Contratto di assicurazione sulla vita multiramo: unit linked, con partecipazione agli utili e di puro rischio

Allianz Hybrid Plan

Set informativo

Edizione settembre 2019
Tariffa 88M 07

Il presente Set informativo, contenente:

a) Documento contenente le informazioni chiave (KID);
b) DIP aggiuntivo IBIP;
c) Condizioni di assicurazione, comprensive di 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

Allianz

Servizio Clienti

Pronto Allianz
800-68-68-68

NOW Allianz

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

DOCUMENTO CONTENENTE LE INFORMAZIONI CHIAVE

SCOPO Il presente documento contiene informazioni chiave relative a questo prodotto d'investimento. Non si tratta di un documento promozionale. Le informazioni, prescritte per legge, hanno lo scopo di aiutarvi a capire le caratteristiche, i rischi, i costi, i guadagni e le perdite potenziali di questo prodotto e di aiutarvi a fare un raffronto con altri prodotti d'investimento.

PRODOTTO

Allianz Hybrid Plan emesso da Allianz S.p.A.
Per ulteriori informazioni: **www.allianz.it**
Numero Verde: **800.68.68.68**

CONSOB è l'Autorità di vigilanza competente per questo documento contenente le informazioni chiave.
Data di realizzazione del documento contenente le informazioni chiave: 28/09/2019

State per acquistare un prodotto che non è semplice e può essere di difficile comprensione.

COS'È QUESTO PRODOTTO?

TIPO Contratto di assicurazione sulla vita multiramo: unit linked, con partecipazione agli utili e di puro rischio

OBIETTIVI Allianz Hybrid Plan è un prodotto d'investimento assicurativo a premi annui che offre tre possibili combinazioni predefinite di due opzioni d'investimento:
- 70% gestione separata Vitariv e 30% fondo interno AZ Best in Class;
- 50% gestione separata Vitariv e 50% fondo interno AZ Best in Class;
- 30% gestione separata Vitariv e 70% fondo interno AZ Best in Class;

e soddisfa l'esigenza di investire contemporaneamente nella gestione separata Vitariv e nel fondo interno AZ Best in Class, destinando una parte del premio anche alla copertura caso morte per proteggere i propri cari.
A partire dal 6° anno di contratto è possibile investire nel fondo interno AZ Orizzonte 10, ferme restando le percentuali di investimento nella gestione separata Vitariv sopra indicate. Inoltre, sempre a partire dal 6° anno di contratto fino alla scadenza del piano di accumulo, è possibile disinvestire, totalmente o parzialmente, le quote del fondo interno AZ Best in Class per reinvestirle contestualmente nel fondo interno AZ Orizzonte 10 (e viceversa).
Le informazioni specifiche su ciascuna opzione d'investimento sono disponibili sul sito internet www.allianz.it o presso l'intermediario.

INVESTITORI AL DETTAGLIO A CUI SI INTENDE COMMERCIALIZZARE IL PRODOTTO Questo prodotto prevede combinazioni d'investimento su soluzioni con caratteristiche diverse, è rivolto a coloro che ricercano rendimenti da medi a medio/alti e che prevedono di tenere l'investimento per almeno 15 anni.
E' destinato a investitori con una propensione al rischio da bassa a medio/bassa, una moderata capacità di sostenere eventuali perdite e una conoscenza ed esperienza finanziaria adeguata.

PRESTAZIONI ASSICURATIVE E COSTI Il contratto nasce dalla combinazione di tre prodotti e offre, oltre alla copertura assicurativa caso morte obbligatoria, due opzioni d'investimento:
- una gestione separata caratterizzata dalla partecipazione agli utili e dalla garanzia di conservazione del capitale investito;
- un fondo interno caratterizzato dalla variabilità di rendimento legata all'andamento di mercato del valore delle quote.

Il piano di accumulo ha una durata minima di 10 anni e massima di 25 anni, tenendo conto che l'età computabile dell'assicurato alla scadenza del piano non può eccedere i 70 anni.
L'importo minimo del premio annuo è pari a 1.200 euro e l'importo massimo è pari a 80.000 euro. Il premio annuo può essere frazionato in rate mensili, trimestrali o semestrali.
I costi gravanti sui premi (30% sui premi relativi alla prima annualità di contratto e 4% sui premi relativi alle annualità successive) e quelli prelevati annualmente dalla gestione separata e dal fondo interno riducono l'ammontare della prestazione.
Il premio per il rischio biometrico (copertura caso morte) 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. Tale premio ha un impatto sulla possibile performance del tuo investimento.
In caso di vita dell'assicurato alla scadenza del piano di accumulo il prodotto prevede la corresponsione al contraente: - di prestazioni periodiche ricorrenti, a cadenza trimestrale, di importo fisso pari all'1% del cumulo dei premi versati, erogate fino all'esaurimento delle quote del fondo interno AZ Best in Class (o AZ Orizzonte 10) assegnate al contratto o fino al decesso dell'Assicurato, se precedente; - di un bonus fedeltà pari alla somma dei premi versati per la copertura caso morte.
In caso di decesso dell'assicurato il prodotto prevede la liquidazione ai beneficiari designati del capitale maturato dedotte le imposte, oltre che del capitale assicurato della copertura caso morte. Il capitale maturato è pari a:
- per la parte investita nella gestione separata Vitariv, al capitale investito rivalutato fino alla data di decesso in base ai rendimenti annuali realizzati dalla gestione separata, con la garanzia di conservazione del capitale investito;
- per la parte investita nel fondo interno AZ Best in Class (o AZ Orizzonte 10), al controvalore delle quote del fondo interno maggiorato, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga trascorso almeno un anno (periodo di carenza) dalla data di decorrenza del contratto, dell'1%, 0,5% o 0,1% a seconda dell'età dell'assicurato al momento del decesso.

Il capitale assicurato della copertura caso morte è pari inizialmente al cumulo di premi del piano (con un tetto massimo di 100.000 euro) e decresce nel corso del tempo fino ad annullarsi alla scadenza del piano.
Il valore della prestazione offerta da ciascuna opzione di investimento è riportato nella sezione intitolata "Quali sono i rischi e qual'è il potenziale rendimento?" nei diversi scenari di sopravvivenza/morte all'interno del documento contenente le informazioni specifiche.

Lo scenario di morte riportato all'interno delle informazioni specifiche tiene conto della maggiorazione caso morte (o della garanzia di conservazione del capitale) prevista dall'opzione di investimento, non del capitale assicurato della copertura caso morte prevista dal contratto. Inoltre, la maggiorazione caso morte prevista per il fondo interno è calcolata considerando un'età dell'assicurato di 50 anni alla decorrenza del contratto.
Il prodotto prevede inoltre la facoltà di riscattare il contratto: per maggiori dettagli si rimanda alla successiva Sezione "Per quanto tempo devo detenerlo? Posso ritirare il capitale prematuramente?".

QUALI SONO I RISCHI E QUAL È IL POTENZIALE RENDIMENTO?

INDICATORE DI RISCHIO

L'indicatore di rischio presuppone che il prodotto sia mantenuto per 15 anni. Il rischio effettivo può variare in misura significativa in caso di disinvestimento in una fase iniziale e la somma rimborsata potrebbe essere minore. Potrebbe essere necessario sostenere notevoli costi supplementari per disinvestire anticipatamente. L'entità degli eventuali costi di riscatto è riportata nella sezione "Per quanto tempo devo deternerlo? Posso ritirare il capitale prematuramente?" del presente Documento.

L'indicatore sintetico di rischio è un'indicazione orientativa del livello di rischio di questo prodotto rispetto ad altri prodotti. Esso esprime la probabilità che il prodotto subisca perdite monetarie a causa di movimenti sul mercato o a causa della nostra incapacità a pagarvi quanto dovuto.
Poiché sono previste più opzioni d'investimento, abbiamo classificato questo prodotto secondo una gamma di classi di rischio dal livello 2 su 7, che corrisponde alla classe di rischio bassa, al livello 3 su 7, che corrisponde alla classe di rischio medio-bassa.
Ciò significa che le perdite potenziali dovute alla performance futura del prodotto sono classificate dal livello basso al livello medio-basso e che è molto improbabile (livello basso) oppure è improbabile (livello medio-basso) che le cattive condizioni di mercato influenzino la nostra capacità di pagarvi quanto dovuto.
Il rischio dell'investimento può variare a seconda dell'opzione d'investimento sottostante alla combinazione predefinita. Le informazioni specifiche su ciascuna opzione d'investimento sono disponibili sul sito internet www.allianz.it o presso l'intermediario.
Per la parte investita nella gestione separata, avete diritto alla restituzione di almeno il 100% del vostro capitale investito. Qualsiasi rendimento aggiuntivo dipende dalla performance futura del mercato ed è incerto.
Tuttavia, questa protezione dalla performance futura del mercato non si applicherà se voi disinvestite in un periodo che non coincide con la scadenza del piano di accumulo.
Per la parte investita nel fondo interno, questo prodotto non prevede alcuna protezione dalla performance futura del mercato, pertanto potreste perdere il vostro intero investimento o parte di esso.
Se noi non siamo in grado di pagarvi quanto dovuto potreste perdere il vostro intero investimento.

SCENARI DI PERFORMANCE Troverete un'illustrazione degli scenari di performance relativi a ciascuna opzione d'investimento nei documenti contenenti le informazioni specifiche.

COSA ACCADE SE ALLIANZ S.P.A. NON È IN GRADO DI CORRISPONDERE QUANTO DOVUTO?

Gli attivi a copertura degli impegni detenuti dalla Società saranno utilizzati per soddisfare - con priorità rispetto a tutti gli altri creditori della Società stessa - il credito derivante dal contratto, al netto delle spese necessarie alla procedura di liquidazione. Non c'è alcuno schema di garanzia pubblico o privato che possa compensare in tutto o in parte eventuali perdite.

QUALI SONO I COSTI?

ANDAMENTO DEI COSTI NEL TEMPO La diminuzione del rendimento (Reduction in Yield - RIY) esprime l'impatto dei costi totali sostenuti sul possibile rendimento dell'investimento. I costi totali tengono conto dei costi una tantum, correnti e accessori.
Gli importi qui riportati corrispondono al range dei costi cumulativi del prodotto in tre periodi di detenzione differenti e comprendono le potenziali penali per uscita anticipata. Questi importi si basano sull'ipotesi che siano investiti 1 000 EUR all'anno. Gli importi sono stimati e potrebbero cambiare in futuro.
La persona che vende questo prodotto o fornisce consulenza riguardo ad esso potrebbe addebitare altri costi, nel qual caso deve fornire informazioni su tali costi e illustrare l'impatto di tutti i costi sull'investimento nel corso del tempo.

INVESTIMENTO 1.000 EUR ALL'ANNO SCENARI	IN CASO DI DISINVESTIMENTO DOPO 1 ANNO	IN CASO DI DISINVESTIMENTO DOPO 8 ANNI	IN CASO DI DISINVESTIMENTO DOPO 15 ANNI
Costi totali	0 EUR	da 1.453 EUR a 1.686 EUR	da 3.495 EUR a 4.498 EUR
Impatto sul rendimento (RIY) per anno	N.D.	da 3,81 % a 4,41 %	da 2,47 % a 3,15 %

COMPOSIZIONE DEI COSTI La tabella presenta:
- l'impatto, per ciascun anno, dei differenti tipi di costi sul possibile rendimento dell'investimento alla fine del periodo di detenzione raccomandato;
- il significato delle differenti categorie di costi.

QUESTA TABELLA PRESENTA L'IMPATTO SUL RENDIMENTO PER ANNO			
Costi una tantum	Costi di ingresso	da 0,76 % a 0,77 %	Impatto dei costi da sostenere al momento della sottoscrizione dell'investimento. Questo è l'importo massimo che si paga; si potrebbe pagare di meno. Questo importo comprende i costi di distribuzione del prodotto.
	Costi di uscita	0,00 %	Impatto dei costi all'uscita dall'investimento al termine del 15° anno.
Costi correnti	Costi di transazione del portafoglio	0,00 %	Impatto dei nostri costi di acquisto e vendita degli investimenti sottostanti per il prodotto.
	Altri costi correnti	da 1,70 % a 2,36 %	Impatto dei costi che tratteniamo ogni anno per gestire i vostri investimenti.

Poiché sono previste più opzioni d'investimento, i costi possono variare a seconda dell'opzione d'investimento sottostante alla combinazione predefinita. Le informazioni specifiche sulla composizione dei costi di ciascuna opzione d'investimento sono disponibili sul sito internet www.allianz.it o presso l'Intermediario.

PER QUANTO TEMPO DEVO DETENERLO? POSSO RITIRARE IL CAPITALE PREMATURAMENTE?

PERIODO DI DETENZIONE RACCOMANDATO: 15 ANNI

Questo prodotto presuppone che l'investimento sia mantenuto per 15 anni, considerando le caratteristiche specifiche del prodotto, la struttura dei costi e il profilo rischio-rendimento degli investimenti sottostanti. Il disinvestimento anticipato può rendere più difficoltoso il raggIungimento degli obiettivi.
Il prodotto vi riconosce la facoltà di riscattare (disinvestire) il capitale a condizione che siano stati interamente versati i premi relativi alle prime 3 annualità di contratto, con applicazione di una penale pari al 6%, 5%. 4%, 3%, 2%, 1% o 0% a seconda delle annualità di premio interamente pagate (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 o più). In aggiunta, qualora il riscatto venga esercitato prima della scadenza del piano di accumulo, al capitale maturato nella gestione separata è applicata una penale aggiuntiva pari del 1%. Il valore di riscatto si ottiene sommando: - il capitale maturato nella gestione separata Vitariv al 1° gennaio immediatamente precedente la data di richiesta di riscatto, senza alcuna rivalutazione pro rata temporis tra il suddetto 1° gennaio e la data di richiesta del riscatto; - il controvalore delle quote del fondo interno AZ Best in Class (o AZ Orizzonte 10); e diminuendo l'importo così ottenuto delle penali sopra riportate e delle imposte.
I costi di riscatto sono riportati nella tabella "Composizione dei costi" della sezione "Quali sono i costi?". E' possibile esercitare anche il riscatto parziale dai fondi interni o dalla gestione separata con le stesse modalità previste per il riscatto totale.
Il riscatto può essere esercitato mediante richiesta scritta formulata presso la rete di vendita della Compagnia o tramite lettera inviata direttamente alla Compagnia. La Compagnia provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro 30 giorni dalla data di ricevimento della richiesta di riscatto completa della necessaria documentazione.

COME PRESENTARE RECLAMI?

Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità:
- con lettera inviata ad Allianz S.p.A. - Pronto Allianz Servizio Clienti - Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano;
- tramite il sito internet della Compagnia - www.allianz.it - accedendo alla sezione Reclami;
- all'indirizzo Pec - allianz.spa@pec.allianz.it.

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

ALTRE INFORMAZIONI RILEVANTI

In qualsiasi momento è possibile attivare l'opzione Booster che prevede che il rendimento della gestione separata VITARIV attribuito al contratto il 1° gennaio di ogni anno venga automaticamente trasferito nel fondo interno AZ Best in Class.
Alla sottoscrizione del contratto è possibile inoltre attivare la copertura Long Term Care (LTC): per l'intera vita dell'Assicurato, in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana, è prevista la corresponsione all'Assicurato di una rendita vitalizia LTC, a cadenza trimestrale, di importo iniziale pari all'1% del cumulo dei premi pattuiti del piano, che si rivaluta annualmente.
Alla sottoscrizione del contratto è possibile infine attivare la copertura Critical illness: nel corso del piano di accumulo, nel caso venga effettuata la diagnosi di malattia grave dell'Assicurato, è prevista la corresponsione all'Assicurato di un capitale pari al 50% del cumulo dei premi pattuiti del piano con un tetto massimo di 50.000 euro.
Le informazioni specifiche su ciascuna opzione d'investimento sono disponibili sul sito internet www.allianz.it o presso l'Intermediario.
Il Set informativo -composto dal Documento contenente le informazioni chiave (KID), dal Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti di investimento assicurativi (DIP aggiuntivo IBIP), dalle Condizioni di assicurazione comprensive del glossario e dalla Proposta - viene consegnato al Contraente dall'intermediario prima della sottoscrizione ai sensi della normativa vigente. Il Set informativo aggiornato così come il Regolamento della gestione separata e il Regolamento di gestione dei fondi interni, sono comunque disponibili sul sito internet www.allianz.it.

Pagina lasciata intenzionalmente bianca

Assicurazione sulla vita unit linked e con partecipazione agli utili

Documento Informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo IBIP)

Impresa: Allianz S.p.A.

Prodotto : Allianz Hybrid Plan

Contratto multiramo (Ramo I e Ramo III)

data di realizzazione: 28/09/2019

Il presente DIP aggiuntivo Vita è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle presenti nel documento contenente le informazione chiave per i prodotti di investimento assicurativi (KID) per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del Prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

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

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2018 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:
- il patrimonio netto dell'Impresa, pari a 2.174 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 1.279 milioni di euro.

Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria della Società (SFCR), disponibile sul sito internet dell'Impresa www.allianz.it. e si riportano di seguito gli importi (in migliaia di euro):
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 2.577.603;
- del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a 1.159.922;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 4.879.712;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR): pari a 4.867.215.126.592;

e il valore dell'indice di solvibillità (solvency ratio) dell'Impresa, pari a 189%.

Al contratto si applica la legge italiana.

Quali sono le prestazioni?

Le prestazioni corrisposte dall'Impresa si differenziano a seconda della destinazione del premio versato nel Fondo interno, nella Gestione separata ed infine nella copertura caso morte (obbligatoria), perdita di autosufficienza (facoltativa) o malattia grave (facoltativa).

PRESTAZIONI PRINCIPALI

PRESTAZIONE IN CASO DI VITA

In caso di vita dell'Assicurato alla scadenza del piano di accumulo, è prevista la corresponsione al Contraente di prestazioni periodiche ricorrenti, a cadenza trimestrale, di importo fisso pari all'1% del cumulo dei premi versati, erogate fino all'esaurimento delle quote del Fondo interno AZ Best in Class (o AZ Orizzonte 10) assegnate al contratto.

In caso di vita dell'Assicurato alla scadenza del piano di accumulo e a condizione che siano stati pagati tutti i premi pattuiti e non sia verificato un sinistro LTC, al Contraente è corrisposto un Bonus Fedeltà pari alla somma dei premi versati per la copertura caso morte.

Prima della scadenza del piano di accumulo, la Società invierà una comunicazione al Contraente per ricordagli che potrà richiedere la liquidazione del capitale maturato nella Gestione separata, con la relativa garanzia di conservazione del capitale, e del controvalore delle quote del Fondo interno AZ Best in Class (o AZ Orizzonte 10).

In caso contrario, il capitale maturato nella Gestione separata, con la relativa garanzia di conservazione del capitale, ed eventualmente quello investito nel Fondo interno AZ Orizzonte 10, verrà trasferito automaticamente nel fondo interno AZ Best in Class per iniziare l'erogazione delle prestazioni periodiche ricorrenti.

PRESTAZIONE IN CASO DIDECESSO

In caso di decesso dell'Assicurato è previsto il pagamento, ai Beneficiari di un capitale pari a:

- per la parte investita nei fondi interni, al controvalore delle quote maggiorato, qualora il decesso avvenga trascorso almeno un anno dalla decorrenza del contratto, dell'1%, 0,5% o 0,1% a seconda dell'età dell'Assicurato;
- per la parte investita nella Gestione separata, al capitale maturato al 1° gennaio che precede la data del decesso dell'Assicurato e alle porzioni di capitale investito costituite a fronte di ogni premio versato nella Gestione separata dal 1° gennaio alla data del decesso, rivalutati fino alla data del decesso, con una garanzia di conservazione del capitale;
- per la parte destinata alla copertura caso morte, al capitale assicurato, pari inizialmente al cumulo dei premi annui pattuiti del piano (con un tetto massimo di 100.000,00 euro) e che decresce nel corso del tempo fino ad annullarsi alla scadenza del paino.

PRESTAZIONE IN CASO DI PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA (facoltativa)

In caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana, salvo i casi di esclusione e i periodi di carenza, è prevista la corresponsione all'Assicurato di una rendita vitalizia LTC, a cadenza trimestrale, di importo iniziale pari all'1% del cumulo dei premi annui pattuiti del contratto, che si rivaluta annualmente, erogata a partire dal 3° mese successivo al riconoscimento dello stato di non autosufficienza fino a che l'Assicurato è in vita e non autosufficiente. È previsto anche l'esonero del pagamento dei premi annui residui del contratto.

PRESTAZIONE IN CASO DI MALATTIA GRAVE (facoltativa)

Nel momento in cui è effettuata la diagnosi di malattia grave dell'Assicurato che comporti anche un'invalidità permanente superiore al 5%, sempre che la malattia venga diagnosticata nel corso del piano di accumulo, è pevista la correponsione all'Assicurato di un capitale pari al 50% del cumulo dei premi annui pattuiti del contratto, con un tetto massimo di 50.000,00 euro.

OPZIONI CONTRATTUALI

OPZIONE BOOSTER

In qualsiasi momento il Contraente può chiedere di attivare l'opione Booster che prevede che il rendimento della Gestione separata VITARIV attribuito al contratto al 1° gennaio di ogni anno venga automaticamente trasferito nel Fondo interno AZ Best in Class.

L'Impresa mette a disposizione sul sito internet www.allianz.it il regolamento della Gestione separata VITARIV e il Regolamento di gestione dei fondi interni AZ Best in Class e AZ Orizzonte 10.

Che cosa non è assicurato?

Rischi esclusi	Non sono assicurabili i soggetti, che alla decorrenza abbiano un'età computabile non inferiore a 18 anni e non superiore a 60 anni.

Ci sono limiti di copertura?

L'immediata copertura caso morte, LTC e Malattia grave è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto alla visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dall'Impresa.

Nel caso in cui l'Assicurato decida di non sottoporsi alla visita medica, è applicato un periodo di Carenza pari a:

- 12 mesi dalla decorrenza del contratto per la copertura caso morte;
- 3 anni dalla decorrenza del contratto per la copertura LTC;
- 6 mesi dalla decorrenza del contratto per la copertura malattia grave.

Il periodo di Carenza si estende a 5 anni dalla data di decorrenza del contratto qualora il decesso o la perdita di autosufficienza siano dovuti alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altra patologia ad essa collegata.

La copertura malattia grave invece non copre mai la malattia grave causata dalla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altra patologia ad essa collegata.

Durante il periodo di Carenza l'Impresa non garantisce la prestazione assicurata, ma si limita a restituire i premi versati rispettivamente per la copertura caso morte, per la copertura LTC o per la copertura Malattia grave.

L'Assicurato, per ottenere l'eliminazione del periodo di Carenza, può sottoporsi alla visita medica anche succesivamente alla sottoscrizione del contratto, entro e non oltre il termine del periodo di Carenza stesso, sostenendo i relativi Costi.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?	***Denuncia:*** per l'erogazione della prestazione dovrai preventivamente inviare all'Impresa tutti i documenti necessari a verificare l'obbligo di pagamento ed a permetterci di individuare correttamente gli aventi diritto. La richiesta di liquidazione contenente gli estremi per l'accredito dell'importo dovuto deve sempre pervenire in **originale** e dev'essere sottoscritta dai Beneficiari o da coloro che ne hanno la rappresentanza legale. La richiesta di liquidazione potrà essere presentata presso l'Agenzia che ha in gestione il tuo contratto o presso qualsiasi Agenzia dell'Impresa, oppure potrai inviare la documentazione a mezzo posta direttamente ad Allianz S.p.A. – Ufficio Vita – Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste.

	La documentazione da consegnare in caso di **riscatto, totale o parziale, o vita dell'Assicurato** è: • documento attestante l'esistenza in vita dell'Assicurato (anche in forma di autocertificazione). La documentazione da consegnare in caso di **decesso dell'Assicurato** è: • copia del certificato di morte • copia della relazione del medico curante, che indichi nel dettaglio le informazioni cliniche util • copia della dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà (qualora l'Assicurato coincida con il Contraente). In caso di esistenza di testamento, deve esserne consegnata copia del verbale di pubblicazione. Per i **capitali complessivamente superiori a 150.000,00 euro** o nei casi in cui sussista la necessità di svolgere approfondimenti verrà chiesto al posto della dichiarazione sostitutiva l'atto di notorietà. La documentazione da consegnare in caso di **perdita di autosufficienza dell'Assicurato** è: • copia della relazione del medico curante attestante lo stato di non autosufficienza; • copia fronte/retro di un valido documento di identità dell'Assicurato riportante firma visibile. La documentazione da consegnare **in caso di malattia grave dell'Assicurato**: • copia della relazione del medico curante attestante la malattia grave di cui soffre l'Assicurato; • copia degli esami clinici, radiologici, istologici e di laboratorio a supporto della malattia grave. Qualora i Contraente (in caso di Riscatto o di vita dell'Assicurato), o uno dei Beneficiari (in caso di decesso dell'Assicurato) o l'Assicurato (in caso di perdita di autosufficienza o di malattia grave) sia minore di età o incapace, copia del Decreto del Giudice Tutelare.
	Prescrizione: ai sensi dell' articolo 2952 del Codice civile i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 10 anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.Ti invitiamo a prestare attenzione sui termini di prescrizione previsti dalla normativa vigente e sulle conseguenze in caso di omessa richiesta di liquidazione entro detti termini, facendo riferimento anche a quanto previsto dalla normativa in materia di rapporti dormienti, legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni e integrazioni, quali obbligo di devoluzione delle somme prescritte al Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie.
	Erogazione della prestazione: verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi legali a favore degli aventi diritto, gli interessi sono calcolati a partire dal giorno in cui l'Impresa è entrata in possesso della documentazione completa.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni non veritiere, inestatte o reticenti resa dal soggetto che fornisce la informazioni richieste per la conslusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione (ad esempio dichiarazione non veritiera riguardo la residenza).

Quando e come devo pagare?

Premio	Il contratto prevede il pagamento di un Premio annuo, che dovrai versare all'atto della sottoscrizione della Proposta di assicuraizone, con un **importo minimo pari a 1.200,00 euro** all'anno e massimo pari a 80.000,00 all'anno (18.000,00 euro all'anno in caso di attivazione della copertura LTC), con il limite di 24.000,00 euro all'anno per la parte investita nella gestione separata. Puoi optare per una delle seguenti combinazioni predefinite di investimento del premio annuo: • 70% nella Gestione separata VITARIV e 30% nel Fondo interno AZ Best in Class; • 50% nella Gestione separata VITARIV e 50% nel Fondo interno AZ Best in Class; • 30% nelle Gestione separata VITARIV e 70% nel Fondo interno AZ Best in Class. Il premio annuo comprende anche il premio della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative, non puoi pagarlo in modo parziale. Puoi frazionare il pagamento dello stesso in rate mensili, trimestrali o semestrali, da pagarsi rispettivamente ad ogni ricorrenza mensile, trimestrale o semestrale della data di decorrenza del contratto. Le rate di premio annuo non sono maggiorate di alcuna addizionale di frazionamento. Non hai la possibilità di versare premi aggiuntivi, di modificare l'importo del premio annuo scelto all'atto della sottoscrizione o il frazionamento dello stesso. A partire dal 2° anno di contratto potrai cambiare la combinazione predefinita di investimento tra le tre disponibili. A partire dal 6° anno di contratto potrai, inoltre, aggiungere il fondo interno AZ

	Orizzonte 10 alle combinazioni predefinite di investimento del premio annuo. Il Premio potrà essere pagato con le seguenti modalità: • assegno bancario o circolare non trasferibile, intestato o girato all'agente in qualità di Agente di Allianz S.p.A; • bonifico bancario intestato esclusivamente all'agente in qualità di Agente di Allianz S.p.A; • bollettino postale; • carta di debito/credito; • SDD (Sepa Direct Debit) su conto corrente direzionale • reinvestimento del capitale proveniente da un contratto vita preesistente. Non sono ammesse modalità di pagamento diverse da quelle suddette.
Rimborso	In caso di revoca della proposta o di recesso del contratto, l'Impresa entro 30 giorni dalla data di ricezione della comunicazione, dovrà rimborsarti: • per la parte investita nei fondi interni, il controvalore delle quote del Fondo interno AZ Best in Class aggiunti i caricamenti, al netto dell'imposta di bolllo e dell'imposta sull'eventuale rendimento; • per la parte investita nella Gestione separata sono restituiti i premi versati; • per la parte destinata alla copertura caso morte, alla copertura LTC e alla copertura Malattia grave sono restituiti i premi versati nelle suddette coperture al netto della parte dei premi relativi al periodo per il quale le coperture hanno avuto effetto.
Sconti	L'intermediario può applicare sconti di premio.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Il piano di accumulo ha una durata minima di 10 anni e massima di 25 anni, tenendo conto che l'Età computabile dell'Assicurato alla scadenza del piano non può eccedere i 70 anni. La durata delle prestazioni periodiche ricorrenti è variabile, l'erogazione dura fino all'esaurimento delle quote del fondo interno AZ Best in Class (o AZ Orizzonte 10) assegnate al contratto o, se precendente, fino al decesso dell'Assicurato. La durata della copertura caso morte è pari alla durata del piano di accumulo. La durata della copertura LTC (facoltativa) è a vita intera. La durata della copertura Malattia grave (facoltativa) è pari alla durata del piano di accumulo.
Sospensione	La sospensione del pagamento dei premi comporta la risoluzione del contratto. Il mancato pagamento del premio annuo o anche di una sola rata di premio annuo, trascorsi 30 giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato determina la risoluzione del contratto, qualora non siano state pagate per intero le prime tre annualità di premio. In questo caso i premi già versati restano definitivamente acquisiti dall'Impresa.

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

Revoca	Puoi revocare la Proposta di assicurazione fino al ricevimento della comunicazione di avvenuta conclusione del contratto, mediante comunicazione inviata con lettera raccomandata A./R. inviata ad Allianz S.p.A. Ufficio Vita e indicando le coordinate bancarie ove effettuare il rimborso. Le somme versate ti verranno restituite dall'Impresa entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca
Recesso	Puoi recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di ricezione della comunicazione di avvenuta conclusione del contratto. Per l'esercizio del diritto di recesso dovrai inviare una comunicazione scitta all'Impresa, mediante 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. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, l'Impresa ti riomborserà: • per la parte investita nel Fondo interno, il controvalore delle quote del Fondo interno AZ Best in Class aggiunti i caricamenti, al netto dell'imposta di bollo e dell'imposta sull'eventuale rendimento; • per la parte investita nella Gestione separata, i premi versati nella Gestione separata; • per la parte destinata alla copertura caso morte, alla copertura LTC (facoltativa) e alla copertura Malattia grave (facoltativa), i premi versati al netto della parte dei premi relativa al periodo per il quale le coperture hanno avuto effetto.
Risoluzione	Il contratto si risolve quando non sono state pagate per intero le prime tre annualità di premio, in tal caso i premi già versati restano acquisiti dall'Impresa.

A chi è rivolto questo prodotto ?

Questo prodotto prevede combinazioni d'investimento su soluzioni con caratteristiche diverse, è rivolto a coloro che ricercano rendimenti da medi a medio/alti e che prevedono di tenere l'investimento per almeno 15 anni.
È destinato a investitori con una propensione al rischio da bassa a medio/bassa, una moderata capacità di sostenere eventuali perdite e una conoscenza ed esperienza finanziaria adeguata.
I premi per il rischio biometrico (copertura caso morte, copertura LTC e copertura Malattia grave) sono determinati 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. Tali premi hanno un impatto sulla possibile performance del tuo investimento.

Quali costi devo sostenere?

Per l'informativa dettaglliata sui Costi fare riferimento alle indicazioni del KID.
In aggiunta rispetto alle informazioni del KID sono presenti i seguenti Costi.

Costi gravanti direttamente sul Contraente

Costi gravanti sul premio

I costi che gravano sul premio versato sono il costo di caricamento, ovvero:
30,0% dei premi relativi alla prima annualità di contratto, al netto dei premi della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave);
4,0% dei premi relativi alle annualità successive, al netto dei premi della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative;
30,0% dei premi della copertura caso morte e della copertura LTC;
23,0% dei premi della copertura Malattia grave di durato pari a 10 anni;
30,0% dei premi della copertura Malattia grave di durata superiore a 10 anni.

Costi per riscatto o riduzione

In caso di esercizio del diritto di riscatto, l'operazione di riscatto è gravata da un costo percentuale (costo per riscatto) pari al 6%, 5%. 4%, 3%, 2%, 1% o 0% a seconda delle annualità di premio interamente pagate (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 o più). In caso di interruzione del pagamento dei premi, il contratto rimane in vigore per un capitale che viene ridotto di un costo percentuale (penale di riduzione) che decresce in funzione delle annualità di premio interamente pagate, pari al costo per riscatto sopra indicato.
In aggiunta per il riscatto, qualora lo stesso venga esercitato prima della scadenza del piano di accumulo, al capitale maturato nella gestione separata è applicato un costo aggiuntivo per riscatto pari all'1,0%.
In caso di esercizio del diritto di riscatto qualora il contratto sia già in vigore per un capitale ridotto, non viene applicato il costo per riscatto sopra indicato, essendo già stato applicato al momento della riduzione del contratto (penale di riduzione), mentre viene applicato l'eventuale costo aggiuntivo per riscatto dalla gestione separata.
Se è stata attivata la copertura LTC (facoltativa) e si verifica un sinistro LTC prima della scadenza del piano di accumulo, il Contraente può riscattare il contratto senza applicazione di alcun costo per riscatto ("costi per riscatto" o "costo aggiuntivo per riscatto" di cui sopra).
Per la parte destinata alla copertura caso morte e alle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave), **non** è possibile esercitare il diritto di riscatto.

Costi per switch

È possibile effettuare operazioni di switch volontario tra i fondi interni a partire dal 6° anno di contratto. Per ogni anno di contratto, la prima operazione di switch volontario è gratuita. Ogni switch volontario successivo al primo effettuato nel corso della stessa annualità contrattuale, prevede il pagamento di un costo fisso pari a 25,00 euro, che viene detratto dal controvalore delle quote trasferite.
Gli switch automatici previsti dall'opzione Booster non sono gravati da alcun costo per switch.

Costi gravanti sul fondo interno:

Commissione di gestione

La commissione di gestione è calcolata e imputata settimanalmente al patrimonio netto del fondo interno e prelevata mensilmente. Per il fondo interno AZ Best in Class la commssione di gestione è pari al 2,00% mentre per il fondo interno AZ Orizzonte 10 corrisponde al 1,50%.

Commissione di performance

La commissione di performance viene applicata ad ogni giorno di valorizzazione delle quote solo quando il valore della quota del fondo interno raggiunge il suo valore storico massimo, ed è pari al 10,00% (per il fondo AZ Best in Class) o al 15,00% (per il fondo AZ Orizzonte 10) della differenza tra il valore raggiunto dalla quota ed il valore storico massimo precedente (c.d. "High Watermark") moltiplicato per il numero delle quote in circolazione.

Commissioni massime sugli OICR sottostanti

Per il fondo interno AZ Best in Class che investe in misura prevalente in quote di OICR, le commissioni di gestione applicate dagli OICR sottostanti (al netto di quanto retrocesso al fondo interno dall'OICR stesso) sono al massimo pari a 2,50% su base annua.

Costi applicati in funzione delle modalità di partecipazione agli utili
Per la parte del contratto investita nella gestione separata, la Società trattiene - dal rendimento realizzato dalla gestione separata VITARIV - un valore, denominato rendimento trattenuto. Il rendimento trattenuto dalla Società, in punti percentuali assoluti, sul rendimento conseguito dalla gestione separata è pari al 1,20%.
Il rendimento trattenuto viene aumentato di 0,01 punti percentuali per ogni decimo di punto percentuale di rendimento superiore al 5% conseguito dalla gestione separata.
Costi di intermediazione
La quota parte percepita in media dagli Intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari al 27,0%.

Quali sono i rischi e qual è il potenziale rendimento?

Per l'informativa dettagliata sui rischi e sul potenziale rendimento fai riferimento alla Sezione del KID.
In aggiunta rispetto alle informazioni del KID, ti informiamo che il prodotto prevede che, per la parte investita nei fondi interni, non è prevista alcuna garanzia di rendimento minimo o di restituzione del capitale, pertanto, dovrai assumerti i rischi finanziari dell'investimento effettuato nei fondi interni, che sono riconducibili all'andamento del valore delle quote dei fondi interni.
I rischi finanziari a tuo carico sono:

- rischio di ottenere un capitale in caso di vita dell'Assicurato inferiore ai premi investiti nei fondi interni;
- rischio di ottenere un valore di riscatto inferiore ai premi investiti nei fondi interni;
- rischio di ottenere un capitale in caso di morte dell'Assicurato inferiore ai premi investiti nei fondi interni.

I premi investiti nei fondi interni sono pari ai premi versati nei fondi interni al netto dei costi di caricamento e delle quote parti dei premi della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative.
I fondi interni presentano un profilo di rischio che è legato alla categoria del fondo, che risulta essere flessibile per il fondo AZ Best in Class e obbligazionario misto area euro per il fondo AZ Orizzonte 10.
A. Misura annua di rivalutazione
L'Impresa, entro il 31 dicembre di ogni anno, dichiara il rendimento annuo realizzato dalla Gestione separata VITARIV, determinato con i criteri indicati alla lettera j) del Regolamento.
Ai fini della rivalutazione del capitale, l'Impresa applica al contratto la misura annua di rivalutazione ottenuta diminuendo il rendimento realizzato dalla Gestione separata VITARIV di un valore, denominato rendimento trattenuto, pari a 1,2 punti percentuali.
Il rendimento trattenuto verrà aumentato di 0,01 punti percentuali per ogni decimo di punto percentuale di rendimento superiore al 5%, realizzato dalla Gestione separata VITARIV.
La misura annua di rivalutazione attribuita al contratto potrà essere anche negativa.
Per effetto del rendimento trattenuto, la misura annua di rivalutazione attribuita al contratto potrà risultare negativa anche quando il rendimento realizzato dalla Gestione separata risulti positivo ma inferiore al 1,2%. Inoltre, nel caso in cui il rendimento realizzato dalla Gestione separata risulti negativo, la misura annua di rivalutazione attribuita al contratto sarà ulteriormente ridotta del rendimento trattenuto dall'Impresa pari a 1,2 punti percentuali.
Il contratto prevede ad ogni modo e indipendentemente dal rendimento della gestione separata, la **garanzia di conservazione del capitale** versato nella gestione separata**, che viene riconosciuta solamente al 10°, 15° e 20° anno di contratto** (scadenza) **o in caso di decesso dell'Assicurato.**
Per effetto della garanzia di capitale, il capitale rivalutato al 10°, 15° e 20° anno di contratto (scadenza), o in caso di decesso dell'Assicurato, non potrà essere inferiore al premio versato nella gestione separata.
B. Modalità di rivalutazione del capitale
Il capitale investito nella gestione separata, pari al premio versato nella gestione separata, si rivaluta nei termini seguenti:

- al 1° gennaio immediatamente successivo alla decorrenza del contratto (o alla data di pagamento del premio, se successiva), il capitale investito nella Gestione separata è incrementato di un importo pari all'interesse derivante dalla capitalizzazione (in regime di interesse composto) del capitale medesimo in base alla misura annua di rivalutazione determinata ai sensi del punto A. e al periodo di tempo compreso tra la data di decorrenza (o di pagamento del premio, se successiva) e il 1° gennaio immediatamente successivo;
- ad ogni 1° gennaio successivo, il capitale maturato al 1° gennaio precedente è incrementato di un importo pari al prodotto del capitale medesimo per la misura annua di rivalutazione determinata ai sensi del punto A.;
- alla scadenza del contratto, il capitale maturato al 1° gennaio precedente è incrementato di un importo pari all'interesse derivante dalla capitalizzazione (in regime di interesse composto) del capitale medesimo in base all'ultima misura annua di rivalutazione determinata ai sensi del punto A. e al periodo di tempo compreso tra il suddetto 1° gennaio e la scadenza del contratto.

La suddetta rivalutazione si applica al capitale investito nella Gestione separata al netto degli eventuali riscatti parziali.
C. Decesso dell'Assicurato
In caso di decesso dell'Assicurato il capitale investito nella Gestione separata, pari al premio versato nella gestione separata, si rivaluta nei termini seguenti:

- il capitale maturato al 1° gennaio precedente è incrementato di un importo pari all'interesse derivante dalla capitalizzazione (in regime di interesse composto) del capitale medesimo in base all'ultima misura annua di rivalutazione determinata ai sensi del punto A. e al periodo di tempo compreso tra il suddetto 1° gennaio e la data del decesso.

La suddetta rivalutazione si applica al capitale investito nella Gestione separata al netto degli eventuali riscatti parziali.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☑ SI ☐ NO

Valori di riscatto e riduzione	Il Contraente può esercitare il diritto di Riscatto o interrompere il pagamento dei premi mantenendo il contratto in vigore per un capitale ridotto, a condizione che siano stati interamente versati i premi relativi alle prime 3 annualità di contratto. Il Riscatto totale si ottiene sommando il: • controvalore delle quote dei fondi interni assegnate al contratto *e il* • capitale maturato nella Gestione separata al 1° gennaio immediatamente precedente la data richiesta di Riscatto e le porzioni di capitale investito costituite a fronte di ogni premio versato nella Gestione separata dal suddetto 1° gennaio e la data di richiesta del riscatto. L'importo così ottenuto è diminuito di una percentuale (costo per riscatto) che decresce in funzione delle annualità di premio interamente pagate. Il Riscatto totale comporta la risoluzione anticipata del contratto. Riscatto parziale Puoi esercitare il Riscatto parziale solo a partire dalla scadenza del piano di accumulo, specificando l'ammontare del capitale che intendi riscattare dai fondi interni e quello che intendi riscattare dalla Gestione separata. È possibile riscattare parzialmente il capitale solo dai fondi interni oppure solo dalla Gestione separata. Il valore di riscatto parziale si ottiene con le stesse modalità del Riscatto totale, a condizione che il capitale residuo non risulti inferiore a 5.000,00 euro. Riduzione Il capitale ridotto si ottiene diminuendo il capitale maturato al momento dell'interruzione del pagamento dei premi di una percentuale (penale di riduzione) che decresce in funzione delle annualità di premio interamente pagate. La penale di riduzione è pari al costo per riscatto.
Richiesta di informazioni	Il Contraente può richiedere informazioni sul suo contratto all'Agenzia di riferimento oppure direttamente per iscritto ad Allianz S.p.A., Pronto Allianz – Servizio Clienti, Piazza Tre Torri, 3 20145 Milano. Numero verde: 800.68.68.68. Pronto Allianz Online: allianz.it/prontoallianz.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'IVASS	Nel caso in cui il reclamo presentato all'Impresa assicuratrice abbia esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: *tutela.consumatore@pec.ivass.it* . info su: **www.ivass.it .**
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (OBBLIGATORIA)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito **www.giustizia.it.** (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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 relcamo direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (individuabile accedendo al sito internt http: //www.ec.europa.eu/fin-net), oppure, se il Contraente/Assicurato ha domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS che provvede l'inoltro al sistema estero competente, dandone notizia al reclamanete.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	*Imposta sui premi* I premi pagati per la presente assicurazione sulla vita non sono soggetti ad alcuna imposta. *Detraibilità fiscale dei premi* Per i premi pagati per la copertura caso morte e per le eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave) viene riconosciuta al Contraente, o al soggetto rispetto al quale il Contraente è fiscalmente a carico, una detrazione d'imposta ai fini IRPEF nella misura del 19% dei premi stessi fino ad un importo massimo di premi pagati nell'anno pari a 530 euro (elevato a 1.291,14 euro per i premi pagati per la copertura LTC). In caso di Assicurato diverso dal Contraente, per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato risulti fiscalmente a carico del Contraente stesso.

	Ai fini della detrazione d'imposta devono essere considerati, oltre ai premi pagati per la copertura caso morte e per le eventuali coperture facoltative del presente contratto, anche eventuali premi pagati per altre assicurazioni sulla vita "di puro rischio" (intendendosi per tali le assicurazioni aventi ad oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente in misura non inferiore al 5% o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana) o altre assicurazioni sulla vita o infortuni stipulate anteriormente al 1 gennaio 2001. *Imposta di bollo* Le comunicazioni alla clientela – limitatamente alla componente finanziaria investita nei fondi interni - sono soggette ad imposta di bollo annuale secondo quanto previsto dalla normativa vigente. L'imposta di bollo, calcolata annualmente, sarà complessivamente trattenuta al momento del rimborso dell'investimento (per recesso, per riscatto totale o parziale, in caso di vita o di decesso dell'Assicurato). *Tassazione delle somme assicurate* Le somme dovute dall'Impresa in dipendenza del contratto: ▪ se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato, non sono soggette all'imposta sulle successioni e - relativamente alla quota riferibile alla copertura del rischio demografico - all'imposta sul reddito delle persone fisiche; ▪ se corrisposte in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato o in caso di malattia grave, non sono soggette all'imposta sul reddito delle persone fisiche. Negli altri casi, sempreché il Beneficiario sia una persona fisica, sono soggette all'imposta sostitutiva delle imposte sui redditi, attualmente pari al 26%, dovuta sulla differenza, se positiva (plusvalenza), tra il capitale maturato e l'ammontare dei premi versati (al netto dei premi pagati per la copertura caso morte e per le eventuali coperture facoltative). Tale tassazione è ridotta in relazione alla percentuale di titoli di Stato ed equiparati presenti negli attivi, in quanto tali titoli sono tassati al 12,5%. Tale tassazione è applicata alle prestazioni periodiche ricorrenti solo dal momento in cui le stesse eccedono i premi pagati, poiché il contratto non offre alcuna garanzia di capitale o di rendimento minimo per le prestazioni periodiche ricorrenti. La ritenuta fiscale non sarà pertanto applicata sulle prestazioni periodiche ricorrenti fino a concorrenza dei premi pagati. In caso di riscatto totale si terrà conto delle prestazioni periodiche ricorrenti già liquidate e delle eventuali imposte già trattenute sulle prestazioni periodiche ricorrenti liquidate. Nel caso in cui il Beneficiario risulti essere una società commerciale (società od enti commerciali di cui alle lettere a)e b) del comma 1 dell'art. 73 DPR 22/12/1986, n. 917), l'Impresa non opera la suddetta imposta sostitutiva trattandosi di soggetti c.d. "lordisti"; anche in ipotesi di somme corrisposte a persone fisiche o ad enti non commerciali in relazione a contratti di assicurazione sulla vita stipulati però nell'ambito di attività commerciale, l'Impresa non opera alcuna ritenuta qualora gli interessati presentino alla stessa una dichiarazione della sussistenza di tale requisito. *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.*

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO IL 31 MAGGIO DI OGNI ANNO, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA

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

Condizioni di assicurazione

Data ultimo aggiornamento: 28/09/2019

INDICE

Pagina

PAGINA DI PRESENTAZIONE 3

Quali sono le prestazioni?
Art. 1 Prestazioni assicurative 4

Ci sono limiti di copertura?
Art. 2 Limitazioni della copertura caso morte, LTC (facoltativa) e Malattia grave (facoltativa) 5

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?
Art. 3 Denuncia di Sinistro 7
Art. 4 Definizione dello stato di non autosufficienza (copertura LTC) 8
Art. 5 Soggetti non assicurabili dalla copertura in caso di non autosufficienza 9
Art. 6 Denuncia dello stato di non autosufficienza 9
Art. 7 Accertamento dello stato di non autosufficienza 9
Art. 8 Conseguenze del riconoscimento dello stato di non autosufficienza 9
Art. 9 Modifica dello stato di non autosufficienza 10
Art. 10 Adempimenti periodici 10
Art. 11 Definizione di malattie gravi 10
Art. 12 Soggetti non assicurabili dalla copertura malattia grave 11
Art. 13 Denuncia di malattia grave 11
Art. 14 Riconoscimento della malattia grave 12
Art. 15 Conseguenza del riconoscimento della malattia grave 12
Art. 16 Pagamenti dell'Impresa 12
Art. 17 Prescrizione 12
Art. 18 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato 12

Quando e come devo pagare?
Art. 19 Premi 13
Art. 20 Attribuzione delle quote 14
Art. 21 Data di riferimento 14
Art. 22 Fondi interni 15
Art. 23 Istituzione di nuovi fondi/fusione di fondi/modifiche del Regolamento 15
Art. 24 Valore unitario delle quote dei fondi interni 15
Art. 25 Rivalutazione delle prestazioni 15
Art. 26 Fusioni tra gestione separate 17
Art. 27 Operazioni di Switch 17

Quando comincia la copertura e quando finisce?
Art. 28 Conclusione del contratto – Entrata in vigore dell'assicurazione 17
Art. 29 Durata e limiti di età 18

Come posso revocare la Proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?
Art. 30 Revoca della Proposta 18
Art. 31 Diritto di Recesso 18
Art. 32 Risoluzione del contratto con sospensione del pagamento dei premio 18
Art. 33 Riattivazione 19
Art. 34 Riduzione del contratto 19

Sono previsti riscatti e riduzioni?
Art. 35 Riscatto e riduzione 19
Art. 36 Opzioni di contratto 21

Altre informazioni
Art. 37 Beneficiari 21
Art. 38 Non pignorabilità e non sequestrabilità 21
Art.39 Cessione, pegno e vincolo 21
Art.40 Prestito 21
Art. 41 Tasse e imposte 21

Art.42 Collegio Arbitrale 21
Art.43 Foro competente 22
Art.44 Legge applicabile al contratto 22
GLOSSARIO 23

PAGINA DI PRESENTAZIONE

Gentile Contraente,

in questa pagina troverai una breve illustrazione del Prodotto.

Allianz Hybrid Plan è un prodotto a Premio annuo, il Contraente può optare per una delle seguenti combinazioni predefinite di investimento del premio annuo:

- 70% nella Gestione separata VITARIV e 30% nel Fondo interno AZ Best in Class;
- 50% nella Gestione separata VITARIV e 50% nel Fondo interno AZ Best in Class;
- 30% nella Gestione separata VITARIV e 70% nel Fondo interno AZ Best in Class.

Una parte del Premio annuo è destinata anche alla copertura caso morte e alle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave).

Il prodotto soddisfa esigenze diverse a seconda della destinazione di premio versato:

- per la parte investita nei Fondi interni, mira a far crescere il capitale investito in base all'andamento del valore delle quote dei Fondi interni. In caso di andamento negativo del valore delle quote dei Fondi interni il valore del capitale investito potrebbe diminuire non sodisfacendo l'esigenza di risparmio;
- per la parte investita nella Gestione separata, far crescere il capitale investito in base al rendimento realizzato annualmente dalla Gestione separata VITARIV, con una garanzia di conservazione del capitale riconosciuta alla scadenza del piano di accumulo, nel caso in cui il Contraente non chieda il riscatto del capitale, lo stesso sarà trasferito automaticamente e gratuitamente nel Fondo interno AZ Best in Class, senza alcuna garanzia di capitale;
- per la parte destinata alla copertura caso morte e alle eventuali coperture facoltative, proteggere i propri cari.

La durata delle prestazioni periodiche ricorrenti è variabile, l'erogazione dura fino all'esaurimento delle quote del Fondo interno AZ Best in Class (o AZ Orizzonte 10) assegnate al contratto o fino al decesso dell'Assicurato, se precedente.

La durata della copertura caso morte è pari alla durata del piano di accumulo.

Il contratto può essere stipulato sulla vita di soggetti assicurati maggiorenni che, alla decorrenza dello stesso, abbiano un'età computabile non superiore a 60 anni. Il piano di accumulo ha una durata minima di 10 anni e massima di 25 anni, tenendo conto che l'età computabile dell'Assicurato alla scadenza del piano non può eccedere i 70 anni.

È possibile richiedere il rimborso del capitale (esercitare il diritto di riscatto) o interrompere il pagamento dei premi mantenendo il contratto in vigore per un capitale ridotto, a condizione che siano stati interamente versati i premi relativi alle prime 3 annualità di contratto.

L'importo minimo del Premio annuo è pari a 1.200,00 euro all'anno mentre l'importo massimo è pari a 80.000,00 euro all'anno (18.000,00 euro all'anno in caso di attivazione della copertura LTC), con il limite di 24.000,00 euro all'anno per la parte investita nella Gestione separata.

Alla fine delle Condizioni di assicurazione troverai le definizioni dei termini tecnici più importanti utilizzati nel testo ed ivi indicati in maiuscolo.

Per chiarimenti o per una consulenza qualificata sulle tue esigenze assicurative, d'investimento assicurativo e previdenziali, puoi sempre contare su un Agente di Allianz S.p.A.

Condizioni di assicurazione

Quali sono le prestazioni?

Art. 1. Prestazioni assicurative

Allianz Hybrid Plan è un contratto di assicurazione sulla vita derivante dalla combinazione di tre componenti:

- la prima componente è d'investimento assicurativo con partecipazione agli utili;
- la seconda componente è d'investimento assicurativo di tipo unit linked;
- la terza componente è di copertura assicurativa di puro rischio.

Le prestazioni assicurative sono determinate distintamente per ciascuna componente del prodotto come di seguito descritto.

Per la parte investita nei fondi interni il contratto prevede, in caso di vita dell'Assicurato o in caso di decesso, il pagamento di una prestazione di capitale che **potrebbe essere inferiore ai premi investiti**.

La copertura caso morte è obbligatoria mentre le coperture LTC (Long Term Care) e Malattia grave sono facoltative.

Il contratto prevede le seguenti tipologie di prestazioni:

a) Prestazione in caso di vita

In caso di vita dell'Assicurato alla scadenza del piano di accumulo, è prevista la corresponsione al Contraente di **prestazioni periodiche ricorrenti**, a cadenza trimestrale, di importo fisso (ad eccezione dell'ultima) pari all'1% del cumulo dei premi versati, erogate a partire dal 3° mese successivo alla scadenza del piano fino all'esaurimento delle quote del fondo interno AZ BEST IN CLASS (o AZ ORIZZONTE 10) assegnate al contratto o fino al decesso dell'Assicurato, se precedente.

Inoltre, in caso di vita dell'Assicurato e a condizione che siano stati pagati tutti i premi pattuiti e non si sia verificato un sinistro LTC, viene corrisposto al Contraente, alla scadenza del piano di accumulo, un **Bonus Fedeltà** pari alla somma dei premi versati per la copertura caso morte.

L'erogazione al Contraente delle prestazioni periodiche ricorrenti avviene tramite riduzione del numero di quote del fondo interno AZ BEST IN CLASS (o AZ ORIZZONTE 10) assegnate al contratto.

La durata delle prestazioni periodiche ricorrenti dipende dall'ammontare raggiunto dal capitale alla scadenza del piano di accumulo e dall'andamento del capitale stesso una volta trasferito automaticamente nel fondo interno AZ BEST IN CLASS.

L'importo delle prestazioni periodiche ricorrenti dipende invece dal cumulo dei premi versati, come indicato nella tabella che segue:

Cumulo premi versati	Prestazioni periodiche ricorrenti a cadenza trimestrale
50.000,00 euro	500,00 euro
100.000,00 euro	1.000,00 euro
150.000,00 euro	1.500,00 euro

Il Contraente non può modificare né la data di inizio erogazione delle prestazioni periodiche ricorrenti (che è fissa e pari alla prima ricorrenza trimestrale della data di scadenza del piano di accumulo), né la frequenza di erogazione (che è trimestrale), né l'importo (che è pari all'1% del cumulo dei premi versati), né la durata (che non può essere allungata attraverso la sospensione dell'erogazione e la successiva ripresa).

Le prestazioni periodiche ricorrenti sono erogate tramite riduzione del numero di quote del fondo interno AZ BEST IN CLASS (o AZ ORIZZONTE 10) assegnate al contratto.

Trascorsi 3 mesi dalla scadenza del piano di accumulo, ed in particolare il giovedì precedente la prima ricorrenza trimestrale della data di scadenza del piano, il capitale maturato nella Gestione separata ed eventualmente quello investito nel Fondo interno AZ ORIZZONTE 10 verranno trasferiti automaticamente nel Fondo interno AZ BEST IN CLASS.

Prima della scadenza del piano di accumulo, la Società invierà una comunicazione al Contraente per ricordargli che potrà richiedere la liquidazione del capitale maturato nella Gestione separata, con la relativa garanzia di conservazione del capitale. In caso contrario, il capitale maturato nella Gestione separata, con la relativa garanzia di conservazione del capitale, verrà trasferito automaticamente nel Fondo interno AZ BEST IN CLASS, senza alcuna garanzia di conservazione del capitale.

Successivamente al trasferimento automatico del capitale maturato nel Fondo interno AZ BEST IN CLASS, è ammessa una sola operazione di Switch. Quest'ultima potrà essere solo totale e potrà avvenire unicamente dal Fondo interno AZ BEST IN CLASS al fondo interno AZ ORIZZONTE 10.

Il numero di quote da prelevare trimestralmente dal contratto per l'erogazione delle prestazioni periodiche ricorrenti si determina dividendo l'importo fisso delle prestazioni periodiche ricorrenti per il valore unitario delle quote del fondo interno sottostante il contratto, rilevato alla data di riferimento definita all'articolo 21 delle presenti Condizioni di assicurazione.

Condizioni di assicurazione

Le prestazioni periodiche ricorrenti saranno erogate fino a che ci saranno quote del Fondo interno AZ BEST IN CLASS (o AZ ORIZZONTE 10) assegnate al contratto.
L'ultima prestazione periodica ricorrente sarà di ammontare variabile, inferiore all'importo fisso delle precedenti prestazioni ricorrenti, pari al controvalore delle quote residue assegnate al contratto al netto delle imposte dovute.
L'esaurimento delle quote assegnate al contratto determina lo scioglimento del contratto.

b) Prestazione in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato è previsto il pagamento, ai Beneficiari designati dal Contraente, di un capitale pari:

- per la parte investita nei fondi interni, al controvalore delle quote dei fondi interni, **senza alcuna garanzia di capitale.** Il suddetto capitale, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga **trascorso almeno un anno** (periodo di **carenza**) dalla data di decorrenza del contratto, viene maggiorato dell'1% se, al verificarsi dell'evento, l'Assicurato ha meno di 75 anni, dello 0,5% se ha una età compresa tra 75 e 80 anni, dello 0,1% se ha più di 80 anni (in tutti i casi è considerata l'età in anni interi). Il valore delle quote utilizzato per il calcolo è quello della data di riferimento definita all'articolo 21 delle presenti Condizioni di assicurazione;
- per la parte investita nella Gestione separata, secondo quanto previsto dall'articolo 25 lettera C delle presenti Condizioni di assicurazione, con una garanzia di conservazione del capitale;
- per la parte destinata alla copertura caso morte, sempreché il decesso dell'Assicurato avvenga nel corso del piano di accumulo e salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carenza** indicati all'articolo 2 delle presenti Condizioni di assicurazione, al capitale assicurato della copertura caso morte, pari inizialmente al cumulo di premi del piano (con un tetto massimo di 100.000,00 euro) e decresce nel corso del tempo fino ad annullarsi alla scadenza del piano.

In caso di decesso dell'Assicurato in coincidenza con una ricorrenza trimestrale della scadenza del piano di accumulo, sarà comunque erogata la prestazione periodica ricorrente.

c) Prestazione in caso di perdita di autosufficienza (facoltativa)

In caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato durante l'intera vita dell'Assicurato, secondo la definizione contenuta nell'articolo 4 delle presenti Condizioni di assicurazione e salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carenza** indicati nell'articolo 2 delle presenti Condizioni di assicurazione, è prevista la corresponsione all'Assicurato di una **rendita vitalizia LTC**, a cadenza trimestrale, di importo iniziale pari all'1% del cumulo dei premi annui pattuiti del contratto, che si rivaluta annualmente, erogata a partire dal 3° mese successivo al riconoscimento dello stato di non autosufficienza fino a che l'Assicurato è in vita e non autosufficiente. Inoltre è previsto anche l'esonero dal pagamento dei premi annui residui del contratto.

d) Prestazione in caso di malattia grave (facoltativa)

Nel momento in cui viene effettuata la diagnosi di una delle malattie descritte dall'articolo 11 delle presenti Condizioni di assicurazione, che comporti anche un'invalidità permanente dell'Assicurato superiore al 5%, sempre che la malattia venga diagnosticata nel corso del piano di accumulo e salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carenza** indicati all'articolo 2 delle presenti Condizioni di assicurazione, è prevista la corresponsione all'Assicurato di un capitale pari al 50% del cumulo dei premi pattuiti del contratto con un tetto massimo di 50.000,00 euro.
Non è previsto il pagamento del capitale qualora il decesso dell'Assicurato avvenga:

- **nei primi 30 giorni** successivi alla diagnosi della malattia grave, per quanto riguarda infarto, malattia dei motoneuroni (compresa la SLA) e cancro;
- **nei primi 90 giorni,** per quanto riguarda l'ictus, successivi alla diagnosi della malattia grave.

Ci sono limiti di copertura?

Art. 2. Limitazioni della copertura caso morte, LTC (facoltativa) e Malattia grave (facoltativa)

2.1 Esclusioni

È esclusa dalla copertura caso morte, LTC e Malattia grave soltanto, rispettivamente, la morte, la perdita di autosufficienza e la malattia grave causata:

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, la perdita di autosufficienza e la malattia grave sono esclusi 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, la perdita di autosufficienza e la malattia grave 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 o tentato 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 uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti o psicofarmaci ed abuso continuativo di alcolici o di farmaci;
g) da eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche;
h) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
i) 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;
j) 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.viaggiaresicuri.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;
k) dallo svolgimento di una delle attività professionali considerate a rischio indicate nell'elenco riportato nella sezione "profilo professionale" della Proposta di assicurazione;
l) dallo svolgimento di una delle attività sportive considerate a rischio indicate nell'elenco riportato nella sezione "profilo sportivo" della Proposta di assicurazione.

In aggiunta

- è **esclusa** dalla **copertura LTC** la perdita di autosufficienza causata:

m) da eventi, malattie o condizioni patologiche pregresse precedenti la data di Decorrenza del contratto sottaciute all'Impresa;
n) da azioni dell'Assicurato e/o del Contraente delittuose o partecipazione ad imprese temerarie;
o) da tentato suicidio, lesioni o malattie intenzionalmente provocate;
p) dalle seguenti malattie psichiatriche: schizofrenia, disturbo dell'umore, disturbo bipolare maniacale, disturbo bipolare ossessivo-maniacale, disturbo bipolare depressivo, disturbo bipolare ciclotimico, depressione maggiore cronica, nevrosi depressiva, nevrosi fobico-ossessiva, nevrosi ossessivo-compulsiva, disturbi di personalità.

- è **esclusa** dalla **copertura Malattia grave** la malattia grave causata:

m) da eventi, malattie o condizioni patologiche pregresse precedenti la data di Decorrenza del contratto sottaciute all'Impresa;
n) da sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altra patologia ad essa collegata;
o) da asbesto (amianto) o altre sostanze contenenti asbesto.

Nei predetti casi, ad eccezione di quanto indicato alla lettera a) per il quale non è prevista alcuna prestazione legata alla copertura caso morte, LTC e Malattia grave, l'Impresa si impegna a restituire i premi pagati rispettivamente per la copertura caso morte, per la copertura LTC e per la copertura Malattia grave.
La restituzione avverrà mediante incremento del capitale assicurato. Con riferimento alla copertura LTC e Malattia grave, la restituzione dei premi pagati determina rispettivamente l'estinzione della copertura LTC e della copertura Malattia grave.

2.2 Carenza

Qualora l'Assicurato acconsenta a sottoporsi a visita medica e agli ulteriori accertamenti sanitari richiesti dall'Impresa, accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare, non viene applicato il periodo di Carenza sulla copertura caso morte, LTC e Malattia grave. L'Assicurato, per ottenere l'eliminazione del periodo di Carenza, può sottoporsi alla visita medica anche successivamente alla sottoscrizione del contratto, entro e non oltre il termine del periodo di Carenza stesso, sostenendo i relativi Costi. Nel caso in cui l'Assicurato decida di non sottoporsi alla visita medica (e sempreché l'Impresa non ritenga indispensabile la sottoposizione dello stesso agli accertamenti sanitari), viene applicato un **periodo di Carenza** pari rispettivamente a **12 mesi** dalla Decorrenza del contratto per la copertura caso morte, **3 anni** dalla Decorrenza del contratto per la copertura LTC e **6 mesi** dalla Decorrenza del contratto per la copertura Malattia grave. Durante il periodo di Carenza **l'Impresa non garantisce la prestazione assicurata** ma si limita - al verificarsi dell'evento assicurato - a restituire i premi versati rispettivamente per la copertura caso morte, per la copertura LTC e per la copertura Malattia grave. La restituzione avverrà mediante incremento del capitale assicurato. Con riferimento alla copertura LTC e Malattia grave, la restituzione dei premi pagati determina rispettivamente l'estinzione della copertura LTC e della copertura Malattia grave.

Condizioni di assicurazione

Qualora la copertura caso morte, LTC e Malattia grave sia stata attivata in sostituzione di uno o più precedenti contratti - espressamente richiamati nella Proposta di assicurazione - l'applicazione della Carenza rispettivamente di 12 mesi, 3 anni e 6 mesi avverrà tenendo conto delle date di conclusione dei contratti sostituiti. Nel caso in cui il capitale assicurato della copertura caso morte o Malattia grave o la rendita assicurata della copertura LTC fosse superiore al capitale o alla rendita assicurata dal contratto sostituito, il periodo di Carenza trova applicazione solo per la parte di capitale o rendita eccedente. L'Impresa corrisponde integralmente il capitale assicurato della copertura caso morte o la rendita assicurata della copertura LTC solo nel caso in cui, durante il periodo di Carenza, il decesso o la perdita di autosufficienza avvengano 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 l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte o la perdita di autosufficienza.

Il periodo di Carenza si estende a 5 anni dalla data di Decorrenza del contratto qualora il decesso o la perdita di autosufficienza siano dovuti alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altra patologia ad essa collegata.
La copertura Malattia grave invece non copre mai la malattia grave causata dalla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altra patologia ad essa collegata, come indicato nella lett. n) delle esclusioni.
Nel caso in cui l'Assicurato non si sia sottoposto a visita medica (ed agli esami clinici richiesti dall'Impresa e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività) ed il decesso o la perdita di autosufficienza dell'Assicurato avvengano entro i primi 5 anni dalla data di Decorrenza del contratto e siano dovuti alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato della copertura caso morte o la rendita assicurata della copertura LTC non saranno corrisposti. In tale ipotesi, l'Impresa si impegna a restituire i premi versati rispettivamente per la copertura caso morte e per la copertura LTC. La restituzione avverrà mediante incremento del capitale assicurato. Con riferimento alla copertura LTC, la restituzione dei premi pagati determina l'estinzione della copertura LTC.
Qualora la copertura caso morte e LTC siano state attivate in sostituzione di uno o più precedenti contratti - espressamente richiamati nella Proposta di assicurazione - **l'applicazione della Carenza di 5 anni per AIDS** avverrà tenendo conto delle rispettive date di conclusione dei contratti sostituiti. Nel caso il capitale assicurato della copertura caso morte o la rendita assicurata della copertura LTC fossero superiori rispettivamente al capitale o alla rendita assicurata dal contratto sostituito, il periodo di carenza trova applicazione solo alla parte di capitale o rendita eccedente.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?

Art. 3. Denuncia di Sinistro

Al fine di ottenere il pagamento della prestazione assicurativa o del valore di riscatto, gli aventi diritto **dovranno far pervenire all'Impresa** 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 dell'Impresa, facendo espresso riferimento alla Polizza ed unitamente alla richiesta di liquidazione. È altresì consentito l'invio** della documentazione a mezzo posta stessa indirizzata a: Allianz S.p.A. - Ufficio Vita - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste.
La richiesta di liquidazione deve sempre pervenire all'Impresa 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, inoltre, gli estremi per l'accredito dell'importo dovuto dall'impresa 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 dell'Impresa.
I documenti necessari a verificare l'obbligo di pagamento e la corretta individuazione degli aventi diritto sono i seguenti:

a) in caso di riscatto, totale o parziale, o in caso di vita dell'Assicurato:

- documento attestante l'esistenza in vita dell'Assicurato (anche in forma di autocertificazione) qualora l'Assicurato sia persona diversa dal Contraente o dal Beneficiario;

b) in caso di decesso dell'Assicurato:

- certificato di morte dell'Assicurato, rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;

- qualora il decesso si verifichi nel corso del piano di accumulo, 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 dall'Impresa, riportato in calce alle presenti Condizioni di assicurazione e reperibile presso la rete di vendita, per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie;
- qualora l'Assicurato coincida con il Contraente, copia della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata in Comune, dinanzi al Notaio o presso il Tribunale che specifichi se il Contraente ha lasciato o meno testamento e quali sono gli eredi legittimi, i loro dati anagrafici, il grado di parentela e capacità d'agire. In caso di esistenza di testamento, deve esserne consegnata copia del verbale di pubblicazione e la suddetta dichiarazione sostitutiva deve riportarne gli estremi identificativi precisando altresì che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato, ed evidenziando quali sono gli eredi testamentari, i loro dati anagrafici e capacità di agire.

Per i capitali assicurati complessivamente superiori a 150.000,00 euro o nei casi in cui sussista la necessità di svolgere approfondimenti circa la legittimazione dell'avente diritto e/o la corretta erogazione del dovuto, l'Impresa potrà richiedere, al posto della dichiarazione sostitutiva, la copia dell'atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale;

c) in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato:

- la documentazione indicata all'articolo 6 delle presenti Condizioni di assicurazione "Denuncia dello stato di non autosufficienza";
- documento attestante l'esistenza in vita dell'Assicurato (anche in forma di autocertificazione) da esibire con periodicità annuale;

d) in caso di malattia grave dell'Assicurato:

- la documentazione indicata all'articolo 13 delle presenti Condizioni di assicurazione "Denuncia di malattia grave";

Qualora il Contraente (in caso di Riscatto o di vita dell'Assicurato), uno dei Beneficiari (in caso di decesso dell'Assicurato) o l'Assicurato (in caso di perdita di autosufficienza o di malattia grave) sia minore di età o incapace, copia del decreto del Giudice Tutelare contenente l'autorizzazione in capo al rappresentante legale dei minori o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero dell'Impresa da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa.

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

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

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

Art. 4. Definizione dello stato di non autosufficienza (copertura LTC)

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

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

In caso di una sola incontinenza (o dell'intestino o della vescica) compensabile con l'uso di assorbenti igienici, non sussiste lo stato di non autosufficienza di cui al presente punto.

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

L'accertamento dello stato di non autosufficienza spetta all'Impresa e viene effettuato sulla base dell'esame della documentazione prevista dal successivo articolo 6 delle presenti Condizioni di assicurazione.

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

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

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

Non è inoltre consentito sottoscrivere Allianz Hybrid Plan con attiva la copertura LTC in caso di altre coperture LTC in capo al medesimo Assicurato stipulate con l'Impresa e in vigore all'atto della sottoscrizione del contratto.

Art. 6 Denuncia dello stato di non autosufficienza

Al verificarsi della presunta perdita permanente di autosufficienza, l'Assicurato o chi per esso deve darne avviso all'Impresa, con lettera raccomandata A/R, indirizzata ad Allianz S.p.A. - Ufficio Vita - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste e corredata dai seguenti documenti:

- copia della relazione del medico curante (medico di famiglia) attestante lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato con relazione sulle cause della perdita di autosufficienza. Tale relazione potrà essere effettuata anche utilizzando l'apposito modulo predisposto dall'Impresa, riportato in calce alle presenti Condizioni di assicurazione e reperibile presso la rete di vendita, per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie;
- copia fronte-retro di un valido documento di identità dell'Assicurato riportante firma visibile.

La data di denuncia coincide con la data in cui l'Impresa riceve la documentazione completa di cui sopra.

Art. 7 Accertamento dello stato di non autosufficienza

L'accertamento dello stato di non autosufficienza spetta all'Impresa.

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

- sottoporsi agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari e controlli medici disposti dall'Impresa;
- fornire all'Impresa ogni possibile informazione necessaria alla valutazione delle condizioni di non autosufficienza dell'Assicurato o della causa dello stato di non autosufficienza stesso.

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

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

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

Qualora lo stato di non autosufficienza fosse correlato a disturbi mentali, comunque di origine organica, l'accertamento sarà effettuato da uno psichiatra o da un neurologo mediante l'uso del test "*Mini Mental State Examination*" di Folstein dal quale dovrà emergere un punteggio inferiore a 15.

In caso di controversia sullo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, l'Impresa e il Contraente hanno la facoltà di risolvere la controversia secondo le modalità indicate dall'articolo 42 delle presenti Condizioni di assicurazione.

L'Impresa provvederà all'accertamento dello stato di non autosufficienza per non più di 2 denunce, complete della documentazione sopra indicata, avanzate per il medesimo evento.

Art. 8 Conseguenze del riconoscimento dello stato di non autosufficienza

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

- il diritto dell'Assicurato a percepire la rendita vitalizia LTC di cui all'articolo 1 lettera c) delle presenti Condizioni di assicurazione;
- l'estinzione dell'obbligo del Contraente di pagare il Premio annuo della copertura LTC;
- la restituzione degli eventuali premi della copertura LTC pagati nel periodo compreso tra la data di denuncia dello stato di non autosufficienza e la data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza. La restituzione avverrà mediante incremento del capitale assicurato;
- il riconoscimento all'Assicurato, mediante incremento della prima rata di rendita LTC, dell'importo di rendita maturato

nel periodo compreso tra la data di denuncia dello stato di non autosufficienza e la data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

Art. 9 Modifica dello stato di non autosufficienza

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

- la sospensione dell'erogazione della rendita vitalizia LTC di cui all'articolo 1 lettera c) delle presenti Condizioni di assicurazione;
- la riattivazione del pagamento del Premio annuo della copertura LTC, se l'attestazione avviene prima della scadenza del piano di accumulo.

L'Impresa si riserva il diritto di recuperare le eventuali rate di rendita vitalizia LTC corrisposte successivamente al venir meno dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato.
L'eventuale rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ai controlli sanitari periodici atti a valutare la permanenza del proprio stato di non autosufficienza comporterà l'immediata sospensione nell'erogazione della rendita vitalizia LTC nonché, qualora il suddetto rifiuto si verifichi prima della scadenza del piano di accumulo, la riattivazione del pagamento del Premio annuo della copertura LTC.

Art. 10. Adempimenti periodici

Nel corso dell'erogazione della rendita vitalizia LTC, l'Impresa si riserva il diritto di chiedere periodicamente l'esibizione di un documento attestante l'esistenza in vita dell'Assicurato.
In tale caso il suddetto documento dovrà essere indirizzato all'Impresa. Qualora l'Impresa abbia iniziato a corrispondere la rendita vitalizia LTC, il rifiuto di esibire la documentazione suddetta comporterà la sospensione nell'erogazione della rendita vitalizia LTC.
In caso di decesso dell'Assicurato, dovrà essere indirizzata all'Impresa, entro 30 giorni, relativa comunicazione.
L'Impresa si riserva il diritto di recuperare le eventuali rate di rendita vitalizia LTC corrisposte successivamente al decesso dell'Assicurato.

Art. 11. Definizione di malattia grave

Le malattie gravi coperte dal presente contratto, in caso di attivazione della relativa copertura (facoltativa) sono:

- età dell'Assicurato alla Decorrenza **fino a 40 anni**
  a) infarto;
  b) ictus;
  c) malattia dei motoneuroni (compresa la SLA);
  d) cancro.
- età dell'Assicurato alla Decorrenza **da 41 anni**
  a) infarto;
  b) ictus;
  c) malattia dei motoneuroni (compresa la SLA).

a) infarto

L'infarto miocardico è la necrosi di una parte del muscolo miocardico risultante da insufficiente apporto sanguigno alla zona interessata conseguente a malattia coronarica. La diagnosi deve essere sostenuta da tutti e tre i seguenti criteri e ci deve essere diagnosi certa di un nuovo infarto miocardico acuto:

1. sintomatologia clinicamente costante con la diagnosi di infarto acuto del miocardio e
2. nuove alterazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla data di Decorrenza del contratto e
3. tipica elevazione dei markers biochimici cardiaci specifici, ad esempio CK-MB o Troponina cardiaca.

L'infarto che si verifica durante un intervento sulle arterie coronarie deve risultare in un livello di Troponina cardiaca di almeno 3 (tre) volte il valore di riferimento del laboratorio.
Angina e altre forme di sindrome coronaria acuto sono esclusi.

b) ictus

L'ictus è definito come accidente cerebrovascolare che provochi la morte irreversibile del tessuto del cervello a causa di una emorragia intra-cranica o a causa di embolia cerebrale o trombosi cerebrale in un vaso intra-cranico. Questo evento deve

contribuire ad una compromissione permanente della funzione neurologica. Si devono riscontrare chiare ed evidenti anomalie delle funzioni sensoriali o motorie durante l'esame fisico eseguito da un neurologo dopo almeno 3 mesi della data di insorgenza dell'evento. La diagnosi deve essere anche confermata da tecniche ad immagini. Gli esami devono confermare l'insorgenza di un ictus nuovo.
Si intendono esclusi:
1. attacco ischemico transitorio (TIA);
2. danni cerebrali dovuti ad infortunio, infezione, vasculite, malattia infiammatoria o emicrania;
3. disturbi ai vasi sanguigni che coinvolgono gli occhi, ivi compreso infarto del nervo ottico o della retina;
4. disturbi ischemici del sistema vestibolare;
5. ictus silente asintomatico riscontrato solo tramite tecniche ad immagini.

c) malattia dei motoneuroni (compresa la SLA):
Diagnosi di malattia dei motoneuroni da parte di uno specialista neurologo (primario o aiuto) di clinica o Istituto universitario di neurologia come atrofia muscolare spinale, paralisi bulbare progressiva, sclerosi laterale amiotrofica o sclerosi laterale primaria. Vi deve essere degenerazione progressiva dei tratti corticospinali e delle cellule del corno anteriore o dei neuroni efferenti bulbari. Deve essere presente un danno neurologico funzionale permanente con evidenze obiettive di disfunzione motoria in forma persistente e continua per almeno 3 mesi.

d) cancro
Il cancro è un tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne, con l'invasione e la distruzione del tessuto normale. Il termine "cancro" include linfoma, sarcoma e la malattia di Hodgkin. Il cancro necessita di intervento chirurgico, e/o di radioterapia e/o di chemioterapia. E' necessario che la diagnosi sia confermata da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo. Dalla garanzia sono esclusi:
1. tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non-invasivi;
2. qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione;
3. tutti i tumori della pelle ad esclusione del melanoma maligno;
4. tutti i tumori della prostata classificati con un punteggio Gleason uguale o inferiore a 6 o istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio inferiore a T2N0M0;
5. melanomi uguali o inferiori a 1.0 mm e istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio uguale o inferiore a T1aN0M0;
6. tumori alla tiroide in stadio precoce che misurino meno di 2cm di diametro e istologicamente descritti come T1N0M0 dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione;
7. qualsiasi forma di cancro in presenza del virus di immunodeficienza HIV, compresi tra gli altri, linfoma o sarcoma di Kaposi;
8.tutti i tumori che sono recidivi o metastasi di tumori diagnosticati durante il periodo di Carenza.

Il contratto copre le suddette malattie gravi qualora comportino **anche** un'invalidità permanente dell'Assicurato **superiore al 5%**.
Il contratto **non** copre le suddette malattie gravi qualora il decesso dell'Assicurato avvenga:
- **nei primi 30 giorni** successivi alla diagnosi della malattia grave, per quanto riguarda infarto, malattia dei motoneuroni (compresa la SLA) e cancro;
- **nei primi 90 giorni** successivi alla diagnosi della malattia grave, per quanto riguarda l'ictus.

Il contratto copre le suddette malattie gravi qualora siano diagnosticate nel corso del piano di accumulo, salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carenza** indicati all'articolo 2 delle presenti Condizioni di assicurazione.
Il riconoscimento della malattia da parte dell'Impresa viene effettuato sulla base dell'esame della documentazione prevista dal successivo articolo 13 delle presenti Condizioni di assicurazione.

Art. 12. Soggetti non assicurabili dalla copertura malattia grave
Non sono assicurabili dalla copertura Malattia grave le persone già affette da una malattia grave, quelle affette da alcolismo e tossicodipendenza e quelle che hanno contratto il virus HIV (sieropositive).
Non è inoltre consentito sottoscrivere Allianz Hybrid Plan con attiva la copertura Malattia grave in caso di altre coperture Malattia grave in capo al medesimo Assicurato stipulate con l'Impresa e in vigore all'atto della sottoscrizione del presente contratto.

Art. 13 Denuncia di malattia grave
Nel momento in cui viene effettuata la diagnosi di malattia grave, sempre che la stessa venga diagnosticata nel corso del piano di accumulo e **a condizione che l'Assicurato sia in vita nei 30/90 giorni successivi all'evento**, l'Assicurato o chi per esso deve darne avviso all'Impresa, con lettera raccomandata A/R, indirizzata a Allianz S.p.A. - Ufficio Vita - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste e corredata dai seguenti documenti:

- copia della relazione del medico curante (medico di famiglia) attestante la malattia grave di cui soffre l'Assicurato. Tale relazione potrà essere effettuata anche utilizzando l'apposito modulo predisposto dall'Impresa, riportato in calce alle presenti Condizioni di assicurazione e reperibile presso la rete di vendita, per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie;
- copia degli esami clinici, radiologici, istologici e di laboratorio a supporto della diagnosi di malattia grave, come specificati nelle definizioni delle malattie gravi riportate all'articolo 11 delle presenti Condizioni di assicurazione;
- copia fronte-retro di un valido documento di identità dell'Assicurato riportante firma visibile, nonché copia del suo codice fiscale.

La data di denuncia coincide con la data in cui l'Impresa riceve la documentazione completa di cui sopra.

Art. 14 Riconoscimento della malattia grave

Dalla data di denuncia, di cui al precedente articolo, decorre il periodo per il riconoscimento da parte dell'Impresa della malattia grave, che in ogni caso non può superare i **30 giorni**.
L'Impresa, ricevuta la documentazione completa, si riserva comunque di richiedere all'Assicurato, o a chi per esso, ulteriore documentazione medica che risultasse necessaria per il riconoscimento, con conseguente sospensione del suddetto termine temporale.
Ultimati i controlli, l'Impresa comunica per iscritto all'Assicurato o a chi per esso, entro e non oltre il periodo di 30 giorni sopra definito, il riconoscimento o meno della malattia grave.
In caso di controversia sul riconoscimento della malattia grave dell'Assicurato, l'Impresa e il Contraente hanno la facoltà di risolvere la controversia secondo le modalità indicate dall'articolo 42 delle presenti Condizioni di assicurazione.

Art. 15 Conseguenze del riconoscimento della malattia grave

Con il riconoscimento della malattia grave si generano i seguenti effetti:

- il diritto dell'Assicurato a percepire il capitale della copertura Malattia grave di cui all'articolo 1 lettera d) delle presenti Condizioni di assicurazione;
- l'estinzione dell'obbligo del Contraente di pagare il Premio annuo della copertura Malattia grave;
- la restituzione degli eventuali premi della copertura Malattia grave pagati nel periodo compreso tra la data di denuncia della malattia grave e la data di riconoscimento della malattia grave. La restituzione avverrà mediante incremento del capitale assicurato.

Art. 16 Pagamenti dell'Impresa

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, l'Impresa 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), in caso di riscatto, in caso di vita o di decesso dell'Assicurato;
- entro 30 giorni dalla ricorrenza trimestrale della data di scadenza del piano di accumulo, per quanto riguarda il pagamento delle prestazioni periodiche ricorrenti;
- entro 30 giorni dalla ricorrenza trimestrale della data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza, per quanto riguarda il pagamento della rendita vitalizia LTC;
- entro 30 giorni dalla data di riconoscimento della malattia grave, per quanto riguarda il pagamento della capitale della copertura Malattia grave.

Decorso il termine dei 30 giorni sono dovuti gli interessi legali a favore degli aventi diritto. Gli interessi sono calcolati a partire dal giorno in cui l'Impresa è entrata in possesso della documentazione completa, per quanto riguarda i pagamenti dovuti in caso di riscatto, vita o decesso dell'Assicurato, dalla ricorrenza trimestrale della data di scadenza del piano di accumulo, per quanto riguarda il pagamento delle prestazioni periodiche ricorrenti, dalla ricorrenza trimestrale della data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza per quanto riguarda il pagamento della rendita vitalizia LTC, dalla data di riconoscimento della malattia grave per quanto riguarda il pagamento della capitale della copertura Malattia grave.

Art. 17. Prescrizione

Ai sensi dell'articolo 2952 del 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 dall'Impresa al fondo per le vittime delle frodi finanziarie come previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

Art. 18. Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze, relative a circostanze tali che l'Impresa non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se

avesse conosciuto il vero stato delle cose, possono comportare, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892,1893 del Codice Civile, da parte dell'Impresa:

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

- **il rifiuto, in caso di sinistro, del pagamento del capitale assicurato della copertura caso morte;**
- **la contestazione della validità della copertura caso morte entro 3 mesi dal giorno in cui l'Impresa stessa ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;**

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

- **la riduzione, in caso di sinistro, del capitale assicurato della copertura caso morte in relazione al maggior rischio accertato;**
- **la facoltà di recedere dalla copertura caso morte entro 3 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 del capitale assicurato della copertura caso morte in base alla data corretta, oltre che della maggiorazione del Controvalore delle quote dei fondi interni in base alla data corretta.

Le dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato all'atto della sottoscrizione di altri contratti di assicurazione sulla vita e/o infortuni e/o malattia stipulati con l'Impresa, o con società del gruppo di appartenenza, non liberano il Contraente e l'Assicurato dall'obbligo di fornire all'Impresa dichiarazioni esatte, complete e veritiere con riferimento al presente contratto di assicurazione.

Quando e come devo pagare?

Art. 19. Premi

Il contratto, a fronte delle prestazioni di cui all'articolo 1 delle presenti Condizioni di assicurazione, prevede il pagamento di un Premio annuo di importo minimo pari a **1.200,00 euro** all'anno e massimo pari a **80.000,00 euro** all'anno (**18.000,00 euro** all'anno in caso di attivazione della copertura LTC), con il limite di **24.000,00 euro** all'anno per la parte investita nella Gestione separata.

Il Premio annuo comprende anche il premio della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave). Il Premio annuo **non può essere** pagato in modo parziale, ovvero non può essere pagato il premio annuo destinato al Fondo interno e alla Gestione separata e non pagato, ad esempio, il premio annuo destinato alla copertura caso morte e alle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave).

Il Premio annuo può essere frazionato in rate mensili, trimestrali o semestrali, da pagarsi rispettivamente ad ogni ricorrenza mensile, trimestrale o semestrale della data di Decorrenza del contratto. Le rate di premio annuo non sono maggiorate di alcuna addizionale di frazionamento (interesse di frazionamento).

Il primo premio annuo, o la prima rata di premio annuo, deve essere versato all'atto della sottoscrizione della Proposta di assicurazione. I premi annui successivi, o le rate di premio annuo successive, devono essere versati alle scadenze pattuite.

Il Contraente non ha la facoltà di versare premi aggiuntivi, né di modificare l'importo del Premio annuo scelto all'atto della sottoscrizione del contratto o il frazionamento del premio.

Il Contraente può optare per una delle seguenti combinazioni predefinite di investimento del Premio annuo:

- 70% nella Gestione separata VITARIV e 30% nel Fondo interno AZ BEST IN CLASS;
- 50% nella Gestione separata VITARIV e 50% nel Fondo interno AZ BEST IN CLASS;
- 30% nella Gestione separata VITARIV e 70% nel Fondo interno AZ BEST IN CLASS.

Una parte del Premio annuo è destinata anche alla copertura caso morte e alle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave).

Il premio annuo della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave) 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.

A partire dal 2° anno di contratto è data facoltà al Contraente di cambiare la combinazione predefinita di investimento del Premio annuo, tra le 3 disponibili. La variazione avrà effetto dal 2° mese successivo alla relativa richiesta.

A partire dal 6° anno di contratto è data facoltà al Contraente di aggiungere il Fondo interno AZ Orizzonte 10 alle combinazioni predefinite di investimento del Premio annuo di cui sopra, ferme restando le percentuali di investimento nella Gestione separata VITARIV sopra indicate.

Sul Premio annuo pagato, al netto del Premio della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave), l'Impresa applica **un costo (caricamento) del 30,00%** sui premi relativi alla prima annualità di contratto **e del 4,00%** sui premi relativi alle annualità successive.

L'impresa di assicurazione o l'intermediario possono applicare sconti di premio.

Il Caricamento applicato è riportato nella Proposta di assicurazione e nella Polizza.

Il Capitale investito nella Gestione separata è pari ai premi versati nella Gestione separata al netto dei Costi di caricamento e delle quote parti dei premi della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave) mentre il Capitale investito nei Fondi interni è pari ai premi versati nei fondi interni al netto dei Costi di caricamento e delle quote parti dei premi della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave).
I premi potranno essere pagati con le seguenti modalità:

- assegno bancario o circolare non trasferibile, intestato o girato all'agente (persona fisica o giuridica) in qualità di Agente di Allianz S.p.A., fermo restando che per specifiche esigenze procedurali l'Impresa si riserva di richiedere che l'assegno venga intestato ad Allianz S.p.A.;
- bonifico bancario intestato esclusivamente all'agente (persona fisica o giuridica) in qualità di Agente di Allianz S.p.A., fermo restando che per specifiche esigenze procedurali l'Impresa si riserva di richiedere che il bonifico venga intestato ad Allianz S.p.A.;
- bollettino postale (in tal caso verrà considerata come data di pagamento del Premio quella apposta dall'ufficio postale);
- carta di debito/credito;
- SDD (Sepa Direct Debit) su conto corrente direzionale, obbligatorio in caso di frazionamento mensile o trimestrale del Premio annuo. L'obbligatorietà dell'SDD si applica ai pagamenti successivi a quello di perfezionamento del contratto e potrà essere estesa a frazionamenti diversi dal mensile o trimestrale subordinatamente a specifiche disposizioni impartite agli intermediari preposti alla vendita. L'SDD è attivabile anche tramite l'utilizzo di carta di debito, qualora tale servizio sia abilitato;
- reinvestimento del capitale proveniente da un contratto Vita preesistente.

Le spese relative ai mezzi di pagamento gravano direttamente sul Contraente.
Non sono ammesse modalità di pagamento diverse da quelle suddette.

Art. 20. Attribuzione delle quote e riduzione delle stesse

Il Premio versato nei fondi interni al netto del costo di caricamento e della quota parte del premio della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave), suddiviso tra i Fondi interni in base alla combinazione predefinita di investimento scelta dal Contraente, diviso per il valore unitario delle quote del relativo fondo, dà luogo al numero di quote di ciascun fondo assegnate al contratto per ciascun premio versato.
Il valore unitario delle quote utilizzato per il calcolo è quello della data di riferimento definita all'articolo 21 delle presenti Condizioni di assicurazione. L'Impresa dà comunicazione al Contraente dell'avvenuta conversione in quote del premio versato nei fondi interni entro 10 giorni lavorativi dalla data di valorizzazione delle quote di cui sopra, mediante lettera riportante: l'ammontare del premio versato nei fondi interni e di quello investito, la data di Decorrenza del contratto, la data di pagamento del premio, il numero delle quote assegnate al contratto, il loro valore unitario nonché la data di valorizzazione. L'Impresa si riserva di inviare **una lettera di conferma cumulativa alla fine di ogni semestre**.
A partire dalla prima ricorrenza trimestrale della data di scadenza del piano di accumulo, il numero delle quote assegnate al contratto è ridotto trimestralmente per consentire l'erogazione delle prestazioni periodiche ricorrenti descritte all'articolo 1 lettera a) delle presenti Condizioni di assicurazione. Il numero di quote da prelevare dal contratto si determina dividendo l'importo fisso delle prestazioni periodiche ricorrenti per il valore unitario delle quote del Fondo interno sottostante il contratto, rilevato alla data di riferimento definita all'articolo 21 delle presenti Condizioni di assicurazione.

Art. 21. Data di riferimento

La data di riferimento è il giorno di valorizzazione delle quote come di seguito definito.
Per la determinazione del numero di quote attribuite al contratto in relazione ai premi versati nei fondi interni, la data di riferimento è:

- per la prima rata del Premio annuo, il giovedì della settimana successiva alla data di Decorrenza (o alla data di pagamento del premio, se successiva);
- per le rate successive del Premio annuo versate tramite SDD: il primo giovedì a partire dalla data di addebito sul conto corrente del Contraente dell'SDD;
- per le rate successive del Premio annuo versate tramite assegno, bonifico o carta di debito/credito: il giovedì della settimana successiva a quella di pagamento del premio.

Per la determinazione del numero di quote da prelevare dal contratto per l'erogazione delle prestazioni periodiche ricorrenti, la data di riferimento è il primo giovedì coincidente o successivo alla ricorrenza trimestrale della data di scadenza del piano di accumulo.
Per la determinazione del Controvalore delle quote in relazione a tutti gli altri casi di liquidazione della prestazione previsti dal presente contratto e per le operazioni di Switch volontario, la data di riferimento è il primo giovedì successivo al giorno di ricevimento, da parte dell'Impresa, della relativa richiesta (corredata della documentazione di cui all'articolo 3 delle presenti Condizioni di assicurazione).

Per gli Switch automatici dell'opzione Booster, la data di riferimento è il primo giovedì successivo al 1° gennaio di ogni anno.
In caso di liquidazione della prestazione a più Beneficiari, il disinvestimento delle quote del contratto avviene successivamente al ricevimento della prima richiesta sottoscritta da uno dei Beneficiari, corredata della relativa documentazione.
Se il giovedì cade in un giorno festivo, il valore unitario delle quote assegnato a tale data sarà quello determinato dall'Impresa il primo giorno lavorativo successivo.

Art. 22. Fondi interni

Le caratteristiche dei fondi interni sono indicate nel Regolamento dei fondi disponibile sul sito internet www.allianz.it.
Il Fondo interno AZ ORIZZONTE 10 è un fondo **obbligazionario misto area euro** che investe in misura principale in titoli governativi dei paesi dell'area euro e in misura residua (in media del 10%) nel mercato azionario europeo.
Il Fondo interno AZ BEST IN CLASS è un fondo **flessibile** che non ha vincoli sulla composizione degli investimenti (comparto azionario/obbligazionario). Il Fondo è caratterizzato da una gestione attiva, finalizzata a trarre beneficio sia dalle capacità gestorie di alcuni dei migliori gestori al mondo quali Allianz Global Investors, BlackRock, Fidelity, Franklin Templeton, Investitori Sgr, JP Morgan, Morgan Stanley, Pictet e Pimco, sia dal momentum associato ai singoli OICR in cui il fondo investe.
In ogni caso il Contraente ha la facoltà di chiedere ulteriori informazioni su ciascun fondo interno.

Art. 23 Istituzione di nuovi fondi / fusione di fondi / modifiche del Regolamento

L'Impresa ha la facoltà di:

- istituire nuovi fondi interni;
- determinare la fusione tra uno o più fondi esistenti che abbiano caratteristiche omogenee, stessa politica di investimento, stessa finalità e grado di rischio, secondo quanto indicato all'articolo 13 del Regolamento dei fondi interni;
- modificare il Regolamento dei fondi interni, a seguito di variazioni della legge e/o della normativa secondaria di attuazione oppure a fronte di mutati criteri gestionali, secondo quanto indicato all'articolo 15 del Regolamento dei fondi interni.

In tali casi, il Contraente verrà opportunamente informato:

- dell'intervenuta istituzione di un nuovo Fondo interno, delle caratteristiche dello stesso e della possibilità di accedervi con operazioni di investimento di premi aggiuntivi, ricorrenti o operazioni di Switch. Il nuovo Fondo interno verrà disciplinato da apposito Regolamento;
- dell'intenzione di procedere alla fusione tra uno o più fondi interni;
- dell'intenzione di procedere alla modifica del Regolamento dei fondi interni.

Art. 24. Valore unitario delle quote dei fondi interni

Il valore unitario delle quote dei fondi interni è determinato settimanalmente dall'Impresa (il giovedì di ogni settimana), ai sensi del relativo Regolamento, e pubblicato giornalmente sul quotidiano "Il Sole 24 Ore" e sul sito internet www.allianz.it.
Il valore unitario delle quote si ottiene dividendo il patrimonio netto del Fondo rilevato il giorno precedente la data di valorizzazione per il numero delle quote in cui è ripartito, allo stesso giorno, il Fondo interno stesso.
Per le attività e passività di pertinenza del Fondo interno per le quali - per qualunque ragione - non fosse disponibile il valore corrente di mercato nel giorno settimanale di calendario, l'Impresa considererà, ai fini della determinazione del valore unitario delle quote del Fondo interno, il valore corrente di mercato quale risultante il primo giorno utile precedente.

Art. 25. Rivalutazione delle prestazioni

Il contratto, con riferimento al Capitale investito nella Gestione separata, riconosce una rivalutazione annuale sulla base delle condizioni sotto indicate. A tal fine l'Impresa gestisce, secondo quanto previsto dal Regolamento della Gestione separata VITARIV, attività d'importo non inferiore alle riserve matematiche costituite a fronte dei contratti che prevedono una rivalutazione legata al rendimento del VITARIV.

A. Misura annua di rivalutazione

L'Impresa, entro il 31 dicembre di ogni anno, dichiara il rendimento annuo realizzato dalla Gestione separata VITARIV, determinato con i criteri indicati alla lettera j) del Regolamento.
Il rendimento attribuito al contratto è pari al rendimento realizzato dalla Gestione separata VITARIV diminuito di un valore, denominato rendimento trattenuto, pari a 1,2 punti percentuali.
Il rendimento trattenuto verrà aumentato di 0,01 punti percentuali per ogni decimo di punto percentuale di rendimento superiore al 5%, realizzato dalla Gestione separata VITARIV.
La misura annua di rivalutazione del capitale è pari al rendimento attribuito al contratto.
La misura annua di rivalutazione del capitale **potrà essere anche negativa**.

Per effetto del rendimento trattenuto, la misura annua di rivalutazione del capitale potrà risultare negativa anche quando il rendimento realizzato dalla Gestione separata risulti positivo ma inferiore al 1,2%. Inoltre, nel caso in cui il rendimento realizzato dalla Gestione separata risulti negativo, la misura annua di rivalutazione del capitale sarà ulteriormente ridotta del rendimento trattenuto dall'Impresa pari a 1,2 punti percentuali.
Il contratto prevede ad ogni modo e indipendentemente dal rendimento della Gestione separata, la **garanzia di conservazione del Capitale investito** nella Gestione separata**, che viene riconosciuta solamente alla scadenza del piano di accumulo o in caso di decesso dell'Assicurato** prima della scadenza del piano. Trascorsi 3 mesi dalla scadenza del piano di accumulo, nel caso in cui il Contraente non chieda il Riscatto del capitale, lo stesso sarà trasferito automaticamente e gratuitamente nel Fondo interno AZ BEST IN CLASS, **senza alcuna garanzia di capitale**, secondo quanto indicato all'articolo 1 lettera a) delle presenti Condizioni di assicurazione.
Per effetto della garanzia di capitale, il capitale rivalutato alla scadenza del piano di accumulo o in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza del piano, non potrà essere inferiore ai premi investiti nella Gestione separata, pari ai premi versati nella Gestione separata al netto dei Costi di caricamento e delle quote parti dei premi della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave).
La misura annua di rivalutazione della rendita LTC si ottiene scontando per il periodo di un anno al tasso tecnico dello 0,5% la differenza tra il rendimento attribuito al contratto ed il suddetto tasso tecnico già conteggiato nel calcolo della rendita iniziale LTC.
La misura annua di rivalutazione della rendita LTC **non** potrà essere negativa.

B. Modalità di rivalutazione del capitale

Il Capitale investito nella Gestione separata, pari ai premi versati nella Gestione separata al netto dei Costi di caricamento e delle quote parti dei premi della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave), si rivaluta nei termini seguenti:

- al 1° gennaio immediatamente successivo alla Decorrenza del contratto (o alla data di pagamento del premio, se successiva), il Capitale investito nella Gestione separata alla data di Decorrenza del contratto e le porzioni di Capitale investito – costituite a fronte di ogni premio versato nella Gestione separata nei mesi precedenti tale data – sono incrementati di un importo pari all'interesse derivante dalla capitalizzazione (in regime di interesse composto) del capitale medesimo in base alla misura annua di rivalutazione determinata ai sensi del punto A. e al periodo di tempo compreso tra la data di Decorrenza del contratto (o di pagamento del premio, se successiva) e il 1° gennaio immediatamente successivo;
- ad ogni 1° gennaio successivo, il capitale maturato al 1° gennaio precedente è incrementato di un importo pari al prodotto del capitale medesimo per la misura annua di rivalutazione determinata ai sensi del punto A. mentre le porzioni di Capitale investito – costituite a fronte di ogni premio versato nella Gestione separata nei 12 mesi precedenti tale data – sono incrementate di un importo pari all'interesse derivante dalla capitalizzazione (in regime di interesse composto) di ciascuna porzione di Capitale investito in base alla misura annua di rivalutazione determinata ai sensi del punto A. e al periodo di tempo compreso tra la data di pagamento del premio e il 1° gennaio immediatamente successivo;
- alla scadenza del piano di accumulo, il capitale maturato al 1° gennaio precedente e le porzioni di Capitale investito – costituite a fronte di ogni premio annuo versato nella Gestione separata tra tale data e la scadenza del piano di accumulo – sono incrementati di un importo pari all'interesse derivante dalla capitalizzazione (in regime di interesse composto) del capitale medesimo in base all'ultima misura annua di rivalutazione determinata ai sensi del punto A. e al periodo di tempo compreso tra il suddetto 1° gennaio o la data di pagamento del premio e la scadenza del piano di accumulo.

La suddetta rivalutazione si applica al Capitale investito nella Gestione separata al netto degli eventuali riscatti parziali

C. Decesso dell'Assicurato

In caso di decesso dell'Assicurato il Capitale investito nella Gestione separata, pari ai premi versati nella Gestione separata al netto dei Costi di caricamento e delle quote parti dei premi della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave), si rivaluta nei termini seguenti:

- il capitale maturato al 1° gennaio precedente e le porzioni di Capitale investito – costituite a fronte di ogni premio versato nella Gestione separata tra tale data e la data del decesso –sono incrementati di un importo pari all'interesse derivante dalla capitalizzazione (in regime di interesse composto) del capitale medesimo in base all'ultima misura annua di rivalutazione determinata ai sensi del punto A. e al periodo di tempo compreso tra il suddetto 1° gennaio o la data di pagamento del premio e la data del decesso.

La suddetta rivalutazione si applica al Capitale investito nella Gestione separata al netto degli eventuali riscatti parziali.

D. Modalità di rivalutazione della rendita LTC

Rivalutazione della rendita LTC nel corso del piano di accumulo e a condizione che non sia iniziata l'erogazione della rendita stessa.

Ad ogni ricorrenza annua del contratto, la rivalutazione della rendita LTC viene effettuata aumentando la rendita LTC assicurata alla ricorrenza annua immediatamente precedente di:

- un primo importo che si ottiene moltiplicando la rendita LTC iniziale per la misura annua di rivalutazione della rendita LTC e riducendo il valore così ottenuto in modo proporzionale al rapporto fra il numero di anni trascorsi dalla data di Decorrenza del contratto e il numero degli anni di durata del piano di accumulo;
- un secondo importo che si ottiene moltiplicando la differenza fra la rendita LTC assicurata alla ricorrenza annua immediatamente precedente e la rendita LTC iniziale per la misura annua di rivalutazione della rendita LTC.

Rivalutazione della rendita LTC successivamente alla scadenza del piano di accumulo e a condizione che non sia iniziata l'erogazione della rendita stessa

Ad ogni ricorrenza annua del contratto, la rivalutazione della rendita LTC viene effettuata aumentando la rendita LTC assicurata alla ricorrenza annua immediatamente precedente di un importo pari al prodotto fra la rendita LTC assicurata alla ricorrenza annua immediatamente precedente e la misura annua di rivalutazione della rendita LTC.

Rivalutazione della rendita LTC in fase di erogazione della rendita stessa

Le modalità e le condizioni di rivalutazione della rendita LTC in fase di erogazione della rendita stessa verranno comunicate all'Assicurato nel momento del riconoscimento dello stato di non autosufficienza di cui all'articolo 7 delle presenti Condizioni di assicurazione.

Art. 26. Fusione tra gestioni separate

Ferme le prestazioni assicurate di cui all'articolo 1 delle presenti Condizioni di assicurazione, l'Impresa, qualora ne ravvisasse l'opportunità in un'ottica di ricerca di maggiore efficienza anche in termini di costi gestionali o di adeguatezza dimensionale della Gestione separata, al fine di perseguire l'interesse del Contraente e nel rispetto dei criteri e del profilo di investimento, potrà procedere alla **fusione della Gestione separata VITARIV con una o più gestioni separate istituite dall'Impresa** aventi sia analoghe caratteristiche che omogenee politiche di investimento, senza alcun onere o spesa per il Contraente. In tale eventualità, l'Impresa invierà al Contraente una tempestiva comunicazione unitamente al Regolamento della nuova Gestione separata.

L'Impresa si riserva inoltre la facoltà di effettuare gli eventuali ulteriori interventi sulla Gestione separata VITARIV o sulle sue caratteristiche che siano consentiti dalla normativa tempo per tempo applicabile.

Art. 27. Operazioni di Switch

A. Switch tra fondi interni

A partire dal 6° anno di contratto fino alla scadenza del piano di accumulo, il Contraente può chiedere all'Impresa di disinvestire, totalmente o parzialmente, le quote di un Fondo interno per reinvestirle contestualmente in un altro Fondo interno.

Successivamente alla scadenza del piano di accumulo, dopo il trasferimento automatico del capitale maturato nel Fondo interno AZ BEST IN CLASS, è ammessa una sola operazione di Switch. Quest'ultima potrà essere solo totale e potrà avvenire unicamente dal Fondo interno AZ BEST IN CLASS al Fondo interno AZ ORIZZONTE 10.

Il valore unitario delle quote utilizzato per il calcolo è quello della data di riferimento definita all'articolo 21 delle presenti Condizioni di assicurazione.

Il disinvestimento parziale è possibile a condizione che:

- **le quote disinvestite** del fondo abbiano un **controvalore minimo di 500,00 euro**;
- **le quote residue** del fondo abbiano un **controvalore minimo di 3.000,00 euro**.

Entrambi i controvalori sono calcolati in base all'ultima valorizzazione disponibile al momento della richiesta dell'operazione di Switch.

Per ogni anno di contratto, la prima di tali operazioni è gratuita. Ogni Switch successivo al primo, effettuato nel corso della stessa annualità contrattuale, prevede il pagamento di un costo fisso pari a **25,00 euro**, che viene detratto dal Controvalore delle quote trasferite.

B. Switch dai fondi interni alla gestione separata

Non è possibile effettuare operazioni di Switch dai fondi interni alla Gestione separata.

C. Switch dalla Gestione separata ai fondi interni

Non è possibile effettuare operazioni di Switch dalla Gestione separata ai fondi interni.

D. Switch dai fondi interni/gestione separata alla copertura caso morte e viceversa

Non è possibile effettuare operazioni di Switch dai fondi interni o dalla Gestione separata alla copertura caso morte e viceversa.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 28. Conclusione del contratto - Entrata in vigore del contratto

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

seguito specificate.
In caso di **accettazione** della Proposta, l'Impresa potrà dare inizio all'esecuzione del contratto. Il contratto si intenderà pertanto concluso e produrrà i suoi effetti dalle ore 24:00 del giorno indicato nella Proposta quale data di Decorrenza, fatti salvi gli eventuali periodi di Carenza della copertura assicurativa previsti dalle Condizioni di assicurazione.
L'Impresa darà prontamente avviso al Contraente dell'**avvenuta conclusione del contratto**, inviando **apposita comunicazione** e rilasciando altresì copia della Polizza.
Il contratto sarà costituito dalla Proposta di assicurazione, dai documenti in essa richiamati, dalla comunicazione di avvenuta conclusione del contratto, nonché dalla Polizza.
In caso di **mancata accettazione** della Proposta di assicurazione, l'Impresa ne darà comunque comunicazione al Contraente e provvederà entro 30 giorni alla restituzione delle somme versate.

Art. 29. Durata e limiti di età

La durata delle prestazioni periodiche ricorrenti è variabile, l'erogazione dura fino all'esaurimento delle quote del Fondo interno AZ BEST IN CLASS (o AZ ORIZZONTE 10) assegnate al contratto o fino al decesso dell'Assicurato, se precedente.
La durata della copertura caso morte è pari alla durata del piano di accumulo.
La durata della copertura LTC (facoltativa) è a vita intera, la durata coincide quindi con la vita dell'Assicurato.
La durata della copertura Malattia grave (facoltativa) è pari alla durata del piano di accumulo.
Il contratto può essere stipulato sulla vita di soggetti assicurati maggiorenni che, alla Decorrenza dello stesso, abbiano un'Età computabile non superiore a **60 anni**.
Il piano di accumulo ha una durata minima di 10 anni e massima di 25 anni, tenendo conto che l'Età computabile dell'Assicurato alla scadenza del piano non può eccedere i **70 anni**.

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

Art. 30. Revoca della Proposta

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

Art. 31. Diritto di Recesso

Entro 30 giorni dalla data di ricezione della comunicazione di avvenuta conclusione del contratto, il Contraente potrà recedere dal contratto medesimo (ai sensi dell'articolo 177 D. Lgs. 209/2005), mediante comunicazione scritta all'Impresa contenente gli elementi identificativi del contratto, da inviarsi a mezzo lettera raccomandata A/R indirizzata a:
Allianz S.p.A. - Ufficio Vita - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste, contenente gli elementi identificativi del contratto e indicando le coordinate bancarie ove effettuare il rimborso.
Il Recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e l'Impresa da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto con Decorrenza dalle ore 24 del giorno di spedizione della lettera raccomandata, quale risultante dal timbro postale di invio della stessa.
Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di Recesso, l'Impresa rimborsa al Contraente:

- per la parte investita nel Fondo interno, il Controvalore delle quote del Fondo interno AZ Best in Class aggiunti i Caricamenti, al netto de (i) l'imposta di bollo; (ii) l'imposta sull'eventuale rendimento. Qualora la richiesta di Recesso pervenga entro il giorno lavorativo antecedente il giorno di conversione del Premio in quote indicato all'articolo 21 delle presenti Condizioni di assicurazione, l'Impresa rimborsa al Contraente i premi versati nei fondi interni, pari ai premi investiti aggiunti i Caricamenti, al netto dell'imposta di bollo;
- per la parte investita nella Gestione separata, i premi versati nella Gestione separata;
- per la parte destinata alla copertura caso morte, alla copertura LTC (facoltativa) e alla copertura Malattia grave (facoltativa), i premi versati nelle suddette coperture al netto della parte dei premi relativa al periodo per il quale le coperture hanno avuto effetto.

Art. 32. Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi

Il mancato pagamento del Premio annuo o anche di una sola rata di Premio annuo, trascorsi 30 giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina:

- la risoluzione del contratto, qualora **non** siano state pagate per intero le prime **tre** annualità di Premio. In tal caso i premi già versati restano definitivamente acquisiti dall'Impresa;
- la riduzione del contratto e la risoluzione della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave), qualora siano state pagate per intero le prime **tre** annualità di Premio. Per i dettagli sulla riduzione del contratto si rinvia all'articolo 32 delle presenti Condizioni di assicurazione.

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

Art. 33. Riattivazione del contratto

Entro 24 mesi dal mancato pagamento del premio e purché non sia ancora stato effettuato il trasferimento automatico dell'intero capitale maturato nel Fondo interno AZ BEST IN CLASS previsto alla scadenza del piano di accumulo, il Contraente ha comunque facoltà di riattivare il contratto.
La riattivazione del contratto è possibile previa corresponsione di tutti i premi arretrati.
Qualora siano trascorsi 6 mesi dal mancato pagamento del premio, la riattivazione del contratto può avvenire solo dietro espressa richiesta scritta del Contraente, compilazione di un nuovo questionario sanitario da parte dell'Assicurato ed accettazione scritta dell'Impresa, che si riserva di decidere in merito alla possibilità di riattivazione.
La riattivazione del contratto, effettuata nei termini e secondo le modalità di cui sopra, determina:

- l'assegnazione di quote al contratto per un ammontare pari ai premi arretrati da destinare ai fondi interni al netto dei Costi di caricamento, delle quote parti dei premi della copertura caso morte e delle quote parti dei premi delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave), in base al valore unitario delle quote rilevato il giovedì della settimana successiva a quella di pagamento dei premi arretrati e secondo le percentuali di ripartizione nei fondi interni in vigore per i premi arretrati. Al momento della riattivazione del contratto il Contraente non può modificare le percentuali di ripartizione nei fondi interni dei premi arretrati;
- l'incremento del Capitale investito nella Gestione separata per un ammontare pari ai premi arretrati da destinare alla Gestione separata al netto dei Costi di caricamento, delle quote parti dei premi della copertura caso morte e delle quote parti dei premi delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave). Su tale incremento di capitale la rivalutazione sarà applicata a partire dalla data di pagamento dei premi arretrati;
- la restituzione al contratto di un importo pari alle penali di riduzione applicate, mediante:
  - assegnazione di quote al contratto, in base al valore unitario delle quote rilevato il giovedì della settimana successiva a quella di pagamento dei premi arretrati e secondo le percentuali di ripartizione nei fondi interni in vigore per i premi arretrati;
  - ripristino del capitale rivalutato al 1° gennaio immediatamente precedente la data di riduzione del contratto e delle quote di capitale costituite a fronte di ogni singolo premio versato nella Gestione separata dal 1° gennaio precedente alla data di riduzione, al valore che era in vigore prima dell'applicazione della penale di riduzione;
- il ripristino del capitale assicurato della copertura caso morte e di quello della copertura Malattia grave (facoltativa) al valore che si sarebbe ottenuto qualora non si fosse verificata l'interruzione del pagamento dei premi;
- il ripristino della rendita vitalizia della copertura LTC (facoltativa) al valore che si sarebbe ottenuto qualora non si fosse verificata l'interruzione del pagamento dei premi.

La facoltà di riattivazione del contratto non è in ogni caso esercitabile trascorsi 24 mesi dal mancato pagamento del premio.

Art. 34. Riduzione del contratto

Il contratto può essere ridotto a condizione che siano stati interamente versati i premi relativi **alle prime 3 annualità** di contratto, secondo le modalità, i termini e le condizioni economiche previste all'articolo 35 delle presenti Condizioni di assicurazione.

Sono previsti riscatti e riduzioni?

Art. 35. Riscatto e riduzione

Il Contraente può esercitare il diritto di Riscatto o interrompere il pagamento dei premi mantenendo il contratto in vigore per un capitale ridotto, **a condizione che siano stati interamente versati i premi relativi** alle prime 3 annualità **di contratto.**
L'esercizio del diritto di Riscatto avviene mediante richiesta scritta da formulare presso la rete di vendita dell'Impresa o inviare a Allianz S.p.A. - Ufficio Vita - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste.
Riscatto totale
Il valore di riscatto totale si ottiene sommando il:

- controvalore delle quote dei fondi interni assegnate al contratto, calcolato alla data di riferimento definita all'articolo 21 delle presenti Condizioni di assicurazione,
  e il
- capitale maturato nella Gestione separata al 1° gennaio immediatamente precedente la data di richiesta di Riscatto (corredata della documentazione di cui all'articolo 3 delle presenti Condizioni di assicurazione) e le porzioni di Capitale investito costituite a fronte di ogni premio versato nella Gestione separata dal suddetto 1°

gennaio alla data della richiesta di riscatto, **senza** alcuna rivalutazione *pro rata temporis* tra il suddetto 1° gennaio (o la data di pagamento del premio) e la data di richiesta del riscatto,

e **diminuendo** l'importo così ottenuto di una **percentuale** (Costi per riscatto) **che decresce** in funzione delle **annualità di premio interamente pagate**, come indicato nella tabella di seguito riportata:

Annualità di premio interamente pagate	Costi per riscatto
3	6,0%
4	5,0%
5	4,0%
6	3,0%
7	2,0%
8	1,0%
da 9 in poi	0,0%

Se il contratto è già in riduzione non vengono applicati i Costi per riscatto di cui sopra, essendo già state applicate le penali di riduzione.

In aggiunta, qualora il Riscatto venga esercitato prima della scadenza del piano di accumulo, al capitale maturato nella Gestione separata è applicato un **costo aggiuntivo** per riscatto **pari all'1,0%**, come indicato nella tabella di seguito riportata:

Periodo di tempo	Costo aggiuntivo per riscatto dalla gestione separata
prima della scadenza del piano di accumulo	1,0%
alla scadenza del piano di accumulo	0,0%

Se è stata attivata la copertura LTC (facoltativa) e si verifica un Sinistro LTC prima della scadenza del piano di accumulo, il Contraente può riscattare il contratto senza applicazione di alcun costo per riscatto ("Costi per riscatto" o "costo aggiuntivo per riscatto" di cui sopra).

Il Riscatto totale comporta la risoluzione anticipata del contratto.

Riscatto parziale

Il Contraente può esercitare il Riscatto parziale **solo** a partire dalla scadenza del piano di accumulo, **specificando l'ammontare del capitale che intende riscattare dai fondi interni e quello che intende riscattare dalla gestione separata**. È possibile riscattare parzialmente il capitale solo dai fondi interni oppure solo dalla Gestione separata.

Nel caso in cui il Contraente non specifichi da quale parte del contratto riscattare il capitale, si procederà al disinvestimento proporzionale del capitale dai fondi interni e dalla Gestione separata.

Il valore di riscatto parziale si ottiene con le stesse modalità del Riscatto totale, a condizione che il capitale residuo **non** risulti **inferiore a 5.000,00 euro**.

Riduzione

Il mancato pagamento del Premio annuo o anche di una sola rata di Premio annuo, trascorsi 30 giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina:

- la risoluzione del contratto, qualora **non** siano state pagate per intero le prime **tre** annualità di premio. In tal caso i premi già versati restano definitivamente acquisiti dall'Impresa;
- la riduzione del contratto e la risoluzione della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave), qualora siano state pagate per intero le prime **tre** annualità di premio. In tal caso il contratto rimane in vigore per un capitale che viene ridotto di una percentuale (penale di riduzione) in funzione delle annualità di premio interamente pagate, pari alla percentuale indicata nella tabella "Costi per riscatto" di cui sopra. La riduzione del contratto avviene allo scadere del 30° giorno dal mancato pagamento del premio, mediante:
  - prelievo di quote, in modo proporzionale, dai fondi interni detenuti dal Contraente in base al valore unitario delle quote rilevato il primo giovedì successivo alla data di riduzione del contratto;
  - diminuzione del capitale rivalutato al 1° gennaio immediatamente precedente la data di riduzione del contratto e delle quote di capitale costituite a fronte di ogni singolo premio versato nella Gestione separata dal 1° gennaio precedente alla data di riduzione.

Qualora il Contraente, successivamente alla riduzione del contratto, chieda il Riscatto del contratto, non vengono applicati i "Costi per riscatto" della tabella di cui sopra, essendo già state applicate le penali di riduzione, mentre viene applicato l'eventuale "Costo aggiuntivo per riscatto dalla gestione separata" della tabella di cui sopra.

Il Contraente ha la facoltà di riattivare il contratto secondo le modalità, i termini e le condizioni economiche previste all'articolo 33 delle presenti Condizioni di assicurazione.

Art. 36. Opzioni di contratto

Opzione Booster

In qualsiasi momento il Contraente può chiedere di attivare l'opzione Booster che prevede che il rendimento della Gestione separata VITARIV attribuito al contratto al 1° gennaio di ogni anno venga automaticamente trasferito nel Fondo interno AZ BEST IN CLASS.
Il valore unitario delle quote utilizzato per lo Switch automatico è quello della data di riferimento definita all'articolo 21 delle presenti Condizioni di assicurazione.
L'attivazione/disattivazione dell'opzione Booster ha effetto a partire dal 1° gennaio successivo alla data della relativa richiesta, a condizione che la stessa pervenga all'Impresa almeno 30 giorni prima della ricorrenza di rivalutazione. In caso contrario, l'opzione Booster avrà effetto dal secondo 1° gennaio successivo alla data della richiesta.
Successivamente alla scadenza del piano di accumulo, l'opzione Booster si disattiva automaticamente in quanto l'intero capitale maturato viene trasferito automaticamente nel Fondo interno AZ BEST IN CLASS.

Altre informazioni

Art. 37. Beneficiari

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare e modificare tale designazione, come previsto dall'articolo 1921 del Codice civile.
La designazione dei Beneficiari e le eventuali revoche e modifiche di essa devono essere comunicate per iscritto all'Impresa. Revoche e modifiche sono efficaci, tuttavia, anche se contenute nel testamento del Contraente, purché la relativa clausola faccia espresso riferimento alle polizze vita o sia specificamente attributiva delle somme con tali polizze assicurate.
La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata dal Contraente o dai suoi eredi nei seguenti casi (articolo 1921 del Codice civile):

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

In tali casi, le operazioni di riscatto, pegno o vincolo di polizza, richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.
Ai sensi dell'articolo 1920 del Codice civile, i Beneficiari acquistano, per effetto della designazione, un diritto proprio nei confronti dell'Impresa.
Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

Art. 38. Non pignorabilità e non sequestrabilità

Ai sensi dell'articolo 1923 del Codice civile le somme dovute dall'Impresa, in virtù dei contratti di assicurazione sulla vita, non sono pignorabili né sequestrabili. Sono salve, rispetto ai premi pagati, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni (articolo 1923, comma 2 del Codice civile).

Art. 39. Cessione, pegno e vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci solo nel momento in cui l'Impresa ne faccia annotazione sul documento di Polizza o su apposita appendice, che diviene parte integrante del contratto.
Nel caso di pegno o vincolo, le operazioni di Riscatto richiedono l'assenso scritto del creditore o del vincolatario.

Art.40. Prestito

L'Impresa non prevede la concessione di prestiti sul presente contratto.

Art. 41. Tasse e imposte

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

Art. 42. Collegio Arbitrale

Il Contraente ha la facoltà di ricorrere ad un Collegio Arbitrale entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione dell'Impresa contenente rispettivamente il rifiuto del riconoscimento dello stato di non autosufficienza o della malattia grave dell'Assicurato o l'accertamento del venir meno dello stato di non autosufficienza del medesimo.
Il ricorso al Collegio Arbitrale deve essere comunicato all'Impresa mediante lettera raccomandata.
Il Collegio Arbitrale sarà composto da 3 medici, dei quali uno nominato dall'Impresa, uno dal Contraente ed il terzo indipendente scelto di comune accordo tra le parti. In caso di mancato accordo, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al presidente del Tribunale competente in funzione del luogo di residenza del Contraente.

Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza, entro un termine di 30 giorni, disponendo i necessari accertamenti sanitari.
Ciascuna delle parti sostiene le spese e gli onorari del proprio medico, nonché la metà di quelle del terzo medico. Gli eventuali ulteriori oneri resteranno a carico della parte soccombente.
Resta inteso che la città sede di svolgimento dell'arbitrato sarà quella dell'Istituto di medicina legale più vicina all'Assicurato.
Resta inteso altresì che il ricorso al Collegio Arbitrale non pregiudica la facoltà del Contraente di adire le vie legali.

Art. 43. 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. 44. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

Condizioni di assicurazione

GLOSSARIO

I termini riportati in maiuscolo (come appresso indicato) nelle Condizioni di assicurazione hanno il seguente significato.

Assicurato
Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto e può coincidere o meno con il Contraente, se quest'ultimo è una persona fisica. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione degli eventi attinenti alla sua vita.

Beneficiario
Persona fisica o giuridica designata dal Contraente, che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato. Può coincidere o meno con il Contraente stesso.

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

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

Condizioni di assicurazione
Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione, contenute nel presente Fascicolo informativo.

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

Contratto a prestazioni rivalutabili o con partecipazione agli utili
Contratto di assicurazione sulla durata della vita umana le cui prestazioni si incrementano in base al rendimento conseguito da una Gestione separata di attivi.

Contratto unit linked
Contratto di assicurazione sulla durata della vita umana le cui prestazioni sono direttamente collegate al valore di attivi contenuti in un Fondo interno detenuto dall'Impresa oppure al Valore delle quote di OICR.

Controvalore delle quote
L'importo in euro ottenuto moltiplicando il valore unitario delle quote dei fondi interni per il numero delle quote attribuite al contratto ad una determinata data.

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

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

Documento di polizza (o Polizza)
Documento che se sottoscritto dall'Impresa e dal Contraente attesta l'esistenza del contratto di assicurazione.

Durata contrattuale
Periodo durante il quale il contratto è efficace.

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

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

Fondo interno
Fondo d'investimento costituito all'interno dell'Impresa e gestito separatamente dalle altre attività dell'Impresa stessa, in cui è consentito l'investimento del Premio, che viene convertito in quote (unit) del Fondo stesso.

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

Giorno di valorizzazione
Giorno in cui si calcola il valore unitario delle quote del Fondo. La valorizzazione delle quote dei fondi interni sottostanti il e contratto è settimanale.

Condizioni di assicurazione

Impresa
Allianz S.p.A., società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita anche impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.

OICR
Organismi di Investimento Collettivo del Risparmio, in cui sono compresi i Fondi comuni d'investimento e le SICAV.

Premio
Importo che il Contraente versa all'Impresa quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.

Premio investito (o Capitale investito)
Premio, al netto dei Caricamenti e del Premio della copertura caso morte, investito nel Fondo interno e nella gestione separata.

Prodotto
Allianz Hybrid Plan, caratterizzato dalla combinazione di un prodotto assicurativo con partecipazione agli utili (Ramo I), un prodotto finanziario-assicurativo di tipo unit linked (Ramo III) e un prodotto assicurativo di puro rischio (Ramo I).

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

Quota
Unità di misura del Fondo interno. Rappresenta la "Quota" parte in cui è suddiviso il patrimonio del Fondo interno. Quando si sottoscrive un Fondo interno si acquista un certo numero di quote (tutte aventi il medesimo valore unitario) ad un determinato prezzo.

Recesso (o ripensamento)
Diritto del Contraente di recedere dal contratto entro trenta giorni dalla sua conclusione e farne cessare gli effetti.

Regolamento del fondo
Documento che riporta la disciplina contrattuale del fondo, e che include informazioni sull'attività di gestione, la politica d'investimento, la denominazione e la durata del fondo ed altre caratteristiche relative al fondo.

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

Riscatto
Facoltà del Contraente di chiedere la liquidazione totale o parziale del capitale maturato nella Gestione separata VITARIV o del Controvalore delle quote dei fondi interni assegnate al contratto.

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

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

Switch
Operazione con cui il Contraente effettua il disinvestimento del Premio dalla Gestione separata e/o delle quote dei fondi interni e il contestuale reinvestimento di quanto ricevuto nella Gestione separata e/o in quote di altri fondi interni.

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

Tasso di interesse (o di rendimento) minimo garantito
Rendimento minimo finanziario, annuo e composto, che l'Impresa riconosce alle prestazioni assicurate secondo le modalità previste dalle Condizioni di assicurazione.

Valore delle quote
Il valore unitario della Quota di un Fondo interno, determinato dividendo il valore del patrimonio netto del Fondo interno per il numero delle quote in circolazione alla data di riferimento delle valorizzazioni

RELAZIONE DEL MEDICO DR. …… SULLA CAUSA CHE DETERMINÒ IL DECESSO DELL'ASSICURATO E SULLE SUE CONDIZIONI SANITARIE PREGRESSE.

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

Cognome e nome dell'Assicurato…… Età: anni ……
Professione …… Stato civile ……
Luogo in cui si è verificato il decesso …… (Provincia di ……)
Data della morte …… / …… / …… ora ……

Evento che ha causato il decesso dell'Assicurato:
Diagnosi iniziale: ……
Successione morbosa: ……
Accidente terminale:……
……

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

   b) Da quale epoca? ……

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

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

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

   ……
   ……
   ……
   ……
   ……

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

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

b) Sono state eseguite indagini diagnostiche? ☐ SI' ☐ NO

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

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

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

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

6. a) L'Assicurato è mai stato ricoverato per l'evento 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 ……

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA
ALLIANZ GLOBAL ASSISTANCE
Polizza Collettiva n° 202012 abbinata alla Polizza Allianz Hybrid Plan di Allianz S.p.A.

INDICE

DEFINIZIONI pag.1

NORMATIVA COMUNE A TUTTE LE GARANZIE pag.2
1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE pag.2
2. PERSONE ASSICURABILI pag.2
3. DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE pag.2
4. VALIDITÀ TERRITORIALE pag.2

ESCLUSIONI E LIMITAZIONI COMUNI A TUTTE LE GARANZIE pag.3
5. ESCLUSIONI COMUNI A TUTTE LE GARANZIE pag.3
6. DISPOSIZIONI E LIMITAZIONI DI RESPONSABILITÀ pag.4

NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA IN PARTICOLARE pag.4

ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA pag.5

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ pag.6

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO pag.6

INFORMAZIONI IN CORSO DI CONTRATTO pag.6

PRIVACY

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

Allianz Global Assistance: il marchio che identifica AWP P&C S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia.

Assicurato: la persona fisica sulla cui vita è stipulato il contratto di assicurazione vita.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Autosufficienza: la capacità di attendere autonomamente alla cura della propria persona ed al disbrigo delle normali attività quotidiane.

Centrale Operativa: la struttura organizzativa di AWP P&C S.A. , provvede 24 ore su 24 e per tutta la durata dell'anno, al contatto telefonico con l' Assicurato, organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza.

Contraente: Allianz S.p.A. ossia il soggetto che stipula l'assicurazione con Allianz Global Assistance.

Domicilio: il luogo in cui l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi.

Estero: tutti i Paesi che non rientrano nella definizione di Italia.

Evento: l'accadimento che ha generato, direttamente o indirettamente, uno o più sinistri.

Impresa: AWP P&C S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, Viale Brenta 32, Milano di seguito anche denominata con il suo marchio Allianz Global Assistance.

Inabilità Temporanea: la condizione di incapacità fisica, totale o parziale, a compiere i normali atti quotidiani per una durata limitata nel tempo.

Infortunio:	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.
Invalidità permanente:	perdita o diminuzione definitiva irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Istituto di Cura:	struttura sanitaria pubblica o casa di cura privata regolarmente autorizzata ai sensi di legge all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono considerati convenzionalmente Istituti di Cura: stabilimenti termali, strutture per anziani, case di cura per lungo-degenze o convalescenza, strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative.
Italia:	il territorio della Repubblica Italiana, la Città del Vaticano, la Repubblica di San Marino.
Malattia:	l'alterazione del proprio stato di salute constatato da un'autorità medica competente non dipendente da infortunio.
Residenza:	il luogo in cui l'Assicurato ha la sua dimora abituale.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro.
Sinistro:	il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

NORMATIVA COMUNE A TUTTE LE GARANZIE

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

a) Assistenza medico-sanitaria telefonica
b) Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione
c) Informazioni burocratiche ed amministrative su invalidità e non-autosufficienza
d) Informazioni legali

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

2. PERSONE ASSICURABILI

La persona fisica sulla cui vita è stipulato il contratto di assicurazione Allianz Hybrid Plan con Allianz S.p.A.

3. DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE

A condizione che sia intervenuta la conclusione del contratto di assicurazione Allianz Hybrid Plan, le prestazioni di assistenza Allianz Global Assistance entrano in vigore dalle ore 24 del giorno indicato nella proposta di assicurazione di Allianz Hybrid Plan quale data di decorrenza.
Le prestazioni di cui alle presenti condizioni si intendono operative per tutta la durata delle prestazioni periodiche ricorrenti di Allianz Hybrid Plan. L'Assicurazione cessa comunque, anche prima della scadenza sopra indicata, dalle ore 24 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

a) risoluzione del contratto Allianz Hybrid Plan a seguito di mancato pagamento dei premi;
b) liquidazione del contratto Allianz Hybrid Plan in caso di decesso dell'Assicurato o di riscatto.

4. VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione, salvo eventuali limitazioni indicate all'interno delle singole garanzie, vale per il territorio degli Stati dell'Unione Europea, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino, nonché per il territorio della Norvegia, dell'Islanda, della Svizzera, del Principato di Monaco e di Andorra.
La copertura assicurativa non è operativa nei casi in cui le garanzie contrattualmente previste debbano essere prestate in condizioni tali da violare una qualsiasi legge che possa comportare sanzioni ai sensi delle norme e dei Regolamenti emanati dalle Nazioni Unite, dall'Unione Europea o da qualsiasi altra normativa applicabile.

ESCLUSIONI E LIMITAZIONI comuni a tutte le garanzie

Esclusioni comuni a tutte le garanzie

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

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

Le prestazioni di assistenza non sono previste per:

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

Disposizioni e Limitazioni di responsabilità

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

La Centrale Operativa non potrà essere ritenuta responsabile di:
f) ritardi conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da caso fortuito o da causa di forza maggiore;
g) errori dovuti ad inesatte comunicazioni ricevute dall'Assicurato.

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

NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA IN PARTICOLARE

PACCHETTO ASSISTENZA ABBINATO AL PRODOTTO ALLIANZ "Allianz Hybrid Plan"

a) Assistenza medico-sanitaria telefonica

L'Assicurato, contattando la Centrale Operativa, può usufruire di un servizio di assistenza medica, qualora necessiti di informazioni e/o consigli medico-generici.
Si precisa che tale prestazione non fornisce diagnosi ed è basata su informazioni fornite a distanza dall'Assicurato.
Sulla base delle informazioni acquisite e delle diagnosi del medico curante, la Centrale Operativa valuterà l'erogazione delle prestazioni di assistenza contrattualmente previste.
L'Assicurato che necessiti di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e all'Estero, può usufruire del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa per reperire le informazioni necessarie.

b) Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia, l'Assicurato o il suo medico curante desiderino effettuare il riesame della documentazione clinica in loro possesso c/o un centro medico ritenuto internazionalmente di riferimento per la patologia clinica di cui soffre l'Assicurato.
Entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta e della documentazione medica in possesso dell'Assicurato, la Centrale Operativa acquisisce e verifica tutta la documentazione clinica e diagnostica in possesso dell'Assicurato, ricerca ed identifica a livello internazionale il centro medico ritenuto eccellente per la specifica patologia dell'Assicurato e vi si rivolgerà per ottenerne la Second Opinion scientifico-specialistica fornendo altresì all'Assicurato, tramite il servizio di assistenza medica della Centrale Operativa o i propri medici convenzionati, il necessario ed adeguato supporto medico specialistico, anche per ciò che riguarda un primo sostegno psicologico per l'Assicurato e/o per i suoi familiari conviventi, tenendone a proprio carico i relativi costi.
Se necessario, la Centrale Operativa provvede alla traduzione (in inglese, francese, spagnolo o tedesco) di tutta la documentazione medica necessaria ad ottenere la refertazione scientifico-specialistica e della successiva relativa refertazione, sempre tenendo a proprio carico i relativi costi.
Tale garanzia è operante nel rispetto della normativa Privacy in vigore, pertanto l'Assicurato dovrà fornire una liberatoria nei confronti della Centrale Operativa, onde permettere la diffusione dei dati sensibili inerenti il suo stato di salute.

c) Informazioni burocratiche ed amministrative su invalidità e non-autosufficienza

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

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

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

d) Informazioni legali

Servizio gratuito di informazioni legali telefoniche "di prima necessità" che consente all'Assicurato di ottenere indicazioni e chiarimenti di natura giuridica relativamente a leggi e normative su fatti e situazioni della vita privata, quali a titolo esemplificativo, proprietà della casa o dell'auto, problemi condominiali, famiglia ed eredità, lavoro dipendente, circolazione stradale, responsabilità civile e penale verso terzi, tutela dei consumatori, diritto all'assistenza sanitaria.

L'Assicurato, per fruire della prestazione, deve telefonare alla Centrale Operativa che provvede ad organizzare il servizio individuando il consulente più indicato in materia che contatterà il soggetto richiedente entro il giorno feriale successivo alla richiesta.

Il servizio è operativo dalle ore 9:00 alle ore 18:00.

ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Per permetterne l'intervento immediato l'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa tramite:

- Numero verde: **800 562 265**
- Telefono (anche per chiamate dall'estero): **+39 02 26609 616**
- Fax: **+39 02 2662 4035**

indicando con precisione:

- tipo di Assistenza di cui necessita;
- nome e cognome;
- indirizzo e luogo da cui chiama;
- eventuale recapito telefonico;
- numero polizza **202012**

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

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

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

Inoltre l'Assicurato dovrà:

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

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ

- **Denominazione Sociale e forma giuridica della Società (Impresa Assicuratrice)**
  L'Impresa Assicuratrice è **AWP P&C S.A.**
  Sede Legale
  7, Dora Maar, 93400 Saint-Ouen - France
  Registro delle Imprese e delle Società Francesi nr. 519490080
  Capitale Sociale sottoscritto € 17.287.285
- **Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni**
  Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni dall'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) il 1 febbraio 2010
- **Rappresentanza Generale per l'Italia**
  Viale Brenta 32, CAP 20139, Milano ITALIA
  Codice Fiscale, Partita IVA e iscrizione al Registro delle Imprese di Milano nr. 07235560963 - Rea 1945496
- **Recapito Telefonico – Sito Internet – Indirizzo e-mail**
  02/23.695.1 - www.allianz-global-assistance.it – info@allianz-assistance.it
- **Abilitazione all'esercizio delle assicurazioni**
  Società abilitata all'esercizio dell'attività Assicurativa in Italia in regime di stabilimento, iscritta il 3 novembre 2010, al nr. I.00090, all'appendice dell'albo Imprese Assicurative, Elenco I

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

- **Legislazione applicabile al contratto**
  La legislazione applicabile al contratto è quella italiana; le Parti hanno comunque la facoltà prima della conclusione del contratto stesso, di scegliere una legislazione diversa.
  La Società propone di scegliere la legislazione italiana.
  Resta comunque ferma l'applicazione di norme imperative del diritto italiano.
- **Prescrizioni dei diritti derivanti dal contratto**
  Ogni diritto dell'Assicurato nei confronti di **AWP P&C S.A. -** Rappresentanza generale per l'Italia derivante dal presente contratto si prescrive in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto, ai sensi dell'art. 2952 del C.C.
- **Reclami in merito al contratto**
  Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto (posta, fax ed e-mail) alla Società:
  Servizio Qualità
  AWP P&C S.A. - RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA
  Viale Brenta 32, CAP 20139 MILANO (Italia)
  fax: +39 02 26 624 008
  e-mail: reclamiawp@allianz.com
  Qualora l'esponente non sia soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro entro 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma (RM), corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.
  Per la presentazione di reclami ad IVASS occorre utilizzare l'apposito modello reperibile sul sito www.ivass.it , alla sezione "Per il Consumatore - Come presentare un reclamo".
  Per controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità è competente esclusivamente l'Autorità Giudiziaria. Prima di adire all'Autorità Giudiziaria è tuttavia possibile, e in alcuni casi necessario, cercare un accordo amichevole mediante sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:
  - Mediazione (L. 9/8/2013, n.98): può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero di Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it.
  - Negoziazione assistita (L. 10/11/2014, n.162): può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.

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

INFORMAZIONI IN CORSO DI CONTRATTO

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

Informativa per la privacy

Abbiamo cura dei suoi dati personali

AWP P&C S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia (di seguito, AWP), con sede in V.le Brenta 32 20139 MILANO, è una compagnia assicurativa abilitata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento che fornisce prodotti e servizi assicurativi .
La tutela della sua privacy è una delle nostre priorità. La presente informativa per la privacy illustra quale tipologia di dati personali saranno raccolti, le modalità e il motivo della raccolta e i soggetti con cui saranno condivisi o a cui saranno divulgati. La preghiamo di leggerla con attenzione.
Qualora, in fase di emissione della polizza, vengano forniti i dati personali di ulteriori persone che saranno coperte dalla medesima polizza, Le segnaliamo che avrà l'onere di far pervenire a tutte le persone interessate le informazioni contenute in questo documento.

1. Chi è il titolare del trattamento?

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

2. Quali dati personali saranno raccolti?

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

- Cognome, nome
- dati di contatto

3. Come otteniamo e utilizziamo i suoi dati personali?

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

- ✓ *Per gestire il contratto assicurativo con specifico riferimento all'amministrazione della polizza*
- ✓ *Per gestire il contratto assicurativo con specifico riferimento alla gestione dei sinistri (es. erogazione delle prestazioni previste)*
- ✓ *Per gestire le somme dovute*
- ✓ *Per la prevenzione e l'individuazione delle frodi* e prevenzione dei reati di terrorismo
- ✓ *Per adempiere agli obblighi di legge (es. di natura fiscale, contabile e amministrativa)*
- ✓ *Per verificare la qualità dei servizi prestati e la soddisfazione della clientela*

Per le finalità sopra indicate specifichiamo che il trattamento dei dati verrà effettuato sulla base della necessità di adempimento del contratto (in particolare la gestione della polizza, dei sinistri e delle somme dovute) o di obblighi di legge nonché per il perseguimento di interessi legittimi della Società, nello specifico per la prevenzione ed individuazione delle frodi, la prevenzione dei reati di terrorismo e le verifiche di qualità del servizio.
Nel caso in cui non desideri comunicarci i suoi dati personali, potremmo non essere in grado di fornirle i prodotti e i servizi che ha richiesto o per i quali potrebbe avere un interesse.

4. Chi potrà accedere ai suoi dati personali?

Ci assicureremo che i suoi dati personali siano trattati in maniera compatibile con le finalità indicate in precedenza.
Per le finalità indicate, i suoi dati personali possono essere divulgati ai seguenti soggetti che operano in qualità di titolari del trattamento:

- Autorità pubbliche

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

- Altre società del Gruppo Allianz, fornitori incaricati di effettuare le prestazioni assicurative (ad esempio, strutture sanitarie, consulenti tecnici, periti, avvocati,), società di servizi per le attività gestionali (sinistri, IT, posta, gestione documenti);

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

5. Dove saranno trattati i suoi dati personali?

I suoi dati personali possono essere trattati all'interno e all'esterno dello Spazio economico europeo (SEE) dai soggetti indicati nella sezione 4, sempre nel rispetto dei limiti contrattuali riguardanti riservatezza e sicurezza e in linea con le leggi e i regolamenti applicabili in materia di protezione dei dati. Non divulgheremo i suoi dati personali a soggetti non in possesso dell'autorizzazione per il relativo trattamento.
Laddove trasferissimo i suoi dati personali fuori dallo SEE per un trattamento ad opera di un'altra società del Gruppo Allianz, lo faremo nel rispetto delle norme aziendali vincolanti di Allianz approvate dall'Autorità Garante e note come Standard Allianz sulla Privacy (Binding Corporate Rules, BCR), che definiscono le opportune misure di tutela dei dati personali e sono legalmente vincolanti per tutte le società del Gruppo Allianz. Le BCR di Allianz e l'elenco di società del Gruppo che le seguono è accessibile sul sito di Allianz Partners, al seguente indirizzo https://www.allianz-partners.com/allianz-partners---binding-corporate-rules-.html. Laddove non si applichino le BCR di Allianz, ci adopereremo invece per assicurare che il trasferimento dei suoi dati personali fuori dallo SEE sia opportunamente tutelato come

all'interno dello SEE. Per conoscere le misure di tutela che usiamo per tali trasferimenti (ad esempio le Clausole contrattuali standard), è possibile contattarci ai recapiti indicati nella sezione 9.

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

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

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

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

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

Se consentito dalla legge o dai regolamenti applicabili, Lei ha il diritto di opporsi al trattamento dei suoi dati personali o di richiederci di interromperlo.
A seguito della sua richiesta, non potremo più procedere al trattamento dei suoi dati personali salvo nel caso in cui le leggi e i regolamenti lo consentano.
È possibile esercitare questo diritto con le medesime modalità indicate per tutti gli altri diritti citati nella sezione 6.

8. Per quanto tempo conserviamo i suoi dati personali?

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

- ✓ Dati relativi alla polizza - 10 [dieci] anni dalla data di cessazione del rapporto assicurativo ai sensi della normativa prevista dal Codice Civile.
- ✓ Dati relativi ai sinistri anche per la finalità di prevenzione delle frodi - 10 [dieci] anni dalla data di chiusura di eventuali sinistri ai sensi della normativa prevista dal Codice Civile.
- ✓ Dati necessari per la tenuta delle registrazioni contabili – 10 [dieci] anni, ai sensi dell'art. 2220 c.c.
- ✓ Dati relativi ai reclami – 5 [cinque] anni dalla trattazione del reclamo ai sensi dell'art. 9 co. 6 del Regolamento IVASS n. 24/2008
- ✓ Dati relativi alla verifica di qualità del servizio – 1 (un) anno dall'eventuale richiesta di valutazione all'Interessato

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

9. In che modo può contattarci?

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

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

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

La presente informativa è sottoposta regolarmente a revisione. Le comunicheremo direttamente eventuali modifiche di rilievo che potrebbero essere di suo interesse. La presente informativa per la privacy è stata aggiornata il 19.09.2018.

Allianz Hybrid Plan

Nuove prospettive per i tuoi investimenti e per chi ami

La tua proposta

Numero: [numero]
Contraente: [contraente]

La tua agenzia

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

L'App

NOW Allianz

AllianzNOW, la tua protezione in tempo reale.

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

Scarica l'App

Il sito internet

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

Servizio Clienti

Pronto Allianz
800-68-68-68

Per qualsiasi informazione, chiarimento o supporto

FAC-SIMILE

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

Elenco documenti

Si consegnano al cliente i seguenti documenti

- Set informativo (KID, DIP aggiuntivo IBIP, Condizioni di assicurazione comprensive di Glossario e Proposta)
- Comunicazione informativa (allegato 3 al Regolamento IVASS n. 40/2018)
- Informazioni da rendere al Contraente (allegato 4 al Regolamento IVASS n. 40/2018)
- Informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza, da consegnare a ciascun beneficiario o referente terzo designato nominativamente <se presenti>

FAC - SIMILE

Allianz per te

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

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

Allianz S.p.A. - Sede legale L.go 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. soc. euro 403.000.000,00 i.v.
Iscritta Albo imprese di assicuraz. n. 1.00152 - Capogruppo del gruppo assicurativo Allianz, iscritto Albo gruppi assic. n. 018 - Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE - Monaco - Codice 01

Proposta n. [numero]
Tariffa: 88M07

Agenzia: [cod_ag]
[NOME_AGENZIA]

Proposta

Data ultimo aggiornamento: 28/09/2019

Il sottoscritto Contraente formula la seguente proposta di assicurazione sulla vita multiramo: unit linked, con partecipazione agli utili e di puro rischio.
Lo scopo prevalente del rapporto è di risparmio/investimento e protezione.

Contraente

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

Assicurato

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

Durata

Decorrenza: dalle ore 24:00 del gg/mm/aaaa * Scadenza del piano di accumulo: gg/mm/aaaa
Durata delle prestazioni periodiche ricorrenti: fino all'esaurimento delle quote del fondo interno AZ Best in Class (o AZ Orizzonte 10) assegnate al contratto o fino al decesso dell'Assicurato, se precedente.
Durata della copertura caso morte: ___ anni → pari alla durata del piano di accumulo
Durata della copertura LTC (Long Term Care): a vita intera → eventuale
Durata della copertura Malattia grave (Critical illness): ___ anni → pari alla durata del piano di accumulo (eventuale)

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

La presente proposta è disciplinata dagli articoli delle Condizioni di assicurazione contenute nel Set informativo del prodotto Allianz Hybrid Plan Edizione settembre 2019.

Dettaglio premi (importi espressi in euro)

Scomposizione premio	Premio annuo
Vita	__.___,__ euro
Morte	__.___,__ euro
LTC (Long Term Care) → eventuale	__.___,__ euro
Malattia grave (Critical illness) → eventuale	__.___,__ euro
Totale	__.___,__ euro

Premio

Premio annuo: __.___,__ euro
Periodicità del pagamento: _____ Prossima data di pagamento: gg/mm/aaaa
Spese di emissione: 0,00 euro
Importo pagato alla firma (premio di perfezionamento): __.___,__ euro
Il caricamento applicato è pari al 4,00% del premio annuo al netto della parte di premio relativa alla copertura Morte, alla copertura LTC (facoltativa) e alla copertura Malattia grave (facoltativa).

Per i premi versati nel primo anno di contratto, il caricamento applicato è pari al __,__% dei premi versati al netto della parte dei premi relativa alla copertura Morte, alla copertura LTC (facoltativa) e alla copertura Malattia grave (facoltativa).

Il **mancato pagamento** delle prime 3 annualità di premio determina la **risoluzione** del contratto e i premi già versati restano acquisiti dalla Società.

FAC SIMILE

[BAR CODE di archiviazione]

Proposta n. [numero]

Proposta

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

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

fermo restando che per specifiche esigenze procedurali la Società si riserva di richiedere che il pagamento venga effettuato tramite bonifico bancario, o sistema di pagamento elettronico, su conto corrente intestato all'Impresa di assicurazione.
L'SDD (Sepa Direct Debit) su conto corrente intestato all'Impresa di assicurazione è obbligatorio in caso di frazionamento mensile o trimestrale del premio annuo. L'obbligatorietà dell'SDD si applica ai pagamenti successivi al primo e potrà essere estesa a frazionamenti diversi dal mensile o trimestrale subordinatamente a specifiche disposizioni impartite agli intermediari preposti alla vendita.

Detraibilità del premio dall'IRPEF ai sensi della normativa fiscale vigente→ se Contraente <> da persona giuridica
La Società invierà annualmente al Contraente una certificazione dei premi pagati nell'anno solare rilevanti ai fini della detraibilità fiscale IRPEF, fermo restando l'importo massimo di detrazione su base annua fissato dalla normativa in vigore.

Destinazione del premio versato

__,__% Fondo interno: AZ Best in Class

__,__% Gestione separata: VITARIV

Una parte del premio versato è destinata anche alla copertura caso morte e alle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave).

Prestazione in caso di vita dell'Assicurato

In caso di vita dell'Assicurato alla scadenza del piano di accumulo gg/mm/aaaa è prevista la corresponsione al Contraente di **prestazioni periodiche ricorrenti**, a cadenza trimestrale, di importo fisso pari all'1% del cumulo dei premi versati, erogate a partire da [data erogazione] fino all'esaurimento delle quote del fondo interno AZ BEST IN CLASS (o AZ ORIZZONTE 10) assegnate al contratto o fino al decesso dell'Assicurato, se precedente. L'erogazione al Contraente delle prestazioni periodiche ricorrenti avviene tramite riduzione del numero di quote del fondo interno AZ BEST IN CLASS (o AZ ORIZZONTE 10) assegnate al contratto. Prima della data del gg/mm/aaaa viene effettuato un trasferimento automatico dell'intero capitale assicurato nel fondo interno AZ BEST IN CLASS. Successivamente al trasferimento automatico, il Contraente può chiedere che l'intero capitale assicurato venga trasferito nel fondo interno AZ ORIZZONTE 10.
Alla scadenza del piano di accumulo inoltre, nel caso in cui il contratto sia in regola con il pagamento dei premi e non si sia verificato un sinistro LTC, viene riconosciuto al Contraente un Bonus Fedeltà, liquidato sotto forma di cedola, pari alla somma dei premi versati per la copertura caso morte.

Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato

In caso di decesso dell'Assicurato è prevista la liquidazione di un capitale pari:

- per la parte investita nei fondi interni, al controvalore delle quote dei fondi interni assegnate al contratto, maggiorato, qualora il decesso avvenga **trascorso almeno un anno** dalla decorrenza del contratto, dell'1%, 0,5% o 0,1% a seconda dell'età dell'Assicurato al momento del decesso, **senza alcuna garanzia di capitale**;
- per la parte investita nella gestione separata, al capitale rivalutato di anno in anno fino alla data del decesso in base al rendimento della gestione separata VITARIV attribuito al contratto, con una garanzia di conservazione del capitale;
- per la parte destinata alla copertura caso morte, sempre che il decesso dell'Assicurato avvenga durante il periodo di copertura e salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carenza** indicati all'art. 2 delle Condizioni di assicurazione, al capitale assicurato della copertura caso morte, pari inizialmente al cumulo di premi del piano (con un tetto massimo di 100.000,00 euro) e che decresce nel corso del tempo fino ad annullarsi alla scadenza del piano.

Prestazione in caso di perdita di autosufficienza eventuale, se attivata la copertura LTC

In caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana, salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carenza** indicati all'art. 2 delle Condizioni di assicurazione, è prevista la corresponsione all'Assicurato di una **rendita vitalizia LTC**, a cadenza trimestrale, di importo iniziale pari a __._____,__ euro (pari all'1% del cumulo dei premi pattuiti del piano), che si rivaluta annualmente, erogata a partire dal terzo mese successivo al riconoscimento dello stato di non autosufficienza fino a che l'Assicurato è in vita e non autosufficiente.
Inoltre è previsto anche l'**esonero** dal pagamento dei premi annui residui del piano di accumulo. In ogni caso il premio

FAC-SIMILE

Proposta

annuo della copertura LTC non è più dovuto.

Prestazione in caso di malattia grave

eventuale, se attivata la copertura Critical illness

Nel momento in cui viene effettuata la diagnosi di malattia grave dell'Assicurato, sempre che la stessa venga diagnosticata durante il periodo di copertura e salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carenza** indicati all'art. 2 delle Condizioni di assicurazione, è prevista la corresponsione all'Assicurato di un **capitale** pari a __._____,__ euro (pari al 50% del cumulo dei premi pattuiti del piano con un tetto massimo di 50.000,00 euro).

Prestazioni di assistenza Allianz Global Assistance

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

Beneficiari

Beneficiari in caso di decesso dell'Assicurato

Il Contraente → solo se diverso dall'Assicurato __,__%

[Nome Cognome] / [Ragione Sociale]: [_____] __,__%
[Codice fiscale] / [Partita IVA]: [_____] [Data di nascita]: [gg/mm/aaaa] → se Persona fisica
[Residenza] / [Sede legale]: [ind_res_] C.A.P.: [cap_res] Città: [citta_res_] ([Prov_res_])
Indirizzo e-mail: [_____]
Il Beneficiario [**non è**] / [**è**] Persona Politicamente Esposta[1] in quanto [variabile per raccogliere "relazione" e "tipologia PEP"].
La relazione che lega il Beneficiario al Contraente è: [descrizione o spazio per scrivere in caso di "altro"].

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Altri estremi contrattuali

Proposta: nuova Prodotto: Allianz Hybrid Plan

Opzioni: Opzione Booster attiva/non attiva [se attiva ↓]

Al 1° gennaio di ogni anno il rendimento della gestione separata VITARIV attribuito al contratto verrà automaticamente trasferito nel fondo interno AZ Best in Class.
Alla scadenza del piano di accumulo, l'opzione Booster si disattiva automaticamente in quanto l'intero capitale assicurato viene trasferito automaticamente nel fondo interno AZ Best in Class.

FAC-SIMILE

Proposta n. [numero]

Proposta

Condizioni particolari di proposta:
Vale la CARENZA iniziale, in quanto l'assicurazione è stata assunta senza visita medica.

Avvertenze relative alla compilazione del questionario sanitario

a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
b) prima della sottoscrizione della proposta, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni relative al suo stato di salute ed alle sue abitudini di vita riportate nella presente proposta all'interno delle sezioni "profilo sanitario", "profilo professionale" e "profilo sportivo";
c) anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

Profilo sanitario

L'Assicurato dichiara che:
Presenta il seguente valore di statura (cm): ____
Presenta il seguente valore di peso (Kg): ____
Ha mai ricevuto una diagnosi, o si è mai sottoposto a ricoveri, cure o esami, per una delle seguenti malattie: a. Cancro, tumori, neoplasie, leucemia, linfomi; b. Infarto miocardico, angina pectoris, difetti valvolari, ipertensione non controllata o qualsiasi altra malattia cardiovascolare; c. Ictus o attacco ischemico transitorio (TIA), aneurisma o emorragia cerebrale; d. Diabete; e. Epatite B o C, cirrosi epatica; f. Insufficienza renale, malattia renale richiedente dialisi; g. Insufficienza respiratoria; h. Paralisi o paraplegia, quadriplegia, amputazione di arti; i. Sclerosi multipla, epilessia, malattia di Alzheimer, malattia di Parkinson, Sclerosi Laterale Amiotrofica, malattia di Huntington, malattia dei motoneuroni; j. Artrite reumatoide; k. Trapianto d'organo; l. HIV o malattie HIV-correlate; m. Abuso di alcool, droghe o sostanze stupefacenti; n. Cecità, retinopatia, cataratte bilaterali, degenerazione maculare? No
Negli ultimi 8 anni ha subito interventi chirurgici diversi da quelli indicati nell'elenco di seguito riportato o è attualmente in lista di attesa/le è stato programmato un intervento diverso da quelli presenti nel seguente elenco: appendicectomia, adenoidectomia, tonsillectomia, safenectomia, varicectomia degli arti inferiori, varicocele, fimosi, erniectomie addominali/inguinali, emorroidectomia, settoplastica nasale, correzione alluce valgo, meniscectomia, rottura/recisione legamenti o frattura degli arti, parto senza complicanze, estrazione dentale o chirurgia estetica? No
Negli ultimi 12 mesi si è sottoposto ad esami diagnostici o esami specialistici che abbiano rilevato situazioni anomale o è in attesa di effettuare esami diagnostici particolari (ad es ecografie, radiografie, risonanza magnetica, TAC, scintigrafie, biopsie, colonscopie, mammografie, coronarografie ad eccezione di esami per infortuni senza postumi, ernia al disco, meniscopatia, lesioni ai legamenti)? No
Assume farmaci salvavita (farmaci di fascia A)? No
Fuma/ha mai fumato più di 20 sigarette al giorno? No
Gode di pensioni di invalidità o ha in corso o intende avviare pratiche per il riconoscimento dell'invalidità stessa? No x LTC o CI
Ai suoi genitori o fratelli sono stati riscontrati: due o più casi della stessa malattia prima dell'età di 60 anni? cancro o tumori, infarto, innesto di bypass, ictus? e/o uno o più casi di malattia dei motoneuroni (compresa SLA) prima dell'età di 60 anni? No x CI
Riesce a svolgere le attività quotidiane, ricreazionali e/o sportive solo in maniera limitata o, comunque, solo con l'aiuto di altre persone o di sussidi, ad esempio deambulatori, durante lo svolgimento della vita quotidiana (ad es per spostarsi in casa, uscire, vestirsi o spogliarsi)? No x LTC
Soffre di qualche disturbo che non è stato ancora sottoposto ad approfondimento diagnostico? No x LTC

Profilo professionale

L'Assicurato dichiara di essere consapevole che il decesso dovuto allo svolgimento di una delle attività professionali considerate a rischio, sotto riportate, non è coperto.

Le attività professionali considerate a rischio sono le seguenti:
Acrobata o artista circense, Aereonautica militare - personale anche con mansioni operative, Alpinismo - istruttore/allenatore/guida alpina, Artificiere, Attivita' subacquee - istruttore/allenatore, Attore/comparsa/controfigura/tecnico cinematografico/teatrale/televisivo esposto a rischi speciali come incendi/presenza di belve/colluttazioni/acrobazie e simili, Autotrasportatore/autista di autocarro/autotreno/motocarro compreso trasporto di esplosivi/merci pericolose, Carabiniere, Cava e miniera - personale con lavoro manuale anche con uso di esplosivi, Collaudatore di veicoli/motoveicoli, Driver (corse al trotto)/fantino, Esercito – personale anche con mansioni operative, Forze armate (sommozzatore/reparti speciali), Guardia del corpo, Guardia di finanza, Guardia giurata/notturna/metronotte, Guida sportiva – istruttore, Hydrospeed - istruttore/allenatore, Lavori subacquei (addetto)/sub professionista/palombaro,

Proposta n. [numero]

Proposta

Marina militare - personale anche con mansioni operative (non sommozzatore), Paracadutismo/parapendio/deltaplano - istruttore/allenatore, Personale di bordo (steward, hostess di volo), Pilota aereo non di linea, Pilota di linea aerea, Polizia di stato anche con mansioni operative, Rafting - istruttore/allenatore, Roccia – istruttore/allenatore, Sci/snowboard alpinismo - maestro/istruttore/allenatore, Soggetto con lavoro manuale che tratta sostanze asfissianti/corrosive/infettanti/ tossiche/esplosive/radioattive, Speleologia - istruttore/speleologo professionista, Sportivo professionista/semiprofessionista, Vigile del fuoco.
Si precisa che le attività professionali non espressamente elencate sono da considerarsi incluse nella garanzia assicurativa principale, fatto salvo per quanto indicato nelle condizioni di assicurazione delle eventuali garanzie complementari.

Profilo sportivo

L'Assicurato dichiara di essere consapevole che il decesso dovuto allo svolgimento di una delle attività sportive considerate a rischio, sotto riportate, non è coperto.

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

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

Conclusione del contratto

Il Contraente prende atto che la Società è libera di accettare o meno la presente proposta, secondo le modalità di seguito specificate.
In caso di **accettazione** della presente proposta, la Società potrà dare inizio all'esecuzione del contratto. Il contratto si intenderà pertanto concluso e produrrà i suoi effetti dalle ore 24:00 del giorno indicato nella presente proposta quale data di decorrenza, fatti salvi gli eventuali periodi di carenza della copertura assicurativa previsti dalle Condizioni di assicurazione.
La Società darà prontamente avviso al Contraente dell'**avvenuta conclusione del contratto**, inviando **apposita comunicazione** e rilasciando altresì copia della polizza.
Il contratto sarà costituito dalla presente proposta, dai documenti in essa richiamati, dalla comunicazione di avvenuta conclusione del contratto, nonché dalla polizza.
In caso di **mancata accettazione** della presente proposta, la Società ne darà comunque comunicazione al Contraente.
Qualora il Contraente non riceva, a mezzo posta, la **polizza** oppure la **comunicazione di mancata accettazione** entro il termine massimo di 15 giorni dalla data di sottoscrizione della presente proposta, potrà contattare **Pronto Allianz - Servizio Clienti - al Numero Verde 800.68.68.68**.

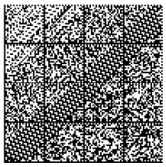
Revocabilità della proposta

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

Somme versate dal Contraente

Le **somme versate dal Contraente** contestualmente alla presentazione della presente proposta verranno trattenute dalla Società a titolo di deposito gratuito e non produttivo di interessi sino a:
i) la **conclusione** del contratto ai sensi di quanto riportato nella sezione "Conclusione del contratto" della presente proposta, nel qual caso esse verranno imputate a **premio di polizza**; ovvero
ii) la **revoca**, la **mancata accettazione** della presente proposta di assicurazione, nel qual caso esse verranno restituite dalla Società al Contraente entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di **revoca** e/o dalla **comunicazione di mancata accettazione** da parte della Società.

FAC - SIMILE



Proposta

Diritto di recesso

Entro 30 giorni dalla data di ricezione della comunicazione di avvenuta conclusione del contratto, il Contraente potrà recedere dal contratto medesimo (ai sensi dell'art. 177 D. Lgs. 209/2005), mediante comunicazione scritta alla Società contenente gli elementi identificativi del contratto e indicando le coordinate bancarie ove effettuare il rimborso, da inviarsi **a mezzo lettera raccomandata A.R.** indirizzata a: Allianz S.p.A. - Ufficio Vita - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste.
Il recesso ha l'effetto di liberare il Contraente e la Società da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto con decorrenza dalle ore 24 del giorno di spedizione della lettera raccomandata, quale risultante dal timbro postale di invio della stessa.
Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società è tenuta a rimborsare al Contraente:

- per la parte investita nel fondo interno, il controvalore delle quote del fondo interno AZ Best in Class aggiunti i caricamenti, al netto de (i) l'imposta di bollo; (ii) l'imposta sull'eventuale rendimento. Qualora la richiesta di recesso pervenga entro il giorno lavorativo antecedente il giorno di conversione del premio in quote, la Società rimborsa al Contraente i premi versati nel fondo interno, pari ai premi investiti aggiunti i caricamenti, al netto dell'imposta di bollo;
- per la parte investita nella gestione separata, i premi versati nella gestione separata;
- per la parte destinata alla copertura caso morte, alla copertura LTC (facoltativa) e alla copertura Malattia grave (facoltativa), i premi versati nelle suddette coperture al netto della parte dei premi relativa al periodo per il quale le coperture hanno avuto effetto.

FAC - SIMILE

Proposta n. [numero]

Proposta

Sintesi della raccomandazione proposta

[Gentile Signor[a] / Spettabile] [COGNOME / RAGIONE SOCIALE Contraente]

con la compilazione de la "Sintesi della raccomandazione proposta" la Compagnia e l'Intermediario hanno raccolto informazioni utili a valutare, in particolare, il Suo livello di conoscenza dei mercati finanziari, dei prodotti finanziari e dei prodotti di investimento assicurativi, l'esperienza da Lei maturata in relazione a tali prodotti, la Sua situazione finanziaria, i Suoi obiettivi di investimento ed esigenze assicurative.
Tali informazioni sono funzionali a definire il Suo "profilo cliente" e a consentire così all'Intermediario di raccomandarLe investimenti adeguati rispetto a tale profilo.
Al fine di garantire la piena conformità alla normativa applicabile, la Compagnia ha sviluppato un modello multivariato di valutazione dell'adeguatezza, vale a dire un modello che prevede l'esecuzione di distinti controlli volti a verificare la coerenza di ciascun investimento propostoLe dall'Intermediario rispetto al Suo livello di conoscenza ed esperienza in materia finanziaria e assicurativa, al Suo profilo di rischio e capacità di sostenere le perdite, ai Suoi obiettivi di investimento ed esigenze assicurative.
In esito ai predetti controlli, Le comunichiamo che il prodotto Allianz Hybrid Plan risulta adeguato rispetto al Suo livello di conoscenza ed esperienza, al Suo profilo di rischio e capacità di sostenere le perdite nonché agli obiettivi di investimento ed esigenze assicurative da Lei manifestate.

In particolare, il prodotto proposto è stato raccomandato in considerazione del bisogno da Lei espresso di pianificare un investimento che persegua la valorizzazione del capitale nel lungo periodo e che al contempo garantisca, a fronte di una maggiorazione del premio, forme di protezione personalizzate in caso di decesso dell'assicurato.

Il prodotto è stato, altresì, individuato come più adatto alle Sue esigenze in considerazione del bisogno da Lei espresso di prevedere il versamento di un premio con scadenze periodiche ed importi prefissati.

Il prodotto è stato, altresì, individuato come più adatto alle Sue esigenze in considerazione del bisogno da Lei espresso di beneficiare della possibilità di prevedere la costituzione di una rendita vitalizia alla scadenza della polizza.

FAC - SIMILE

Proposta

Sottoscrizioni

Il sottoscritto Contraente dichiara:

- **di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente proposta:**
  - **il Set informativo** del prodotto Allianz Hybrid Plan **edizione settembre 2019** - composto dal Documento contenente le informazioni chiave (KID), dal Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo IBIP), dalle Condizioni di assicurazione comprensive del Glossario e dalla Proposta – **e dichiara di aver avuto un tempo sufficiente, prima della sottoscrizione, per prendere visione e comprendere i contenuti dei documenti che compongono il Set informativo**;
  - **copia del documento "Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti"** conforme al modello 7A del Regolamento Isvap 5/2006;
  - **copia del documento "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta"** conforme al modello 7B del Regolamento Isvap 5/2006;
- di aver potuto prendere visione per un tempo sufficiente, prima della sottoscrizione, del Documento contenente le informazioni specifiche relative a ciascuna opzione d'investimento offerta dal prodotto e selezionata ai fini dell'investimento;
- di essere consapevole che, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile, le informazioni ed i dati forniti sono essenziali per la validità e l'efficacia della presente proposta e che l'Impresa presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio anche in base ad essi. Il Contraente dichiara inoltre che la presente proposta non contiene cancellature o rettifiche;
- <se Contraente = Assicurato> di prosciogliere dal segreto professionale e da ogni obbligo legale di riservatezza i medici che lo hanno o lo avranno curato o visitato, nonché gli enti ed ogni altro soggetto ai quali il beneficiario caso morte si rivolgesse, anche dopo il verificarsi dell'evento, per acquisire informazioni e documentazione, riconoscendo che tali informazioni e documentazione sono essenziali ai fini della valutazione del rischio e dell'esecuzione degli obblighi derivanti dal contratto assicurativo, di cui la presente dichiarazione costituisce parte essenziale ed integrante;
- <se almeno un beneficiario/referente terzo è nominativo> **l'informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza** che si impegna a fornire a ciascun beneficiario o referente terzo designato nominativamente;
  l'informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza che si impegna a fornire ai beneficiari designati nominativamente
- di prendere atto che gli importi di premio si intenderanno incassati salvo buon fine del mezzo di pagamento e dei controlli antiriciclaggio e di prevenzione del finanziamento del terrorismo, in ottemperanza agli adempimenti di cui ai D.Lgs. 231/2007 e D.Lgs 109/2007, nonché delle verifiche richieste dalla vigente normativa fiscale, anche internazionale;
- di prendere atto che Allianz S.p.A. ha stipulato una polizza con **AWP P&C** S.A., Rappresentanza generale per l'Italia che prevede l'erogazione di una serie di prestazioni di assistenza, a favore dell'Assicurato del presente contratto; di aver ricevuto le condizioni di assicurazione delle Prestazioni di assistenza Allianz Global Assistance mod. HP01 Edizione maggio 2018 e di avere altresì preso atto delle limitazioni ed esclusioni relative alle garanzie prestate da **AWP P&C** S.A. , Rappresentanza generale per l'Italia che eroga le sue prestazioni tramite la Centrale Operativa di **AWP** Service Italia S.c.a.r.l. - Viale Brenta 32, CAP 20139, Milano ITALIA;
- 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;

Sottoscritto il _____

Firma del Contraente/Rappresentante legale ▶_____

- di approvare, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del codice civile, le seguenti disposizioni delle Condizioni di assicurazione:
  - Art. 1. Prestazioni assicurative, per la parte statuente i casi di esclusione e i periodi di carenza
  - Art. 2. Limitazioni della copertura caso morte, LTC (facoltativa) e Malattia grave (facoltativa)

[BAR CODE di archiviazione]

FAC-SIMILE

Proposta n. [numero]

Proposta

Firma del Contraente/Rappresentante legale ▶_____

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

Firma del Contraente/Rappresentante legale ▶_____

- di essere stato informato dall'Intermediario che il presente prodotto è adeguato rispetto al suo livello di conoscenza ed esperienza, al suo profilo di rischio e capacità di sostenere le perdite nonché agli obiettivi di investimento ed esigenze assicurative manifestate.

Firma dell'Intermediario ▶_____

Firma del Contraente/Rappresentante legale ▶_____

Il sottoscritto Assicurato: → se Assicurato ≠ Contraente

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

Firma dell'Assicurato ▶_____

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

Firma del soggetto incaricato dell'Adeguata Verifica ▶_____

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

[1] Si considerano Persone Politicamente Esposte le persone fisiche residenti in Italia o in altri Stati esteri, che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami.
1) Per persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche s'intendono: a) Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, 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

FAC-SIMILE

Proposta

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.

FAC - SIMILE