneficiari in caso di decesso";
- dichiara di essere stato informato che tutte le informazioni fornite sono state rilasciate sotto la propria responsabilità e che, in difetto di tali informazioni, la Società non potrà instaurare alcun rapporto continuativo ovvero, per i rapporti già in essere, provvederà ad estinguerli restituendo al Cliente i fondi, gli strumenti e le altre disponibilità finanziarie di spettanza, liquidandone il relativo importo tramite bonifico su un conto corrente bancario indicato dal Cliente stesso;
- si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente - e comunque nel termine massimo di 30 giorni - alla Società, qualsiasi variazione che dovesse intervenire con riferimento a tutte le informazioni fornite con la presente Proposta.

Il sottoscritto Assicurato dichiara di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici e gli enti che possono o potrebbero averlo curato o visitato e le altre persone a cui il beneficiario caso morte, anche dopo il verificarsi dell'evento, si rivolgesse per acquisire ogni informazione e documentazione, poiché le stesse sono essenziali ai fini della valutazione del rischio e dell'esecuzione degli obblighi derivanti dal contratto assicurativo vita sottoscritto, di cui la presente dichiarazione costituisce parte essenziale ed integrante.

#### AVVERTENZE

Il sottoscritto Contraente prende atto che:

- 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 del questionario, il soggetto di cui alla lettera a), deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- c) anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

Il sottoscritto Contraente prende inoltre atto di quanto segue:

con la sottoscrizione del presente documento il Contraente sottopone alla Società una proposta di assicurazione; il contratto si intenderà concluso - a seguito della sottoscrizione della proposta con contestuale pagamento del premio da parte del Contraente - nel momento in cui vengono apposte sulla polizza le firme della Società e del Contraente stesso (nonché dell'Assicurato, se persona diversa dal Contraente).

Dalla data di conclusione del contratto decorre il termine per l'esercizio del diritto di recesso.

A condizione che sia intervenuta la conclusione, il contratto produce effetti dalle ore 24 del giorno indicato sulla polizza quale data di decorrenza, fatti salvi gli eventuali periodi di carenza previsti dalle condizioni di assicurazione.

Il sottoscritto Contraente infine prende atto di quanto segue:

#### REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA

La proposta può essere revocata dal Contraente fino al momento della conclusione del contratto (art. 176 D. Lgs. 209/2005). Per l'esercizio della revoca il Contraente deve inviare comunicazione scritta alla Società - con lettera raccomandata A.R. indirizzata ad Allianz S.p.A. - Ufficio Vita - Individuali, Largo Ugo Imeri, 1 Trieste (Italia) contenente gli elementi identificativi della proposta. Le somme eventualmente anticipate dal Contraente alla Società saranno restituite entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.

**DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO**

Il Contraente può esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla conclusione del contratto (art. 177 D. Lgs. 209/2005). Per l'esercizio del diritto di recesso il Contraente deve inviare comunicazione scritta alla Società - con lettera raccomandata A.R. indirizzata ad Allianz S.p.A. - Ufficio Vita - Individuali, Largo Ugo Imeri, 1 Trieste (Italia) - contenente gli elementi identificativi del contratto, e indicando le coordinate bancarie ove effettuare il rimborso.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società è tenuta a rimborsare al Contraente il premio da questi corrisposto, al netto delle imposte relative all'eventuale garanzia complementare, trattenendo la parte di premio relativa al rischio assunto per il periodo durante il quale il contratto ha avuto effetto, nonché le spese di emissione del contratto quantificate in (barrare la tariffa oggetto della presente proposta ed il relativo importo corretto).

TARIFFA	SPESE DI EMISSIONE SENZA VISITA MEDICA	SPESE DI EMISSIONE CON VISITA MEDICA
<input type="checkbox"/> PROTEGGE a capitale decrescente (12_05_AZB)	<input type="checkbox"/> Non previste	<input type="checkbox"/> 50 euro
<input type="checkbox"/> PROTEGGE (16_06_AZB)	<input type="checkbox"/> Non previste	

Se il contratto viene stipulato previa visita medica dell'Assicurato, le spese di emissione di 50 euro, sono incrementate di un importo pari alla differenza tra il costo per la visita medica (relativo a fatture intestate ad Allianz S.p.A. e presentate ad Allianz S.p.A. - Ufficio Vita - Individuali, Largo Ugo Imeri, 1 Trieste (Italia) - che effettuerà il relativo pagamento) ed il contributo massimo offerto dalla Società stessa come specificato nel paragrafo 5.1.1. della Nota informativa.

L'Assicurato esprime il consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita, ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile.

LUOGO E DATA	FIRMA DEL CONTRAENTE (o Legale Rappresentante)	FIRMA DELL'ASSICURATO (se persona diversa dal Contraente)
--------------	--	---

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara espressamente di approvare:

- "le esclusioni e le limitazioni", in relazione alla causa del decesso, ovvero l'articolo 2.1 delle condizioni di assicurazione della garanzia principale (tariffa Protegge 16\_06\_AZB);
- le condizioni statuenti il periodo di carenza, ovvero l'articolo 2.2 rispettivamente, delle condizioni di assicurazione della garanzia principale (tariffa Protegge 16\_06\_AZB) e delle condizioni di assicurazione (tariffa PROTEGGE a capitale decrescente 12\_05\_AZB);
- per i contratti che prevedono assicurazioni complementari infortuni, gli articoli 2 "Esclusioni e delimitazioni del rischio" e 7 "Denuncia dell'infortunio e obblighi conseguenti" delle condizioni di assicurazione della garanzia complementare infortuni.

FIRMA DEL CONTRAENTE	FIRMA DELL'ASSICURATO (se persona diversa dal Contraente)
----------------------	---

**PRIVACY**

I soggetti interessati al trattamento dei propri dati personali da parte della Società, preso atto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. n. 196/2003) - contenuta nel Fascicolo informativo sopraindicato - consapevoli che i dati personali oggetto di trattamento richiesti dalla Società prima della conclusione del contratto, come pure quelli che potranno essere richiesti in corso di contratto, sono essenziali ai fini della conclusione, gestione ed esecuzione del contratto stesso, acconsentono al trattamento dei propri dati per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti indicati nell'informativa suddetta.

LUOGO E DATA	FIRMA DEL CONTRAENTE (o Legale Rappresentante)	FIRMA DELL'ASSICURATO (se diverso dal Contraente)
--------------	--	---

**ACQUISITORE (collaboratore di Allianz Bank Financial Advisors S.p.A.)**

Il Sottoscritto, ai sensi della normativa anticirrigaggio e relativi regolamenti attuativi vigenti, in qualità di Soggetto incaricato dell'Adeguata Verifica, attesta di aver provveduto all'identificazione e alla rilevazione dei dati dei firmatari della presente proposta (Contraente, Assicurato se diverso, Beneficiario accettante se presente). Dichiara inoltre che le firme sono state apposte in sua presenza, di ritirare l'assegno riportato nella sezione MEZZI DI PAGAMENTO per il successivo accreditamento del relativo importo a favore di Allianz S.p.A., e di aver ricevuto la presente proposta alla data di sottoscrizione della stessa.

COGNOME E NOME	FIRMA
----------------	-------

CODICE ACQUISITORE	CENTRO OPERATIVO	REGIONE
--------------------	------------------	---------

**LEGENDA PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO DI PROPOSTA****CONTRAENTE****ASSICURATO****SESSO**

- F Femminile
- M Maschile
- G Persona Giuridica

**TIPO DOCUMENTO**

- 1 Carta di Identità
- 2 Patente
- 3 Passaporto
- 4 Porto d'armi

**BENEFICIARI****IN CASO DI DECESSO**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>A Il Contraente.</li> <li>B Gli eredi legittimi dell'Assicurato in parti uguali.</li> <li>D I figli nati e nati di nascitura dell'Assicurato in parti uguali, con diritto di accrescimento ai superstiti.</li> <li>E I genitori dell'Assicurato in parti uguali con diritto di accrescimento al superstite o, in mancanza di entrambi, gli eredi legittimi dell'Assicurato in parti uguali.</li> <li>G Il coniuge vivente dell'Assicurato all'atto del di lui decesso o, in sua mancanza, gli eredi legittimi dell'Assicurato in parti uguali</li> <li>I Altro beneficiario non codificato (persona fisica)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>J Designazione contenuta in busta sigillata depositata presso la Società. Resta espressamente stabilito che tale designazione di beneficio è accettata dalla Società all'esplicita condizione che non contempli per essa nessuno speciale impegno, all'infuori di quello costituito dal puro e semplice pagamento della prestazione alla persona o alle persone indicate nella busta medesima, con le norme ed entro i limiti delle condizioni di assicurazione.</li> <li>L Gli eredi testamentari dell'Assicurato o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi dell'Assicurato in parti uguali.</li> <li>P Altro beneficiario non codificato (persona giuridica)</li> </ul> |
|---|--|

**Pagina bianca**

**Pagina bianca**



**Allianz S.p.A.**

Sede legale Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste  
Telefono +39 040 7781.111 - Fax +39 040 7781.311  
[www.allianz.it](http://www.allianz.it)

[allianz.spa@pec.allianz.it](mailto:allianz.spa@pec.allianz.it) - 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  
Codice 06