

Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Allianz S.p.A.

Prodotto: "Allianz1 – Invalidità permanente da malattia"

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

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione contro i danni che offre una copertura assicurativa in caso di invalidità permanente a seguito di malattia



Che cosa è assicurato?

- ✓ Invalidità permanente da malattia: riconosce un indennizzo per Invalidità permanente derivante da malattia.

Per il dettaglio dei contenuti della copertura si rimanda al DIP aggiuntivo Danni alla sezione "Che cosa è assicurato?".

L'assicurazione è prestata entro i limiti delle somme assicurate e dei massimali puntualmente indicati nella Scheda tecnica di modulo.



Che cosa non è assicurato?

Le persone affette da:

- ✗ alcolismo e tossicodipendenza;
- ✗ sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).



Ci sono limiti di copertura?

! Sì, sono presenti esclusioni, franchigie, scoperti, limiti di indennizzo per il cui dettaglio si rimanda alla sezione "Ci sono limiti di copertura?" del DIP aggiuntivo Danni.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato.
- In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Impresa secondo i termini e le modalità previste alla sezione "Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?/ Cosa fare in caso di sinistro?" del DIP aggiuntivo Danni.



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al momento della sottoscrizione del modulo e può essere versato esclusivamente con frazionamento mensile con una maggiorazione del 5,6 % per il cui dettaglio si rimanda alla sezione "Quando e come devo pagare?" del DIP aggiuntivo Danni.

Il premio è comprensivo delle imposte.

E' ammessa l'eventuale detraibilità fiscale del premio, ai sensi della normativa vigente, nella misura del 100% del premio totale per tutte le garanzie prestate.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24 della data di pagamento del premio, sia essa contestuale o successiva alla data di sottoscrizione del modulo, e termina alla scadenza indicata nella Scheda tecnica di modulo. In assenza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 15 giorni prima della scadenza, il contratto si rinnova tacitamente per un anno e così successivamente.

Il contratto non prevede la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire il modulo?

Il modulo non prevede la possibilità di ripensamento dopo la stipulazione.

Puoi disdettare alla scadenza indicata nel modulo inviando una lettera raccomandata almeno 15 giorni prima della suddetta scadenza.

Nel caso in cui inoltri disdetta ricorda che la garanzia cessa alla scadenza del contratto e non trova quindi applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'articolo 1901 del Codice Civile, secondo comma.

Assicurazione contro i danni

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

Impresa Allianz S.p.A.

Prodotto "Allianz1 – Invalidità permanente da malattia"

20/07/2019 – Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), 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 e all'Albo gruppi assicurativi n°018.

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 dell'Impresa (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 4.867.921;
- e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'Impresa, pari a 189%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Prestazione Invalidità permanente da malattia

La copertura assicurativa vale per l'Assicurato, identificato nella Scheda tecnica di modulo, cui l'Impresa corrisponde un indennizzo in caso di Invalidità permanente derivante esclusivamente da Malattia **che si manifesti a suo carico successivamente alla data di decorrenza della copertura assicurativa, ma non oltre la sua scadenza.**


L'Impresa corrisponde l'Indennizzo in forma di capitale applicando alla somma assicurata, indicata nella Scheda tecnica di modulo, il grado percentuale di Invalidità permanente da Malattia accertato.




Che cosa NON è assicurato?


Rischi esclusi


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


 Ci sono limiti di copertura?	
ESCLUSIONI	
Esclusioni	<p>La copertura assicurativa non vale per le invalidità permanenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) preesistenti alla data di decorrenza della copertura assicurativa stessa; b) da malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza della copertura assicurativa e già note in quel momento all'Assicurato in quanto già diagnosticate o curate; c) causate da abuso di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco; d) derivanti da patologie correlate alla infezione da HIV e dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); e) da disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi; f) derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche; g) derivanti da insurrezioni o da stato di guerra internazionale o civile, dichiarata e non; h) direttamente o indirettamente derivanti da reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate.
SCOPERTI, FRANCHIGIE, LIMITI DI INDENNIZZO	
Invalidità permanente da malattia	Franchigia
Esemplificazione dell'applicazione di scoperto e/o franchigia	
<p>Franchigia presente nel contratto 25% assorbibile</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Capitale assicurato = 100.000 euro ▪ Invalidità permanente da malattia accertata = 20% ▪ Nessun indennizzo per effetto della franchigia 25% <ul style="list-style-type: none"> ▪ Capitale assicurato = 100.000 euro ▪ Invalidità permanente da malattia accertata = 30% ▪ Applicazione della tabella di liquidazione prevista dalla "Franchigia assorbibile del 25%" (stabilisce che a fronte di un'invalidità del 30% si liquida il 10% del capitale assicurato) ▪ Invalidità permanente da malattia indennizzata = il 10% di 100.000 euro = 10.000 euro 	

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro</p> <p>In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve presentare denuncia scritta all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo, quando il medico che ha in cura l'Assicurato o il medico di famiglia ritenga che la Malattia oggetto di denuncia abbia concluso la sua fase acuta e che possa comportare una Invalidità permanente.</p> <p>L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo.</p> <p>L'Assicurato deve altresì:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ inviare all'Impresa attestazioni mediche in ordine allo stato della Malattia, copie delle cartelle cliniche e ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti; ▪ sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa; ▪ fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. <p>Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.</p> <p>Qualora la copertura assicurativa pervenga alla scadenza prima che la Malattia sia denunciata, per la presentazione della relativa denuncia è accordato il termine di un anno sempreché la Malattia si sia manifestata durante il periodo di validità della copertura assicurativa stessa.</p> <p>Prescrizione</p> <p>I diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in 2 anni.</p>

Dichiarazioni inesatte e reticenti	<p>Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti (ad esempio la dichiarazione inesatta o reticente relativa alle risposte alle domande poste dal Questionario sanitario), o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio (ad esempio la mancata comunicazione, in corso di contratto, della sopravvenienza di una delle affezioni indicate in polizza come "non assicurabili" – ad esempio alcolismo o tossicodipendenza) possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.</p> <p>Questionario sanitario E' necessario verificare l'esattezza delle risposte alle domande poste dal Questionario sanitario riportato nella Scheda tecnica di modulo e che le stesse rispondano al vero.</p>
Obblighi dell'Impresa	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>Modalità di pagamento del premio</p> <p>Procedura SDD Per il primo pagamento il Contraente può utilizzare i seguenti mezzi di pagamento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità; 2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto1; 3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto. <p>Dal secondo pagamento in poi, il premio viene corrisposto mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit). Per attivare tale procedura il Contraente deve autorizzare l'Impresa ad addebitare i premi sul rapporto di conto corrente intrattenuto con la propria Banca, i cui estremi vengono comunicati all'Impresa con la sottoscrizione di apposita delega SDD.</p> <p>Addebito su carta di credito Per il primo pagamento il Contraente deve utilizzare esclusivamente la carta di credito necessaria anche per attivare il pagamento ricorrente. Dal secondo pagamento in poi, il Contraente deve autorizzare l'Impresa a richiedere, di volta in volta e salvo buon fine, il corrispettivo dovuto in base alle coperture sottoscritte con il presente contratto sulla carta di credito utilizzata per effettuare il primo pagamento.</p> <p>Adeguamento del premio Nel contratto è previsto che alla scadenza di ogni rata annuale il premio, le somme assicurate e/o i massimali ed i limiti di indennizzo siano adeguati/rivalutati in base all'evoluzione dell'Indice ISTAT. Inoltre il Premio indicato nella Scheda tecnica di modulo viene rideterminato ad ogni scadenza annua in funzione del crescere dell'età dell'Assicurato.</p>

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>
Sospensione	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>

 Come posso disdire il modulo?	
Ripensamento dopo la stipulazione	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>
Risoluzione	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a chi vuole tutelarsi grazie alla disponibilità di un capitale in caso di invalidità permanente causata da una malattia.

Non è consentita la possibilità di accedere al prodotto per persone di età superiore ai 65 anni.

L'accesso al prodotto è subordinato alla valutazione dell'esito del questionario sanitario.

Il prodotto consente di coprire i rischi utilizzando combinazioni di garanzie realizzate secondo criteri di prevalente standardizzazione.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dagli intermediari per la commercializzazione del Prodotto in oggetto è pari al 24%.

COME PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?


<p>All'impresa assicuratrice</p>	<p>Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni. Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro, potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.</p> <p>I reclami relativi al solo comportamento degli Intermediari bancari e dei broker e loro dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essere a questi direttamente indirizzati. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire ad Allianz S.p.A. la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni.</p>
<p>All'IVASS</p>	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma Fax 06.42133.206 - PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa ed il relativo riscontro. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per i Consumatori – RECLAMI – Guida".</p> <p>I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
<p>Mediazione (obbligatoria)</p>	<p>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)</p>
<p>Negoziazione assistita</p>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</p>
<p>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<p>In caso di sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri, da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria.</p>

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

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

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

Assicurazione invalidità permanente da malattia

Allianz  Invalidità permanente da malattia

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario

Edizione 911 - 01/01/2019

Allianz S.p.A. - Sede Legale Largo Ugo Imeri 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 - Capitale Sociale euro 403.000.000 i.v.
Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00152 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo Allianz - Albo Gruppi Assicurativi
n. 018 - Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE - Monaco - Codice 01

Allianz 

Servizio Clienti



AllianzNOW, la tua protezione in tempo reale.

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

Scarica l'App



Glossario

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dalla presente copertura assicurativa.

Contraente: persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione.

Franchigia: la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.

Impresa: Allianz S.p.A.

Indennizzo/Indennità: somma dovuta dall'Impresa all'Assicurato in caso di Sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Invalidità permanente: perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Premio: somma dovuta dal Contraente all'Impresa a titolo di corrispettivo per la prestazione.

Scheda tecnica di modulo: documento riepilogativo della copertura assicurativa allegato al contratto di assicurazione (Scheda di Polizza).

Sinistro: verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.

Condizioni di assicurazione

AVVERTENZA: Le Condizioni di assicurazione contengono rinvii alla Scheda di Polizza o alla Scheda tecnica di modulo che costituiscono parte integrante della documentazione contrattuale.

Indice

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	3
OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA	4
OPERATIVITA'	6
IN CASO DI SINISTRO	6
CONDIZIONI PARTICOLARI	8
TABELLA COEFFICIENTI PER ETA'	9
REGOLAMENTO DELLA GESTIONE SEPARATA - VITARIV	Allegato

Condizioni di assicurazione

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

(Valido solo nel caso in cui il pagamento del premio avvenga mediante procedura SDD)

Art. 1.a - Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicato nella Scheda tecnica di modulo se il Premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il suddetto Premio viene corrisposto con periodicità mensile mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit) ed è dovuto per l'intera annualità.

In caso di mancato pagamento di una singola mensilità, l'importo della stessa viene riaddebitato su quella immediatamente successiva e la copertura assicurativa continua a produrre i propri effetti.

Diversamente la copertura resta sospesa:

- dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello della scadenza della seconda mensilità, nel caso di mancato pagamento di due mensilità consecutive;
- dalle ore 24 della prima scadenza mensile successiva alla omessa tempestiva comunicazione del Contraente, in tutti i casi di modifica o di chiusura del rapporto di conto corrente sul quale opera la procedura SDD.

In entrambi i casi di sospensione la copertura assicurativa produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga direttamente presso l'Agenzia tutte le mensilità scadute e non pagate, nonché la parte del Premio residuo a completamento dell'annualità.

(Valido solo nel caso in cui il pagamento del premio avvenga mediante addebito su carta di credito)

Art. 1.b - Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicato nella Scheda tecnica di modulo se il Premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il suddetto Premio viene corrisposto con periodicità mensile mediante addebito su carta di credito ed è dovuto per l'intera annualità. In caso di mancato pagamento di una singola mensilità, l'importo della stessa viene riaddebitato su quella immediatamente successiva e la copertura assicurativa continua a produrre i propri effetti.

Diversamente la copertura resta sospesa:

- dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello della scadenza della seconda mensilità, nel caso di mancato pagamento di due mensilità consecutive;
- dalle ore 24 della prima scadenza mensile successiva alla omessa tempestiva comunicazione del Contraente, in tutti i casi di modifica o di chiusura del rapporto di conto corrente o al venir meno del rapporto contrattuale che disciplina l'uso della carta di credito, salvo che l'addebito venga autorizzato su eventuali altre carte di credito che dovessero essere emesse dallo stesso gestore della carta di credito in sostituzione della carta utilizzata per effettuare il primo pagamento.

In entrambi i casi di sospensione la copertura assicurativa produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga direttamente presso l'Agenzia tutte le mensilità scadute e non pagate, nonché la parte del Premio residuo a completamento dell'annualità.

Art. 2 - Durata e proroga della copertura assicurativa

La copertura assicurativa scade alle ore 24 dell'ultimo giorno previsto dalla durata indicata nella Scheda tecnica di modulo. In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 15 giorni prima della scadenza, la durata della copertura assicurativa è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 3 - Modifiche della copertura assicurativa

Le eventuali modifiche della copertura assicurativa devono essere provate per iscritto e risultare da apposito atto firmato dall'Impresa e dal Contraente.

Art. 4 - Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa.

A parziale deroga di quanto disposto all'art. 1898 codice civile in materia di aggravamento del rischio, lo stesso non trova applicazione relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso della copertura assicurativa, fatto salvo quanto disposto dall'articolo "Chi e cosa assicuriamo".

Art. 5 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio l'Impresa è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Condizioni di assicurazione

Art. 6 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio, **possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa.**

Art. 7 - Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare all'Impresa l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi coperti dal presente contratto, ad eccezione di quelle stipulate per suo conto da altro Contraente per obbligo di legge o di contratto e di quelle di cui sia in possesso in modo automatico quali garanzie accessorie ad altri servizi.

(Valido solo nel caso in cui il contratto sia stato sottoscritto a distanza e cioè con qualunque mezzo che non preveda la presenza fisica e simultanea dell'impresa/intermediario e del contraente)

Art. 8 - Diritto di ripensamento

L'Assicurato e/o il Contraente, qualora quest'ultimo rientri nella categoria dei consumatori ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 206/2005, hanno diritto di recedere dal contratto **entro 15 giorni dal pagamento del premio dandone comunicazione all'Impresa, a condizione che in tale periodo non sia stato denunciato alcun sinistro a termini del presente contratto.**

L'Impresa provvede al rimborso del premio pagato e non goduto - **al netto di imposte e contributi - trattenendo la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.**

Art. 9 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura, e nessun assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

Art. 10 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui espressamente regolato, valgono le norme di legge.

OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Art. 11 - Chi e cosa assicuriamo

La copertura assicurativa vale per l'Assicurato, identificato nella Scheda tecnica di modulo, cui l'Impresa corrisponde un indennizzo in caso di Invalidità permanente derivante esclusivamente da **Malattia che si manifesti a suo carico successivamente alla data di decorrenza della copertura assicurativa, ma non oltre la sua scadenza.**

Indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, non è assicurabile la persona affetta da:

- alcolismo e tossicodipendenza;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

Qualora una o più delle affezioni su indicate insorgano nel corso della copertura assicurativa, quest'ultima cessa con effetto immediato ai sensi dell'art.1898 codice civile.

Relativamente allo stato di salute dell'Assicurato valgono le dichiarazioni riportate e sottoscritte dall'Assicurato stesso nel Questionario Sanitario della Scheda tecnica di modulo.

Art. 12 - Le prestazioni della copertura assicurativa

L'Impresa si obbliga ad indennizzare l'Assicurato in caso di Invalidità permanente da Malattia secondo le modalità di seguito indicate e **fatto salvo quanto espressamente escluso dall'articolo "Le esclusioni della copertura assicurativa".**

Art. 12.1 - Corresponsione di un capitale per Invalidità permanente da malattia

L'Impresa corrisponde l'Indennizzo in forma di capitale applicando alla somma assicurata, indicata nella Scheda tecnica di modulo, il grado percentuale di Invalidità permanente da Malattia accertato secondo i criteri contenuti nell'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente da malattia" e in base a quanto stabilito nell'articolo "Criteri di corresponsione del capitale per Invalidità permanente da malattia".

Art. 12.1.1 - Accertamento del grado di Invalidità permanente da malattia

Il grado di Invalidità permanente è accertato secondo i seguenti criteri:

- a) **si considerano le sole conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata;**
- b) **qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti**, ossia da malattie o invalidità presenti nel soggetto che riguardino sistemi organo-funzionali diversi da quelli interessati dalla Malattia denunciata;

Condizioni di assicurazione

- c) nel corso della copertura assicurativa, le invalidità permanenti da Malattia già accertate non possono essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie. Si intendono malattie concorrenti le malattie o le invalidità presenti nel soggetto che determinino un'influenza peggiorativa della Malattia denunciata e della invalidità da essa causata, in quanto interessano lo stesso sistema organo-funzionale. **Nel caso quindi la Malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia stata accertata per una precedente Malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità va effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa;**
- d) i postumi di Invalidità permanente vengono riconosciuti come tali e possono essere oggetto di accertamento non prima che, secondo parere medico, la Malattia denunciata abbia concluso la sua fase acuta e comunque entro un periodo massimo di 18 mesi dalla data di denuncia.
Il grado di Invalidità permanente viene valutato tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dell'Assicurato;
- e) la somma assicurata per Invalidità permanente da Malattia, indicata nella Scheda tecnica di modulo, rappresenta l'importo massimo che l'Impresa indennizza complessivamente nell'intera durata della copertura assicurativa. Pertanto **la sommatoria degli indennizzi, relativi ad invalidità permanenti determinate da una o più malattie, non può essere, nell'arco dell'intera durata della copertura assicurativa, maggiore della somma assicurata indicata nella Scheda tecnica di modulo.**

Art. 12.1.2 - Criteri di corresponsione del capitale per Invalidità permanente da malattia

L'Impresa corrisponde il capitale per Invalidità permanente da Malattia secondo uno dei seguenti criteri, come indicato nella Scheda tecnica di modulo:

Franchigia assorbibile del 25%

L'Impresa non corrisponde alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 25% della totale; se invece essa risulta di grado pari o superiore al 25% della totale, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% I.P. accertata	≥	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46
% da liquidare		5	6	7	8	9	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42
% I.P. accertata		47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	e oltre	
% da liquidare		44	46	48	50	53	56	59	62	65	68	71	74	77	80	83	86	89	92	96	100		

Franchigia del 66%

L'Impresa non corrisponde alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 66% della totale; se invece essa risulta di grado pari o superiore al 66% della totale, l'Indennità viene corrisposta nella misura del 100% della somma assicurata.

Art. 12.2 - Corresponsione di una Rendita vitalizia per Invalidità permanente da malattia

L'Impresa, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo del capitale per Invalidità permanente da Malattia di cui all'articolo "Corresponsione di un capitale per Invalidità permanente da malattia", riconosce all'Assicurato in vita una Rendita vitalizia immediata rivalutabile, pari all'importo iniziale indicato nella Scheda tecnica di modulo, erogabile in rate posticipate mensili, nel caso in cui, a seguito di Malattia indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di assicurazione, residui all'Assicurato una Invalidità permanente di grado pari o superiore al 66% della totale - valutato secondo i criteri indicati all'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente da malattia".

La costituzione della Rendita vitalizia viene effettuata mediante emissione da parte dell'Impresa di una polizza vita, nella forma a premio unico, a nome e a favore dell'Assicurato stesso, senza alcun onere a suo carico. Tale contratto non è riscattabile.

La rendita assicurata, annualmente rivalutata, viene corrisposta all'Assicurato vita natural durante.

Qualora, al momento del sinistro l'Assicurato abbia un'età inferiore a 40 anni compiuti, **in sostituzione della rendita**, l'Impresa corrisponde all'Assicurato il capitale sostitutivo indicato nella Scheda tecnica di modulo, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo del capitale di cui all'articolo "Corresponsione di un capitale per Invalidità permanente da malattia" e con le modalità disciplinate all'articolo "Pagamento dell'indennizzo".

Art. 12.2.1 - Rivalutazione della rendita vitalizia

La rivalutazione della Rendita vitalizia avviene sulla base del rendimento conseguito dalla gestione separata di attivi denominata VITARIV.

L'Impresa, entro il 31 dicembre di ogni anno, dichiara il rendimento annuo realizzato dalla gestione separata VITARIV, determinato con i criteri indicati nel relativo Regolamento allegato in calce alle presenti condizioni di assicurazione.

Condizioni di assicurazione

Il rendimento annuo da attribuire agli assicurati (rendimento attribuito) è ottenuto diminuendo il rendimento conseguito dalla gestione separata VITARIV di un valore, denominato rendimento trattenuto, determinato al momento della corresponsione della rendita.

La rendita assicurata viene rivalutata, ad ogni ricorrenza annua, in base ad un tasso definito "misura annua di rivalutazione". La misura annua di rivalutazione si ottiene scontando per il periodo di un anno al tasso tecnico dello 0,50% (vale a dire dividendo per 1,005), la differenza fra il rendimento attribuito ed il suddetto tasso tecnico già conteggiato nel calcolo della rendita assicurata iniziale.

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

Art. 13 - Le esclusioni della copertura assicurativa

La copertura assicurativa non vale per le invalidità permanenti:

- a) preesistenti alla data di decorrenza della copertura assicurativa stessa;
- b) da malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza della presente copertura assicurativa e già note in quel momento all'Assicurato in quanto già diagnosticate o curate, salvo quanto previsto dall'articolo "Continuità della copertura assicurativa";
- c) causate da abuso di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;
- d) derivanti da patologie correlate alla infezione da HIV e dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- e) da disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi;
- f) derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- g) derivanti da guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche;
- h) direttamente o indirettamente derivanti da reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate.

Art. 14 - La validità territoriale

La copertura assicurativa è valida in tutto il mondo.

OPERATIVITA'

Art. 15 - Continuità della copertura assicurativa

In deroga a quanto disposto dagli articoli "Le esclusioni della copertura assicurativa" e "Chi e cosa assicuriamo", **qualora la Scheda tecnica di modulo sia stata emessa senza soluzione di continuità in sostituzione di altra precedente** riguardante lo stesso Assicurato e la stessa prestazione, la copertura assicurativa è estesa all'invalidità derivante da Malattia insorta nella vigenza della precedente copertura assicurativa e manifestatasi nel corso della presente copertura assicurativa, restando inteso che, in tal caso, **l'Indennità è valutata**, sulla base delle disposizioni contenute nelle presenti Condizioni di assicurazione, **sulla minore delle somme assicurate previste dalle diverse Schede tecniche di modulo**.

Art. 16 - Ridefinizione del premio per età

Il Premio indicato nella Scheda tecnica di modulo viene ridefinito ad ogni scadenza annua, in funzione del crescere dell'età dell'Assicurato, sulla base dei coefficienti riportati nella "Tabella Coefficienti per età".

Art. 17 - Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Impresa rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'art. 1916 codice civile verso i terzi responsabili della Malattia.

IN CASO DI SINISTRO

Art. 18 - Obblighi

In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve presentare denuncia scritta all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo, quando il medico che ha in cura l'Assicurato o il medico di famiglia ritenga che la Malattia oggetto di denuncia abbia concluso la sua fase acuta e che possa comportare una Invalidità permanente.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile.

L'Assicurato deve altresì:

- inviare all'Impresa attestazioni mediche in ordine allo stato della Malattia, copie delle cartelle cliniche e ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti;
- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;

Condizioni di assicurazione

- fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

Qualora la copertura assicurativa pervenga alla scadenza prima che la Malattia sia denunciata, per la presentazione della relativa denuncia è accordato il termine di un anno sempreché la Malattia si sia manifestata durante il periodo di validità della copertura assicurativa stessa.

Art. 19 - Procedura per la valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato direttamente dall'Impresa - o da un consulente medico da questa incaricato - con l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di controversie di natura medico legale sull'ammontare offerto a titolo di Indennizzo o sull'indennizzabilità del Sinistro, fermo restando il diritto di ricorrere all'autorità giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre medici.

Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo viene nominato di comune accordo tra questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio.

Il Collegio dei Medici definisce se ed in quale misura è dovuto l'Indennizzo a norma e nei limiti delle presenti Condizioni di assicurazione.

Il Collegio dei Medici risiede nel Comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio dei Medici sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ciascuna delle parti.

Le decisioni del Collegio dei Medici sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

Art. 20 - Malattie progressivamente invalidanti

In deroga a quanto previsto nel punto c) dell'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente da malattia" si precisa che, nel caso l'Invalidità permanente da Malattia già accertata sia stata determinata da una delle patologie qui di seguito indicate:

- Sclerosi multipla
- Morbo di Parkinson
- Morbo di Alzheimer
- Mielopatia cervicale da spondilosi cervicale che condiziona tetraparesi con disturbi sfinterici
- Mielopatia lombo-sacrale condizionante paraparesi con disturbi sfinterici,

le medesime possono essere oggetto di una seconda valutazione in caso di loro aggravamento.

Tale seconda valutazione deve comunque essere esperita non prima che siano trascorsi 18 mesi dalla prima valutazione e non dopo 36 mesi dalla stessa. In questo caso viene comunque riconosciuta la sola differenza tra la percentuale di Invalidità permanente indennizzabile ai sensi dell'articolo "Criteri di corresponsione del capitale per Invalidità permanente da malattia" e la percentuale precedentemente indennizzata.

Tale seconda ed ultima valutazione è prevista unicamente per l'aggravamento delle patologie sopra elencate e non in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Art. 21 - Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa determina l'Indennità che risulta dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni da quest'ultima.

In caso di decesso dell'Assicurato, in tutti i casi in cui sia prevista la corresponsione dell'Indennità sotto forma di capitale:

- a) se il decesso avviene, per qualsiasi causa, prima che l'Impresa abbia potuto effettuare l'accertamento del grado di Invalidità permanente ma successivamente all'esaurimento della fase acuta della Malattia oggetto di denuncia, gli eredi devono fornire, oltre alla documentazione medica indicata all'articolo "Obblighi" della presente Sezione, il certificato di morte dell'Assicurato e l'atto notorio attestante la qualifica di eredi. Una volta acquisita la documentazione medica sopra indicata l'Impresa provvede alla valutazione dell'Invalidità permanente secondo i criteri indicati all'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente da malattia" in base alla documentazione medica disponibile e s'impegna a comunicare agli eredi l'esito della valutazione del Sinistro entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione di cui sopra. Nel caso l'Indennizzo venga ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi previa produzione della dichiarazione di successione, in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche l'Indennizzo spettante per la prestazione Invalidità permanente da malattia, l'importo quantificato od offerto.

Condizioni di assicurazione

- b) se il decesso avviene, per qualsiasi causa, dopo che l'Indennizzo sia stato ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, dell'atto notorio attestante la qualifica di eredi e della dichiarazione di successione, in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche l'Indennizzo spettante per la prestazione Invalidità permanente da malattia, l'importo quantificato od offerto.

Quanto previsto dal presente articolo non si applica alla prestazione Rendita vitalizia nel caso in cui sia prevista la sua corresponsione sotto forma di rendita mensile, per la quale valgono le modalità di corresponsione disciplinate all'articolo "Corresponsione di una Rendita vitalizia per Invalidità permanente da malattia".

La valutazione dell'Invalidità permanente e la corresponsione della relativa indennità viene effettuata in Italia e in euro.

CONDIZIONI PARTICOLARI

La presente condizione particolare è valida solo se espressamente richiamata nella Scheda di Polizza

AU - Adeguamento automatico annuale

Le somme/massimali assicurati, i limiti d'indennizzo (non espressi in percentuale) ed il **Premio**, previsti nella Scheda tecnica di modulo, **sono aumentati del 2,5% ad ogni rinnovo annuale**; sono esclusi da tale adeguamento gli scoperti/franchigie eventualmente previsti ed indicati nella Scheda tecnica di modulo.

Tale adeguamento automatico non troverà applicazione nel caso in cui, alla scadenza di ogni annualità, il rapporto tra l'"indice ISTAT di riferimento annuale" (relativo al quarto mese che precede il mese in cui scade la rata annuale di Premio) e l'"indice ISTAT mensile" immediatamente precedente ("indice dei prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati" pubblicato dall'ISTAT) sia superiore alla suddetta percentuale del 2,5%.

In tal caso l'adeguamento di cui al paragrafo precedente sarà operato in conformità al rapporto tra l'"indice ISTAT di riferimento annuale" e l'"indice ISTAT mensile" immediatamente precedente.

Resta inteso che, in ogni caso, l'adeguamento non potrà mai essere inferiore al 2,5% annuo.

Sono sempre esclusi da tale indicizzazione gli scoperti/franchigie eventualmente previsti ed indicati nella Scheda tecnica di modulo.

Qualora l'indice ISTAT non fosse più disponibile, l'Impresa si riserva di adottare un indice equipollente, previa comunicazione al Contraente e ferme restando le modalità di indicizzazione sopra indicate.

A fronte dell'adeguamento automatico annuale sopra descritto, l'Impresa riconosce al Contraente la facoltà di recedere dalla presente condizione particolare, **senza alcun obbligo - per l'Impresa stessa - di comunicare, preventivamente, la variazione** delle somme/massimali assicurati, dei limiti d'indennizzo (non espressi in percentuale) e del Premio.

Nel caso in cui il Contraente comunichi l'esercizio del suo diritto di recesso dalla condizione particolare "Adeguamento automatico annuale" entro l'ultimo giorno del termine previsto per il pagamento dei premi indicato nell'articolo "Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio" delle Condizioni generali di assicurazione, la stessa cesserà di produrre i propri effetti dalla data di scadenza dell'annualità assicurativa conclusa. Nel caso in cui il Contraente comunichi l'esercizio del suo diritto di recesso dalla condizione particolare "Adeguamento automatico annuale" successivamente a tale termine, essa cesserà di produrre effetti dalla data di scadenza dell'annualità assicurativa successiva.

In entrambi i casi l'Impresa provvederà all'aggiornamento del contratto adeguandone le condizioni normative e di premio.

Condizioni di assicurazione

TABELLA COEFFICIENTI PER ETA'

ETA'	COEFFICIENTI		ETA'	COEFFICIENTI	
	Invalità permanente	Rendita vitalizia		Invalità permanente	Rendita vitalizia
1	0,340	0,340	34	0,688	0,688
2	0,340	0,340	35	0,740	0,740
3	0,340	0,340	36	0,789	0,789
4	0,340	0,340	37	0,840	0,840
5	0,340	0,340	38	0,918	0,918
6	0,340	0,340	39	0,994	0,994
7	0,340	0,340	40	1,076	1,076
8	0,340	0,340	41	1,162	1,142
9	0,340	0,340	42	1,250	1,209
10	0,340	0,340	43	1,372	1,303
11	0,345	0,345	44	1,507	1,406
12	0,350	0,350	45	1,650	1,483
13	0,355	0,355	46	1,782	1,572
14	0,360	0,360	47	1,918	1,659
15	0,365	0,365	48	2,093	1,775
16	0,375	0,375	49	2,283	1,897
17	0,380	0,380	50	2,473	2,013
18	0,385	0,385	51	2,658	2,071
19	0,390	0,390	52	2,854	2,172
20	0,395	0,395	53	3,120	2,321
21	0,400	0,400	54	3,363	2,445
22	0,405	0,405	55	3,629	2,573
23	0,410	0,410	56	3,966	2,673
24	0,415	0,415	57	4,216	2,766
25	0,420	0,420	58	4,540	2,901
26	0,440	0,440	59	4,873	3,026
27	0,450	0,450	60	5,176	3,121
28	0,470	0,470	61	5,504	3,225
29	0,498	0,498	62	5,913	3,359
30	0,527	0,527	63	6,254	3,440
31	0,558	0,558	64	6,678	3,439
32	0,600	0,600	65	7,115	3,543
33	0,643	0,643			

Regolamento della gestione separata - Vitariv

Data ultimo aggiornamento: 31/12/2011

REGOLAMENTO VITARIV

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

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

Regolamento della gestione separata - Vitariv

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