

Universo Persona

Rendita Autosufficienza

Assicurazione di rendita vitalizia per il caso di non autosufficienza

Set informativo
Edizione gennaio 2024
Tariffa 39CE05

Il presente Set informativo contenente:

- a) DIP Vita;
- b) DIP aggiuntivo Vita;
- c) condizioni di assicurazione, comprensive del glossario;
- d) proposta;

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

Il prodotto è conforme alle Linee guida "Contratti Semplici e Chiari"

Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente il presente Set informativo.

Servizio Clienti



Per qualsiasi informazione,
chiarimento o supporto

L'App



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

Scarica l'App



Assicurazione sulla vita di rendita vitalizia anticipata, per il caso di Non Autosufficienza negli atti della vita quotidiana

Documento Informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita
diversi dai prodotti d'investimento assicurativi
(DIP Vita)

Impresa: Allianz S.p.A.

Prodotto: Universo Persona Rendita Autosufficienza




Data di aggiornamento: 02/01/2024

Il presente DIP Vita è l'ultimo disponibile

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione che offre una copertura assicurativa in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato.

 Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?	 Che cosa non è assicurato?
<p>a) Prestazione in caso di perdita di autosufficienza In caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato nel compimento di almeno 4 dei 6 atti elementari della vita quotidiana (quali muoversi nella stanza, alzarsi, vestirsi, nutrirsi, lavarsi ed espletare le funzioni fisiologiche) - salvo i casi di esclusione e i periodi di carenza - l'Impresa corrisponde al Beneficiario una prestazione di rendita mensile vitalizia anticipata (rendita mensile vitalizia LTC), rivalutabile in base al rendimento della gestione separata VITARIV. La rendita mensile vitalizia LTC viene riconosciuta fintanto che l'Assicurato sia in vita e finché permane lo stato di non autosufficienza. La prestazione di rendita vitalizia di non autosufficienza alla decorrenza potrà essere compresa tra un minimo di 6.000,00 euro e un massimo di 60.000,00 euro annui.</p> <p>b) Prestazione accessoria facoltativa Esclusivamente alla data di decorrenza, è prevista la facoltà di attivare una copertura accessoria che prevede: - in caso di decesso dell'Assicurato entro la ricorrenza annua di contratto in cui l'Assicurato ha 76 anni (computabili), il riconoscimento ai Beneficiari di un capitale; - in caso di non autosufficienza dell'Assicurato successivamente alla ricorrenza annua di contratto in cui l'Assicurato ha 76 anni (computabili), assieme alla prima rata mensile della rendita, l'erogazione una prestazione aggiuntiva una tantum.</p> <p>Prestazioni di assistenza Allianz Worldwide Partners Sono messe gratuitamente a disposizione dell'Assicurato le prestazioni di assistenza di Allianz Global Assistance tramite la Centrale Operativa di AWP P&C alle condizioni e secondo le modalità indicate nelle "Condizioni di assicurazione delle prestazioni di Assistenza Allianz Global Assistance" a cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio. Inoltre, Allianz Worldwide Partners (AWP) garantisce l'erogazione all'Assicurato di prestazioni di "Assistenza Domiciliare Integrata (c.d. ADI)" per un importo</p>	<p>* Non sono assicurabili i soggetti di età inferiore ai 40 anni e superiore a 75 anni.</p> <p>* Non sono assicurabili dalla copertura per la perdita di autosufficienza le persone che, alla data di decorrenza del contratto, sono già beneficiarie di una rendita di invalidità o di inabilità al lavoro, prestata da qualsiasi soggetto pubblico o privato, né gli invalidi civili con grado di invalidità superiore al 50% (esclusi gli invalidi per menomazione della vista e i sordomuti).</p> <p>* Non sono inoltre assicurabili le persone già in stato di non autosufficienza, quelle affette da alcolismo e tossicodipendenza e quelle che hanno contratto il virus HIV (sieropositive).</p>
	 Ci sono limiti di copertura?
	<p>! Copertura per il caso di perdita di autosufficienza - per i rischi esclusi si rinvia del DIP aggiuntivo Vita alla sezione "Ci sono limiti di copertura?".</p> <p>! Copertura accessoria - il rischio di decesso causato da dolo del Contraente o dei Beneficiari, è escluso.</p> <p>! Carenza viene applicato un periodo di carenza dalla data di decorrenza del contratto. Per i dettagli si rinvia al DIP aggiuntivo Vita alla sezione "Ci sono limiti di copertura?"</p>

massimo mensile non eccedente la rendita mensile vitalizia LTC. Per il dettaglio si rinvia al DIP aggiuntivo Vita alla sezione "Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?"



Dove vale copertura?

✓ Le coperture valgono senza alcun limite territoriale, **fatta eccezione** per la perdita di autosufficienza dell'Assicurato causata da eventi avvenuti in uno qualunque dei paesi per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere il viaggio. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiasesicuri.it (o sito sostitutivo del Ministero degli esteri).



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti di professione o di attività dell'Assicurato. Per richiedere la liquidazione della prestazione dovranno preventivamente pervenire all'Impresa tutti i documenti necessari a verificare l'obbligo di pagamento e ad individuare correttamente gli aventi diritto. La consegna dei documenti potrà essere effettuata, per comodità degli aventi diritto, presso l'Agenzia che ha in gestione il contratto o comunque presso una qualsiasi Agenzia dell'Impresa, facendo espresso riferimento alla polizza ed unitamente alla richiesta di liquidazione. È altresì consentito l'invio della documentazione a mezzo posta stessa indirizzata a: Allianz S.p.A. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano. La documentazione da consegnare è indicata nella sezione "Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?" del DIP aggiuntivo Vita.



Quando e come devo pagare?

Il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, al loro ammontare, all'età dell'assicurato al suo stato di salute e alle attività professionali svolte. È previsto il pagamento di premi annui costanti a frazionamento mensile da versarsi in via anticipata all'atto della sottoscrizione della proposta di assicurazione ed alle scadenze pattuite indicate nella proposta di assicurazione e nella polizza. Si può richiedere di pagare il premio con un frazionamento diverso (trimestrale, semestrale o annuale). Non è prevista una addizionale di frazionamento.

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

Per pagare i premi puoi utilizzare: assegni bancari o circolari, ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, reinvestimenti di capitali provenienti da contratti Vita preesistenti.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto è a vita intera.

Una volta pagato il premio, in caso di accettazione della proposta, l'Impresa potrà dare inizio all'esecuzione del contratto. Il contratto si intende pertanto concluso e produce i suoi effetti dalle ore 24:00 del giorno indicato nella proposta quale data di decorrenza fatti salvi gli eventuali periodi di carenza della copertura assicurativa previsti.



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Puoi revocare la proposta di assicurazione fino al ricevimento della comunicazione di avvenuta conclusione del contratto, mediante raccomandata A.R. inviata ad Allianz S.p.A. Ufficio Vita - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano. Puoi recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di ricezione della comunicazione di avvenuta conclusione dello stesso, mediante raccomandata A.R. indirizzata ad Allianz S.p.A. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano. Qualora non siano state pagate per intero le prime 10 annualità di premio, puoi risolvere il contratto interrompendo il pagamento dei premi.



Sono previsti riscatti o riduzioni?

SI NO

Non è previsto l'esercizio del diritto di riscatto.

Il Contraente ha la facoltà di riattivare il contratto in caso di interruzione del pagamento dei premi.

Si rinvia alla sezione "Quali costi devo sostenere?" contenuta nel DIP aggiuntivo vita per le condizioni economiche.

**Assicurazione sulla vita di rendita vitalizia anticipata,
per il caso di Non Autosufficienza negli atti della vita quotidiana**
Documento Informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita
diversi dai prodotti d'investimento assicurativi
(DIP aggiuntivo Vita)

Impresa: Allianz S.p.A.

Prodotto : Universo Persona Rendita Autosufficienza

Data di aggiornamento: 02/01/2024

Il presente DIP aggiuntivo Vita è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto

L'impresa di assicurazione è:

- **Allianz S.p.A.**, società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE – Monaco (Germania)
- Sede legale: Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano
- Recapito telefonico: 800.68.68.68
- Sito Internet: www.allianz.it
- Indirizzo di posta elettronica certificata: allianz.spa@pec.allianz.it
- Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP del 21 Dicembre 2005 n°2398 ed iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione n°1.00152.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2022 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:

- il patrimonio netto dell'Impresa, pari a **1.601** milioni di euro;
 - la parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale, pari a **403** milioni di euro;
 - la parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali, pari a **1.164** milioni di euro.
- Si rinvia alla "Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR)", disponibile sul sito internet dell'Impresa www.allianz.it e si riportano di seguito gli importi:
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a **2.201** milioni di euro;
 - del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a **990** milioni di euro;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a **5.629** milioni di euro;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR): pari a **5.629** milioni di euro;
 - e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'Impresa, pari a **256%**.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

a) Prestazione in caso di perdita di autosufficienza

Universo Persona Rendita Autosufficienza assicura la perdita di autosufficienza dell'Assicurato, prevedendo una prestazione di rendita mensile vitalizia nel caso in cui l'Assicurato non sia in grado di compiere **almeno 4 dei 6 atti** elementari della vita quotidiana (quali muoversi nella stanza, alzarsi, vestirsi, nutrirsi, lavarsi ed espletare le funzioni fisiologiche).

Si precisa che non è consentita la sottoscrizione di più coperture di non autosufficienza in capo ad uno stesso Assicurato qualora venga superato il limite di 60.000,00 euro annui di rendita vitalizia di non autosufficienza (rendita LTC). Ai fini della determinazione dell'ammontare della rendita vitalizia di non autosufficienza di cui sopra si deve considerare la somma delle rendite di non autosufficienza in capo allo stesso Assicurato con altre coperture di rendita LTC sottoscritte con l'Impresa e in vigore all'atto della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

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

b) Prestazione accessoria facoltativa

- **in caso di decesso** dell'Assicurato viene liquidato un capitale pari alla somma dei premi pagati (premi della copertura di Non Autosufficienza e premi della copertura accessoria facoltativa). Tale capitale è riconosciuto a condizione che l'Assicurato non si trovi già in stato di Non Autosufficienza. Dopo i 76 anni non viene riconosciuta alcuna prestazione in caso di decesso;

- **in caso di non autosufficienza** dell'Assicurato la prestazione aggiuntiva una tantum il cui importo è pari a quattro volte l'entità della rata mensile iniziale di rendita scelta dal Contraente all'atto della sottoscrizione del Contratto.

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

Prestazioni di assistenza Allianz Worldwide Partners

Le prestazioni di "Assistenza Domiciliare Integrata (c.d. ADI)" da parte di Allianz Worldwide Partners (AWP) sono garantite a partire dalla data di pervenimento ad Allianz S.p.A. della documentazione relativa alla perdita di autosufficienza e per un periodo massimo di 120 giorni consecutivi, non frazionabili e comunque non oltre la data di accertamento dello stato di non autosufficienza da parte di Allianz S.p.A.. Tale servizio viene offerto **solo una volta per contratto**, e l'Assicurato non potrà comunque più usufruire delle prestazioni di "Assistenza Domiciliare Integrata" (c.d. ADI), nel caso fosse presentata una eventuale seconda denuncia di sinistro di Non Autosufficienza sullo stesso contratto e comunque non oltre la Data di riconoscimento dello Stato di Non Autosufficienza. Il servizio A.D.I. viene erogato - **sempreché il contratto non sia in Riduzione** - tramite la Centrale Operativa di AWP P&C. **esclusivamente sul territorio dello Stato Italiano.**

Rivalutazione della prestazione

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

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

L'Impresa, entro il 31 dicembre di ogni anno, dichiara il rendimento annuo realizzato dalla gestione separata VITARIV.

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

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

La misura annua di rivalutazione della rendita non può in ogni caso risultare negativa e pertanto la rivalutazione annua della rendita attribuita al contratto **resta definitivamente acquisita.** (consolidamento annuale).

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

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

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

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

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

*L'età attesa di non autosufficienza dell'Assicurato è una stima elaborata dall'Impresa e varia a seconda dell'età dell'Assicurato alla decorrenza del contratto. Per ulteriori dettagli il Contraente potrà rivolgere specifica richiesta all'Agenzia di riferimento oppure a: Allianz S.p.A., Pronto Allianz - Servizio Clienti - Piazza Tre Torri, 3 20145 Milano - Numero Verde 800.68.68.68 - Pronto Allianz Online: allianz.it/prontoallianz.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.



Ci sono limiti di copertura?

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

- da eventi, malattie o condizioni patologiche pregresse precedenti la data di decorrenza del contratto sottaciute all'Impresa;
- da azioni dell'Assicurato e/o del Contraente delittuose o partecipazione ad imprese temerarie;
- da tentato suicidio, lesioni o malattie intenzionalmente provocate;
- dalle seguenti malattie psichiatriche: schizofrenia, disturbo dell'umore, disturbo bipolare maniaco, disturbo bipolare ossessivo-maniaco, disturbo bipolare depressivo, disturbo bipolare ciclotimico, depressione maggiore cronica, nevrosi depressive, nevrosi fobico-ossessive, nevrosi ossessivo-compulsive, disturbi di personalità;

- e) da dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- f) da partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- g) da partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, operazioni di pace, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare. Nel caso in cui l'Assicurato non abbia preso parte attiva ad uno o più degli atti suindicati e si dovesse già trovare nel territorio interessato al momento in cui tali eventi sono cominciati, la copertura si intende operante per 14 giorni dal loro inizio; dopodiché, se la minaccia derivante da tali eventi dovesse essere continuativa e persistente, la perdita di autosufficienza è esclusa dalla copertura fintanto che l'Assicurato rimanga nel territorio interessato. L'esistenza di una delle suddette situazioni già al momento dell'arrivo dell'Assicurato in un determinato territorio, e sempreché la minaccia derivante sia continuativa e persistente, comporta invece l'esclusione immediata della copertura;
- h) dall'uso, anche come passeggero:
 - di aeromobili in genere, fatta eccezione per la perdita di autosufficienza dell'Assicurato in qualità di passeggero durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti;
 - di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - di aeromobili di aeroclubs;
 - di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (come ad esempio: deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
- i) da uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti o psicofarmaci ed abuso continuativo di alcolici o di farmaci;
- j) da eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche;
- k) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- l) dalla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- m) da eventi avvenuti in uno qualunque dei paesi per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere il viaggio. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it (o sito sostitutivo del Ministero degli Esteri). Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.

Nei predetti casi, ad eccezione di quanto indicato alla lettera e), per il quale non è prevista alcuna prestazione, l'Impresa si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente la somma dei versamenti effettuati.

È escluso dalla copertura accessoria caso morte il decesso causato:

- n) da dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- In tale caso non è prevista alcuna prestazione.

Carenza

Qualora l'Assicurato acconsenta a sottoporsi preventivamente a visita medica (compreso test HIV con esito negativo) e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dall'Impresa, non viene applicato il periodo di carenza. L'Assicurato, per ottenere l'eliminazione della carenza, può sottoporsi alla visita medica anche successivamente alla sottoscrizione del contratto sostenendo i relativi costi.


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

- di **1 anno** per malattia;
- di **5 anni** per disturbi mentali di origine organica (es. Alzheimer) e per sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altra patologia ad essa collegata.

Durante il periodo di carenza in caso di stato di Non Autosufficienza, **l'Impresa non garantisce la prestazione di rendita** ma si limita a restituire un importo pari alla somma dei premi versati per la prestazione in caso di perdita di autosufficienza mentre **gli eventuali premi versati per la prestazione accessoria facoltativa resteranno acquisiti** dall'Impresa.

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

Per Assicurati di età superiore a 65 anni, è obbligatorio sottoporsi alla visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dall'Impresa e pertanto la copertura assicurativa è immediatamente operante (assenza di carenza).

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di evento?	Denuncia dello stato di non autosufficienza: Al verificarsi della presunta perdita permanente di autosufficienza, l'Assicurato o chi per esso dovrà far pervenire all'Impresa tutti i documenti necessari a verificare l'obbligo di pagamento e ad individuare correttamente gli aventi diritto. La consegna dei documenti potrà essere effettuata, per comodità degli aventi diritto, presso l'Agenzia che ha in gestione il contratto o

comunque presso una qualsiasi Agenzia dell'Impresa, 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. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano.

La documentazione da consegnare per la denuncia di non autosufficienza è la seguente:

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

La data di denuncia dello Stato di Non Autosufficienza coincide con la data di pervenimento della documentazione completa di cui sopra, necessaria all'Impresa per poter effettuare l'accertamento dello Stato di Non Autosufficienza. A partire da tale data, decorre il periodo di accertamento dello stato di Non Autosufficienza da parte dell'Impresa e l'erogazione dei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (c.d. "ADI").

In aggiunta ai documenti di cui sopra, **al fine di ottenere il pagamento della prestazione di rendita** è necessario inviare all'Impresa:

- la richiesta di liquidazione della prestazione di rendita, sottoscritta dall'Assicurato o altra persona avente titolo (Amministratore di sostegno/Tutore/Procuratore). La richiesta di liquidazione, che deve sempre pervenire all'Impresa **in originale**, può essere formulata utilizzando preferibilmente l'apposito modulo predisposto dall'Impresa e reperibile presso la rete di vendita e deve contenere gli estremi per l'accredito del pagamento;
- copia del documento attestante la nomina di Amministratore di sostegno/Tutore/Procuratore (decreto del Giudice Tutelare/Atto notarile).

L'Impresa si riserva il diritto di chiedere periodicamente l'esibizione di un documento attestante l'esistenza in vita dell'Assicurato (anche in forma di autocertificazione).

Denuncia del decesso dell'Assicurato:

In caso di decesso dell'Assicurato non in Stato di Non Autosufficienza con copertura accessoria attiva ed Età computabile inferiore ai 76 anni, dovrà essere trasmessa all'Impresa la seguente documentazione:

- richiesta di liquidazione **(in originale)** sottoscritta dai Beneficiari o dal rappresentante legale pro tempore, se uno dei Beneficiari non è una persona fisica, unitamente a copia fronte-retro di un valido documento di identità di ciascuno di essi riportante firma visibile, e della documentazione attestante il conferimento dei poteri di firma e rappresentanza in capo al soggetto indicato quale rappresentante legale pro tempore.

La richiesta di liquidazione deve contenere gli estremi per l'accredito del pagamento, formulata preferibilmente presso la rete di vendita dell'Impresa, per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie.

In copia:

- certificato di morte dell'Assicurato, rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- qualora l'Assicurato coincida con il Contraente, dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata in Comune, dinanzi al Notaio o presso il Tribunale che specifichi se il Contraente ha lasciato o meno testamento e quali sono gli eredi legittimi, i loro dati anagrafici, il grado di parentela e capacità d'agire. In caso di esistenza di testamento, deve esserne consegnata copia del 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, i loro dati anagrafici e capacità di agire.

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

- qualora uno dei Beneficiari sia minore di età o incapace, decreto del Giudice Tutelare contenente l'autorizzazione in capo al rappresentante legale dei minori o incapaci a

	<p>riscuotere la somma dovuta con esonero dell'Impresa da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa.</p> <p>L'Impresa, 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.).</p> <p>Resta inteso che, l'Impresa si riserva la facoltà di richiedere agli aventi diritto o ai loro rappresentanti legali, in qualsiasi momento, gli originali, al fine di verificare che le copie siano conformi agli stessi. Gli originali dovranno, in ogni caso, essere consegnati all'Impresa per esigenze legate ad un contenzioso o a seguito di richiesta delle Autorità Competenti.</p> <p>L'Impresa provvederà a proprie spese alla restituzione degli originali agli aventi diritto o ai loro rappresentanti legali, una volta cessata l'esigenza di trattenerli.</p> <p>Denuncia di decesso dell'Assicurato non in Stato di Non Autosufficienza</p> <p>Il decesso dell'Assicurato non in Stato di Non Autosufficienza, indipendentemente dall'attivazione o meno della copertura accessoria facoltativa, dovrà essere comunicato entro 30 giorni ad Allianz S.p.A. - - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano. In alternativa la denuncia di decesso potrà essere fatta presso l'Agenzia che ha in gestione il contratto o comunque presso una qualsiasi Agenzia dell'Impresa. Anche in caso di attivazione della copertura accessoria facoltativa, dopo i 76 anni non viene riconosciuta alcuna prestazione in caso di decesso.</p> <p>Denuncia di decesso dell'Assicurato durante l'erogazione della rendita mensile vitalizia di non autosufficienza</p> <p>Il decesso dell'Assicurato, dovrà essere comunicato, entro 30 giorni ad Allianz S.p.A. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano. In alternativa la denuncia di decesso potrà essere fatta presso l'Agenzia che ha in gestione il contratto o comunque presso una qualsiasi Agenzia dell'Impresa. L'Impresa si riserva il diritto di recuperare le eventuali rate di rendita mensile vitalizia LTC corrisposte successivamente al decesso dell'Assicurato.</p> <p>Prescrizione:</p> <p>Ai sensi dell'art. 2952 codice civile i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.</p> <p>Si richiama l'attenzione del contraente sui termini di prescrizione previsti dalla normativa vigente e sulle conseguenze in caso di omessa richiesta di liquidazione entro detti termini, anche avuto riguardo a quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni e integrazioni (obbligo di devoluzione delle somme prescritte al Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie).</p> <p>Liquidazione della prestazione:</p> <p>Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, l'Impresa provvede alla liquidazione dell'importo dovuto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - entro 30 giorni dalla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza, per quanto riguarda il pagamento della rendita vitalizia LTC; - entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa presso la propria sede (ovvero dalla data di ricevimento presso la rete di vendita, se anteriore), in caso di decesso dell'Assicurato; <p>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 l'Impresa è entrata in possesso della documentazione completa, per quanto riguarda i pagamenti dovuti in caso di decesso dell'Assicurato, dalla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza per quanto riguarda il pagamento della rendita vitalizia LTC.</p> <p>L'Impresa pagherà mediante accredito sul conto corrente intestato o cointestato ai Beneficiari salvo il caso di pagamenti effettuati ai legali rappresentanti di beneficiari minori o incapaci.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Le dichiarazioni inesatte e le reticenze, relative a circostanze tali che l'Impresa non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, possono comportare, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892,1893 del Codice Civile, da parte dell'Impresa:</p> <p>a) nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il rifiuto, in caso di sinistro, di qualsiasi pagamento; - la contestazione della validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui l'Impresa stessa ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;

	<p>b) nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la riduzione, in caso di sinistro, delle prestazioni in relazione al maggior rischio accertato; - la facoltà di recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. <p>In ogni caso l'inesatta indicazione della data di nascita dell'Assicurato comporta la rettifica delle prestazioni assicurate in base alla data corretta.</p>
--	---

Quando e come devo pagare?

Premio	<p>I mezzi di pagamento del Premio ammessi dall'Impresa sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - assegni bancari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'agente (persona fisica o giuridica) in qualità di Agente dell'impresa di assicurazione; - bonifico bancario intestato all'agente (persona fisica o giuridica) in qualità di Agente dell'impresa di assicurazione, fermo restando che per specifiche esigenze procedurali l'Impresa si riserva di richiedere che il bonifico venga intestato ad Allianz S.p.A.; - bollettino postale (in tal caso verrà considerata come data di pagamento del premio quella apposta dall'ufficio postale); - carta di debito/credito; - SDD (Sepa Direct debit) con accredito su conto corrente intestato ad Allianz S.p.A. oppure l'addebito ricorrente su carta di credito, obbligatorio in caso di frazionamento mensile o trimestrale. L'obbligatorietà del SDD si applica ai pagamenti successivi al primo e potrà essere estesa a frazionamenti diversi dal mensile o trimestrale subordinatamente a specifiche disposizioni impartite agli intermediari preposti alla vendita; - reinvestimento del capitale proveniente da un contratto Vita preesistente. <p><u>Se il prodotto è venduto dai Consulenti finanziari di AllianzBank:</u></p> <p>I mezzi di pagamento ammessi sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bonifico bancario a favore di "Allianz Bank Financial Advisors S.p.A. - Intermediario di Allianz - disposizione di bonifico, nel caso il Contraente fosse titolare di un conto corrente presso Allianz Bank Financial Advisors S.p.A.; - i premi successivi al primo versamento potranno essere pagati anche tramite SDD (Sepa Direct debit) su conto corrente indicato nel relativo modulo di Proposta, e con la periodicità prevista (annuale, semestrale, trimestrale e mensile). <p>È previsto il pagamento di premi annui costanti a frazionamento mensile da versarsi in via anticipata all'atto della sottoscrizione della proposta di assicurazione ed alle scadenze pattuite indicate nella proposta di assicurazione e nella polizza. È possibile richiedere di pagare il premio con un frazionamento diverso (trimestrale, semestrale o annuale), senza una addizionale di frazionamento (interesse di frazionamento).</p>
Rimborso	In caso di revoca della proposta o di recesso del contratto, entro 30 giorni dalla data di ricezione della comunicazione di revoca o recesso l'Impresa è tenuta a rimborsare il premio corrisposto.
Sconti	Non sono previsti sconti di premio.


Quando comincia la copertura e quando finisce?


Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.

Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Revoca	Puoi revocare la proposta di assicurazione fino al ricevimento della comunicazione di avvenuta conclusione del contratto, mediante raccomandata A.R. inviata ad Allianz S.p.A. Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano. Le somme versate ti verranno restituite dall'Impresa entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.
Recesso	Puoi recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di ricezione della comunicazione di avvenuta conclusione dello stesso, mediante raccomandata A.R. indirizzata ad Allianz S.p.A. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano. Entro 30 giorni dal ricevimento della predetta comunicazione di recesso l'Impresa è tenuta a rimborsare il premio corrisposto.

Risoluzione	Puoi risolvere il contratto interrompendo il pagamento dei premi. Il mancato pagamento del premio o 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 qualora non siano state pagate per intero le prime 10 annualità di premio. In tale caso i premi versati restano definitivamente acquisiti all'Impresa.
--------------------	---

	Sono previsti riscatti o riduzioni? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Valori di riscatto e riduzione	<p>Non è previsto l'esercizio del diritto di riscatto.</p> <p>Qualora il pagamento del premio venga interrotto dopo che siano state pagate per intero le prime 10 annualità di premio, la copertura di non autosufficienza resta in vigore per un importo di rendita ridotto (rendita ridotta). La rendita ridotta è pari a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in caso di interruzione del pagamento dei premi prima della ricorrenza annua di contratto in cui l'Assicurato compie 90 anni (computabili), al 90% della rendita maturata alla ricorrenza annua immediatamente precedente o coincidente la data di interruzione del pagamento premi moltiplicata per il rapporto tra il numero di rate di premio pagate ed il numero di rate di premio che intercorrono dalla decorrenza del contratto fino alla ricorrenza annua in cui l'Assicurato compie 90 anni (computabili); - in caso di interruzione del pagamento dei premi dopo la ricorrenza annua di contratto in cui l'Assicurato compie 90 anni (computabili), al 90% della rendita maturata alla ricorrenza annua immediatamente precedente o coincidente la data di interruzione del pagamento dei premi. <p>Nel caso sia stata attivata alla decorrenza la copertura accessoria facoltativa, in caso di riduzione della copertura di non autosufficienza, la copertura accessoria facoltativa decade.</p> <p>Entro un anno dalla data di interruzione del pagamento dei premi il Contraente ha comunque facoltà di riattivare il contratto e le eventuali coperture accessorie. La riattivazione del contratto è possibile previa corresponsione di tutti i premi arretrati aumentati degli interessi, calcolati sulla base del tasso annuo di riattivazione, per il periodo di tempo intercorso tra le rispettive date di scadenza del pagamento del premio e la data di ripresa del versamento del premio. Il tasso annuo di riattivazione è pari alla misura annua di rivalutazione attribuita al contratto, con un minimo del tasso di interesse legale in vigore alla data di ripresa del versamento del premio.</p> <p>La riattivazione può avvenire solo dietro espressa richiesta scritta del Contraente ed accettazione scritta dell'Impresa, che si riserva di richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere in merito alla possibilità di riattivazione.</p> <p>La riattivazione del contratto - effettuata nei termini e secondo le modalità di cui sopra, ripristina - con effetto dalle ore 24 del giorno del versamento delle somme dovute - il valore delle prestazioni che si sarebbe ottenuto qualora non si fosse verificata l'interruzione del pagamento dei premi.</p>
Richiesta di informazioni	<p>Puoi richiedere informazioni sul tuo valore di riduzione all'Agenzia di riferimento oppure a:</p> <p>Allianz S.p.A. Pronto Allianz - Servizio Clienti Piazza Tre Torri, 3 20145 Milano Numero Verde: 800.68.68.68 Pronto Allianz Online: allianz.it/prontoallianz</p>

	A chi è rivolto questo prodotto ?
<p>Il prodotto è rivolto a chi vuole tutelarsi in caso di un infortunio o una malattia che non gli consenta più di svolgere in autonomia almeno 4 azioni quotidiane della vita su 6 (ADL – Activities of Daily Living), attraverso una rendita vitalizia necessaria per sostenere, ad esempio, i costi dell'assistenza domiciliare oppure di una struttura specializzata, senza gravare sulla propria famiglia. Il prodotto può essere sottoscritto a partire dai 40 anni di età e fino ai 75, previo superamento di un questionario sanitario o di una visita medica.</p>	

**Quali costi devo sostenere?****Tabella dei costi gravanti sul premio**

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

Costo per la visita medica

Il costo per la visita medica è a carico dell'Impresa se l'Assicurato si sottopone alla visita medica prima della sottoscrizione del contratto. Il costo per la visita medica è a carico dell'Assicurato se lo stesso si sottopone a visita medica successivamente alla sottoscrizione del contratto.

Costi di intermediazione

La quota parte percepita in media dagli intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari al 29,20%.

Costi applicati in funzione delle modalità di partecipazione agli utili

L'Impresa trattiene - dal rendimento realizzato dalla gestione separata VITARIV - un valore, denominato rendimento trattenuto. Il rendimento trattenuto dall'Impresa, in punti percentuali assoluti, sul rendimento conseguito dalla gestione separata è pari a:

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

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

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

Costi di riattivazione

Puoi riattivare il contratto in caso di interruzione del pagamento dei premi previa corresponsione di tutti i premi arretrati aumentati degli interessi calcolati sulla base del tasso annuo di riattivazione, per il periodo di tempo intercorso tra le rispettive date di scadenza del pagamento del premio e la data di ripresa del versamento del premio. Il tasso annuo di riattivazione è pari alla misura annua di rivalutazione attribuita al contratto, con un minimo del tasso di interesse legale in vigore alla data di ripresa del versamento del premio.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?**All'impresa assicuratrice**

Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità:

- con lettera inviata ad Allianz S.p.A. – Pronto Allianz Servizio Clienti – Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano;
- tramite il sito internet dell'Impresa – www.allianz.it - accedendo alla sezione Reclami.

L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro, potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.

I reclami relativi al solo comportamento degli Intermediari bancari e dei broker e loro dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'Impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essere a questi direttamente indirizzati.

Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire ad Allianz S.p.A. la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni.

	Si ricorda tuttavia che in tutti casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it secondo le modalità indicate su: www.ivass.it corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa e con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte dell'Impresa. In caso di reclamo inoltrato tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati vengano trasmessi in formato pdf.</p> <p>Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla Sezione "PER I CONSUMATORI – RECLAMI - Guida", nonché sul sito dell'Impresa www.allianz.it alla Sezione "Reclami", attraverso apposito link al sito di IVASS.</p> <p>I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:</p> <ul style="list-style-type: none"> -nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; -individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; -breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; -copia del reclamo presentato all'Impresa e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; -ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. <p>Si ricorda tuttavia che in tutti casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (OBBLIGATORIA)	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 . (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Collegio Arbitrale</p> <p>Il Contraente ha la facoltà di ricorrere ad un Collegio Arbitrale entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione dell'Impresa contenente rispettivamente il rifiuto del riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato o l'accertamento del venir meno dello stato di non autosufficienza del medesimo.</p> <p>Il ricorso al Collegio Arbitrale deve essere comunicato all'Impresa mediante lettera raccomandata.</p> <p>Il Collegio Arbitrale sarà composto da 3 medici, dei quali uno nominato dall'Impresa, uno dal Contraente ed il terzo indipendente scelto di comune accordo tra le parti. In caso di mancato accordo, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al presidente del Tribunale competente in funzione del luogo di residenza del Contraente.</p> <p>Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza, entro un termine di 30 giorni, disponendo i necessari accertamenti sanitari.</p> <p>Ciascuna delle parti sostiene le spese e gli onorari del proprio medico, nonché la metà di quelle del terzo medico. Gli eventuali ulteriori oneri resteranno a carico della parte soccombente.</p> <p>Resta inteso che la città sede di svolgimento dell'arbitrato sarà quella dell'Istituto di medicina legale più vicina all'Assicurato.</p> <p>Resta inteso altresì che il ricorso al Collegio Arbitrale non pregiudica la facoltà del Contraente di adire le vie legali.</p> <p>Risoluzione delle liti transfrontaliere</p> <p>Nel caso di lite transfrontaliera, tra un Contraente avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede legale in un altro stato membro, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando il reclamo direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito internet http://www.ec.europa.eu/fin-net), o - se il Contraente ha domicilio in Italia - all'IVASS che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.</p>
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Imposta sui premi I premi pagati per le assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad alcuna imposta.

	<p>Detraibilità fiscale dei premi</p> <p>Per i premi pagati per la copertura di non autosufficienza e per l'eventuale copertura accessoria facoltativa (caso morte e non autosufficienza) è riconosciuta al Contraente, o al soggetto rispetto al quale il Contraente è fiscalmente a carico, una detrazione d'imposta ai fini IRPEF nella misura del 19% dei premi stessi fino ad un importo massimo di premi pagati nell'anno pari a 1.291,14 euro (con il massimo di 530 euro per i premi pagati per la copertura caso morte che diventano 750 euro nel caso in cui il beneficiario di polizza sia un familiare con disabilità grave definita dall'art. 3, comma 3, l. 5 febbraio 1992, n. 104 ed accertata con le modalità di cui all'art. 4 della medesima legge).</p> <p>In caso di Assicurato diverso dal Contraente, per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato risulti fiscalmente a carico del Contraente stesso.</p> <p>Ai fini della detrazione d'imposta devono essere considerati, oltre ai premi pagati per la copertura di non autosufficienza e per l'eventuale copertura accessoria facoltativa del presente contratto, anche eventuali premi pagati per altre assicurazioni sulla vita "di puro rischio" (intendendosi per tali le assicurazioni aventi ad oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente in misura non inferiore al 5% e di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana) o altre assicurazioni sulla vita o infortuni stipulate anteriormente al 1 gennaio 2001.</p> <p>Tassazione delle somme assicurate</p> <p>Le somme corrisposte in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti di vita quotidiana dell'Assicurato non sono soggette all'IRPEF.</p> <p>Le somme corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato non sono soggette all'IRPEF e all'imposta sulle successioni.</p> <p>Il regime fiscale sopra descritto si riferisce alle norme in vigore alla data di redazione del presente documento 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.</p>
--	--

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA RICORRENZA ANNUA DI CONTRATTO, IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO

Condizioni di assicurazione

Data ultimo aggiornamento: 02/01/2024

INDICE**PAGINA DI PRESENTAZIONE***Che cosa è assicurato? Qual' è la prestazione assicurata?*

Art. 1 Prestazioni assicurate	pag. 3
Art. 2 Definizione dello Stato di Non Autosufficienza	pag. 4
Art. 3 Rivalutazione della prestazione	pag. 4

Che cosa NON è assicurato?

Art. 4 Soggetti non assicurabili dalla copertura in caso di non autosufficienza	pag. 5
---	--------

Ci sono limiti di copertura?

Art. 5 Limitazioni ed esclusioni	pag. 5
----------------------------------	--------

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Art. 6 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato	pag. 7
Art. 7 Denuncia dello Stato di Non Autosufficienza	pag. 7
Art. 8 Accertamento dello Stato di Non Autosufficienza	pag. 8
Art. 9 Conseguenze del riconoscimento dello Stato di Non Autosufficienza	pag. 9
Art. 10 Modifica dello Stato di Non Autosufficienza	pag. 9
Art. 11 Adempimenti periodici	pag. 9
Art. 12 Denuncia di decesso dell'Assicurato	pag. 9
Art. 13 Pagamenti dell'Impresa	pag. 11

Quando e come devo pagare?

Art. 14 Premi	pag. 11
---------------	---------

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 15 Durata e limiti di età	pag. 12
Art. 16 Conclusione del contratto - Entrata in vigore del contratto	pag. 12

Come posso revocare la Proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Art. 17 Revoca della Proposta e diritto di Recesso	pag. 13
Art. 18 Mancato pagamento del Premio: risoluzione e Riduzione	pag. 13

Sono previsti riscatti e riduzioni?

Art. 19 Riscatto	pag. 14
Art. 20 Ripresa del pagamento del Premio: Riattivazione	pag. 14

Altre informazioni

Art. 21 Cessione, pegno, vincolo e prestiti	pag. 14
Art. 22 Beneficiari	pag. 14
Art. 23 Prescrizione	pag. 15
Art. 24 Non pignorabilità e non sequestrabilità	pag. 15
Art. 25 Collegio Arbitrale	pag. 15
Art. 26 Foro competente	pag. 15
Art. 27 Legge applicabile al contratto	pag. 15

GLOSSARIO

pag.16

Condizioni di assicurazione

Pagina di presentazione

Gentile Contraente,

in questa pagina troverai una breve illustrazione del prodotto.

Universo Persona Rendita Autosufficienza è l'assicurazione Long Term Care di **Allianz** che prevede una **rendita mensile vitalizia** in caso di perdita permanente della capacità di compiere autonomamente almeno **4 delle 6 normali attività quotidiane**: muoversi nella stanza, alzarsi, vestirsi, nutrirsi, lavarsi ed espletare le funzioni fisiologiche.

La rendita mensile vitalizia LTC, che si rivaluta ogni anno, in base all'andamento della Gestione separata, viene riconosciuta fintanto che l'Assicurato è in vita e finché permane lo Stato di Non Autosufficienza.

La rendita vitalizia LTC, alla Decorrenza del contratto, potrà essere compresa tra un minimo di 6.000,00 euro e un massimo di 60.000,00 euro annui.

Con **Universo Persona Rendita Autosufficienza** hai facoltà di attivare, alla data di Decorrenza del contratto, una **prestazione accessoria facoltativa** che prevede:

- **Prima dei 76 anni**, in caso di una tua scomparsa prematura mentre sei autosufficiente, il pagamento ai beneficiari designati di un importo pari alla somma dei premi versati;
- **Dopo i 76 anni**, al verificarsi dello Stato di Non Autosufficienza, il pagamento di un capitale extra pari a 4 mensilità della rendita vitalizia.

Universo Persona Rendita Autosufficienza ti offre inoltre tramite Allianz Worldwide Partners (AWP):

- **Servizi di assistenza domiciliare da subito** e per un periodo massimo di **120 giorni**, in attesa degli accertamenti medico-legali per il riconoscimento della non autosufficienza.
- **Servizio qualificato di assistenza sanitaria 24 ore su 24**, indipendentemente dal tuo stato di salute, puoi:
 - usufruire dell'organizzazione di visite specialistiche e accertamenti diagnostici a tariffe agevolate;
 - richiedere un parere aggiuntivo sulla cartella clinica (Second Opinion Medica, estesa anche per i familiari) ottenere consulenza medico sanitaria telefonica.

Ti segnaliamo infine che Universo Persona Rendita Autosufficienza può essere sottoscritto a partire dai 40 anni di età e fino ai 75, previo superamento di un questionario sanitario o di una visita medica gratuita.

Per qualsiasi richiesta contattaci, siamo a tua disposizione.

In questo documento i termini indicati dalla prima lettera maiuscola sono spiegati nella sezione del Glossario per renderli ancora più chiari. Un esempio è la parola assicurato all'interno della frase "Nel caso in cui l'Assicurato non abbia..."

Condizioni di assicurazione

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

Che cosa è assicurato? Qual' è la prestazione assicurata?

Art. 1 Prestazioni assicurate

Prestazione in caso di perdita di Autosufficienza

In caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato nel compimento di almeno 4 dei 6 atti elementari della vita quotidiana, secondo la definizione contenuta nell'art.2 e salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carenza** indicati nell'art.5, l'Impresa si impegna a corrispondere al Beneficiario una prestazione di rendita mensile vitalizia anticipata (rendita mensile vitalizia LTC), rivalutabile in base al rendimento della Gestione Separata VITARIV. La rendita mensile vitalizia LTC viene riconosciuta fintanto che l'Assicurato sia in vita e finché permane lo Stato di Non Autosufficienza.

Prestazione accessoria facoltativa

Esclusivamente alla data di Decorrenza, è prevista la facoltà di attivare una copertura accessoria che prevede:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Condizioni di assicurazione

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

Art. 2 Definizione dello Stato di Non Autosufficienza

L'Assicurato è riconosciuto non autosufficiente nel caso in cui risulti in maniera presumibilmente definitiva incapace di svolgere almeno 4 dei 6 atti "elementari" della vita quotidiana (ADL - Activities of Daily Living) di seguito definiti:

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

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

La copertura per la perdita di autosufficienza dell'Assicurato è efficace durante l'intera vita dell'Assicurato, a condizione che siano stati corrisposti regolarmente i premi e salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carenza** indicati all'art. 5 delle presenti Condizioni di assicurazione.

L'accertamento dello Stato di Non Autosufficienza spetta all'Impresa e viene effettuato sulla base dell'esame della documentazione prevista dal successivo art. 7.

Art. 3 Rivalutazione della prestazione

È riconosciuta una rivalutazione annua della rendita per il caso di non autosufficienza dell'Assicurato sulla base del rendimento realizzato dalla Gestione separata denominata VITARIV, secondo le modalità sottoindicate.

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

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

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

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

La misura annua di rivalutazione della rendita non può in ogni caso risultare negativa e pertanto la rivalutazione annua della rendita attribuita al contratto resta definitivamente acquisita (Consolidamento annuale).

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

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

Condizioni di assicurazione

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

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

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

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

L'età attesa di non autosufficienza dell'Assicurato è una stima elaborata dall'Impresa e varia a seconda dell'età dell'Assicurato alla Decorrenza del contratto. Per ulteriori dettagli il Contraente potrà rivolgere specifica richiesta all'Agenzia di riferimento oppure a: Allianz S.p.A., Pronto Allianz - Servizio Clienti - Piazza Tre Torri, 3 20145 Milano - Numero Verde 800.68.68.68 - Pronto Allianz Online: allianz.it/prontoallianz.

Che cosa NON è assicurato?

Art. 4 Soggetti non assicurabili dalla copertura in caso di non autosufficienza

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

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

Ci sono limiti di copertura?

Art. 5 Limitazioni ed esclusioni

5.1 Esclusioni

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

- a) da eventi, malattie o condizioni patologiche pregresse precedenti la data di Decorrenza del contratto sottaciute all'Impresa;
- b) da azioni dell'Assicurato e/o del Contraente delittuose o partecipazione ad imprese temerarie;
- c) da tentato suicidio, lesioni o malattie intenzionalmente provocate;
- d) dalle seguenti malattie psichiatriche: schizofrenia, disturbo dell'umore, disturbo bipolare maniaco, disturbo bipolare ossessivo-maniaco, disturbo bipolare depressivo, disturbo bipolare ciclotimico, depressione maggiore cronica, nevrosi depressiva, nevrosi fobico-ossessiva, nevrosi ossessivo-compulsiva, disturbi di personalità;
- e) da dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- f) da partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- g) da partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, operazioni di pace, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare. Nel caso in cui l'Assicurato non abbia preso parte attiva ad uno o più degli atti suindicati e si dovesse già trovare nel territorio interessato al momento in cui tali eventi sono cominciati, la copertura si intende operante per 14 giorni dal loro inizio; dopodiché, se la minaccia derivante da tali eventi dovesse essere continuativa e persistente, la perdita di autosufficienza è esclusa dalla copertura fintanto che l'Assicurato rimanga nel territorio interessato. L'esistenza di una delle suddette situazioni già al momento dell'arrivo dell'Assicurato in un determinato territorio, e sempreché la minaccia derivante sia continuativa e persistente, comporta invece l'esclusione immediata della copertura;

Condizioni di assicurazione

- h) dall'uso, anche come passeggero:
- di aeromobili in genere, fatta eccezione per la perdita di autosufficienza dell'Assicurato in qualità di passeggero durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti;
 - di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - di aeromobili di aeroclubs;
 - di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (come ad esempio: deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
- i) da uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti o psicofarmaci ed abuso continuativo di alcolici o di farmaci;
- j) da eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche;
- k) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- l) dalla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- m) da eventi avvenuti in uno qualunque dei paesi per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere il viaggio. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it (o sito sostitutivo del Ministero degli esteri). Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.

Nei predetti casi, ad eccezione di quanto indicato alla lettera e), per il quale non è prevista alcuna prestazione, l'Impresa si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente la somma dei versamenti effettuati.

È escluso dalla copertura accessoria caso morte il decesso causato:

- n) da dolo del Contraente o dei Beneficiari;
In tale caso non è prevista alcuna prestazione

5.2 Carenza

Qualora l'Assicurato acconsenta a sottoporsi preventivamente a visita medica (compreso test HIV con esito negativo) e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dall'Impresa, non viene applicato il periodo di carenza. L'Assicurato, per ottenere l'eliminazione della carenza, può sottoporsi alla visita medica anche successivamente alla sottoscrizione del contratto. Il costo per la visita medica è a carico dell'Impresa se l'Assicurato si sottopone alla visita medica prima della sottoscrizione del contratto. Il costo per la visita medica è a carico dell'Assicurato se lo stesso si sottopone a visita medica successivamente alla sottoscrizione del contratto.

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

- di **1 anno** per malattia;
- di **5 anni** per disturbi mentali di origine organica (es. Alzheimer) e per sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altra patologia ad essa collegata.

Durante il periodo di carenza, in caso di stato di Non Autosufficienza, **l'Impresa non garantisce la prestazione di rendita** ma si limita a restituire un importo pari alla somma dei premi versati per la prestazione in caso di perdita di autosufficienza, mentre **gli eventuali premi versati per la prestazione accessoria facoltativa resteranno acquisiti** dall'Impresa.

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

Per Assicurati di età superiore a 65 anni, è obbligatorio sottoporsi alla visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dall'Impresa e pertanto la copertura assicurativa è immediatamente operante (assenza di carenza).

Condizioni di assicurazione

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Art. 6 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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

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 l'Impresa stessa ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;

b) nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave:

- la riduzione, in caso di Sinistro, delle prestazioni in relazione al maggior rischio accertato;
- la facoltà di recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

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

Le dichiarazioni, rese dal Contraente e dall'Assicurato o acquisite dall'Impresa, all'atto della sottoscrizione di contratti di assicurazione infortuni e/o malattia stipulati con l'Impresa 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 contratto di assicurazione.

Art. 7 Denuncia dello Stato di Non Autosufficienza

Al verificarsi della presunta perdita permanente di autosufficienza, l'Assicurato o chi per esso **dovrà far pervenire all'Impresa** tutti i documenti necessari - redatti in lingua italiana, oppure differente purché accompagnati dalla relativa traduzione in lingua italiana opportunamente giurata o certificata - ad accertare lo Stato di Non Autosufficienza e ad individuare correttamente l'avente diritto. La consegna dei documenti potrà essere effettuata, per comodità degli aventi diritto, **presso l'Agenzia che ha in gestione il contratto o comunque presso una qualsiasi Agenzia dell'Impresa, 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. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano.

La documentazione da consegnare, per denunciare lo Stato di Non Autosufficienza, è la seguente:

- copia della relazione del medico curante (medico di famiglia e/o ospedaliero) attestante lo Stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato con indicazione sulle cause della perdita di autosufficienza. Tale relazione potrà essere effettuata preferibilmente utilizzando l'apposito modulo predisposto dall'Impresa, riportato in calce alle presenti Condizioni di assicurazione e reperibile presso la rete di vendita, per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie;
- copia fronte-retro di un valido documento di identità dell'Assicurato riportante firma visibile;
- Piano di Assistenza Domiciliare Integrata (PADI), previsto qualora il contratto non sia in Riduzione, preferibilmente utilizzando l'apposito modulo predisposto dall'Impresa, riportato in calce alle presenti Condizioni di assicurazione e reperibile presso la rete di vendita, per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie.

La Data di denuncia dello Stato di Non Autosufficienza coincide con la data di pervenimento della documentazione completa di cui sopra, necessaria all'Impresa per poter effettuare l'accertamento dello Stato di Non Autosufficienza. A partire da tale data, decorre il periodo di accertamento dello stato di Non Autosufficienza da parte dell'Impresa e l'erogazione dei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (c.d. "ADI"), ai sensi del successivo articolo 8.

In aggiunta ai documenti di cui sopra, **al fine di ottenere il pagamento della prestazione di rendita**, è necessario inviare all'Impresa:

- la richiesta di liquidazione della prestazione di rendita, sottoscritta dall'Assicurato o altra persona avente titolo (Amministratore di sostegno/Tutore/Procuratore). La richiesta di liquidazione, che deve sempre pervenire alla Società **in originale**, può essere formulata utilizzando preferibilmente l'apposito modulo predisposto dalla Società e reperibile presso la rete di vendita e deve contenere gli estremi per l'accredito del pagamento;

Condizioni di assicurazione

- copia del documento attestante la nomina di Amministratore di sostegno/Tutore/Procuratore (decreto del Giudice Tutelare/Atto notarile).

Art. 8 Accertamento dello Stato di Non Autosufficienza

L'accertamento dello Stato di Non Autosufficienza spetta all'Impresa.

Resta inteso che, al fine di consentire all'Impresa l'accertamento dello Stato di Non Autosufficienza, l'Assicurato dovrà:

- sottoporsi agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari e controlli medici (anche a domicilio) disposti dall'Impresa;
- fornire all'Impresa ogni possibile informazione necessaria alla valutazione delle condizioni di non autosufficienza o della causa dello Stato di Non Autosufficienza stesso.

Dalla Data di denuncia, di cui al precedente articolo, decorre il periodo di accertamento da parte dell'Impresa, che in ogni caso non può superare i **4 mesi**.

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

Ultimati i controlli medici, l'Impresa comunica per iscritto all'Assicurato o a chi per esso, entro e non oltre il periodo di accertamento sopra definito, il riconoscimento o meno dello Stato di Non Autosufficienza.

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

L'Impresa provvederà all'accertamento dello Stato di Non Autosufficienza per non più di 3 denunce, complete della documentazione sopra indicata, avanzate per il medesimo evento.

In caso di controversia sullo Stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, l'Impresa e il Contraente hanno la facoltà di risolvere la controversia secondo le modalità indicate dall'art. 25 delle presenti Condizioni di assicurazione.

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

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

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

Tale servizio viene offerto **solo una volta per contratto** e l'Assicurato non potrà comunque più usufruire delle prestazioni di "Assistenza Domiciliare Integrata" (c.d. ADI), nel caso fosse presentata una eventuale seconda denuncia di sinistro di Non Autosufficienza sullo stesso contratto e comunque non oltre la Data di riconoscimento o non riconoscimento dello Stato di Non Autosufficienza.

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

Il servizio A.D.I. viene erogato - semprech  il contratto non sia in Riduzione - tramite la Centrale Operativa di AWP P&C **esclusivamente sul territorio dello Stato italiano**.

AVVERTENZA: Sar  cura dell'Impresa informare tempestivamente il Contraente in caso di modifica dei soggetti, dei termini e delle modalit  di erogazione del servizio di "Assistenza Domiciliare Integrata.

Condizioni di assicurazione

Art. 9 Conseguenze del riconoscimento dello Stato di Non Autosufficienza

Con il riconoscimento dello Stato di Non Autosufficienza si generano i seguenti effetti:

- il diritto dell'Assicurato a percepire la rendita mensile vitalizia LTC di cui all'articolo 1;
- l'estinzione dell'obbligo del Contraente di pagare il Premio annuo della copertura di non autosufficienza e, se attivata, della copertura accessoria facoltativa;
- la restituzione degli eventuali premi della copertura di non autosufficienza e, se attivata, della copertura accessoria facoltativa, pagati nel periodo compreso tra la Data di denuncia dello Stato di Non Autosufficienza (ai sensi del precedente art.7) e la Data di riconoscimento dello Stato di Non Autosufficienza;
- il pagamento all'Assicurato, delle eventuali rate di rendita maturate nel periodo compreso tra la Data di denuncia dello Stato di Non Autosufficienza e la Data di riconoscimento dello Stato di Non Autosufficienza.

Art.10 Modifica dello Stato di Non Autosufficienza

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

L'accertamento da parte dell'Impresa del venir meno dello Stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato è attestato da comunicazione scritta indirizzata al Contraente entro 30 giorni dall'accertamento stesso e comporta:

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

L'Impresa si riserva il diritto di recuperare le eventuali rate di rendita mensile vitalizia LTC corrisposte successivamente al venir meno dello Stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato.

L'eventuale rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ai controlli sanitari periodici atti a valutare la permanenza del proprio Stato di Non Autosufficienza **comporterà l'immediata sospensione dell'erogazione della rendita mensile vitalizia LTC nonché la Riattivazione del pagamento del Premio** della copertura di non autosufficienza e, se attivata, della copertura accessoria facoltativa. Si precisa che l'Assicurato non potrà comunque più usufruire delle prestazioni di "Assistenza Domiciliare Integrata" (c.d. ADI), di cui al precedente art.8, nel caso fosse presentata una successiva denuncia di sinistro di Non Autosufficienza sul presente contratto.

Art.11 Adempimenti periodici

Nel corso dell'erogazione della **rendita mensile vitalizia di non autosufficienza** (rendita mensile vitalizia LTC), l'Impresa si riserva il diritto di chiedere periodicamente l'esibizione di un documento attestante l'esistenza in vita dell'Assicurato. In tale caso il suddetto documento dovrà essere indirizzato all'Impresa: Allianz S.p.A. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano. Qualora l'Impresa abbia iniziato a corrispondere la rendita mensile vitalizia LTC, **il rifiuto** di esibire la documentazione suddetta comporterà la **sospensione nell'erogazione della rendita mensile vitalizia LTC**.

Art.12 Denuncia di decesso dell'Assicurato

12.1 Denuncia di decesso dell'Assicurato non in Stato di Non Autosufficienza con copertura accessoria attiva

Il decesso dell'Assicurato non in Stato di Non Autosufficienza (o durante il periodo di valutazione dello Stato di Non Autosufficienza), con copertura accessoria attiva ed Età computabile inferiore ai 76 anni, **dovrà essere comunicato all'Impresa** unitamente a tutti i documenti necessari a verificare l'obbligo di pagamento e ad individuare correttamente gli aventi diritto. La richiesta di liquidazione - unitamente ai documenti necessari redatti in lingua italiana, oppure differente purché accompagnati dalla relativa traduzione in lingua italiana opportunamente giurata o certificata - potrà essere presentata, per comodità degli aventi diritto, **presso l'Agenzia che ha in gestione il contratto o comunque presso una qualsiasi Agenzia dell'Impresa, facendo espresso riferimento alla polizza ed unitamente alla richiesta di liquidazione. È altresì consentito l'invio** della documentazione a mezzo posta stessa indirizzata a: Allianz S.p.A. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano.

La documentazione da consegnare è la seguente:

Condizioni di assicurazione

- **Richiesta di liquidazione (in originale)** sottoscritta dai Beneficiari o dal rappresentante legale pro tempore, se uno dei Beneficiari non è una persona fisica, unitamente a copia fronte-retro di un valido documento di identità di ciascuno di essi riportante firma visibile, e della documentazione attestante il conferimento dei poteri di firma e rappresentanza in capo al soggetto indicato quale rappresentante legale pro tempore. La richiesta di liquidazione deve contenere gli estremi per l'accredito del pagamento, formulata preferibilmente presso la rete di vendita dell'Impresa, per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie.

In copia:

- certificato di morte dell'Assicurato, rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- qualora l'Assicurato coincida con il Contraente, dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata in Comune, dinanzi al Notaio o presso il Tribunale che specifichi se il Contraente ha lasciato o meno testamento e quali sono gli eredi legittimi, i loro dati anagrafici, il grado di parentela e capacità d'agire. In caso di esistenza di testamento, deve esserne consegnata copia del 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, i loro dati anagrafici e capacità di agire.
Nei casi in cui sussista la necessità di svolgere approfondimenti circa la legittimazione dell'avente diritto e/o la corretta erogazione del dovuto, l'Impresa potrà richiedere, al posto della dichiarazione sostitutiva, la copia dell'atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale;
- qualora uno dei Beneficiari sia minore di età o incapace, decreto del Giudice Tutelare contenente l'autorizzazione in capo al rappresentante legale dei minori o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero dell'Impresa da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa.

L'Impresa, 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.).

Resta inteso che, l'Impresa si riserva la facoltà di richiedere agli aventi diritto o ai loro rappresentanti legali, in qualsiasi momento, gli originali, al fine di verificare che le copie siano conformi agli stessi. Gli originali dovranno, in ogni caso, essere consegnati all'Impresa per esigenze legate ad un contenzioso o a seguito di richiesta delle Autorità Competenti. L'Impresa provvederà a proprie spese alla restituzione degli originali agli aventi diritto o ai loro rappresentanti legali, una volta cessata l'esigenza di trattenerli.

12.2 Denuncia di decesso dell'Assicurato non in Stato di Non Autosufficienza

Il decesso dell'Assicurato non in Stato di Non Autosufficienza, indipendentemente dall'attivazione o meno della copertura accessoria facoltativa, dovrà essere comunicato **entro 30 giorni ad Allianz S.p.A.** - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano. **In alternativa** la denuncia di decesso potrà essere fatta **presso l'Agenzia che ha in gestione il contratto o comunque presso una qualsiasi Agenzia dell'Impresa.**

12.3 Denuncia di decesso dell'Assicurato durante l'erogazione della rendita mensile vitalizia di non autosufficienza

Il decesso dell'Assicurato dovrà essere comunicato, **entro 30 giorni ad Allianz S.p.A.** - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano. **In alternativa** la denuncia di decesso potrà essere fatta **presso l'Agenzia che ha in gestione il contratto o comunque presso una qualsiasi Agenzia dell'Impresa.**

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

Art.13 **Pagamenti dell'Impresa**

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

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

Condizioni di assicurazione

L'Impresa pagherà mediante accredito sul conto corrente intestato o cointestato ai Beneficiari salvo il caso di pagamenti effettuati ai legali rappresentanti di Beneficiari minori o incapaci.

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 l'Impresa è entrata in possesso della documentazione completa, per quanto riguarda i pagamenti dovuti in caso di decesso dell'Assicurato, dalla Data di riconoscimento dello Stato di Non Autosufficienza per quanto riguarda il pagamento della rendita vitalizia LTC.

Quando e come devo pagare?

Art.14 Premi

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

I premi sono dovuti finché non sia stato riconosciuto, da parte dell'Impresa, lo Stato di Non Autosufficienza e fino a che l'Assicurato sia in vita. L'Impresa provvederà alla restituzione degli eventuali premi pagati nel periodo compreso tra la data di pervenimento della documentazione contrattualmente prevista per il riconoscimento di non autosufficienza (ai sensi dell'art.7 delle presenti Condizioni di assicurazione) e la data di effettivo riconoscimento dello Stato di Non Autosufficienza.

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

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

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

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

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

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

I mezzi di pagamento ammessi dall'Impresa sono i seguenti:

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

Se il prodotto è venduto dai Consulenti finanziari di AllianzBank:

Condizioni di assicurazione

I mezzi di pagamento ammessi sono i seguenti:

- bonifico bancario a favore di "Allianz Bank Financial Advisors S.p.A. - Intermediario di Allianz S.p.A.", sul conto corrente indicato nel relativo modulo di Proposta;
- disposizione di bonifico, nel caso il Contraente fosse titolare di un conto corrente presso Allianz Bank Financial Advisors S.p.A.
- i premi successivi al primo versamento potranno essere pagati anche tramite SDD (Sepa Direct debit) su conto corrente indicato nel relativo modulo di Proposta, e con la periodicità prevista (annuale, semestrale, trimestrale e mensile).

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

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art.15 Durata e limiti di età

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

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

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

Ai fini della determinazione del limite di 60.000,00 annui di Rendita di non autosufficienza si deve considerare la somma delle rendite di non autosufficienza in capo allo stesso Assicurato con altre coperture di rendita LTC sottoscritte con Allianz e in vigore all'atto della sottoscrizione della Proposta di assicurazione relativa al presente contratto.

Art.16 Conclusione del contratto - Entrata in vigore del contratto

Il Contraente prende atto che l'Impresa è libera di accettare o meno la Proposta di assicurazione, secondo le modalità di seguito specificate.

In caso di **accettazione** della Proposta, il contratto si intenderà concluso e produrrà i suoi effetti dalle ore 24:00 del giorno indicato nella Proposta quale data di Decorrenza a condizione che sia stato corrisposto il Premio o dalla data di pagamento di quest'ultimo qualora successivo alla data di Decorrenza indicata in Proposta, fatti salvi gli eventuali periodi di carenza della copertura assicurativa previsti dall'art.5.2 delle Condizioni di Assicurazione.

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

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

In caso di **mancata accettazione** della Proposta di assicurazione, l'Impresa ne darà comunque comunicazione al Contraente e provvederà entro 30 giorni alla restituzione delle somme versate.

Se il prodotto è venduto dai Consulenti finanziari di AllianzBank:

La stipulazione del contratto avviene esclusivamente mediante la sottoscrizione dell'apposito modulo di Proposta da parte del Contraente, nonché dell'Assicurato se persona diversa.

Il contratto si intende concluso - sempreché l'Impresa accetti la Proposta sottoscritta dal Contraente nonché dall'Assicurato se persona diversa - dalle ore 24 della:

- data di incasso del Premio (momento in cui tale somma è disponibile sul conto corrente intestato all'Impresa); oppure
- data di ricevimento da parte dell'Impresa della Proposta in originale (corredata della documentazione necessaria e superati i controlli antiriciclaggio e di prevenzione del finanziamento del terrorismo, nonché le verifiche richieste dalla vigente normativa fiscale, anche internazionale), qualora questa sia posteriore alla data di incasso del Premio.

A conferma della conclusione del contratto, l'Impresa invierà al Contraente la polizza.

Dalle ore 24 della data di Decorrenza indicata in polizza decorrono le coperture assicurative previste dal contratto. Qualora l'Impresa non accetti la Proposta sottoscritta dal Contraente, essa restituirà il Premio pagato entro 30 giorni dalla data di incasso del Premio mediante bonifico.

Condizioni di assicurazione

Come posso revocare la Proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Art.17 Revoca della Proposta e diritto di Recesso

La Proposta di assicurazione potrà essere revocata dal Contraente (ai sensi dell'art. 176 D. Lgs. 209/2005) **fino al ricevimento della comunicazione di avvenuta conclusione del contratto**, mediante comunicazione scritta all'Impresa contenente gli elementi identificativi della Proposta e indicando le coordinate bancarie ove effettuare il rimborso, da inviarsi **a mezzo lettera raccomandata A.R.** indirizzata a: Allianz S.p.A. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano. Le somme versate dal Contraente verranno restituite dall'Impresa entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di Revoca.

Entro 30 giorni dalla data di ricezione della comunicazione di avvenuta conclusione del contratto, il Contraente potrà recedere dal contratto medesimo (ai sensi dell'art. 177 D. Lgs. 209/2005), mediante lettera raccomandata A.R. indirizzata a Allianz S.p.A. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano, contenente gli elementi identificativi del contratto e indicando le coordinate bancarie ove effettuare il rimborso.

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

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di Recesso, l'Impresa è tenuta a rimborsare al Contraente il Premio da questi corrisposto.

Art.18 Mancato pagamento del Premio: risoluzione e Riduzione

Il mancato pagamento del Premio annuo o anche di una sola rata di Premio annuo, trascorsi 30 giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina la risoluzione del contratto qualora non siano state pagate per intero le prime 10 annualità di Premio, salvo quanto previsto dall'art. 20. **In questo caso i premi già versati restano definitivamente acquisiti dall'Impresa.**

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

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

Nel caso sia stata attivata alla Decorrenza la copertura accessoria facoltativa, **in caso di Riduzione della copertura di non autosufficienza, la copertura accessoria facoltativa decade.**

Ad ogni Ricorrenza annuale del contratto, **la rivalutazione della rendita ridotta** vitalizia di non autosufficienza viene effettuata aumentando la rendita ridotta, maturata alla Ricorrenza annuale precedente, di un importo pari al prodotto fra la rendita ridotta maturata alla Ricorrenza annuale precedente e la misura annua di rivalutazione come definita al precedente art.3 punto A.

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

Esempio di calcolo della rendita ridotta:

Età computabile dell'Assicurato alla Decorrenza del contratto: 50 anni

Dopo aver pagato 14 annualità di Premio, il Contraente interrompe il pagamento dei premi.

rendita mensile maturata alla ricorrenza annua della Decorrenza del contratto, precedente alla data di interruzione del pagamento premi: 2.500,00 euro.

Condizioni di assicurazione

N° totale rate da pagare dalla Decorrenza del contratto fino alla ricorrenza annua in cui l'Assicurato compie 90 anni:
 $(90 \text{ anni} - \text{età alla Decorrenza}) = (90 - 50) = 40$ premi annui totali

Calcolo della rendita ridotta:

$(90\% \text{ di } 2.500,00) \text{ moltiplicato per } (n^\circ \text{ rate pagate diviso } n^\circ \text{ totale rate da pagare}) =$
 $(90\% \times 2.500,00) \times (14/40) = 787,5$ euro è la rendita vitalizia mensile ridotta.

Sono previsti riscatti e riduzioni?

Art.19 Riscatto

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

Art.20 Ripresa del pagamento del Premio: Riattivazione

Entro un anno dalla data del mancato pagamento dei premi il Contraente ha comunque facoltà di riattivare il contratto e le eventuali coperture accessorie. La Riattivazione del contratto è possibile previa corresponsione di tutti i premi arretrati aumentati degli interessi, calcolati sulla base del tasso annuo di Riattivazione, per il periodo di tempo intercorso tra le rispettive date di scadenza del pagamento del Premio e la data di ripresa del versamento del Premio. Il tasso annuo di Riattivazione è pari alla misura annua di rivalutazione attribuita al contratto, ai sensi dell'articolo 3 - punto A, con un minimo del Tasso di interesse legale in vigore alla data di ripresa del versamento del Premio.

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

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

Qualora **nel Periodo di interruzione del pagamento del Premio**, si verifichi la non autosufficienza dell'Assicurato o il decesso dell'Assicurato (con copertura accessoria attivata), il Contraente o i suoi eredi non possono corrispondere i premi arretrati per riattivare il contratto e nulla è dovuto da parte dell'Impresa. È fatto salvo quanto previsto all'art.18 per il caso in cui la copertura di non autosufficienza resti in vigore per un importo di rendita ridotto (rendita ridotta).

Altre informazioni

Art.21 Cessione, pegno, vincolo e prestiti

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

Art.22 Beneficiari

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

Il Beneficiario per il caso di non autosufficienza è l'Assicurato.

Prestazione accessoria facoltativa (in caso di decesso)

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

La designazione dei Beneficiari e le eventuali revoche e modifiche di essa devono essere comunicate per iscritto all'Impresa. 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):

Condizioni di assicurazione

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

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

Art.23 Prescrizione

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

Qualora gli aventi diritto non richiedano entro il predetto termine di prescrizione la liquidazione della prestazione accessoria facoltativa, l'importo viene devoluto dall'Impresa 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.24 Non pignorabilità e non sequestrabilità

Ai sensi dell'art. 1923 del Codice Civile le somme dovute dall'Impresa, 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.25 Collegio Arbitrale

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

Il ricorso al Collegio Arbitrale deve essere comunicato all'Impresa mediante lettera raccomandata.

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

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

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

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

Art.26 Foro competente

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

Art.27 Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

Condizioni di assicurazione

GLOSSARIO

Assicurato

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

Beneficiario caso di decesso

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

Beneficiario della Rendita per il caso di non autosufficienza

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

Caricamenti

Parte del Premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi dell'Impresa.

Condizioni di assicurazione

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Consolidamento

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

Contraente

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

Costi (o spese)

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

Data di denuncia dello Stato di Non Autosufficienza

Data in cui l'Impresa riceve la documentazione completa relativa all'evento che ha comportato lo Stato di Non Autosufficienza, e dalla quale decorre il periodo di accertamento dello Stato di Non Autosufficienza da parte dell'Impresa

Data di riconoscimento dello Stato di Non Autosufficienza

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

Decorrenza

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

Documento di polizza (o Polizza)

Documento cartaceo attestante l'esistenza del contratto di assicurazione.

Durata contrattuale

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

Età computabile

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

Età in anni interi

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

Condizioni di assicurazione

Gestione separata (o speciale) VITARIV

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

IVASS

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

PADI

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

Premio

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

Periodo di interruzione del pagamento del Premio

Periodo che decorre dal 31° giorno successivo al mancato pagamento del Premio fino a che il Contraente non provveda all'eventuale ripresa del pagamento del Premio.

Proposta

Modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta all'Impresa la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Recesso (o ripensamento)

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

Rendita di non autosufficienza (rendita LTC)

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

Revoca

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

Riattivazione

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

Ricorrenza annuale del contratto

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

Riduzione

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

Sinistro

Il verificarsi dell'evento di rischio Assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio la perdita dell'autosufficienza dell'Assicurato.

Tasso di interesse legale

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

Tasso di interesse (o di rendimento) minimo garantito

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



Pagina lasciata intenzionalmente bianca

RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE

di attestazione dello Stato di Non Autosufficienza permanente dell'Assicurato

Si prega di redigere la presente relazione fornendo tutte le notizie utili ad illustrare la causa della perdita di autosufficienza permanente dell'Assicurato e di rispondere esattamente ad ogni domanda senza lasciare risposte in bianco. Qualora in possesso dei referti medici citati in seguito, si prega di allegarli.

Assicurato:

Cognome e Nome

Codice Fiscale

Età (anni)

____/____/____
Data di nascita

Professione

Stato civile

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

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

 b) Quale è stato l'evento che ha portato alla perdita di autosufficienza?

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

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

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

5. NO Vi sono stati ricoveri?
 SI Dettagliare anno, luogo delle degenze e relativa diagnosi

6. NO Si sono resi necessari interventi chirurgici o trattamenti terapeutici?
 SI Specificare il tipo di intervento e le cure effettuate

7. a) Quali diagnosi sono state fatte?

 b) Quali patologie sono state riscontrate?

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

- 1. Muoversi nella stanza:** sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assicurato, nonostante l'utilizzo di stampelle o di una sedia a rotelle, necessiti dell'aiuto di un'altra persona per la propria mobilità
- si sposta all'interno della stanza senza assistenza (eventualmente con l'utilizzo di stampelle o di una sedia a rotelle)
- è in grado di compiere spostamenti all'interno della stanza se aiutato da un'altra persona
- non è in grado di compiere spostamenti all'interno della stanza (ad esempio, perché allettato)
- 2. Alzarsi e mettersi a letto:** sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assicurato non sia in grado di recarsi a letto o di lasciare il letto senza l'aiuto di un'altra persona
- si reca a letto e lascia il letto senza assistenza (eventualmente con l'utilizzo di stampelle, deambulatore o appositi ausili tecnici)
- si reca a letto e lascia il letto se aiutato da un'altra persona
- allettato, non esce dal letto
- 3. Vestirsi e svestirsi:** sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assicurato non sia in grado di vestirsi o svestirsi senza l'aiuto di un'altra persona, nonostante l'uso di abiti idonei
- prende i vestiti e si veste e/o si sveste completamente senza bisogno di assistenza
- prende i vestiti e si veste e/o si sveste completamente senza bisogno di assistenza, eccetto che per allacciare o slacciare le scarpe
- ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi e/o svestirsi oppure rimane parzialmente/totalmente svestito
- 4. Consumare cibi e bevande:** sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assicurato non sia in grado di mangiare e di bere senza l'aiuto di un'altra persona, nonostante l'uso di posate e recipienti per bere idonei
- consuma cibi e bevande senza assistenza (anche con l'utilizzo di posate e recipienti per bere idonei)
- necessita di assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane o sbucciare la frutta
- richiede assistenza per portare il cibo in bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale
- 5. Lavarsi, pettinarsi e farsi la barba:** sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assicurato debba essere lavato, pettinato ed eventualmente rasato da un'altra persona, non essendo in grado di eseguire i movimenti del corpo necessari
- è in grado di compiere autonomamente gli atti di igiene personale, si pettina e si fa la barba da solo
- ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso oppure solo pettinarsi o farsi la barba)
- ha bisogno di assistenza nella pulizia per più di una parte del corpo (compreso pettinarsi e farsi la barba)
- 6. Espletare autonomamente le funzioni fisiologiche:** sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assicurato non sia autonomamente in grado di espletare le normali funzioni fisiologiche e tutti gli atti di elementare igiene personale. In caso di una sola incontinenza (o dell'intestino o della vescica) compensabile con l'uso di assorbenti igienici, non sussiste lo stato di non autosufficienza di cui al presente punto
- controlla completamente feci e urine
- presenta perdita occasionale eventualmente compensata con assorbenti igienici
- necessita di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente

Dichiarazioni

Io sottoscritto _____

Cognome e Nome

Indirizzo di residenza (da utilizzarsi anche come indirizzo di corrispondenza) _____

N. civico _____

CAP _____

Comune _____

Provincia _____

telefono _____

Indirizzo e-mail _____

attesto di aver fornito tutte le informazioni in mio possesso sulla causa che determinò lo stato di non autosufficienza permanente dell'assicurato, nonché sulle sue condizioni sanitarie pregresse e di non aver omesso o alterato alcuna circostanza

Firma del medico curante



Luogo e data _____

Piano di Assistenza Domiciliare Integrata (PADI)

Assicurato: _____

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____ Et  (anni) _____

_____/_____/_____/ _____ Professione _____ Stato civile _____

Data di nascita _____

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

Dati del medico _____

Cognome e Nome _____

Indirizzo di residenza (da utilizzarsi anche come indirizzo di corrispondenza) _____ N. civico _____ CAP _____ Comune _____ Provincia _____

telefono _____ Indirizzo e-mail _____

Firma del medico curante ► _____

Luogo e data _____

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE BIANCA

RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE

sulla causa che determinò il decesso dell'assicurato e sulle sue condizioni sanitarie pregresse

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

Assicurato: _____
Cognome e Nome

_____ Codice Fiscale _____
Codice Fiscale

_____ Età (anni) _____
Età (anni)

_____/_____/_____
Data di nascita

_____ Luogo in cui si è verificato il decesso _____
Luogo in cui si è verificato il decesso

_____/_____/_____
Data del decesso

_____ Ora del decesso _____
Ora del decesso

Professione

Stato civile

Evento che ha causato il decesso dell'assicurato

Diagnosi iniziale: _____

Successione morbosa: _____

Accidente terminale: _____

1. NO Lei è stato medico abituale dell'assicurato?
 SI Da quale epoca? _____

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

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

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

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

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

5. NO Vi sono stati ricoveri?
 SI Indicare anno, luogo delle eventuali degenze e relativa diagnosi

6. NO Si sono resi necessari interventi chirurgici o trattamenti terapeutici?
 SI Specificare il tipo di intervento e le cure effettuate

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

8. NO L'assicurato è mai stato ricoverato per l'evento che ha poi causato il suo decesso?
 SI Indicare dove e in quale epoca

9. NO L'assicurato conosceva la natura della malattia per la quale poi è deceduto?
 SI Da quando? _____

10. NO E' stata effettuata autopsia?

SI Allegare referto

11. Nell'ipotesi che la causa di morte non sia ascrivibile a malattia, indicare quali lesioni hanno provocato l'esito e allegare la relativa documentazione

12. NO L'assicurato ha mai fatto uso di alcolici?

SI In quale misura e da quando? _____

13. NO L'assicurato ha mai fumato?

SI In quale misura e da quando? _____

14. NO Per una migliore illustrazione del caso clinico può aggiungere ulteriori notizie e informazioni?

SI Indicare quali

Dichiarazioni

Io sottoscritto _____

Cognome e Nome

Indirizzo di residenza (da utilizzarsi anche come indirizzo di corrispondenza)

N. civico

CAP

Comune

Provincia

telefono

Indirizzo e-mail

attesto di aver fornito tutte le informazioni in mio possesso sulla causa che determinò il decesso dell'assicurato, sulle sue condizioni sanitarie pregresse, nonché sulle sue abitudini di vita e di non aver omesso o alterato alcuna circostanza

Firma del medico curante



Luogo e data _____

Universo Persona Rendita Autosufficienza



Una scelta che guarda lontano

La tua proposta	Numero: [numero] Contraente: [contraente]
-----------------	--

La tua Agenzia	Agenzia principale di [CIT TÀ] [VIA] - [CAP] [CIT TÀ] [(P...)] Telefono: [numero] Fax: [numero] Email: [mail]
----------------	--

Area Personale	www.allianz.it/areapersonale Per consultare le informazioni relative alla tua posizione alle scadenze e ai sinistri
----------------	---

Servizio Clienti	 Pronto Allianz 800-68-68-68	Per qualsiasi informazione, chiarimento o supporto
------------------	--	---

L'App	 Scarica AllianzNOW per ricevere assistenza, gestire sinistri e utilizzare tutti gli altri servizi direttamente dal tuo telefonino. Tutti i giorni, 24 ore al giorno. Basta solo il tuo codice fiscale e il numero della tua polizza [_____]	 Scarica l'App
-------	--	--

[BAR CODE di archiviazione]



Elenco documenti

Si consegnano al cliente i seguenti documenti

- Set informativo (DIP Vita, DIP aggiuntivo Vita, Condizioni di assicurazione e Proposta)
- informativa sul distributore (allegato 3 al Regolamento IVASS n. 40/2018)
- Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP (allegato 4 al Regolamento IVASS n. 40/2018)
- Informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza, da consegnare a ciascun beneficiario o referente terzo designato nominativamente <se presente>

Allianz per te

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

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

Proposta

Data ultimo aggiornamento: 02/01/2024

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

Contraente

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

Assicurato

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

Durata

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

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

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

La presente proposta è disciplinata dagli articoli delle Condizioni di assicurazione contenute nel Set informativo del prodotto Universo Persona Rendita Autosufficienza Edizione gennaio 2024.

Dettaglio premi (importi espressi in euro)

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

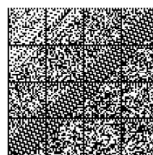
Premio

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

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

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

- assegni bancari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'agente (persona fisica o giuridica) in qualità di Agente dell'Impresa di assicurazione;
- bonifici, addebiti diretti bollettini postali e strumenti di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario l'Impresa di assicurazione o l'agente (persona fisica o giuridica) in qualità di Agente dell'impresa di assicurazione;
- reinvestimenti di capitali provenienti da contratti Vita preesistenti;



Proposta n. [numero]

Proposta

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

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

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

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

Prestazione in caso di perdita di autosufficienza

In caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato nel compimento di almeno 4 dei 6 atti elementari della vita quotidiana, salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carenza** indicati all'art.5 delle Condizioni di assicurazione, è prevista la corresponsione all'Assicurato di una **rendita mensile anticipata** di importo iniziale pari a _____ euro, che si rivaluta annualmente, erogata a partire dal riconoscimento dello stato di non autosufficienza e fino a che l'Assicurato è in vita e non autosufficiente.

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

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

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

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

Prestazioni di assistenza Allianz Global Assistance

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

Beneficiari

Beneficiari in caso di vita dell'Assicurato

[Beneficiario] _____ %

Beneficiari in caso di decesso dell'Assicurato

se attivata la copertura accessoria facoltativa

Il Contraente → solo se diverso dall'Assicurato _____ %

[Nome Cognome] / [Ragione Sociale]: [_____] _____ %

Codice fiscale: [_____] Partita IVA: [_____] Data di nascita: [gg/mm/aaaa]

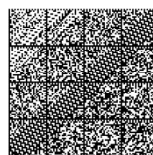
Sesso: [__] [Luogo di nascita]: [_____]

[Residenza] / [Sede legale]: [ind_res_] C.A.P.: [cap_res] Città: [citta_res_] ([Prov_res_]) Nazione [_____]

Indirizzo e-mail: [_____]

Tipologia societaria: [_____] Descrizione attività: [_____]

Indirizzo e-mail: [_____]



Proposta n. [numero]

Proposta

Il Beneficiario [non è] / [è] Persona Politicamente Esposta¹ in quanto [variabile per raccogliere "relazione" e "tipologia PEP"].
La relazione che lega il Beneficiario al Contraente è: [descrizione o spazio per scrivere in caso di "altro"].

<in aggiunta oppure in alternativa>

se in aggiunta, inserire [anche] nella frase sotto riportata

Il Contraente ha espresso [anche] la volontà di designare i beneficiari in modo generico, **pur essendo stato informato che la Società potrà incontrare, al decesso dell'assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari:**

[Gli eredi legittimi dell'Assicurato in parti uguali] _____%

[I figli nati e natiuri dell'Assicurato in parti uguali, con diritto di accrescimento ai superstiti] _____%

[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] _____%

[Il coniuge vivente dell'Assicurato all'atto del di lui decesso o, in sua mancanza, gli eredi legittimi dell'Assicurato in parti uguali] _____%

[Gli eredi testamentari dell'Assicurato o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi dell'Assicurato in parti uguali] _____%

<se è stato nominato un referente terzo>

Il Contraente ha manifestato esigenze specifiche di riservatezza e ha nominato un **referente terzo**, diverso dal beneficiario, a cui la Società può far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato. I dati necessari per l'identificazione del referente terzo sono stati raccolti durante il processo di emissione della proposta e sono memorizzati tra i dati anagrafici della polizza.

Il Contraente [esclude] / [consente] l'invio di comunicazioni ai beneficiari designati nominativamente prima dell'evento.

Avvertenza: la modifica o revoca dei beneficiari deve essere comunicata all'impresa di assicurazione.

Altri estremi contrattuali

Proposta: nuova

Prodotto: Universo Persona Rendita Autosufficienza

Condizioni particolari di proposta:

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

Avvertenze relative alla compilazione del questionario sanitario

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

Profilo sanitario, professionale e sportivo

Dichiarazioni rese dall'Assicurato:

- Intende sottoporsi ad accertamenti sanitari allo scopo di eliminare il periodo di carenza di cui alle condizioni di assicurazione?

No

- Statura:

cm _____

- Peso:

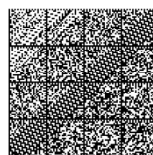
Kg _____

- Negli ultimi 5 anni ha mai fumato più di 15 sigarette al giorno?

No

- Attualmente soffre di qualche tipo di invalidità o necessita di assistenza nello svolgimento delle attività quotidiane o gode di pensioni di invalidità / inabilità o di assegno di accompagnamento o ha in corso o intende avviare pratiche per il loro riconoscimento?

No



Proposta n. [numero]

Proposta

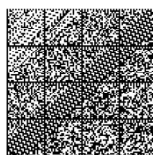
- Negli ultimi 10 anni le è mai stata diagnosticata o è stato in trattamento per qualche patologia o malattia (ad esempio: malattie neurologiche, malattie osteoarticolari, paralisi, distrofia muscolare, fibrosi cistica o altre malattie)?
No
- Escludendo quanto già dichiarato nella domanda precedente, è mai stato ricoverato o prevede un prossimo ricovero (anche in day hospital) in ospedali, case di cura o simili per interventi chirurgici, semplici accertamenti o per altre procedure mediche anche effettuate a livello ambulatoriale? (ad esclusione degli interventi avvenuti da più di un mese con completa guarigione di: appendicectomia, adenotonsillectomia, erniectomia, emorroidectomia, meniscectomia, safenectomia, varici, chirurgia estetica, deviazione del setto nasale, parto)?
No
- Escluse le condizioni precedentemente dichiarate, nell'ultimo anno si è sottoposto ad esami specialistici che abbiano avuto esiti anomali o è in attesa di ricevere gli esiti di esami a cui si è sottoposto o ha intenzione di sottoporsi ad esami specialistici (esclusi check-up o esami di screening regolari)?
No
- Escluse le condizioni precedentemente dichiarate, negli ultimi 6 mesi ha sofferto o soffre di qualche disturbo persistente e ancora privo di diagnosi? (ad esempio: vertigini, stato confusionale, debolezza o affaticamento cronico, disturbi della memoria o dell'equilibrio, dolori al petto, stipsi ostinata, sangue nelle feci, tosse o mal di testa persistenti, svenimenti, noduli, tumefazioni, rigonfiamenti o altri disturbi persistenti)
No
- Escluso quanto già dichiarato nelle precedenti domande, fa uso o ha mai fatto uso negli ultimi 2 anni di farmaci in via continuativa per più di due settimane o le è stato prescritto di farne uso?
No
- Fa o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti o è mai stato o è in trattamento per abuso di alcool o di sostanze stupefacenti o ha una storia di abuso di alcool o le è mai stato raccomandato da un medico di ridurre il consumo di alcoolici?
No
- Esercita qualche professione considerata a rischio? (vedi elenco delle attività professionali considerate a rischio indicate nella proposta di assicurazione)
No
- Pratica o intende praticare qualche attività sportiva?
No

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

Le attività professionali considerate a rischio sono le seguenti:

Acrobata o artista circense, Aeronautica militare - personale anche con mansioni operative, Alpinismo - istruttore/allenatore/guida alpina, Artificiere, Attività subacquee - istruttore/allenatore, Attore/comparsa/controfigura/tecnico cinematografico/teatrale/televisivo esposto a rischi speciali come incendi/presenza di belve/colluttazioni/acrobazie e simili, Autotrasportatore/autista di autocarro/autotreno/motocarro compreso trasporto di esplosivi/merci pericolose, Carabiniere, Cava e miniera - personale con lavoro manuale anche con uso di esplosivi, Collaudatore di veicoli/motoveicoli, Driver (corse al trotto)/fantino, Esercito - personale anche con mansioni operative, Forze armate (sommizzatore/reparti speciali), Guardia del corpo, Guardia di finanza, Guardia giurata/notturna/metronotte, Guida sportiva - istruttore, Hydrospeed - istruttore/allenatore, Lavori subacquei (addetto)/sub professionista/palombaro, Marina militare - personale anche con mansioni operative (non sommozzatore), Paracadutismo/parapendio/deltaplano - istruttore/allenatore, Personale di bordo (steward, hostess di volo), Pilota aereo non di linea, Pilota di linea aerea, Polizia di stato anche con mansioni operative, Rafting - istruttore/allenatore, Roccia - istruttore/allenatore, Sci/snowboard alpinismo - maestro/istruttore/allenatore, Soggetto con lavoro manuale che tratta sostanze asfissianti/corrosive/infettanti/tossiche/esplosive/radioattive, Speleologia - istruttore/speleologo professionista, Sportivo professionista/semiprofessionista, Vigile del fuoco.

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



Proposta n. [numero]

Proposta

Conclusione del contratto

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

In caso di **accettazione** della presente proposta, la Società potrà dare inizio all'esecuzione del contratto. Il contratto si intenderà pertanto concluso e produrrà i suoi effetti dalle ore 24:00 del giorno indicato nella presente proposta quale data di decorrenza, fatti salvi gli eventuali periodi di carenza della copertura assicurativa previsti dalle Condizioni di assicurazione.

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

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

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

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

Revocabilità della proposta

La presente proposta potrà essere revocata dal Contraente (ai sensi dell'art. 176 D. Lgs. 209/2005) **fino al ricevimento della comunicazione di avvenuta conclusione del contratto**, mediante comunicazione scritta alla Società contenente gli elementi identificativi della presente proposta e indicando le coordinate bancarie ove effettuare il rimborso, da inviarsi **a mezzo lettera raccomandata A.R.** indirizzata a: Allianz S.p.A. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano.

Somme versate dal Contraente

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

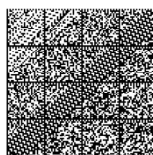
- i) la **conclusione** del contratto ai sensi di quanto riportato nella sezione "Conclusione del contratto" della presente proposta, nel qual caso esse verranno imputate a **premio di polizza**; ovvero
- ii) la **revoca**, la **mancata accettazione** della presente proposta di assicurazione, nel qual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

Diritto di recesso

Entro 30 giorni dalla data di ricezione della comunicazione di avvenuta conclusione del contratto, il Contraente potrà recedere dal contratto medesimo (ai sensi dell'art. 177 D. Lgs. 209/2005), mediante comunicazione scritta alla Società contenente gli elementi identificativi del contratto e indicando le coordinate bancarie ove effettuare il rimborso, da inviarsi **a mezzo lettera raccomandata A.R.** indirizzata a: Allianz S.p.A. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano.

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

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



Proposta n. [numero]

Proposta

Riepilogo dei bisogni e delle esigenze del cliente

Avere notizie e informazioni sulle richieste e sulle esigenze del cliente è condizione indispensabile perché l'Impresa e i suoi distributori possano individuare il prodotto che meglio soddisfa le sue necessità.

Le chiediamo quindi di prestare particolare attenzione al presente report, confermando i dati da lei già forniti nel corso del flusso assuntivo e completandolo con le eventuali ulteriori informazioni richieste.

Il Personale qualificato dell'Impresa di assicurazione è a sua disposizione per aiutarla e per fornirle ogni eventuale chiarimento.

È importante che le informazioni e i dati di seguito riepilogati siano completi, veritieri e aggiornati, dal momento che solo sulla base degli stessi potranno essere formulate proposte coerenti con le sue richieste ed esigenze assicurative.

In assenza di informazioni complete, non saremmo in condizione di servirla al meglio e di verificare l'effettiva corrispondenza tra le sue necessità di natura assicurativa ed i prodotti che possiamo proporre.

Al riguardo, le ricordiamo sin d'ora di prestare particolare attenzione ai massimali previsti per ciascuna garanzia, nonché ad eventuali limitazioni alle coperture assicurative, esclusioni, franchigie e scoperti, verificando che siano conformi alle sue aspettative.

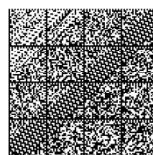
Le rammentiamo, infine, che eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione della stessa assicurazione ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892 e 1893 C.C.

BISOGNO ASSICURATIVO PRINCIPALE

Il Contraente manifesta l'esigenza di voler garantire a se stesso o ad altri soggetti (quali parenti o altre persone care) una tutela economica in forma di rendita mensile vitalizia rivalutabile in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato nel compimento di una serie di attività elementari della vita quotidiana, quali muoversi nella stanza, alzarsi, vestirsi, nutrirsi, lavarsi ed espletare le funzioni fisiologiche.

La prestazione si attiva al verificarsi della perdita di autosufficienza per 4 delle 6 attività elementari della vita quotidiana descritte sopra.

Le rammentiamo che la proposta che Le sarà formulata si baserà sulle informazioni da Lei fornite, come riepilogate nel presente documento. La invitiamo, dunque, a confermare la correttezza di quanto qui riportato, sottoscrivendo il presente modulo dopo attenta rilettura.



Proposta

Sottoscrizioni

Il sottoscritto Contraente dichiara:

- **di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente proposta:**
 - **il Set informativo del prodotto assicurativo vita Universo Persona Rendita Autosufficienza Edizione gennaio 2024** - composto dal Documento informativo precontrattuale (DIP Vita), dal Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo Vita), dalle Condizioni di assicurazione comprensive del glossario e dalla Proposta - **e dichiara di aver avuto un tempo sufficiente, prima della sottoscrizione, per prendere visione e comprendere i contenuti dei documenti che compongono il Set informativo;**
 - **copia del documento "Informativa sul distributore"** conforme all'allegato 3 del Regolamento IVASS 40/2018;
 - **copia del documento "Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP"** conforme all'allegato 4 del Regolamento IVASS 40/2018;
 - **l'informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza** che si impegna a fornire a ciascun beneficiario o referente terzo designato nominativamente;
- di essere informato che non è consentita la sottoscrizione, con Allianz S.p.A., di un numero di contratti della tipologia LTC, aventi il medesimo assicurato, tale che sia superato un valore complessivo della Rendita iniziale annua di 60.000,00 euro;
- di essere consapevole che, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile, le informazioni ed i dati forniti sono essenziali per la validità e l'efficacia della presente proposta e che l'Impresa presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio anche in base ad essi. Il Contraente dichiara inoltre che la presente proposta non contiene cancellature o rettifiche;
- <se Contraente = Assicurato> di prosciogliere dal segreto professionale e da ogni obbligo legale di riservatezza i medici che lo hanno o lo avranno curato o visitato, nonché gli enti ed ogni altro soggetto ai quali il beneficiario caso morte si rivolgesse, anche dopo il verificarsi dell'evento, per acquisire informazioni e documentazione, riconoscendo che tali informazioni e documentazione sono essenziali ai fini della valutazione del rischio e dell'esecuzione degli obblighi derivanti dal contratto assicurativo, di cui la presente dichiarazione costituisce parte essenziale ed integrante;
- di prendere atto che gli importi di premio si intenderanno incassati salvo buon fine del mezzo di pagamento e dei controlli antiriciclaggio e di prevenzione del finanziamento del terrorismo, in ottemperanza agli adempimenti di cui ai D.Lgs. 231/2007 e D.Lgs 109/2007, nonché delle verifiche richieste dalla vigente normativa fiscale, anche internazionale;
- di prendere atto che Allianz S.p.A. ha stipulato una polizza con **AWP P&C S.A.**, Rappresentanza generale per l'Italia che prevede l'erogazione di una serie di prestazioni di assistenza, a favore dell'Assicurato del presente contratto; di aver ricevuto le condizioni di assicurazione delle Prestazioni di assistenza Allianz Global Assistance riportate in calce al Set informativo e di avere altresì preso atto delle limitazioni ed esclusioni relative alle garanzie prestate da **AWP P&C S.A.**, Rappresentanza generale per l'Italia che eroga le sue prestazioni tramite la Centrale Operativa di **AWP P&C** - Viale Brenta 32, CAP 20139, Milano ITALIA.

Sottoscritto il _____

Firma del Contraente/Rappresentante legale ► _____

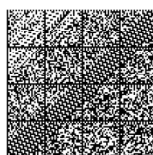
- di approvare, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del codice civile, le seguenti disposizioni delle Condizioni di assicurazione:
 - Art. 5. Limitazioni ed esclusioni

Firma del Contraente/Rappresentante legale ► _____

- di essere stato informato dall'Intermediario che il presente prodotto è adeguato rispetto alle esigenze assicurative manifestate.

Firma dell'Intermediario ► _____

Firma del Contraente/Rappresentante legale ► _____



Proposta n. [numero]

Proposta

Il sottoscritto Assicurato: → se Assicurato ≠ Contraente

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

Firma dell'Assicurato



Spazio riservato al soggetto incaricato dell'Adeguata Verifica

Ai sensi della normativa Antiriciclaggio e relativi regolamenti attuativi vigenti, l'identificazione e la rilevazione dei dati dei firmatari del presente modulo sono state effettuate da [COGNOME_NOME_INTERMEDIARIO].

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

¹ Si considerano Persone Politicamente Esposte le persone fisiche residenti in Italia o in altri Stati esteri, che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami.

1) Per persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche s'intendono: a) Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri; b) deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri; c) membro degli organi direttivi centrali di partiti politici; d) giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri; e) membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti; f) ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri; g) componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitana e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti; h) direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale; i) direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgente funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali.

2) Sono familiari di persone politicamente esposte: a) i genitori; b) il coniuge o la persona legata alla persona politicamente esposta in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili; c) i figli e i loro coniugi; d) le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili.

3) Sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami: a) le persone fisiche che detengono, congiuntamente alla persona politicamente esposta la titolarità effettiva di enti giuridici, trust e istituti giuridici affini ovvero che intrattengono con la persona politicamente esposta stretti rapporti di affari; b) le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

AWP P&C S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia

- ❑ **Sede Legale**
7, Dora Maar, 93400 Saint Ouen - France
- ❑ **Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni**
Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni dall'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) il 1 febbraio 2010 Registro delle Imprese e delle Società Francesi nr. 519490080
- ❑ **Rappresentanza Generale per l'Italia**
Viale Brenta 32, CAP 20139, Milano ITALIA
Codice Fiscale, Partita IVA e iscrizione al Registro delle Imprese di Milano nr. 07235560963 - Rea 1945496
- ❑ **Recapito Telefonico – Sito Internet – Indirizzo e-mail**
02/23.695.1 - www.allianz-partners.it – info@allianz-assistance.it
- ❑ **Abilitazione all'esercizio delle assicurazioni**

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

Condizioni di Assicurazione per l'Assicurato

Polizza Collettiva n° 206329 abbinata alla Polizza Vita “Allianz Universo Persona Rendita Autosufficienza - LTC”

Consulenza medico-sanitaria telefonica ed Assistenza nelle prenotazioni

Edizione Gennaio 2024

La presente documentazione è conforme alle Linee Guida del Tavolo Tecnico ANIA “Contratti Semplici e Chiari”

INDICE

DEFINIZIONI	pag. 1
NORMATIVA COMUNE A TUTTE LE GARANZIE	pag. 2
1. Oggetto dell'Assicurazione	pag. 2
2. Persone assicurabili	pag. 2
3. Decorrenza e durata dell'Assicurazione	pag. 2
4. Validità territoriale	pag. 3
5. Esclusioni e limitazioni (Comuni a tutte le garanzie)	pag. 3
5.1 Esclusioni comuni a tutte le garanzie	pag. 3
5.2 Disposizioni e limitazioni di responsabilità	pag. 4
6 Misure restrittive	pag. 4
7 Reclami	pag. 4
8 Rinvio alle norme di legge	pag. 5
NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA IN PARTICOLARE	pag. 5
A. Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione	pag. 5
B. Consulenza medico-sanitaria telefonica	pag. 5
C. Consulenza medico-sanitaria telefonica specialistica	pag. 6
D. Prenotazione e organizzazione di visite specialistiche, accertamenti diagnostici e ricoveri in strutture private convenzionate	pag. 6
E. Informazioni burocratiche ed amministrative su invalidità e non-autosufficienza	pag. 6
F. Estensione "Familiari conviventi" e "Famiglia protetta"	pag. 6
ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA	pag. 6
INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ	pag. 7
INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO	pag. 7
INFORMAZIONI IN CORSO DI CONTRATTO	pag. 7
INFORMATIVA PER LA PRIVACY	pag. 8

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

Allianz Global Assistance:	il marchio che identifica AWP P&C S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia.
Assicurato:	la persona sulla cui vita è stipulato il contratto di assicurazione Universo Persona Rendita Autosufficienza con Allianz S.p.A.
Assicurazione:	il contratto di assicurazione.
Centrale Operativa:	la struttura organizzativa di AWP P&C S.A. (di seguito indicata, per brevità, AWP P&C) che provvede, 24 ore su 24 e per tutta la durata dell'anno, al contatto telefonico con l'Assicurato, organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza.
Contraente:	Allianz S.p.A. ossia il soggetto che stipula l'assicurazione con AWP P&C.
Domicilio:	il luogo in cui l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi.
Estero:	tutti i Paesi che non rientrano nella definizione di Italia.
Evento:	l'accadimento che ha generato, direttamente o indirettamente, uno o più sinistri.
Familiari:	familiari conviventi dell'Assicurato ed i componenti della "Famiglia Protetta" dell'Assicurato, definita come genitori e suoceri, anche se non conviventi.

Condizioni di Assicurazione ALLIANZ UNIVERSO PERSONA RENDITA AUTOSUFFICIENZA - LTC 206329 Pagina 1 di 11

AWP P&C S.A.
Sede Legale
7 rue Dora Maar,
93400 Saint-Ouen
France

Capitale Sociale
€ 17.287.285

Autorizzata all'esercizio
delle assicurazioni dall'Autorité
de contrôle prudentiel et de
résolution (ACPR)
il 1 febbraio 2010

Registro delle Imprese
e delle Società Francesi
n. 519490080

**Sede Secondaria e Rappresentanza
Generale per l'Italia**
Viale Brenta, 32 - 20139 Milano (Italia)
Tel: 02.23695.1
www.allianz-partners.it

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

Abilitata all'esercizio
dell'attività Assicurativa
in Italia in regime
di stabilimento, iscritta
in data 3 novembre 2010
al n. I.00090, all'appendice
dell'albo Imprese Assicuratrici,
Elenco I



Impresa:	AWP P&C S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia, Viale Brenta 32, Milano di seguito anche denominata con il suo marchio Allianz Global Assistance.
Inabilità temporanea:	la condizione di incapacità fisica, totale o parziale, a compiere i normali atti quotidiani per una durata limitata nel tempo
Infortunio:	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.
Invalidità permanente:	perdita o diminuzione definitiva irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Italia:	il territorio della Repubblica Italiana, la Città del Vaticano, la Repubblica di San Marino.
Malattia:	l'alterazione del proprio stato di salute constatato da un'autorità medica competente non dipendente da infortunio.
Non Autosufficienza:	lo stato dell'Assicurato che non sia in grado di compiere autonomamente, in maniera presumibilmente definitiva, almeno 4 su 6 delle ADL (Activities of Daily Living) neanche con l'aiuto di mezzi meccanici.
Residenza:	il luogo in cui l'Assicurato ha la sua dimora abituale.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il Sinistro.
Sinistro:	il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

NORMATIVE COMUNE A TUTTE LE GARANZIE

1. Oggetto dell'Assicurazione

Il Contraente Allianz S.p.A. stipula l'assicurazione con Allianz Global Assistance per conto degli Assicurati. Allianz Global Assistance si obbliga nei confronti degli Assicurati e del Contraente a prestare i servizi di assistenza e/o le garanzie assicurative, **nei limiti e alle condizioni stabiliti al paragrafo "Esclusioni e limitazioni comuni a tutte le garanzie"**, così come definite nei seguenti punti:

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

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

2. Persone assicurabili

La persona fisica sulla cui vita è stipulato il contratto di assicurazione Universo Persona Rendita Autosufficienza con Allianz S.p.A.

3. Decorrenza e durata dell'Assicurazione

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

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

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

4. Validità territoriale

L’assicurazione, salvo eventuali limitazioni indicate all’interno delle singole garanzie, vale per il mondo intero. **La copertura assicurativa non è operativa nei casi in cui le garanzie contrattualmente previste debbano essere prestate in condizioni tali da violare una qualsiasi legge che possa comportare sanzioni ai sensi delle norme e dei Regolamenti emanati dalle Nazioni Unite, dall’Unione Europea o da qualsiasi altra normativa applicabile.**

5. Esclusioni e limitazioni (Comuni a tutte le garanzie)

5.1 Esclusioni

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

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

Le prestazioni di assistenza non sono previste per:

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

5.2 Disposizioni e limitazioni di responsabilità

- a) la Centrale Operativa si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione di prestazioni di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge;
- b) la Centrale Operativa non è tenuta a pagare indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute;
- c) nei casi in cui l'Assicurato benefici di prestazioni di assistenza analoghe e richieda l'intervento di un'altra Compagnia di Assicurazioni, le prestazioni previste dalla presente copertura sono operanti esclusivamente quale rimborso degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Compagnia di Assicurazione che ha erogato direttamente la prestazione. In ogni caso, i costi verranno risarciti complessivamente una volta sola;
- d) la Centrale Operativa tiene a proprio carico il costo delle prestazioni fino al capitale stabilito nelle singole garanzie. Eventuali eccedenze rispetto al massimale restano a carico dell'Assicurato;
- e) il diritto alle prestazioni di assistenze decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa al verificarsi del sinistro;

La Centrale Operativa non potrà essere ritenuta responsabile di:

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

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

6. Misure restrittive

Allianz Global Assistance non è tenuta a fornire la copertura nella misura in cui la fornitura di tale copertura, l'erogazione di prestazioni o il pagamento di indennizzi possa esporre Allianz Global Assistance stessa a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, degli Stati Uniti e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo.

Allianz Global Assistance aderisce alle disposizioni stabilite dalla comunità internazionale, che prevedono specifiche restrizioni nei confronti di soggetti rientranti nelle black list predisposte dall'ONU, dall'Unione Europea o dagli Stati Uniti.

Allianz Global Assistance respingerà i sinistri che provengano da persone, società, governi e altre parti alle quali ciò sia vietato in virtù di accordi o sanzioni nazionali o internazionali.

7. Reclami

Allianz Global Assistance intende fornire un'Assicurazione e un servizio di prima qualità. Tuttavia, potrebbero verificarsi casi in cui si possa ritenere che non sia così. In tali casi, si prega di farlo presente. In caso di reclamo, i diritti non saranno pregiudicati. Si prega di contattare Allianz Global Assistance come di seguito indicato.

In caso di reclamo, si invita a contattare Allianz Global Assistance
AWP P&C S.A. – RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA
Viale Brenta 32 - 20139 MILANO (Italia)
e-mail: reclamiawp@allianz.com
PEC reclami.awp-pc@legalmail.it

Per una gestione più efficiente, è opportuno indicare il proprio nome, indirizzo, numero di Polizza e numero del sinistro, laddove applicabile, allegando la corrispondenza rilevante in modo da poter gestire il reclamo nel minor tempo possibile.
La compagnia è tenuta a rispondere entro 45 giorni.

Per la presentazione di reclami ad IVASS occorre utilizzare l'apposito modello reperibile sul sito: www.ivass.it, alla sezione "Per il Consumatore - Come presentare un reclamo"
Scrivere a IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma (RM) 06 42 133 206
Email ivass@pec.ivass.it

8. Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui espressamente regolato, valgono le disposizioni della legge italiana.

NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA IN PARTICOLARE

A. Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione

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

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

Tale garanzia è operante nel rispetto delle vigenti normative in tema di privacy, pertanto l'Assicurato dovrà fornire una liberatoria nei confronti della Centrale Operativa, onde permettere la diffusione dei dati sensibili inerenti il suo stato di salute.

B. Consulenza medico-sanitaria telefonica

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

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

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

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

C. Consulenza medico-sanitaria telefonica specialistica

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

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

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

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

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

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

Validità territoriale: Italia

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

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

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

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

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

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

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

ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

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

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

indicando con precisione:

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

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ

Denominazione Sociale e forma giuridica della Società (Impresa Assicuratrice)

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

Sede Legale

7, Dora Maar, 93400 Saint-Ouen - France
Registro delle Imprese e delle Società Francesi nr. 519490080
Capitale Sociale sottoscritto € 17.287.285

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni

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

Rappresentanza Generale per l'Italia

Viale Brenta 32, 20139, Milano – ITALIA
Codice Fiscale, Partita IVA e iscrizione al Registro delle Imprese di Milano nr. 07235560963 - Rea 1945496

Recapito Telefonico – Sito Internet – Indirizzo e-mail

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

Abilitazione all'esercizio delle assicurazioni

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

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

Legislazione applicabile al contratto

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

La Società propone di scegliere la legislazione italiana.

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

Prescrizioni dei diritti derivanti dal contratto

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

Reclami in merito al contratto

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

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

Viale Brenta 32, 20139 - MILANO (Italia)

fax: +39 02 26 624 008

e-mail: reclamiawp@allianz.com

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

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

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

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

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

INFORMAZIONI IN CORSO DI CONTRATTO

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

AWP P&C S.A.

Sede Legale
7 rue Dora Maar,
93400 Saint-Ouen
France

Capitale Sociale
€ 17.287.285

Autorizzata all'esercizio
delle assicurazioni dall'Autorité
de contrôle prudentiel et de
résolution (ACPR)
il 1 febbraio 2010

Registro delle Imprese
e delle Società Francesi
n. 519490080

Sede Secondaria e Rappresentanza Generale per l'Italia

Viale Brenta, 32 - 20139 Milano (Italia)
Tel: 02.23695.1
www.allianz-partners.it

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

Abilitata all'esercizio
dell'attività Assicurativa
in Italia in regime
di stabilimento, iscritta
in data 3 novembre 2010
al n. I.00090, all'appendice
dell'albo Imprese Assicuratrici,
Elenco I



INFORMATIVA PER LA PRIVACY

Abbiamo cura dei suoi dati personali

AWP P&C S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia (di seguito, Allianz Partners), con sede in V.le Brenta 32 20139 MILANO, è una compagnia assicurativa abilitata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento che fornisce prodotti e servizi assicurativi.

La tutela della sua privacy è una delle nostre priorità. La presente informativa per la privacy illustra quale tipologia di dati personali saranno raccolti, le modalità e il motivo della raccolta e i soggetti con cui saranno condivisi o a cui saranno divulgati. La preghiamo di leggerla con attenzione.

Qualora, in fase di emissione della polizza, ci vengano forniti i dati personali di ulteriori persone che saranno coperte dalla medesima polizza, Le segnaliamo che avrà l'onere di far pervenire a tutte le persone interessate le informazioni contenute in questo documento.

1. Chi è il titolare del trattamento?

Un titolare del trattamento è la persona fisica o giuridica che controlla ed è responsabile della conservazione e dell'uso dei dati personali in forma cartacea o elettronica. Allianz Partners è il titolare del trattamento, secondo quanto definito dalle leggi e dai regolamenti in materia di protezione dei dati.

2. Quali dati personali saranno raccolti?

Raccoglieremo e tratteremo varie tipologie di dati personali che la riguardano:

- cognome, nome
- dati di contatto

3. Come otteniamo e utilizziamo i suoi dati personali?

Raccoglieremo e utilizzeremo i suoi dati personali, che otterremo da Allianz, per diverse finalità, come indicato di seguito:

- ✓ *Per gestire il contratto assicurativo con specifico riferimento all'amministrazione della polizza*
- ✓ *Per gestire il contratto assicurativo con specifico riferimento alla gestione dei sinistri (es. organizzazione delle prestazioni di assistenza, pagamento di eventuali rimborsi)*
- ✓ *Per gestire le somme dovute*
- ✓ *Per la prevenzione e l'individuazione delle frodi e la prevenzione dei reati di terrorismo*
- ✓ *Per adempiere agli obblighi di legge (es. di natura fiscale, contabile e amministrativa)*
- ✓ *Per sottoporle sondaggi qualitativi mediante l'invio di una mail contenente un link, attraverso il quale potrà effettuare un questionario in merito ai servizi da noi forniti, consentendoci di verificare il suo livello di soddisfazione e*
- ✓ *previo consenso, potremmo richiedere un successivo contatto telefonico per raccogliere elementi utili al miglioramento dei nostri servizi sulla base della sua esperienza con noi*

Per le finalità sopra indicate per le quali non è richiesto il suo consenso, specifichiamo che si tratta di attività per le quali esso non è richiesto, in quanto il trattamento dei dati verrà effettuato sulla base della necessità di adempimento del contratto (in particolare la gestione della polizza, dei sinistri e delle somme dovute) o di obblighi di legge nonché per il perseguimento di interessi legittimi della

Società, nello specifico per la prevenzione ed individuazione delle frodi, la prevenzione dei reati di terrorismo e le verifiche di qualità del servizio.

Lei ha comunque il diritto di opporsi al trattamento dei suoi dati personali o di richiederci di interromperlo secondo le modalità indicate nella sezione 6.

Nel caso in cui non desideri comunicarci i suoi dati personali, potremmo non essere in grado di fornirle i prodotti e i servizi che ha richiesto o per i quali potrebbe avere un interesse.

4. Chi potrà accedere ai suoi dati personali?

Ci assicureremo che i suoi dati personali siano trattati in maniera compatibile con le finalità indicate in precedenza.

Per le finalità indicate, i suoi dati personali possono essere comunicati ai seguenti soggetti che operano in qualità di titolari del trattamento:

- Autorità pubbliche, fornitori incaricati di effettuare le prestazioni assicurative (ad esempio, strutture sanitarie, società di autonoleggio, società di trasporti, consulenti tecnici, periti, avvocati)

Per le finalità indicate, possiamo inoltre condividere i suoi dati personali con i seguenti soggetti che operano in qualità di responsabili del trattamento dietro nostre istruzioni:

- altre società del Gruppo Allianz, società incaricate di effettuare sondaggi di qualità, società di servizi per le attività gestionali (sinistri, IT, posta, gestione documenti)

L'elencazione dei soggetti terzi sopra indicati, incaricati di effettuare i diversi servizi, si riferisce alle varie garanzie che possono essere previste dalle nostre polizze.

I soggetti terzi a cui saranno effettivamente comunicati i suoi dati personali saranno quelli specifici incaricati di fornire i servizi ricompresi nelle garanzie previste nella polizza da lei sottoscritta.

Infine, possiamo condividere i suoi dati personali, in caso di riorganizzazione prevista o effettiva, fusione, vendita, joint venture, trasferimento o altra cessione della totalità o di parte del nostro business, asset o titoli (anche in sede di procedure di insolvenza o di analoga natura).

5. Dove saranno trattati i suoi dati personali?

I suoi dati personali possono essere trattati all'interno e all'esterno dello Spazio economico europeo (SEE) dai soggetti indicati nella sezione 4, sempre nel rispetto dei limiti contrattuali riguardanti riservatezza e sicurezza e in linea con le leggi e i regolamenti applicabili in materia di protezione dei dati. Non divulgheremo i suoi dati personali a soggetti non in possesso dell'autorizzazione per il relativo trattamento.

Laddove trasferissimo i suoi dati personali fuori dallo SEE per un trattamento ad opera di un'altra società del Gruppo Allianz, lo faremo nel rispetto delle norme aziendali vincolanti di Allianz approvate dall'Autorità Garante e note come Standard Allianz sulla Privacy (Binding Corporate Rules, BCR), che definiscono le opportune misure di tutela dei dati personali e sono legalmente vincolanti per tutte le società del Gruppo Allianz. Le BCR di Allianz e l'elenco di società del Gruppo che le seguono è accessibile sul sito di Allianz Partners, al seguente indirizzo: https://www.allianz-partners.com/en_US/allianz-partners---binding-corporate-rules-.html. Laddove non si applichino le BCR di Allianz, ci adopereremo invece per assicurare che il trasferimento dei suoi dati personali fuori dallo SEE sia opportunamente tutelato come all'interno dello SEE. Per conoscere le misure di tutela che

Condizioni di Assicurazione ALLIANZ UNIVERSO PERSONA RENDITA AUTOSUFFICIENZA - LTC 206329 Pagina 9 di 11

AWP P&C S.A.
Sede Legale
7 rue Dora Maar,
93400 Saint-Ouen
France

Capitale Sociale
€ 17.287.285

Autorizzata all'esercizio
delle assicurazioni dall'Autorité
de contrôle prudentiel et de
résolution (ACPR)
il 1 febbraio 2010

Registro delle Imprese
e delle Società Francesi
n. 519490080

**Sede Secondaria e Rappresentanza
Generale per l'Italia**
Viale Brenta, 32 - 20139 Milano (Italia)
Tel: 02.23695.1
www.allianz-partners.it

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

Abilitata all'esercizio
dell'attività Assicurativa
in Italia in regime
di stabilimento, iscritta
in data 3 novembre 2010
al n. 1.00090, all'appendice
dell'albo Imprese Assicuratrici,
Elenco I



usiamo per tali trasferimenti (ad esempio le Clausole contrattuali standard), è possibile contattarci ai recapiti indicati nella sezione 9.

6. Quali sono i suoi diritti in riferimento ai suoi dati personali?

Secondo le modalità previste dalla legge o dai regolamenti applicabili, Lei ha il diritto di:

- Accedere ai suoi dati personali e conoscerne l'origine, le finalità e gli scopi del trattamento, i dati del(i) titolare(i) del trattamento, del(i) responsabile(i) del trattamento e i soggetti a cui potranno essere divulgati;
- Revocare il suo consenso in qualunque momento, nel caso in cui il consenso costituisca la base del trattamento;
- Aggiornare o rettificare i suoi dati personali in modo che siano sempre esatti;
- Richiedere la cancellazione dei suoi dati personali dai nostri archivi nel caso in cui non siano più necessari per le finalità indicate in precedenza;
- Limitare il trattamento dei suoi dati personali in talune circostanze, ad esempio laddove ne abbia contestato l'esattezza, per il periodo necessario a svolgere le opportune verifiche;
- Opporsi al trattamento dei suoi dati personali nei casi previsti dalla normativa;
- Ottenere i suoi dati personali in formato elettronico, per Lei o per il suo nuovo assicuratore;
- Presentare un reclamo presso di noi e/o l'autorità competente incaricata della protezione dei dati.

Potrà esercitare i suddetti diritti contattandoci come indicato nel dettaglio nella sezione 9, fornendo nome, indirizzo e-mail, numero di polizza e scopo della richiesta.

7. Come può opporsi al trattamento dei suoi dati personali?

Se consentito dalla legge o dai regolamenti applicabili, Lei ha il diritto di opporsi al trattamento dei suoi dati personali o di richiederci di interromperlo.

A seguito della sua richiesta, non potremo più procedere al trattamento dei suoi dati personali salvo nel caso in cui le leggi e i regolamenti lo consentano.

È possibile esercitare questo diritto con le medesime modalità indicate per tutti gli altri diritti citati nella sezione 6.

8. Per quanto tempo conserviamo i suoi dati personali?

Conserveremo i suoi dati personali nello specifico come dettagliato di seguito:

- ✓ Dati relativi alla polizza - 10 [dieci] anni dalla data di cessazione del rapporto assicurativo ai sensi della normativa prevista dal Codice Civile.
- ✓ Dati relativi a reclami e sinistri anche per la finalità di prevenzione delle frodi - 10 [dieci] anni dalla data di chiusura di eventuali sinistri ai sensi della normativa prevista dal Codice Civile.
- ✓ Dati necessari per la tenuta delle registrazioni contabili – 10 [dieci] anni, ai sensi dell'art. 2220 c.c.
- ✓ Dati relativi alla verifica di qualità del servizio – 1 (uno) anno dal sondaggio

Non conserveremo i suoi dati personali più a lungo del necessario, e in ogni caso unicamente per le finalità per cui li abbiamo ottenuti.

9. In che modo può contattarci?

In caso di domande in merito alle modalità di utilizzo dei suoi dati personali, potrà contattarci tramite e-mail o posta:

AWP P&C S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Data Protection Officer
Viale Brenta 32
20139 MILANO
E-mail: **privacyAzP_ITA@allianz.com**

10. Quanto spesso aggiorniamo l'informativa per la privacy?

La presente informativa è sottoposta regolarmente a revisione. Le comunicheremo direttamente eventuali modifiche di rilievo che potrebbero essere di suo interesse. La presente informativa per la privacy è stata aggiornata a Ottobre 2023.