

Contratto di assicurazione sulla vita di puro rischio

**PROTEGGE a capitale decrescente**

## Set informativo

Edizione aprile 2019  
Tariffe: 12\_05\_AZB

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.

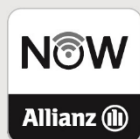
**Il prodotto è conforme alle Linee guida "Contratti Semplici e Chiari"**

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

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

**Allianz** 

Servizio Clienti



**AllianzNOW, la tua protezione in tempo reale.**

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

Scarica l'App



## Assicurazione sulla vita di puro rischio

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

Impresa: Allianz S.p.A.

Prodotto: Protegge a capitale Decrescente

data di realizzazione: 01/04/2019

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 decesso dell'Assicurato prima della Scadenza contrattuale.

### Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

#### a) Prestazione in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato prima della Scadenza contrattuale, la Società si impegna a corrispondere, ai Beneficiari designati dal Contraente, un capitale il cui valore decresce nel corso della durata contrattuale.

Il valore iniziale del capitale (Capitale iniziale assicurato), decresce di un importo costante ogni anno oppure, a richiesta del Contraente, alla Scadenza di ogni mese, trimestre, quadrimestre o semestre successivo alla data di decorrenza del contratto.

Il Capitale assicurato iniziale, indicato in Polizza, non potrà essere in ogni caso inferiore a 25.000,00 euro.

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

### Che cosa non è assicurato?

- ✘ Non sono assicurabili i soggetti di età inferiore ai 18 anni e superiore a 80 anni.
- ✘ Non sono assicurabili i soggetti che hanno la residenza al di fuori della Repubblica italiana.

### Ci sono limiti di copertura?

- ! **Esclusioni della garanzia principale** - per il dettaglio delle Esclusioni si rinvia al DIP aggiuntivo Vita alla sezione "Ci sono limiti di copertura?".
- ! **Esclusioni della garanzia complementare infortuni** - per il dettaglio delle Esclusioni si rinvia al DIP aggiuntivo Vita alla sezione "Ci sono limiti di copertura?".
- ! **Carenza** - viene applicato un periodo di Carenza di 6 mesi o 5 anni dalla data di Decorrenza del contratto, durante il quale la Società non garantisce la prestazione assicurata.  
Per un maggior dettaglio si rinvia al DIP aggiuntivo Vita alla sezione "Ci sono limiti di copertura?".

### Dove vale copertura?

- ✓ Tutte le coperture valgono senza alcun limite territoriale, **fatta eccezione** per il decesso verificatosi 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](http://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 dovrai inviare preventivamente alla Società tutti i documenti necessari a verificare l'obbligo di pagamento e ad individuare correttamente gli aventi diritto. La consegna dei documenti potrà essere effettuata, per comodità degli aventi diritto, presso l'Agenzia che ha in gestione il contratto o comunque presso una qualsiasi Agenzia della Società, facendo espresso riferimento alla Polizza ed unitamente alla richiesta di liquidazione. È altresì consentito l'invio della documentazione a mezzo posta stessa indirizzata a: Allianz S.p.A. - Ufficio Vita - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste. Per il dettaglio della documentazione da consegnare si rinvia al DIP aggiuntivo Vita alla sezione "Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?".



### Quando e come devo pagare?

La prestazione assicurata è garantita previo pagamento alla Società, da parte del Contraente di un premio annuo, di importo costante. Il Premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età dell'Assicurato, al suo stato di salute, alle attività professionali svolte e alle sue abitudini di vita.

Il versamento del premio di perfezionamento viene effettuato all'atto della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

I premi successivi al premio di perfezionamento devono essere versati ad ogni ricorrenza annuale della data di decorrenza e comunque non oltre la morte dell'Assicurato.

La durata del pagamento dei premi è indicata in polizza ed è sempre inferiore alla durata contrattuale.

Il pagamento del premio annuo può essere frazionato in rate mensili, trimestrali o semestrali. In tal caso il pagamento dei premi viene effettuato rispettivamente ad ogni ricorrenza mensile, trimestrale o semestrale della data di decorrenza. In caso di frazionamento del premio annuo, le rate in cui viene suddiviso il premio annuo sono maggiorate dell'addizionale di frazionamento (interesse di frazionamento).

Il premio relativo al primo anno di durata del contratto, anche se frazionato, è dovuto per intero.

L'importo del premio di perfezionamento è indicato in polizza



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

La durata del contratto non può essere inferiore ad 1 anno né superiore a 30 anni, avuto riguardo all'età dell'Assicurato che, alla Decorrenza del contratto, deve essere almeno pari a 18 anni e, alla Scadenza contrattuale, non superiore a 80 anni. Il contratto si intende 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. La copertura termina alla data di Scadenza indicata in Proposta e Polizza.



### 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 - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste.

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. - Ufficio Vita - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste.

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.



### Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

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 puro rischio

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

Impresa: Allianz S.p.A.

Prodotto : Protegge Decrescente

data di realizzazione: 01/04/2019

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 – denominata nel seguito "Società" – è:

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

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2017 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:

- il patrimonio netto della Società, pari a 2.563 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 1.462 milioni di euro.

Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria della Società (SFCR), disponibile sul sito internet della Società [www.allianz.it](http://www.allianz.it), e si riportano di seguito gli importi (in migliaia di euro):

- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 2.377.259 ;
  - del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a 1.069.767;
  - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 5.126.592;
  - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR): pari a 5.126.592;
- e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) della Società, pari a 216%.

Al contratto si applica la legge italiana.



### Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

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



### 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 escluso dalla copertura assicurativa della garanzia principale il decesso causato:**

- a) da dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- b) da partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) da partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, operazioni di pace, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare. Nel caso in cui l'Assicurato non abbia preso parte attiva ad uno o più degli atti suindicati e si dovesse già trovare nel territorio interessato al momento in cui tali eventi sono cominciati, la copertura si intende operante per 14 giorni dal loro inizio; dopodiché, se la minaccia derivante da tali eventi sia continuativa e persistente, il decesso è escluso dalla copertura fintanto che l'Assicurato rimanga nel territorio interessato. L'esistenza di una delle suddette situazioni già al momento dell'arrivo dell'Assicurato in un determinato territorio, e sempreché la minaccia derivante sia continuativa e persistente, comporta invece l'esclusione immediata della

copertura;

- d) dall'uso, anche come passeggero:
- di aeromobili in genere, fatta eccezione per il decesso dell'Assicurato in qualità di passeggero durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti;
  - di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
  - di aeromobili di aeroclubs;
  - di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (come ad esempio: deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
- e) da suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale Riattivazione del contratto;
- f) da eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche;
- g) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- h) dalla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- i) da eventi avvenuti in uno qualunque dei paesi per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere il viaggio. L'indicazione è rilevabile sul sito internet [www.viaggiasesicuri.it](http://www.viaggiasesicuri.it) (o sito sostitutivo del Ministero degli esteri). Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.

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

#### **Esclusioni della garanzia complementari Infortuni**

La garanzia non è operante quando l'infortunio dipenda, direttamente o indirettamente, da:

- stati di ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- atti illeciti commessi dolosamente dall'Assicurato;
- movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, operazioni di pace, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare. Nel caso in cui l'Assicurato non abbia preso parte attiva ad uno o più degli atti suindicati e si dovesse già trovare nel territorio interessato al momento in cui tali eventi sono cominciati, la copertura si intende operante per 14 giorni dal loro inizio; dopodiché, se la minaccia derivante da tali eventi sia continuativa e persistente, il decesso è escluso dalla copertura fintanto che l'Assicurato rimanga nel territorio interessato. L'esistenza di una delle suddette situazioni già al momento dell'arrivo dell'Assicurato in un determinato territorio, e sempreché la minaccia derivante sia continuativa e persistente, comporta invece l'esclusione immediata della copertura;
- esposizione a forme di radioattività artificiale;
- operazioni chirurgiche, accertamenti e trattamenti medici non resi necessari da infortunio;
- imprese inusuali o temerarie;
- pratica delle professioni di: titolare o dipendente con lavoro manuale in cantiere edile o di sistemazione idraulica; vigile del fuoco;
- pratica dei seguenti sport: alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci/snowboard alpinismo, sci o snowboard acrobatico e/o estremo, bob, skeleton, immersione subacquee con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere, pugilato, kickboxing, vela con traversate oceaniche, sport estremi (base jumping, bungee jumping, rafting, canyoning/torrentismo, hydrospeed, kitesurf, downhill, tuffi da scogliere/cliff diving);
- uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- uso, anche come passeggero:
  - di aeromobili in genere, fatta eccezione per gli infortuni che l'Assicurato subisca 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);
- insurrezioni o risse (salvo i casi di legittima difesa);
- 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](http://www.viaggiasesicuri.it) (o sito sostitutivo del Ministero degli esteri). Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.

#### **Carenza**

Nel caso in cui l'Assicurato decida di non sottoporsi alla visita medica (e sempreché la Società non ritenga indispensabile la sottoposizione dello stesso agli accertamenti sanitari), viene applicato un periodo di Carenza di 6 mesi dalla data di Decorrenza del contratto, durante il quale la Società non garantisce la prestazione assicurata, ma si limita - al verificarsi

dell'evento assicurato - a restituire i Premi versati al netto delle imposte relative all'eventuale copertura complementare. La Società corrisponde integralmente la prestazione assicurata solo nel caso in cui, durante il periodo di Carenza, il decesso avvenga per conseguenza diretta:

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

Il periodo di Carenza si estende a 5 anni dalla data di Decorrenza del contratto qualora il decesso sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS). In particolare, nel caso in cui l'Assicurato non si sia sottoposto a visita medica (ed agli esami clinici richiesti dalla Società e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività) ed il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dalla data di Decorrenza del contratto e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà corrisposto. In suo luogo, qualora il contratto risulti in regola con il pagamento dei Premi, sarà corrisposta una somma pari ai Premi versati al netto delle eventuali imposte relative alle coperture complementari.

Qualora l'Assicurato accetti di sottoporsi preventivamente a visita medica, non è applicato il periodo di Carenza di 6 mesi.



## Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

### Cosa fare in caso di evento?

#### *Denuncia di sinistro:*

Nel caso di decesso dell'Assicurato gli aventi diritto dovranno far pervenire alla Società 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 – potrà essere presentata **presso l'Agenzia che ha in gestione il contratto o comunque presso una qualsiasi Agenzia della Società, facendo espresso riferimento alla Polizza** è altresì consentito l'invio della documentazione a mezzo posta stessa indirizzata a: Allianz S.p.A. - Ufficio Vita - Largo Ugo Imeri, 1 - 34123 Trieste.

La richiesta di liquidazione deve sempre pervenire alla Società **in originale**, sottoscritta dai Beneficiari o da coloro che ne hanno la rappresentanza legale. Deve contenere gli estremi per l'accredito dell'importo dovuto dalla Società.

I documenti necessari da consegnare sono i seguenti:

- certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- relazione del medico curante (medico di famiglia) sull'Assicurato, che indichi nel dettaglio le informazioni cliniche utili a sostenere la richiesta di liquidazione e ad illustrare la causa del decesso e lo stato clinico dell'Assicurato stesso. Tale relazione potrà essere effettuata anche utilizzando l'apposito modulo predisposto dalla Società, riportato in calce alle presenti Condizioni di assicurazione e reperibile presso la rete di vendita, per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie;
- qualora l'Assicurato coincida con il Contraente, dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata in Comune, dinanzi al Notaio o presso il Tribunale che specifichi se il Contraente ha lasciato o meno testamento. In caso di esistenza di testamento, deve esserne consegnata copia autenticata o relativo verbale di pubblicazione e la suddetta dichiarazione sostitutiva deve riportarne gli estremi identificativi precisando altresì che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato.

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

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

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



	<p>- qualora uno dei Beneficiari sia minore di età o incapace, <u>decreto del Giudice Tutelare</u> contenente l'autorizzazione in capo al rappresentante legale dei minori o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero della Società da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa. La Società, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. cartelle cliniche, verbale 118, ecc.)</p> <p><b>Prescrizione:</b> 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. 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><b>Liquidazione della prestazione:</b> Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la Società provvede alla liquidazione dell'importo dovuto <b>entro 30 giorni</b> dalla data di ricevimento della documentazione suindicata presso la propria sede (ovvero dalla data di ricevimento presso la rete di vendita, se anteriore). Decorso il termine dei 30 giorni sono dovuti gli interessi legali a favore degli aventi diritto. Gli interessi sono calcolati a partire dal giorno in cui la Società è entrata in possesso della documentazione completa.</p>
<p><b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b></p>	<p>Le dichiarazioni inesatte e le reticenze, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, possono comportare, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892,1893 del Codice Civile, da parte della Società:</p> <p>a) nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il rifiuto, in caso di sinistro, di qualsiasi pagamento;</li> <li>- la contestazione della validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui la Società stessa ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;</li> </ul> <p>b) nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la riduzione, in caso di sinistro, del capitale assicurato in relazione al maggior rischio accertato;</li> <li>- la facoltà di recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.</li> </ul> <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?


<p><b>Premio</b></p>	<p>I Premi potranno essere pagati con le seguenti modalità. Per quanto riguarda il <b>Premio di perfezionamento</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità;</li> <li>■ bonifico bancario;</li> <li>■ disinvestimento da OICR istituiti e gestiti da Società del Gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A.;</li> <li>■ reinvestimento del capitale proveniente da un contratto Vita preesistente, che non si configuri come operazione di trasformazione.</li> </ul> <p>I <b>Premi successivi al primo</b> versamento potranno essere pagati anche con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ bollettino postale (in tal caso verrà considerata come data di pagamento del Premio quella apposta dall'ufficio postale);</li> <li>■ SDD (Sepa Direct debit) attivabile in funzione dei tempi tecnici necessari per l'avvio dell'operazione, e con la periodicità prevista (annuale, semestrale, trimestrale e mensile).</li> </ul> <p>La Società non si assume alcuna responsabilità in caso di utilizzo di mezzi di pagamento diversi da quelli previsti.</p> <p>-</p>
<p><b>Rimborso</b></p>	<p>In caso di Revoca della Proposta o di Recesso del contratto, entro 30 giorni dalla data di</p>




	ricezione della comunicazione di revoca o Recesso la Società è tenuta a rimborsare il Premio corrisposto che in caso di Recesso sarà al netto: delle eventuali imposte, della parte di Premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto nonché delle spese di emissione del contratto effettivamente sostenute e quantificate nella Proposta di assicurazione e nella Polizza.
<b>Sconti</b>	Non sono previsti sconti di Premio.

 <b>Quando comincia la copertura e quando finisce?</b>	
<b>Durata</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
<b>Sospensione</b>	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.

 <b>Come posso revocare la Proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?</b>	
<b>Revoca</b>	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 - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste. Le somme versate ti verranno restituite dalla Società entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.
<b>Recesso</b>	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. - Ufficio Vita - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste. Entro 30 giorni dal ricevimento della predetta comunicazione di Recesso la Società è tenuta a rimborsare il Premio corrisposto al netto: delle eventuali imposte, della parte di Premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto nonché delle spese di emissione del contratto effettivamente sostenute e quantificate nella Proposta di assicurazione e nella Polizza.
<b>Risoluzione</b>	Puoi risolvere il contratto interrompendo il pagamento dei Premi (se è previsto il pagamento di un Premio annuo). 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. In tale caso i Premi versati restano definitivamente acquisiti alla Società.

 <b>A chi è rivolto questo prodotto ?</b>	
<p>Il prodotto è rivolto a chi vuole garantire ai Beneficiari un capitale in caso di prematura scomparsa dell'assicurato, durante un determinato periodo di tempo. Ad esempio, un genitore può proteggere i figli fino al raggiungimento della maggiore età, con un capitale in caso di sua premorienza. Il prodotto può essere sottoscritto a partire dai 18 anni di età e fino ai 79, previo superamento di un questionario sanitario o di una visita medica. L'età massima alla Scadenza della copertura è di 80 anni.</p>	

 <b>Quali costi devo sostenere?</b>	
<p><u>Costi gravanti sul Premio</u>            Per i contratti stipulati senza visita medica dell'Assicurato non sono previste spese di emissione, mentre per i contratti stipulati con visita medica obbligatoria.            Se il contratto viene stipulato previa visita medica obbligatoria dell'Assicurato, le predette spese di 50 euro saranno incrementate di un importo pari alla differenza tra il costo per la visita medica (relativo a fatture intestate ad Allianz S.p.A. e presentate alla stessa per il relativo pagamento) e il contributo massimo offerto dalla Società stessa, come meglio specificato al punto successivo "Costo per la visita medica".</p> <p><u>Costo per la visita medica</u>            Per capitali assicurati fino a 250.000,00 euro, è sufficiente la compilazione del questionario sanitario da parte dell'Assicurato e pertanto non è previsto alcun costo per la visita medica.            Per capitali assicurati superiori a 250.000,00 euro, è necessario che l'Assicurato si sottoponga a visita medica. Ciò comporta la compilazione del rapporto di visita medica e l'effettuazione degli accertamenti sanitari richiesti dalla Società per l'assunzione del rischio, che variano a seconda dell'ammontare del capitale assicurato, e dell'età dell'Assicurato.            In questo caso la società offre un contributo che varia a seconda dell'ammontare del capitale assicurato e dell'età dell'Assicurato, come indicato nella seguente tabella:</p>	

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

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

Il costo per la visita medica eccedente il contributo massimo offerto dalla Società (indicato nella precedente tabella) è a carico dell'Assicurato. L'imputazione di tale costo, nel caso in cui le fatture siano intestate ad Allianz S.p.A., avviene tramite incremento delle spese di emissione.

#### AVVERTENZE:

- nel caso in cui le fatture relative alla visita medica non siano intestate ad Allianz S.p.A., il costo per la visita medica è a totale carico dell'Assicurato, e quest'ultimo non può usufruire del contributo;
- il costo per la visita medica è pari alla tariffa applicata dalla struttura medica a cui si è rivolto l'Assicurato;
- le spese di emissione sono quantificate nella Proposta di assicurazione e nella Polizza ed incrementate del predetto ed eventuale importo pari alla differenza tra il costo relativo alla visita medica e il contributo massimo offerto dalla Società.

A prescindere dal capitale assicurato, l'Assicurato di età superiore a 65 anni si dovrà sottoporre a visita medica. Anche in questo caso si applicano le predette condizioni relative ai costi e al contributo offerto dalla Società.

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

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

Caricamento

Costo fisso

30 euro

Costo variabile

9,8% del Premio annuo al netto delle spese di emissione e del costo fisso


Addizionale di frazionamento

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

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

Quota parte percepita dagli intermediari

La quota parte percepita in media dagli intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari al 59,9%.

 Sono previsti riscatti o riduzioni? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
Valori di riscatto e riduzione	<p>Non è previsto l'esercizio del diritto di riscatto e non si riconosce un valore di riduzione.</p> <p>Nel caso sia stato interrotto il pagamento dei premi annui, entro sei mesi dalla data di interruzione del pagamento premi, hai comunque facoltà di riattivare il contratto. La Riattivazione è possibile previa corresponsione di tutti i premi arretrati aumentati degli interessi legali calcolati in funzione del periodo di tempo intercorso tra le rispettive date di Scadenza del pagamento del Premio e la data di ripresa del versamento del Premio.</p> <p>Qualora siano trascorsi sei mesi dalla data di interruzione del pagamento dei Premi, la Riattivazione può avvenire solo dietro tua espressa richiesta scritta ed accettazione scritta della Società, che si riserva di richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere in merito alla possibilità di Riattivazione.</p> <p>La facoltà di Riattivazione del contratto non è in ogni caso esercitabile trascorsi 24 mesi dalla Scadenza del Premio annuo o della prima rata di Premio non pagata.</p>
Richiesta di informazioni	<p>Il Contraente può richiedere informazioni sul suo contratto all'Agenzia di riferimento oppure direttamente per iscritto alla Società, Pronto Allianz – Servizio Clienti, Piazza Tre Torri, 3 20145 Milano. Numero Verde: 800.68.68.68 / Fax 02.7216.9145, oppure inviando una comunicazione via e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica: <a href="mailto:allianz.it/prontoallianz.it">allianz.it/prontoallianz.it</a></p>

<b>COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?</b>	
All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto (posta o e-mail) a <b>Allianz S.p.A. - Pronto Allianz Servizio Clienti - Piazza Tre Torri n.3, 20145 Milano - Indirizzo e-mail: <a href="mailto:reclami@allianz.it">reclami@allianz.it</a></b> o tramite il link presente sul sito internet della Società <b><a href="http://www.allianz.it/reclami">www.allianz.it/reclami</a></b>.</p> <p>Al reclamo, che verrà riportato in apposito registro elettronico, sarà dato riscontro nel termine massimo di 45 giorni dal ricevimento. Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni, per le necessarie integrazioni istruttorie.</p> <p>I reclami relativi al solo comportamento degli Intermediari iscritti nella sezione B o D del Registro Unico degli Intermediari (Banche o Broker) e loro dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essere a questi direttamente indirizzati. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire ad Allianz S.p.A. la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni.</p> <p>I reclami c.d. "misti", vale a dirsi quelli relativi al contratto o servizio assicurativo riferiti sia al comportamento dell'intermediario e dei suoi dipendenti e collaboratori, sia alla Società, verranno trattati da Allianz e dall'intermediario, ciascuno per la parte di propria spettanza e separatamente riscontrati al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.</p>
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: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a>. Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a></p>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
Mediazione (OBBLIGATORIA)	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a>. (Legge 9/8/2013, n. 98)</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Nel caso di lite transfrontaliera, tra un Contraente/Assicurato avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede legale in un altro stato membro, il Contraente/Assicurato può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando il reclamo direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (individuabile accedendo al sito</p>

	internet <a href="http://www.ec.europa.eu/fin-net">http://www.ec.europa.eu/fin-net</a> ), oppure, se il Contraente/Assicurato ha domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS che provvede all'inoltro al sistema estero competente, dandone notizia al reclamante.
--	--

REGIME FISCALE	
<b>Trattamento fiscale applicabile al contratto</b>	<p><u>Imposta sui Premi</u> I Premi pagati per le assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad alcuna imposta. I Premi pagati per le assicurazioni complementari infortuni abbinate alle assicurazioni sulla vita - sono soggetti ad imposta nella misura del 2,5%.</p> <p><u>Detraibilità fiscale dei Premi</u> Sui Premi pagati per le assicurazioni sulla vita di "puro rischio", intendendosi per tali le assicurazioni aventi ad oggetto esclusivo i rischi di morte e di invalidità permanente (in misura non inferiore al 5%), viene riconosciuta annualmente 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 massimo di Premi pagati nell'anno pari a 530 euro (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). In caso di Assicurato diverso da Contraente, per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato risulti fiscalmente a carico del Contraente stesso. Ai fini della detrazione d'imposta devono essere considerati, oltre ai Premi pagati per le assicurazioni sopra indicate, anche eventuali Premi pagati per le assicurazioni sulla vita o per le assicurazioni infortuni stipulate anteriormente al 1 gennaio 2001.</p> <p><u>Tassazione delle somme assicurate</u> Le somme dovute dalla Società in dipendenza del contratto sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni. 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 CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO 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 NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO**

## Condizioni di assicurazione

### PAGINA DI PRESENTAZIONE

Pagina

#### GARANZIA PRINCIPALE

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

Art. 1 Prestazioni assicurative .....3

##### *Ci sono limiti di copertura?*

Art. 2 Limitazioni della prestazione in caso di decesso .....3

##### *Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?*

Art. 3 Denuncia di Sinistro.....4

Art. 4 Pagamenti della Società .....5

Art. 5 Prescrizione .....5

Art. 6 Dichiarazione del Contraente e dell'Assicurato .....5

Art. 7 Cambiamento della professione dell'Assicurato .....6

##### *Quando e come devo pagare?*

Art. 8 Premi .....6

##### *Quando comincia la copertura e quando finisce?*

Art. 9 Conclusione del contratto – Entrata in vigore dell'assicurazione .....7

Art. 10 Durata .....7

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

Art. 11 Revoca della Proposta.....7

Art. 12 Diritto di recesso .....7

Art. 13 Mancato pagamento del Premio annuo: risoluzione .....7

##### *Sono previsti riscatti e riduzioni?*

Art. 14 Riscatto e riduzione.....7

Art. 15 Ripresa del pagamento del Premio: Riattivazione .....7

##### *Altre informazioni*

Art. 16 Beneficiari .....8

Art. 17 Non pignorabilità e non sequestrabilità .....8

Art.18 Cessione e vincolo .....8

Art. 19 Tasse e imposte.....8

Art.20 Foro competente .....8

Art.21 Legge applicabile al contratto .....8

#### GLOSSARIO

## Condizioni di assicurazione

### PAGINA DI PRESENTAZIONE

Gentile Contraente,

in questa pagina troverai una breve illustrazione del prodotto.

Protegge Decrescente è una Polizza vita temporanea caso morte di Allianz, a capitale decrescente, che garantisce un capitale ai Beneficiari da te designati in caso di tua scomparsa durante il periodo di validità della copertura.

Il prodotto ti permette di decidere liberamente:

- i Beneficiari di Polizza;
- l'importo del capitale assicurato;
- la durata della copertura.

Potrai detrarre il Premio nella misura prevista dalla normativa in vigore.

Come previsto dalla normativa vigente, il capitale assicurato è impignorabile e insequestrabile, è escluso dall'asse ereditario e dal reddito imponibile ai fini IRPEF.

Ti segnaliamo che il contratto prevede cause di esclusione e di limitazione della prestazione per il caso di decesso, secondo le modalità e nei limiti previsti dall'articolo 2 delle Condizioni di assicurazione.

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

Il prodotto può essere sottoscritto a partire dai 18 anni di età e fino ai 79 anni.

L'età massima alla Scadenza della copertura è di 80 anni.

Richiamiamo, infine, la tua attenzione sul fatto che il presente contratto non prevede l'esercizio del diritto di riscatto e non riconosce un valore di riduzione.

Per qualsiasi richiesta contattaci, siamo a tua disposizione.

## Condizioni di assicurazione

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE A CAPITALE DECRESCENTE  
(TARIFFA 12\_05)

### *Che cos'è assicurato? Qual è la prestazione assicurata?*

#### **Art. 1. Prestazioni assicurative**

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

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

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

### *Ci sono limiti di copertura?*

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

##### 2.1 Esclusioni

**È escluso dalla copertura assicurativa soltanto il decesso causato:**

- a) da dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- b) da partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) da partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, operazioni di pace, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare. Nel caso in cui l'Assicurato non abbia preso parte attiva ad uno o più degli atti suindicati e si dovesse già trovare nel territorio interessato al momento in cui tali eventi sono cominciati, la copertura si intende operante per 14 giorni dal loro inizio; dopodiché, se la minaccia derivante da tali eventi sia continuativa e persistente, il decesso è escluso dalla copertura fintanto che l'Assicurato rimanga nel territorio interessato. L'esistenza di una delle suddette situazioni già al momento dell'arrivo dell'Assicurato in un determinato territorio, e sempreché la minaccia derivante sia continuativa e persistente, comporta invece l'esclusione immediata della copertura;
- d) dall'uso, anche come passeggero:
  - di aeromobili in genere, fatta eccezione per il decesso dell'Assicurato in qualità di passeggero durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti;
  - di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
  - di aeromobili di aeroclubs;
  - di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (come ad esempio: deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
- e) da suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale Riattivazione del contratto;
- f) da eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche;
- g) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- h) dalla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- i) da eventi avvenuti in uno qualunque dei paesi per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere il viaggio. L'indicazione è rilevabile sul sito internet [www.viaggiareassicuri.it](http://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 a), per il quale non è prevista alcuna prestazione, la Società si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente la somma dei versamenti effettuati al netto di eventuali imposte e diritti.

##### 2.2 Carenza

Nel caso in cui l'Assicurato decida di non sottoporsi alla visita medica (e sempreché la Società non ritenga indispensabile la sottoposizione dello stesso agli accertamenti sanitari), viene applicato un **periodo di Carenza di 6 mesi dalla data di perfezionamento del contratto, durante il quale la Società non garantisce la prestazione assicurata**, ma si limita - al verificarsi dell'evento assicurato - a restituire i premi versati al netto delle imposte relative all'eventuale copertura



## Condizioni di assicurazione

complementare. Qualora il contratto sia stato concluso in sostituzione di uno o più precedenti contratti - espressamente richiamati nella Proposta di assicurazione e nella Polizza - l'applicazione della Carenza di 6 mesi avverrà tenendo conto delle rispettive date di conclusione, dei contratti sostituiti. Nel caso in cui il nuovo capitale assicurato fosse superiore al capitale assicurato dal contratto sostituito il periodo di Carenza trova applicazione solo alla parte di capitale eccedente.

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

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

**Il periodo di Carenza si estende a 5 anni dalla data di perfezionamento del contratto qualora il decesso sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS). In particolare, nel caso in cui l'Assicurato non si sia sottoposto a visita medica (ed agli esami clinici richiesti dalla Società e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività) ed il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dal perfezionamento del contratto e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà corrisposto.** In suo luogo, qualora il contratto risulti al corrente con il pagamento dei premi, sarà corrisposta una somma pari ai premi versati al netto delle eventuali imposte relative alle coperture complementari.

Qualora il contratto sia stato concluso in sostituzione di uno o più precedenti contratti - espressamente richiamati nella Polizza - **l'applicazione della Carenza di cinque anni per AIDS**, avverrà tenendo conto delle rispettive date di conclusione, dei contratti sostituiti. Nel caso il nuovo capitale assicurato fosse superiore al capitale assicurato dal contratto sostituito, il periodo di Carenza trova applicazione solo alla parte di capitale eccedente.

**Per contratti con capitale assicurato superiore a 250.000,00 (duecentocinquantamila) euro, l'Assicurato deve in ogni caso sottoporsi alla visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società e pertanto la copertura assicurativa è immediatamente operante (assenza di Carenza).**

Qualora l'Assicurato accetti di sottoporsi preventivamente a visita medica, non viene applicato il suddetto periodo di Carenza di 6 mesi.

### *Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?*

#### **Art. 3. Denuncia del Sinistro**

Nel caso avvenga il decesso dell'Assicurato gli aventi diritto **dovranno far pervenire alla Società** 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 - potrà essere presentata, **presso l'Agenzia che ha in gestione il contratto o comunque presso una qualsiasi Agenzia della Società, facendo espresso riferimento alla Polizza.**

**È altresì consentito l'invio** della documentazione a mezzo posta stessa indirizzata a: Allianz S.p.A. - Ufficio Vita - Largo Ugo Inneri, 1 - 34123 Trieste.

La richiesta di liquidazione deve sempre pervenire alla Società in **originale**, sottoscritta dai Beneficiari o da coloro che ne hanno la rappresentanza legale, unitamente a copia fronte-retro di un valido documento di identità di ciascuno di essi riportante firma visibile, e alla **documentazione attestante il conferimento dei poteri di firma e rappresentanza** in capo al soggetto indicato quale rappresentante legale.

Deve contenere gli estremi per l'accredito dell'importo dovuto dalla Società e - al fine di agevolare gli aventi diritto nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie - può essere formulata utilizzando la modulistica disponibile presso la rete di vendita della Società.

I documenti necessari a verificare l'obbligo di pagamento e la corretta individuazione degli aventi diritto che devono essere consegnati in copia sono i seguenti:

- certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- relazione del medico curante (medico di famiglia) sull'Assicurato, che indichi nel dettaglio le informazioni cliniche utili a sostenere la richiesta di liquidazione e ad illustrare la causa del decesso e lo stato clinico dell'Assicurato stesso. Tale relazione potrà essere effettuata anche utilizzando l'apposito modulo predisposto dalla Società, 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;

## Condizioni di assicurazione

- 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. In caso di esistenza di testamento, deve esserne consegnata copia autenticata o relativo verbale di pubblicazione e la suddetta dichiarazione sostitutiva deve riportarne gli estremi identificativi precisando altresì che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato.

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

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

Limitatamente ai casi in cui sussista la necessità di svolgere approfondimenti circa la legittimazione dell'avente diritto e/o la corretta erogazione del dovuto, la Società potrà richiedere, al posto della dichiarazione sostitutiva, l'atto di notorietà 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 della Società da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa.

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

Resta inteso che, la Società 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 alla Società per esigenze legate ad un contenzioso o a seguito di richiesta delle Autorità Competenti.

La Società provvederà a proprie spese alla restituzione degli originali agli aventi diritto o ai loro rappresentanti legali, una volta cessata l'esigenza di trattenerli.

### Art. 4. Pagamenti della Società

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la Società provvede alla liquidazione dell'importo dovuto 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), per quanto riguarda il pagamento dovuto in caso di decesso dell'Assicurato.

La Società 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 la Società è entrata in possesso della documentazione completa.

### Art. 5. Prescrizione

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.

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

### Art. 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 la Società non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, possono comportare, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892, 1893 del Codice Civile, da parte della Società:

a) **nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave:**

- il rifiuto, in caso di Sinistro, di qualsiasi pagamento;

- la contestazione della validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui la Società stessa ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;

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

## Condizioni di assicurazione

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

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

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

### Art. 7. Cambiamento di professione dell'Assicurato

*I cambiamenti di professione o di attività dell'Assicurato devono essere comunicati alla Società* con lettera raccomandata A.R. e la società, entro 15 giorni dalla ricezione della stessa, deve dichiarare se intende far cessare gli effetti del contratto ovvero ridurre la somma assicurata o elevare il Premio ai sensi e per gli effetti dell'art.1926 del C.C.:

- qualora i cambiamenti di professione siano di tale natura che, se il nuovo stato di cose fosse esistito all'atto della stipula del contratto, la Società non avrebbe consentito l'assicurazione quest'ultima cessa di avere effetto;
- qualora invece i cambiamenti di professione siano di tale natura che, se il nuovo stato di cose fosse esistito all'atto della stipula, la Società avrebbe consentito l'assicurazione per un Premio più elevato, il pagamento della somma assicurata è ridotto in proporzione del Premio convenuto in confronto di quello che sarebbe stato stabilito ovvero viene elevato il Premio.

Se la Società dichiara di voler modificare il contratto (elevando il Premio o riducendo la somma assicurata), l'Assicurato, entro 15 giorni successivi, dalla ricezione della comunicazione/dichiarazione della Compagnia, deve dichiarare se intende accettare la proposta; in caso di mancata accettazione della stessa il contratto è risolto, salvo il diritto della Società al Premio relativo al periodo di assicurazione in corso.

La mancata comunicazione del cambiamento di professione o di attività dell'Assicurato comporta l'applicazione di quanto previsto al precedente articolo 6 relativamente alle dichiarazioni inesatte e reticenti.

### Quando e come devo pagare?

#### Art. 8. Premi

Le prestazioni assicurate di cui all'art.1 sono garantite previo pagamento alla Società, da parte del Contraente di un Premio annuo, di importo costante. Il versamento del Premio di perfezionamento viene effettuato all'atto della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

I premi successivi al Premio di perfezionamento devono essere versati ad ogni ricorrenza annuale della data di decorrenza e comunque non oltre la morte dell'Assicurato.

La durata del pagamento dei premi è indicata in polizza ed è sempre inferiore alla durata contrattuale.

Il pagamento del Premio annuo può essere frazionato in rate mensili, trimestrali o semestrali. In tal caso il pagamento dei premi viene effettuato rispettivamente ad ogni ricorrenza mensile, trimestrale o semestrale della data di decorrenza. In caso di frazionamento del Premio annuo, le rate in cui viene suddiviso il Premio annuo sono maggiorate dell'addizionale di frazionamento (interesse di frazionamento).

Il Premio relativo al primo anno di durata del contratto, anche se frazionato, è dovuto per intero.

I premi potranno essere pagati con le seguenti modalità.

#### Premio di perfezionamento:

- assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità;
- bonifico bancario;
- disinvestimento da OICR istituiti e gestiti da Società del Gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A.;
- reinvestimento del capitale proveniente da un contratto Vita preesistente, che non si configuri come operazione di trasformazione.

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

- bollettino postale (in tal caso verrà considerata come data di pagamento del Premio quella apposta dall'ufficio postale);
- SDD (Sepa Direct debit) attivabile in funzione dei tempi tecnici necessari per l'avvio dell'operazione, e con la periodicità prevista (annuale, semestrale, trimestrale e mensile).

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

Non sono ammesse modalità di pagamento diverse da quelle suddette.

L'importo del Premio di perfezionamento è indicato in polizza.

## Condizioni di assicurazione

### *Quando comincia la copertura e quando finisce?*

#### **Art. 9. Conclusione del contratto - Entrata in vigore dell'assicurazione**

Il Contraente prende atto che **la Società è libera di accettare o meno la Proposta di assicurazione**, secondo le modalità di seguito specificate. In caso di **accettazione** della Proposta da parte della Società, il contratto si intenderà concluso - sempreché la Società abbia ricevuto la Proposta sottoscritta dal Contraente nonché dall'Assicurato se persona diversa, e l'importo del Premio da lui stesso versato sia stato accreditato sul conto corrente dedicato alla Società - il giorno di effettivo accredito del Premio a favore della Società. Tale data sarà confermata al Contraente mediante invio da parte della Società di un'apposita comunicazione. A condizione che sia intervenuta la conclusione, il contratto produce effetti dalle ore 24 del giorno indicato sulla Polizza quale data di decorrenza, fatti salvi gli eventuali periodi di Carenza della copertura assicurativa previsti dalle Condizioni di assicurazione.

Il contratto sarà costituito dalla Proposta di assicurazione, dai documenti in essa richiamati, nonché dalla Polizza.

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

#### **Art. 10. Durata**

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

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

#### **Art. 11. Revoca della proposta**

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

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

#### **Art. 12. Diritto di recesso**

**Entro 30 giorni dall'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, da inviarsi **a mezzo lettera raccomandata A.R.** indirizzata a: Allianz S.p.A. - Ufficio Vita - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste, contenente gli elementi identificativi del contratto e indicando le coordinate bancarie ove effettuare il rimborso.

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

Entro 30 giorni dal ricevimento della predetta comunicazione di Recesso la Società è tenuta a rimborsare al Contraente il Premio da questi corrisposto al netto: delle imposte relative all'eventuale garanzia complementare, della parte di Premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, nonché delle spese di emissione del contratto effettivamente sostenute e quantificate nella Polizza.

#### **Art. 13. Mancato pagamento del Premio: risoluzione**

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, fatto salvo quanto previsto dell'articolo 15, la risoluzione del contratto.

Qualora il decesso dell'Assicurato si verifichi durante il suddetto Periodo di interruzione del pagamento del Premio, la prestazione da parte della Società non è dovuta.

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

### *Sono previsti riscatti e riduzioni?*

#### **Art. 14. Riscatto e riduzione**

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

#### **Art. 15. Ripresa del pagamento del Premio: Riattivazione**

Nel caso sia stato interrotto il pagamento dei premi, **entro sei mesi dalla data di interruzione del pagamento Premi**, il Contraente ha comunque facoltà di riattivare il contratto. La Riattivazione è possibile previa corresponsione di tutti i premi

## Condizioni di assicurazione

arretrati aumentati degli interessi legali calcolati in funzione del periodo di tempo intercorso tra le rispettive date di Scadenza del pagamento del Premio e la data di ripresa del versamento del Premio.

Qualora siano **trascorsi sei mesi** dalla data di interruzione del pagamento dei premi, la Riattivazione può avvenire solo dietro espressa richiesta scritta del Contraente ed accettazione scritta della Società, che si riserva di richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere in merito alla possibilità di riattivazione.

La Riattivazione del contratto, effettuata nei termini e secondo le modalità di cui sopra, ripristina con effetto dalle ore 24 del giorno del versamento dell'importo dovuto (premi arretrati e eventuali interessi legali) la copertura assicurativa con le prestazioni assicurative di cui all'art.1.

La facoltà di Riattivazione del contratto non è in ogni caso esercitabile trascorsi 24 mesi dalla Scadenza del Premio annuo o della prima rata di Premio non pagata.

Qualora nel periodo di interruzione del pagamento del Premio si verifichi il decesso dell'Assicurato, il Contraente o i suoi eredi non possono corrispondere i premi arretrati per riattivare il contratto e nulla è dovuto da parte della Società.

**In caso di mancato pagamento dei Premi e qualora non venga effettuata da parte del Contraente la Riattivazione nei termini sopraindicati, il contratto si intende definitivamente risolto e i premi versati restano definitivamente acquisiti alla Società.**

### *Altre informazioni*

#### **Art. 16. Beneficiari**

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

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

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

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

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

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

#### **Art. 17. Non pignorabilità e non sequestrabilità**

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

Sono salve, rispetto ai premi pagati, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni (art.1923, comma 2 del Codice Civile).

#### **Art. 18. Cessione e vincolo**

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, o vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci solo nel momento in cui la Società ne faccia annotazione sul documento di Polizza o su apposita appendice, che diviene parte integrante del contratto.

#### **Art. 19. Tasse e imposte**

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

#### **Art. 20. Foro competente**

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

#### **Art. 21. Legge applicabile al contratto**

Al contratto si applica la legge italiana.

## Condizioni di assicurazione

### GLOSSARIO

**Addizionale di frazionamento**

Maggiorazione del Premio prevista a fronte della rateizzazione dello stesso.

**Assicurato**

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

**Beneficiario**

Persona fisica o giuridica designata dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso, e che riceve la prestazione prevista dal contratto qualora si verifichi l'evento assicurato.

**Carenza**

Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione sono sospese e quindi non sono efficaci. Il periodo di Carenza intercorre dal momento della stipulazione del contratto e può essere di sei mesi o di 5 anni. Qualora l'evento assicurato si verifichi in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata o corrisponde una prestazione inferiore.

**Caricamento**

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

**Condizioni di assicurazione**

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

**Contraente**

Persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla società.

**Costi (o spese)**

Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla società.

**Decorrenza**

Momento in cui il contratto produce i suoi effetti e le garanzie diventano efficaci, previo pagamento del Premio. La data di decorrenza è indicata nella Polizza.

**Documento di polizza (o Polizza)**

Documento cartaceo attestante l'esistenza del contratto di assicurazione.

**Durata contrattuale**

Periodo durante il quale il contratto è efficace.

**Esclusioni**

Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Società.

**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.

**Infortunio**

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

**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.

**Premio**

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

## Condizioni di assicurazione

**Periodo di interruzione del pagamento del Premio**

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

**Proposta**

Modulo sottoscritto dal contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Società la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

**Recesso (o ripensamento)**

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

**Revoca**

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

**Riattivazione**

Facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini e secondo le modalità indicate nelle Condizioni di assicurazione, il versamento dei premi a seguito dell'interruzione del pagamento degli stessi.

**Scadenza**

Data in cui cessano gli effetti del contratto.

**Sinistro**

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





4. a) Quale è stata l'anamnesi patologica prossima (*indicare con precisione la data di insorgenza delle malattie e la loro sintomatologia*)?.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 b) Sono state eseguite indagini diagnostiche?  SI'  NO
- c) Indicare *epoca, luogo, nominativo* della struttura medica e trascrivere i referti più significativi .....  
 .....  
 .....  
 d) Nel caso vi siano stati ricoveri precisare, anno, luogo delle eventuali degenze e relativa diagnosi .....  
 .....  
 .....  
 e) Se si sono resi necessari interventi chirurgici o trattamenti terapeutici, specificare il tipo di intervento e le cure effettuate.....  
 .....  
 .....

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

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

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

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

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

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

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

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

Nome e cognome del medico: .....  
 Indirizzo: .....  
 Comune: ..... Prov.: ..... C.A.P. ....  
 Telefono ..... email .....

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

# PROTEGGE PROTEGGE a capitale decrescente

Anteriormente alla sottoscrizione della presente proposta è obbligatoria la consegna al Contraente del Set informativo composto dal DIP Vita, dal DIP aggiuntivo Vita, dalle Condizioni di assicurazione comprensive di glossario e dalla Proposta.

MODULO  
DI PROPOSTA

**Protegge / Protegge a capitale decrescente****CONTRAENTE** (Persona Fisica, Persona Giuridica o Ente)

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE _____		CODICE FISCALE (sempre richiesto) _____		PARTITA IVA _____	
_____/_____/_____ DATA DI NASCITA	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F SESSO <sup>1</sup>	_____ COMUNE DI NASCITA		_____ PROV.	_____ STATO DI NASCITA
_____ INDIRIZZO DI RESIDENZA / DELLA SEDE LEGALE <sup>2</sup>		_____ N.	_____ CAP	_____ COMUNE DI RESIDENZA/SEDE LEGALE	
_____ TIPO DOCUMENTO <sup>3</sup>		_____ N. DOCUMENTO		_____ RILASCIATO DA	_____/_____/_____ IN DATA

**ASSICURATO** (se diverso dal Contraente)

COGNOME E NOME _____		CODICE FISCALE _____			
_____/_____/_____ DATA DI NASCITA	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F SESSO <sup>1</sup>	_____ COMUNE DI NASCITA		_____ PROV.	_____ STATO DI NASCITA
_____ INDIRIZZO DI RESIDENZA		_____ N.	_____ CAP	_____ COMUNE DI RESIDENZA	
				_____ PROV.	_____ STATO

**SOGGETTO MUNITO DEI POTERI DI FIRMA** (in caso di Contraente Persona Giuridica o Ente, o in presenza di procuratore/tutore/amministratore di sostegno)<sup>4</sup>**Persona fisica n. 1**

_____ COGNOME E NOME	_____ CODICE FISCALE
_____ TIPO DOCUMENTO <sup>3</sup>	_____ N. DOCUMENTO
_____ RILASCIATO DA	_____/_____/_____ IN DATA

**Persona fisica n. 2** (in caso di firme congiunte)

_____ COGNOME E NOME	_____ CODICE FISCALE
_____ TIPO DOCUMENTO <sup>3</sup>	_____ N. DOCUMENTO
_____ RILASCIATO DA	_____/_____/_____ IN DATA

**INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA** (se diverso da residenza)

_____ INDIRIZZO DI CORRISPONDENZA		_____ N.	_____ CAP	_____ COMUNE DI CORRISPONDENZA	
_____ STATO <input type="checkbox"/> ITALIA <input type="checkbox"/> ESTERO		_____ (specificare)			

**ALTRI RECAPITI** (per le comunicazioni da parte della Società)

_____ NUMERO DI TELEFONO	_____ INDIRIZZO E-MAIL
-----------------------------	---------------------------

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

Il Sottoscritto

COGNOME E NOME _____		CODICE FISCALE (sempre richiesto) _____			
_____/_____/_____ DATA DI NASCITA	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F SESSO <sup>1</sup>	_____ COMUNE DI NASCITA		_____ PROV.	_____ STATO DI NASCITA
_____ INDIRIZZO DI RESIDENZA <sup>2</sup>		_____ N.	_____ CAP	_____ COMUNE DI RESIDENZA	
_____ TIPO DOCUMENTO <sup>3</sup>		_____ N. DOCUMENTO		_____ RILASCIATO DA	_____/_____/_____ IN DATA

**DICHIARA**

a) in qualità di:

- Soggetto pagatore persona fisica  
 di essere una persona politicamente esposta (PEP)  di non essere una persona politicamente esposta

Se è PEP indicare:

- Codice relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche: \_\_\_\_\_ (Legenda - tabella B)
- Codice tipologia PEP: \_\_\_\_\_ (Legenda - tabella C)

- Soggetto dotato di poteri di rappresentanza della società da cui proviene l'importo di premio pagato  
 che almeno un titolare effettivo<sup>5</sup> della società è una persona politicamente esposta (PEP)  
 che nessun titolare effettivo della società è una persona politicamente esposta

Se è PEP almeno un titolare effettivo indicare:

- Nome e Cognome del titolare effettivo PEP (se più d'uno, utilizzare l'apposito modulo): \_\_\_\_\_

- Codice relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche: \_\_\_\_\_ (Legenda - tabella B)
- Codice tipologia PEP: \_\_\_\_\_ (Legenda - tabella C)

b) di adempiere agli obblighi di pagamento del premio relativo alla presente proposta in quanto:

- Codice relazione tra il Beneficiario nominato e il Contraente: \_\_\_\_\_ (Legenda - tabella A)  
Se Legame "Altro" (cod. 18), dettagliare la relazione: \_\_\_\_\_

c) di essere stato informato che tutte le informazioni fornite sono state rilasciate sotto la propria responsabilità e di aver ricevuto informativa di legge circa il trattamento dei dati personali sopra riportati.

LUOGO E DATA

FIRMA DEL SOGGETTO PAGATORE

## BENEFICIARI IN CASO DI DECESSO

In caso di decesso dell'Assicurato riportare i dati dei Beneficiari **designati nominativamente** di seguito.

1° Beneficiario \_\_\_\_\_% Il Contraente (solo se diverso dall'Assicurato)

2° Beneficiario \_\_\_\_\_% \_\_\_\_\_ / /  
 COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE CODICE FISCALE / PARTITA IVA DATA DI NASCITA  
 M  F \_\_\_\_\_  
 SESSO<sup>1</sup> COMUNE DI NASCITA INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO DI RESIDENZA / SEDE LEGALE N. CAP COMUNE DI RESIDENZA / SEDE LEGALE PROV.  
 È una persona politicamente esposta<sup>6</sup> (PEP) ■ Codice relazione tra il Beneficiario nominato e il Contraente: \_\_\_\_\_ (Legenda - tabella A)  
 NON è una persona politicamente esposta Se Legame "Altro" (cod. 18), dettagliare la relazione: \_\_\_\_\_  
 (per Beneficiario persona giuridica, indicare che è una persona politicamente esposta se almeno un titolare effettivo<sup>5</sup> è PEP)  
 Se è PEP indicare:  
 ■ Se Beneficiario persona giuridica, Nome e Cognome del titolare effettivo PEP: \_\_\_\_\_  
 ■ Codice relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche: \_\_\_\_\_ (Legenda - tabella B)  
 ■ Codice tipologia PEP: \_\_\_\_\_ (Legenda - tabella C)  
 (se c'è più di un titolare effettivo PEP, indicare le informazioni suddette per ciascun titolare effettivo PEP, utilizzando l'apposito modulo)

3° Beneficiario \_\_\_\_\_% \_\_\_\_\_ / /  
 COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE CODICE FISCALE / PARTITA IVA DATA DI NASCITA  
 M  F \_\_\_\_\_  
 SESSO<sup>1</sup> COMUNE DI NASCITA INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO DI RESIDENZA / SEDE LEGALE N. CAP COMUNE DI RESIDENZA / SEDE LEGALE PROV.  
 È una persona politicamente esposta<sup>6</sup> (PEP) ■ Codice relazione tra il Beneficiario nominato e il Contraente: \_\_\_\_\_ (Legenda - tabella A)  
 NON è una persona politicamente esposta Se Legame "Altro" (cod. 18), dettagliare la relazione: \_\_\_\_\_  
 (per Beneficiario persona giuridica, indicare che è una persona politicamente esposta se almeno un titolare effettivo<sup>5</sup> è PEP)  
 Se è PEP indicare:  
 ■ Se Beneficiario persona giuridica, Nome e Cognome del titolare effettivo PEP: \_\_\_\_\_  
 ■ Codice relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche: \_\_\_\_\_ (Legenda - tabella B)  
 ■ Codice tipologia PEP: \_\_\_\_\_ (Legenda - tabella C)  
 (se c'è più di un titolare effettivo PEP, indicare le informazioni suddette per ciascun titolare effettivo PEP, utilizzando l'apposito modulo)

4° Beneficiario \_\_\_\_\_% \_\_\_\_\_ / /  
 COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE CODICE FISCALE / PARTITA IVA DATA DI NASCITA  
 M  F \_\_\_\_\_  
 SESSO<sup>1</sup> COMUNE DI NASCITA INDIRIZZO E-MAIL

INDIRIZZO DI RESIDENZA / SEDE LEGALE N. CAP COMUNE DI RESIDENZA / SEDE LEGALE PROV.  
 È una persona politicamente esposta<sup>6</sup> (PEP) ■ Codice relazione tra il Beneficiario nominato e il Contraente: \_\_\_\_\_ (Legenda - tabella A)  
 NON è una persona politicamente esposta Se Legame "Altro" (cod. 18), dettagliare la relazione: \_\_\_\_\_  
 (per Beneficiario persona giuridica, indicare che è una persona politicamente esposta se almeno un titolare effettivo<sup>5</sup> è PEP)  
 Se è PEP indicare:  
 ■ Se Beneficiario persona giuridica, Nome e Cognome del titolare effettivo PEP: \_\_\_\_\_  
 ■ Codice relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche: \_\_\_\_\_ (Legenda - tabella B)  
 ■ Codice tipologia PEP: \_\_\_\_\_ (Legenda - tabella C)  
 (se c'è più di un titolare effettivo PEP, indicare le informazioni suddette per ciascun titolare effettivo PEP, utilizzando l'apposito modulo)

**Avvertenza: in caso di mancata compilazione dei campi di cui sopra (designazione nominativa dei beneficiari), la Società potrà incontrare, al decesso dell'assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari.**

In aggiunta o in alternativa scegliere tra i beneficiari generici richiamati in legenda<sup>7</sup> e riportare la lettera corrispondente nello spazio sotto riportato.

Beneficiario generico \_\_\_\_\_% \_\_\_\_\_  
 LETTERA

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

**Avvertenza: la modifica o revoca dei beneficiari deve essere comunicata alla Società.**

**REFERENTE TERZO** (facoltativo)

Il Contraente ha manifestato esigenze specifiche di riservatezza e ha nominato il seguente referente terzo, diverso dal beneficiario, a cui la Società può far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato:

COGNOME E NOME / RAGIONE SOCIALE		CODICE FISCALE/PARTITA IVA		DATA DI NASCITA	
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	COMUNE DI NASCITA		INDIRIZZO E-MAIL	
INDIRIZZO DI RESIDENZA		N.	CAP	COMUNE DI RESIDENZA	PROV.

**COMUNICAZIONI AI BENEFICIARI** (se designati nominativamente)

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

**ASSICURAZIONE**

<input type="checkbox"/> PROTEGGE (Tariffa 16_06_AZB)	<input type="checkbox"/> COMPLEMENTARE INFORTUNI	<input type="checkbox"/> PROTEGGE DECRESCENTE (Tariffa 12_05_AZB)
DURATA ASSICURAZIONE: _____ ANNI		
DECRESCENZA DEL CAPITALE (solo per PROTEGGE DECRESCENTE 12_05_AZB)		
<input type="checkbox"/> ANNUALE	<input type="checkbox"/> SEMESTRALE	<input type="checkbox"/> QUADRIMESTRALE
<input type="checkbox"/> TRIMESTRALE	<input type="checkbox"/> MENSILE	
PREMIO ANNUO DA CORRISPONDERSI CON FRAZIONAMENTO		
<input type="checkbox"/> ANNUALE	<input type="checkbox"/> SEMESTRALE	<input type="checkbox"/> TRIMESTRALE
<input type="checkbox"/> MENSILE (solo per PROTEGGE DECRESCENTE 12_05_AZB)		
PREMIO DI RATA VERSATO € _____	PREMIO ANNUO VERSATO € _____	CAPITALE € _____

**MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO**

Il pagamento del premio viene effettuato tramite:

- Bonifico bancario** a favore di **Allianz Bank Financial Advisors S.p.A. - Intermediario di Allianz S.p.A.**, sul c/c IBAN IT40 C 03589 01600 010570003934, indicando nella causale del bonifico il numero della presente proposta. In assenza del **numero di proposta**, la polizza non potrà essere emessa. La proposta stessa verrà trasmessa ad Allianz S.p.A., Ufficio Vita - Individuali, Largo Ugo Inzeri, 1 Trieste, il giorno in cui Allianz Bank Financial Advisors S.p.A. avrà ricevuto notizia certa dell'avvenuto bonifico;
- Disposizione di bonifico** (in caso di Contraente titolare di conto corrente Allianz Bank Financial Advisors S.p.A.): il Contraente autorizza Allianz Bank Financial Advisors S.p.A. ad addebitare l'importo del premio sopra indicato sul proprio conto corrente aperto presso Allianz Bank Financial Advisors S.p.A. per l'effettuazione del bonifico a favore di **Allianz Bank Financial Advisors S.p.A. - Intermediario di Allianz S.p.A.**

PREFISSO	CIN	ABI	CAB	N. CONTO CORRENTE
IBAN				

INTESTATARIO C/C \_\_\_\_\_

Autorizzo

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CONTRAENTE (o del Soggetto munito dei poteri di firma)

**Liquidazione dal Fondo\* N. Contratto** \_\_\_\_\_ **Importo** \_\_\_\_\_

\*disinvestimento da OICR armonizzati istituiti o gestiti da Società del Gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A.

**Liquidazione da Polizza\* N.** \_\_\_\_\_ **Importo** \_\_\_\_\_

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

ASSEGNO CIRCOLARE  ASSEGNO BANCARIO

ABI	CAB	N. ASSEGNO	BANCA	IMPORTO EURO
-----	-----	------------	-------	--------------

Gli assegni, non trasferibili, devono essere intestati a Allianz Bank Financial Advisors S.p.A. - Intermediario di Allianz S.p.A. - e consegnati all'acquirente (collaboratore di Allianz Bank Financial Advisors S.p.A.). Gli assegni bancari, come sopra intestati, si intendono accettati salvo buon fine.

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

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





**QUESTIONARIO SANITARIO (per assicurazioni vita senza visita medica)**

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

SI'  NO

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

1. Ha mai sofferto o soffre di una malattia fra quelle nell'elenco di seguito riportato?

SI'  NO

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

SI'  NO

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

SI'  NO

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

SI'  NO

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

SI'  NO

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

SI'  NO

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

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

SI'  NO

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

SI'  NO

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

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

.....  
.....

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

.....  
.....

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

.....  
.....

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

.....  
.....

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

.....  
.....

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

.....  
.....

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

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

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

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

#### ELENCO MALATTIE

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

#### QUESTIONARIO PROFESSIONALE E SPORTIVO

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

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

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

## DICHIARAZIONI

### Il Contraente:

- **dichiara** che è stato consegnato a sue mani il **Set informativo** edizione **aprile 2019** del prodotto:

PROTEGGE (Tariffa 16\_06\_AZB)

PROTEGGE DECRESCENTE (Tariffa 12\_05\_AZB)

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 di aver avuto un tempo sufficiente, prima della sottoscrizione, per prendere visione e comprendere i contenuti dei documenti che compongono il Set informativo;**

- **dichiara** di aver ricevuto l'**informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza**, che si impegna a fornire a ciascun beneficiario designato nominativamente e all'eventuale referente terzo;
- **dichiara** ad ogni effetto di legge che le informazioni e risposte da lui fornite e indicate nel presente Modulo di proposta - anche se materialmente scritte da altri - sono veritiere ed esatte e che non ha taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza, assumendosene ogni responsabilità e riconosce che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Società (art. 1892 e art. 1893 Codice Civile); si impegna inoltre a comunicare tempestivamente alla Società qualsiasi variazione che dovesse intervenire con riferimento a tutte le informazioni fornite con la presente proposta;
- **dichiara** che eventuali somme da lui anticipate alla Società prima della conclusione del contratto sono incassate a mero titolo di deposito, senza alcun impegno contrattuale per la Società stessa;
- **dichiara** di accettare la modalità di comunicazione a distanza come alternativa alla spedizione postale tradizionale;
- **dichiara** che il presente Modulo di proposta non contiene cancellature e dichiara inoltre di non aver ricevuto altri documenti ad integrazione dello stesso;
- **dichiara** che il rapporto continuativo e le operazioni riconducibili ai rapporti continuativi instaurati con la Società sono effettuate per suo conto, quale intestatario di tali rapporti. Il Contraente, nel caso in cui il rapporto sia instaurato per conto di terzi, si impegna a fornire alla Società tutte le indicazioni necessarie all'identificazione del titolare effettivo del rapporto. Nel caso di contraente società fiduciaria, la stessa indica in modo riservato alla Società le informazioni complete sul fiduciante a cui ricondurre il rapporto continuativo;
- **dichiara** che lo stato di PEP (Persona Esposta Politicamente) del beneficiario e la propria relazione con il beneficiario stesso corrispondono a quanto indicato nella sezione "Beneficiari in caso di decesso" della presente proposta;
- **dichiara** di essere stato informato che tutte le informazioni fornite sono state rilasciate sotto la propria responsabilità e che, in difetto di tali informazioni, la Società non potrà instaurare alcun rapporto continuativo ovvero, per i rapporti già in essere, provvederà ad estinguerli restituendo al Cliente i fondi, gli strumenti e le altre disponibilità finanziarie di spettanza, liquidandone il relativo importo tramite bonifico bancario sul conto corrente indicato nella sezione "Mezzi di pagamento del premio";
- **dichiara** di essere stato informato dall'Intermediario che il prodotto sottoscritto la presente proposta è adeguato rispetto alle esigenze assicurative manifestate.

### L'Assicurato:

- **esprime** il proprio consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art.1919 del Codice Civile;
- **dichiara** 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.

\_\_\_\_\_  
LUOGO E DATA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CONTRAENTE (o del Soggetto munito dei poteri di firma)      FIRMA ASSICURATO (se diverso da Contraente)

Il Contraente **dichiara di approvare** specificatamente, ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile:

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

\_\_\_\_\_  
LUOGO E DATA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CONTRAENTE (o del Soggetto munito dei poteri di firma)

## PRIVACY

I soggetti interessati al trattamento dei propri dati personali da parte della Società, preso atto dell'Informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza, consegnata a loro mani in occasione della sottoscrizione della presente proposta, consapevoli che i dati personali oggetto di trattamento richiesti dalla Società prima della conclusione del contratto, come pure quelli che potranno essere richiesti in corso di contratto, sono essenziali ai fini della conclusione, gestione ed esecuzione del contratto stesso, acconsentono al trattamento dei propri dati per le finalità, con le modalità e da parte dei soggetti indicati nell'informativa suddetta.

\_\_\_\_\_  
LUOGO E DATA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CONTRAENTE (o del Soggetto munito dei poteri di firma)      FIRMA DELL'ASSICURATO (se diverso dal Contraente)

## ATTESTAZIONE DI CONSEGNA

Il sottoscritto Contraente \_\_\_\_\_ attesta di aver ricevuto da \_\_\_\_\_  
cod. \_\_\_\_\_ n° iscrizione RUI \_\_\_\_\_ data iscrizione RUI \_\_\_\_\_ una copia del documento  
"Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti" conforme all'allegato 3 del  
Regolamento IVASS n° 40/2018 e una copia del documento "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta" conforme  
all'allegato 4 del Regolamento IVASS n° 40/2018.

\_\_\_\_\_  
LUOGO E DATA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CONTRAENTE (o del Soggetto munito dei poteri di firma)

## SPAZIO RISERVATO AL SOGGETTO INCARICATO DELL'ADEGUATA VERIFICA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ cod. \_\_\_\_\_  
ai sensi della normativa antiriciclaggio italiana e relativi regolamenti attuativi vigenti, in qualità di Soggetto incaricato dell'Adeguata Verifica, attesta con la  
presente sottoscrizione di aver svolto tutte le attività prescritte a suo carico dalla normativa di riferimento in merito al Contraente (o al Soggetto munito dei  
poteri di firma) che ha compilato il presente modulo di sottoscrizione.

\_\_\_\_\_  
LUOGO E DATA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOGGETTO INCARICATO DELL'ADEGUATA VERIFICA

## CONCLUSIONE DEL CONTRATTO e FACOLTÀ DI RIPENSAMENTO

### Conclusione del contratto

Con la sottoscrizione del presente documento il Contraente sottopone alla Società una proposta di assicurazione. In caso di accettazione della proposta da parte della Società, il contratto si intenderà concluso - sempreché la Società abbia ricevuto la proposta sottoscritta dal Contraente nonché dall'Assicurato se persona diversa, e l'importo del premio da lui stesso versato sia stato accreditato sul conto corrente dedicato alla Società - il giorno di effettivo accredito del premio a favore della Società. Tale data sarà confermata al Contraente mediante invio da parte della Società di un'apposita comunicazione; dalla data di ricezione della comunicazione decorre il termine per l'esercizio del diritto di recesso. A condizione che sia intervenuta la conclusione, il contratto produce effetti dalle ore 24 del giorno indicato sulla polizza quale data di decorrenza, fatti salvi gli eventuali periodi di carenza della copertura assicurativa previsti dalle Condizioni di assicurazione. In caso di mancata accettazione della proposta di assicurazione, la Società ne darà comunque comunicazione al Contraente e provvederà entro 30 giorni alla restituzione delle somme versate.

### Revoca della proposta

**Il Contraente può revocare la proposta di assicurazione fino al momento della conclusione del contratto**, mediante comunicazione inviata con lettera raccomandata A/R a Allianz S.p.A. - Ufficio Vita Individuali, Largo Ugo Inneri 1, 34123 Trieste, contenente gli elementi identificativi della proposta e gli estremi del conto corrente bancario sul quale dovrà essere effettuato il rimborso del premio.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca la Società rimborsa al Contraente il premio eventualmente corrisposto.

### Recesso dal contratto

**Il Contraente può esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla conclusione del contratto.** Per l'esercizio del diritto di recesso il Contraente deve inviare comunicazione scritta alla Società - con lettera raccomandata A.R. indirizzata a Allianz S.p.A. - Ufficio Vita Individuali, Largo Ugo Inneri, 1 Trieste (Italia) contenente gli elementi identificativi del contratto, e gli estremi del conto corrente bancario sul quale dovrà essere effettuato il rimborso del premio. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società è tenuta a rimborsare al Contraente il premio da questi corrisposto, al netto delle imposte relative all'eventuale garanzia complementare, trattenendo la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto nonché le spese di emissione del contratto in caso di visita medica quantificate in 50,00 euro.

**Si precisa che** se il contratto viene stipulato previa visita medica dell'Assicurato, le spese di emissione di 50 euro, sono incrementate di un importo pari alla eventuale differenza tra il costo per la visita medica (relativo alle fatture presentate alla Società per il relativo pagamento) ed il contributo massimo offerto dalla Società stessa come specificato nella sezione "Quali costi devo sostenere" del DIP aggiuntivo Vita.

## LEGENDA

### Note alla compilazione della presente proposta

1 Sesso: **M** MASCHIO **F** FEMMINA

2 Requisiti anagrafici: La Società è autorizzata a vendere contratti di assicurazione sulla vita soltanto a potenziali contraenti che abbiano la propria residenza in Italia.

La sussistenza del requisito della residenza in Italia al momento della conclusione del contratto è **elemento essenziale del contratto, costituendone elemento di validità**. Pertanto, qualora il Contraente non abbia i suddetti requisiti al momento della conclusione del contratto, quest'ultimo dovrà considerarsi **nullo, invalido e privo di efficacia ab initio**.

Qualora il Contraente fornisca una falsa dichiarazione in merito alla residenza, sarà ritenuto responsabile non solo per aver reso una certificazione non veritiera ma anche per gli eventuali danni cagionati alla Società con tale condotta (a mero titolo esemplificativo eventuali sanzioni da parte dell'autorità di vigilanza).

Nei casi di cui ai precedenti commi, **la Società procederà alla restituzione del premio conferito** al netto delle imposte relative all'eventuale garanzia complementare, trattenendo la parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto nonché le spese di emissione del contratto in caso di visita medica quantificate in 50,00 euro. **In ogni caso la Società si riserva di trattenere l'eventuale somma ad essa dovuta a titolo di danno.**

**È fatto salvo il diritto della Società di agire per il recupero del maggior danno sofferto.**

3 Tipo documento: **1** CARTA D'IDENTITÀ **2** PATENTE DI GUIDA **3** PASSAPORTO

4 Nel caso in cui Il Contraente sia una Persona Giuridica o Ente o in presenza di procuratore/tutore/amministratore di sostegno del Contraente Persona Fisica, compilare la sezione con i dati del Soggetto munito dei poteri di firma. In tal caso allegare la documentazione comprovante il potere di sottoscrivere la presente proposta in nome e per conto del Contraente.

5 Si definisce Titolare Effettivo la persona o le persone fisiche, diverse dal cliente, nell'interesse della quale o delle quali, in ultima istanza, il rapporto continuativo è instaurato, la prestazione professionale è resa o l'operazione è eseguita.

6 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, 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) Per familiari di persone politicamente esposte s'intendono: 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 legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto 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.

7 Beneficiari generici in caso di decesso dell'Assicurato

B Gli eredi legittimi dell'Assicurato in parti uguali

D I figli nati e natiuri dell'Assicurato in parti uguali, con diritto di accrescimento ai superstiti

E I genitori dell'Assicurato in parti uguali con diritto di accrescimento al superstite o, in mancanza di entrambi, gli eredi legittimi dell'Assicurato in parti uguali

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

L Gli eredi testamentari dell'Assicurato o, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi dell'Assicurato in parti uguali

#### Tabella A - Relazione del Beneficiario con il Contraente

CODICE DESCRIZIONE

01	Madre/padre	04	Fratello/sorella	09	Cognato/cognata	14	Fidanzato/a
02	Marito/moglie	05	Figlio/a	10	Suocero/suocera	15	Amico/a
03	Legato in unione civile/ convivenza di fatto/ istituti assimilabili	06	Nonno/a	11	Nipote (di nonno/a)	16	Rapporti aziendali
		07	Zio/a	12	Nipote (di zio/a)	17	Rapporti professionali
		08	Genero/nuora	13	Cugino/a	18	Altro - da indicare in Proposta

(esempi da analisi risposte pervenute su cod. 18 Altro: beneficienza, persona di fiducia, figlio della compagna, conoscente da tempo, padrino di battesimo, vicino di casa)

#### Tabella B - Relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche

CODICE DESCRIZIONE

01	Soggetto stesso	06	Coniuge di figlio/a di
02	Genitore di	07	Soggetto legato in unione civile/convivenza di fatto/istituti assimilabili con figlio/a di
03	Coniuge di	08	Titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari con
04	Soggetto legato in unione civile/ convivenza di fatto/istituti assimilabili con	09	Soggetto che detiene solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di
05	Figlio/a di		

#### Tabella C - Tipologia PEP (carica in vigore o cessata da meno di un anno)

CODICE DESCRIZIONE

01	Presidente della Repubblica Italiana o di stato estero	16	Giudice della Corte Costituzionale o carica analoga in stato estero
02	Presidente del Consiglio italiano o carica analoga in stato estero	17	Magistrato della Corte di Cassazione o carica analoga in stato estero
03	Ministro italiano o carica analoga in stato estero	18	Magistrato della Corte di Conti o carica analoga in stato estero
04	Vice-Ministro italiano o carica analoga in stato estero	19	Consigliere di Stato o carica analoga in stato estero
05	Sottosegretario italiano o carica analoga in stato estero	20	Componente del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana
06	Deputato italiano o carica analoga in stato estero		
07	Senatore italiano o carica analoga in stato estero	21	Membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti
08	Parlamentare europeo o cariche analoghe in stato estero		
09	Presidente di Regione o carica analoga in stato estero	22	Ambasciatore italiano o carica equivalente in stato estero
10	Assessore regionale o carica analoga in stato estero	23	Incaricato d'affari italiano o carica equivalente in stato estero
11	Consigliere regionale italiano o carica analoga in stato estero	24	Ufficiale di grado apicale delle forze armate italiane o carica equivalente in stato estero
12	Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana italiana o carica analoga in stato estero	25	Componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo di impresa controllata, anche indirettamente, dallo Stato italiano o estero
13	Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti o cariche analoghe in stato estero	26	Componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo di di impresa partecipata, in misura prevalente o totalitaria, dalla Regione, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane o da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti
14	Direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale		
15	Membro degli organi direttivi centrali di partiti politici italiani o esteri	27	Direttore, Vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgente funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali