

Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Allianz S.p.A.

Prodotto: "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 prestazioni contro il rischio di Invalidità permanente a seguito di malattia.



Che cosa è assicurato?

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

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



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone affette da:

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



Ci sono limiti di copertura?

! Sì, sono presenti esclusioni, franchigie 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 della polizza.

Puoi chiedere il frazionamento semestrale, quadrimestrale o trimestrale con una maggiorazione del premio rispettivamente del 3%, 4% e 5%. In tal caso le rate vanno pagate alle scadenze di frazionamento stabilite.

Puoi pagare il premio tramite:

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, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma on line, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto.

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 della Polizza e termina alla scadenza indicata nella Scheda di Polizza.

In assenza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 30 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 la polizza?

Il contratto non prevede la possibilità di ripensamento dopo la stipulazione; di seguito sono indicate le modalità per l'esercizio del diritto di disdetta/recesso:

Diritto di disdetta alla scadenza contrattuale

Nel contratto di durata annuale o poliennale puoi disdettare alla scadenza indicata nella Scheda di Polizza inviando una lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della suddetta scadenza.

Diritto di recesso per poliennialità

Nel contratto di durata poliennale puoi recedere alla scadenza di ogni singola annualità inviando una lettera raccomandata almeno 30 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 "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?

Invalidità permanente da malattia	<p>L'Impresa riconosce l'Invalidità permanente derivante da Malattia che si manifesti a carico dell'Assicurato successivamente alla data di decorrenza della Polizza, ma non oltre la sua scadenza.</p> <p>L'Impresa liquida un indennizzo per invalidità permanente applicando alla somma assicurata, indicata nella Scheda di Polizza, il grado percentuale di Invalidità permanente da Malattia accertato.</p>
--	--



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>L'Assicurazione non vale per le invalidità permanenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) preesistenti alla data di decorrenza della Polizza; b) da malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza del contratto e già note in quel momento all'Assicurato in quanto già diagnosticate o curate – anche se comunicate dallo stesso in qualsiasi forma all'atto dell'assunzione del rischio o venute a conoscenza dell'Impresa anche successivamente (attraverso questionario anamnestico, cartelle cliniche, certificazioni mediche o altra documentazione inerente lo stato di salute dell'Assicurato prima della stipulazione del contratto); 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.
-------------------	--

SCOPERTI, FRANCHIGIE, LIMITI DI INDENNIZZO

Invalidità permanente da malattia	Franchigia
-----------------------------------	------------

Esemplificazione dell'applicazione di scoperto e/o franchigia


<p>Franchigia presente in polizza 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 l'Assicurazione 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 dell'Assicurazione stessa.</p> <p>Prescrizione 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 domande poste nel 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 È necessario verificare l'esattezza delle risposte alle domande poste dal Questionario sanitario riportato nella Scheda di Polizza e che le stesse rispondano al vero.</p>
Obblighi dell'Impresa	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Il Premio indicato nella Scheda di Polizza viene rideterminato ad ogni scadenza annua in funzione del crescere dell'età di ciascun Assicurato.

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

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
<p>Il prodotto è rivolto a chi vuole tutelare se stesso e/o i suoi familiari dalle conseguenze economiche derivanti da un'inabilità permanente da malattia.</p> <p>La possibilità di accedere al prodotto per persone di età superiore ai 60 anni potrà essere discrezionalmente valutata dall'Impresa.</p> <p>L'accesso al prodotto è subordinato alla valutazione dell'esito del questionario sanitario.</p>	

 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?	
All'impresa assicuratrice	<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.</p> <p>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>
All'IVASS	<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> <ul 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>	
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	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.

Lite transfrontaliera	<p>Nel caso di lite transfrontaliera, tra un Contraente/Assicurato avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede legale in un altro stato membro, il Contraente/Assicurato può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando il reclamo direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (individuabile accedendo al sito 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.</p>
------------------------------	--

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

Invalidità permanente da malattia

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario

Edizione 237 - 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



Glossario

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione: il contratto di Assicurazione.

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.

Polizza: documento attestante l'esistenza del contratto di Assicurazione.

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

Sinistro: verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Condizioni di assicurazione

AVVERTENZA: Le Condizioni di assicurazione contengono rinvii alla Scheda di Polizza che costituisce parte integrante della documentazione contrattuale.

Indice

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	3
2. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	4
■ GARANZIE BASE	4
3. OPERATIVITA'	5
4. IN CASO DI SINISTRO	6
CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA	7
TABELLA COEFFICIENTI PER ETA'	9
REGOLAMENTO DELLA GESTIONE SEPARATA - VITARIV	Allegato

Condizioni di assicurazione

1.CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1.1 - Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati come attestato da apposita ricevuta rilasciata dall'Impresa; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fino alle successive scadenze.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza oppure all'Impresa e sono dovuti per l'intera annualità anche se sono frazionati in più rate.

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

(Valido solo in caso di durata inferiore a 2 anni)

Art. 1.2a - Durata e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza.

In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, l'Assicurazione di durata non inferiore a un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

(Valido solo in caso di durata pari o superiore a 2 anni)

Art. 1.2b - Durata e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza.

In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza indicata nella Scheda di Polizza, l'Assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

Trattandosi di contratto poliennale, al solo Assicurato è riconosciuta, ai sensi di legge, la facoltà di recedere annualmente dal contratto, con preavviso di 30 giorni rispetto alla scadenza della singola annualità.

Art. 1.3 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 1.4 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

Le dichiarazioni inesatte o 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 dell'Assicurazione.

Art. 1.5 - 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 è in possesso in modo automatico quali garanzie accessorie ad altri servizi.

Art. 1.6 - 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 dell'Assicurazione.

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 del contratto, **fatto salvo quanto disposto dall'articolo "Persone non assicurabili".**

Art. 1.7 - 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.

Art. 1.8 - 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.

Condizioni di assicurazione

Art. 1.9 - Rinvio alle norme di legge

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

2. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione vale in caso di Invalidità permanente derivante esclusivamente da Malattia, **fatto salvo quanto espressamente escluso dall'articolo "Esclusioni"**, che si manifesti a carico dell'Assicurato nel corso del contratto.

Art. 2.2 - Esclusioni

L'Assicurazione non vale per le invalidità permanenti:

- a) preesistenti alla data di decorrenza della presente Polizza;
- b) da malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza del contratto e già note in quel momento all'Assicurato in quanto già diagnosticate o curate -anche se comunicate dallo stesso in qualsiasi forma all'atto dell'assunzione del rischio o venute a conoscenza dell'Impresa anche successivamente (attraverso questionario anamnestico, cartelle cliniche, certificazioni mediche o altra documentazione inerente lo stato di salute dell'Assicurato prima della stipulazione del contratto)- salvo quanto previsto dall'articolo "Continuità della garanzia";
- 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. 2.3 - Persone non assicurabili

Indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, non sono assicurabili le persone affette da:

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

Qualora una o più delle affezioni sopraindicate insorgano nel corso del contratto, quest'ultimo cessa con effetto immediato ai sensi dell'art. 1898 codice civile.

GARANZIA BASE

Art. 2.4 - Invalidità permanente da malattia

L'Impresa riconosce l'Invalidità permanente derivante da Malattia **che si manifesti a carico dell'Assicurato successivamente alla data di decorrenza della Polizza, ma non oltre la sua scadenza.**

L'Impresa liquida un Indennizzo per Invalidità permanente applicando alla somma assicurata, indicata nella Scheda di Polizza, 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 "Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da malattia".

Art. 2.5 - 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;
- c) **nel corso dell'Assicurazione, 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.

Condizioni di assicurazione

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 di Polizza, rappresenta l'importo massimo che l'Impresa indennizza complessivamente nell'intera durata contrattuale. Pertanto **la sommatoria degli indennizzi**, relativi ad invalidità permanenti determinate da una o più malattie, **non può essere**, nell'arco dell'intera durata contrattuale, **maggiore della somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza.**

Art. 2.6 - Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da malattia

L'Impresa corrisponde l'Indennità per Invalidità permanente da Malattia in base ai criteri stabiliti in Polizza e secondo le seguenti modalità:

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	47	48	49
% I.P. da liquidare	5	6	7	8	9	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48
% I.P. accertata	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	≥66								
% I.P. da liquidare	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.

3. OPERATIVITA'

Art. 3.1 - Modalità di erogazione del capitale assicurato

Nel caso in cui, a seguito di Malattia indennizzabile a termini di Polizza, residui all'Assicurato una Invalidità permanente da Malattia di grado pari o superiore al 66% della totale -valutato secondo i criteri indicati all'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente da malattia"- l'Assicurato ha la facoltà di chiedere all'Impresa la conversione del capitale per Invalidità permanente da Malattia in una rendita vitalizia immediata.

I coefficienti applicati dall'Impresa per la conversione di detto capitale in rendita e le relative condizioni contrattuali saranno quelli in vigore all'epoca del Sinistro.

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.

Art. 3.1.1 - 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.

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).

Condizioni di assicurazione

Art. 3.2 - Continuità della garanzia

In deroga a quanto disposto dagli articoli "Esclusioni" e "Invalidità permanente da malattia", **qualora la presente Polizza sia stata emessa senza soluzione di continuità in sostituzione di altra precedente** riguardante gli stessi Assicurati e la stessa prestazione, la garanzia è estesa all'invalidità derivante da Malattia insorta nella vigenza della precedente Polizza e manifestatasi nel corso del presente contratto restando inteso che, in tal caso, **l'Indennità è valutata**, sulla base delle disposizioni contenute nella presente Polizza, **sulla minore delle somme assicurate previste dai diversi contratti**.

Art. 3.3 - Ridefinizione del premio per età

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

Art. 3.4 - Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 3.5 - 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.

4. IN CASO DI SINISTRO

Art. 4.1 - 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;
- 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 l'Assicurazione 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 dell'Assicurazione stessa.

Art. 4.2 - 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 "Modalità di corresponsione dell'indennità 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. 4.3 - 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 sarà nominato di comune accordo tra questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio.

Condizioni di assicurazione

Il Collegio dei Medici definisce se ed in quale misura è dovuto l'Indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni di Polizza. 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. 4.4 - 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:

- 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;
- 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 garanzia Invalidità permanente da malattia, l'importo quantificato od offerto.

Quanto previsto al paragrafo b) del presente articolo non si applica nel caso in cui l'Assicurato abbia già sottoscritto con l'Impresa la specifica polizza vita a premio unico per la costituzione della Rendita vitalizia, come disciplinato all'articolo "Modalità di erogazione del capitale assicurato", e abbia già percepito almeno una rata della rendita che è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

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

CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA

Le presenti condizioni particolari sono valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza.

B1 - Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla società di brokeraggio indicata nella Scheda di Polizza.

Di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente Assicurazione saranno svolti, per conto del Contraente, dalla precitata società di brokeraggio.

B2 - Clausola Broker con riparto di Coassicurazione

Premesso che l'Assicurazione è ripartita per quote tra le Compagnie indicate nella Scheda di Polizza, il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla società di brokeraggio indicata nella Scheda di Polizza.

Di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente Assicurazione saranno svolti, per conto del Contraente, dalla precitata società di brokeraggio, la quale tratterà con la Società Delegataria informandone le Coassicuratrici.

Queste ultime saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Delegataria, fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di Polizza il cui pagamento verrà effettuato dal Contraente per il tramite della sopracitata società di brokeraggio direttamente nei confronti di ciascuna Coassicuratrice.

Ogni modificazione del contratto che richieda una nuova stipulazione scritta, impegna le Coassicuratrici solo dopo la firma dell'atto relativo emesso dalla Società Delegataria.

Condizioni di assicurazione

M - Pagamento dell'indennità alla Ditta Contraente

A parziale deroga di quanto indicato in Polizza, il beneficiario delle somme assicurate indicate nella Scheda di Polizza deve intendersi la Ditta Contraente.

Essendo il presente contratto stipulato dalla Ditta Contraente per coprirsi nei limiti e alle condizioni convenute, del danno economico che a essa possa derivare da sinistri subiti dalle persone assicurate, si conviene:

- che i rapporti fra l'Impresa e le persone danneggiate si limiteranno all'accertamento delle conseguenze del Sinistro, mentre la liquidazione del danno verrà effettuata unicamente nei confronti della Contraente;
- che le indennità liquidate a termine di contratto verranno versate unicamente alla Contraente che ne rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per l'Impresa. La Contraente soddisferà direttamente e sotto la propria esclusiva responsabilità ogni pretesa o diritto degli Assicurati o aventi causa impegnandosi a manlevare l'Impresa solvente da ogni richiesta o azione che venga da chiunque avanzata per il Sinistro o la Polizza a margine indicati;
- l'/gli Assicurato/i, con la sottoscrizione della presente condizione particolare, manifesta/no il suo/loro esplicito consenso a quanto sopra convenutosi.

P - Deroga alla proroga del contratto

A parziale deroga dell'articolo "Durata e proroga dell'assicurazione" delle Condizioni generali di assicurazione, il presente contratto non verrà tacitamente rinnovato alla sua naturale scadenza.

Condizioni di assicurazione

TABELLA COEFFICIENTI PER ETA'

Età	Coefficienti	Età	Coefficienti	Età	Coefficienti
1	0,170	23	0,310	45	1,680
2	0,170	24	0,320	46	1,830
3	0,170	25	0,330	47	1,980
4	0,170	26	0,370	58	2,200
5	0,170	27	0,390	49	2,440
6	0,170	28	0,430	50	2,670
7	0,170	29	0,450	51	2,880
8	0,170	30	0,470	52	3,100
9	0,170	31	0,490	53	3,450
10	0,170	32	0,530	54	3,740
11	0,180	33	0,570	55	4,060
12	0,190	34	0,610	56	4,510
13	0,200	35	0,660	57	4,770
14	0,210	36	0,700	58	5,160
15	0,220	37	0,740	59	5,550
16	0,240	38	0,830	60	5,860
17	0,250	39	0,910	61	6,200
18	0,260	40	1,000	62	6,680
19	0,270	41	1,090	63	7,000
20	0,280	42	1,180	64	7,460
21	0,290	43	1,330	65	7,920
22	0,300	44	1,500		

Condizioni di assicurazione

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;
- 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.

Condizioni di assicurazione

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.