

Allianz Longevity Care

Assicurazione di rendita vitalizia per il caso di non autosufficienza

Set informativo
Edizione febbraio 2026
Tariffe 39CE09 e 39CE11

Il presente Set informativo contenente:

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

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

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

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

Servizio Clienti



Per qualsiasi informazione,
chiarimento o supporto

L'App



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

Scarica l'App



Assicurazione sulla vita di rendita vitalizia anticipata, per il caso di non autosufficienza negli atti della vita quotidiana

Documento Informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita
diversi dai prodotti d'investimento assicurativi

(DIP Vita)



Prodotto: Allianz Longevity Care

Data di aggiornamento: 10/02/2026

Il presente DIP Vita è l'ultimo disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

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



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

a) Prestazione in caso di perdita di autosufficienza

In caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato nel compimento di almeno 4 dei 6 atti elementari della vita quotidiana l'Impresa corrisponde all'Assicurato una prestazione di Rendita mensile vitalizia anticipata (Rendita LTC), rivalutabile annualmente in base al rendimento realizzato dalla gestione separata VITARIV. La Rendita LTC viene riconosciuta fintanto che l'Assicurato è in vita e finché permane lo stato di non autosufficienza. La prestazione di Rendita LTC alla Decorrenza potrà essere compresa tra un minimo di 6.000,00 euro e un massimo di 60.000,00 euro annui.

b) Prestazioni accessorie facoltative

Esclusivamente alla sottoscrizione della Proposta, è prevista la facoltà per il Contraente di sottoscrivere una Garanzia accessoria che prevede:

- **in caso di decesso** dell'Assicurato entro la ricorrenza annua di contratto in cui l'Assicurato ha 80 anni (Età computabile), il riconoscimento ai Beneficiari di un capitale;
- **in caso di non autosufficienza** dell'Assicurato unitamente all'erogazione della prima rata della Rendita LTC l'erogazione una prestazione aggiuntiva una tantum.

Prestazioni di assistenza Allianz Worldwide Partners

L'Impresa garantisce, tramite Allianz Worldwide Partners (AWP P&C S.A.), delle prestazioni di "Assistenza Domiciliare Integrata" (c.d. ADI), erogate mensilmente per un importo massimo pari a quattro volte l'entità della Rendita LTC iniziale scelta dal Contraente alla sottoscrizione della Proposta ed il cui limite, su base mensile, non può comunque essere superiore all'importo della Rendita LTC suddetta.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili i soggetti che alla data di Decorrenza del contratto, abbiano un'Età computabile inferiore a 30 anni e superiore a 75 anni e che, nel caso di durata pagamento premi limitata, abbiano un'Età computabile alla scadenza del piano di versamento premi maggiore di 80 anni.
- ✗ Non sono assicurabili le persone giuridiche.
- ✗ Non sono assicurabili coloro che non hanno superato con esito positivo il questionario sanitario o la valutazione dello stato di salute a seguito della visita medica).



Ci sono limiti di copertura?

- ! **Copertura in caso di perdita di autosufficienza**
per i rischi esclusi si rinvia del DIP aggiuntivo Vita alla sezione "Ci sono limiti di copertura?".
 - ! **Copertura accessoria facoltativa**
il rischio di decesso causato da dolo del Contraente o dei Beneficiari, è escluso.
 - ! **Carenza**
viene applicato un periodo di carenza dalla data di Decorrenza del contratto.
- Per i dettagli si rinvia al DIP aggiuntivo Vita alla sezione "Ci sono limiti di copertura?"



Dove vale copertura?

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



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti di professione o di attività dell'Assicurato.

L'assicurato deve compilare il questionario sanitario, sportivo e professionale e sottoporsi a visita medica e ad ulteriori accertamenti sanitari se richiesti dall'Impresa. Se l'assicurato cambia professione o inizia la pratica di nuove attività sportive pericolose non dichiarate alla sottoscrizione della Proposta, l'Assicurato stesso o il Contraente sono tenuti a darne immediata comunicazione scritta ad Allianz S.p.A..

Per richiedere la liquidazione della prestazione dovranno preventivamente pervenire all'Impresa tutti i documenti necessari a verificare l'obbligo di pagamento e ad individuare correttamente gli aventi diritto. La consegna dei documenti potrà essere effettuata, per comodità degli aventi diritto, presso l'intermediario che ha in gestione il contratto o comunque presso un qualsiasi intermediario dell'Impresa, facendo espresso riferimento alla Polizza ed unitamente alla richiesta di liquidazione. È altresì consentito l'invio della documentazione a mezzo posta stessa indirizzata a: Allianz S.p.A. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano o posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo allianz.spa@pec.allianz.it.

Denuncia dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato:

La documentazione da consegnare per la denuncia di non autosufficienza è la seguente: copia della relazione del medico curante; copia fronte-retro di un valido documento di identità dell'Assicurato riportante firma visibile; Piano di Assistenza Domiciliare Integrata (PADI), previsto qualora il contratto non sia in riduzione.

In aggiunta ai documenti di cui sopra è necessario inviare all'Impresa: la richiesta di liquidazione della prestazione di Rendita LTC, sottoscritta dall'Assicurato o altra persona avente titolo (Amministratore di sostegno/Tutore/Procuratore). La richiesta di liquidazione, che deve sempre pervenire all'Impresa **in originale**; copia del documento attestante la nomina di Amministratore di sostegno/Tutore/Procuratore (decreto del Giudice Tutelare/Atto notarile).

L'Impresa provvederà all'accertamento dello stato di non autosufficienza per non più di 3 denunce riferite al medesimo evento.

Denuncia del decesso dell'Assicurato:

Il **decesso dell'Assicurato non in stato di non autosufficienza** (o durante il periodo di valutazione dello stato di non autosufficienza) **con Garanzia accessoria facoltativa attiva** ed Età computabile inferiore agli 80 anni, **dovrà essere comunicato all'Impresa** unitamente ai seguenti documenti: richiesta di liquidazione (in originale) sottoscritta dai Beneficiari o dal rappresentante legale pro tempore, se uno dei Beneficiari non è una persona fisica, unitamente a copia fronte-retro di un valido documento di identità di ciascuno di essi riportante firma visibile, e della documentazione attestante il conferimento dei poteri di firma e rappresentanza in capo al soggetto indicato quale rappresentante legale pro tempore.

In copia: certificato di morte dell'Assicurato; relazione del medico curante; qualora l'Assicurato coincida con il Contraente, dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata in Comune, dinanzi al Notaio o presso il Tribunale che specifichi se il Contraente ha lasciato o meno testamento e quali sono gli eredi legittimi, i loro dati anagrafici, il grado di parentela e capacità d'agire. In caso di esistenza di testamento, deve esserne consegnata copia del verbale di pubblicazione e la suddetta dichiarazione sostitutiva deve riportarne gli estremi identificativi precisando altresì che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato ed evidenziando quali sono gli eredi testamentari, i loro dati anagrafici e capacità di agire. Nei casi in cui sussista la necessità di svolgere approfondimenti circa la legittimazione dell'avente diritto e/o la corretta erogazione del dovuto, l'Impresa potrà richiedere, al posto della dichiarazione sostitutiva, la copia dell'atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale; decreto del Giudice Tutelare qualora uno dei Beneficiari sia minore di età o incapace.

Indipendentemente dall'attivazione o meno della Garanzia accessoria facoltativa, il decesso dell'Assicurato che non si trovi in stato di non autosufficienza, dovrà essere comunicato entro 30 giorni ad Allianz S.p.A. Anche in caso di attivazione della Garanzia accessoria facoltativa, successivamente al compimento da parte dell'Assicurato degli **80 anni** di età (età computabile) **non viene riconosciuta alcuna prestazione in caso di decesso.**

Denuncia di decesso dell'Assicurato durante l'erogazione della Rendita LTC

Il decesso dell'Assicurato, che sta percependo la Rendita LTC, dovrà essere comunicato, **entro 30 giorni per iscritto ad Allianz S.p.A.** L'Impresa si riserva il diritto di recuperare le eventuali rate di Rendita LTC corrisposte successivamente al decesso dell'Assicurato.



Quando e come devo pagare?

È previsto il pagamento di premi mensili costanti dovuti fintanto che l'Assicurato è in vita e autosufficiente, oppure di premi mensili costanti pagabili per 10,15,20,25 anni a scelta del Contraente, a condizione che l'Età computabile massima dell'Assicurato al termine del piano di pagamento premi sia inferiore o uguale a 80. Il primo Premio mensile deve essere versato in via anticipata all'atto della sottoscrizione della Proposta ed i premi mensili successivi alle scadenze pattuite indicate nella Proposta e nella Polizza. Si può richiedere di pagare il premio con un frazionamento diverso (trimestrale, semestrale o annuale). Non è prevista una addizionale di frazionamento.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto è a vita intera.

Se il prodotto è commercializzato dagli Agenti di Allianz S.p.A.

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

Se il prodotto è commercializzato dai Consulenti finanziari di Allianz Bank Financial Advisors S.p.A.

In caso di accettazione della Proposta, l'Impresa potrà dare inizio all'esecuzione del contratto che si intenderà pertanto concluso e, fatti salvi gli eventuali periodi di Carenza della copertura assicurativa, produrrà i suoi effetti dalle ore 24:00 della:

- data di incasso del Premio (momento in cui tale somma è disponibile sul conto corrente intestato all'Impresa); oppure
- data di ricevimento da parte dell'Impresa della Proposta in originale qualora questa sia posteriore alla data di incasso del Premio.



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

Il Contraente può revocare la Proposta fino al ricevimento della comunicazione di avvenuta conclusione del contratto, mediante raccomandata A.R. inviata ad Allianz S.p.A. Ufficio Vita - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano o tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo allianz.spa@pec.allianz.it.

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di ricezione della comunicazione di avvenuta conclusione dello stesso, mediante raccomandata A.R. indirizzata ad Allianz S.p.A. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano o tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo allianz.spa@pec.allianz.it.

Qualora non siano state pagate per intero le prime 6 annualità di Premio (in caso di durata pagamento premi vitalizia) o le prime 3 annualità (in caso di durata pagamento premi limitata), è possibile risolvere il contratto interrompendo il pagamento dei premi.



Sono previsti riscatti o riduzioni?

☒ SÌ ☐ NO

Non è previsto l'esercizio del diritto di riscatto.

Qualora il pagamento del premio venga interrotto dopo che siano state pagate per intero le prime 6 annualità di Premio (in caso di durata pagamento premi vitalizia) o le prime 3 annualità (in caso di durata pagamento premi limitata), la copertura di non autosufficienza resta in vigore per un importo di Rendita LTC ridotto (rendita ridotta). Se alla sottoscrizione della Proposta è stata scelta, la Garanzia accessoria facoltativa, **in caso di Riduzione della copertura per il caso di non autosufficienza la Garanzia accessoria facoltativa si risolve**. Il Contraente entro un anno dalla data di interruzione del pagamento dei premi ha la facoltà di riattivare il contratto e le eventuali coperture accessorie.

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

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



Prodotto: Allianz Longevity Care

Data di aggiornamento: 10/02/2026

Il presente DIP aggiuntivo Vita è l'ultimo disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'Impresa.

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

Società:

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

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2024, il patrimonio netto dell'Impresa è pari a **2.043** milioni di euro e il risultato economico di periodo è pari a **110** milioni di euro.

Con riferimento alla situazione di solvibilità, il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'Impresa è pari a **292%** e la "Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR)" è disponibile sul sito internet dell'Impresa www.allianz.it

Al contratto si applica la legge italiana.

PRODOTTO



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

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

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

periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione; **n) dall'esercizio di un'attività** professionale considerata a rischio non dichiarata alla sottoscrizione della Proposta o in corso di contratto, se iniziata successivamente. Le attività professionali considerate a rischio sono indicate nella Proposta di assicurazione. Per le attività professionali considerate a rischio dichiarate alla sottoscrizione della Proposta è riportata nella Proposta stessa l'eventuale esclusione dalla copertura assicurativa; **o) dalla pratica di un'attività sportiva** considerata a rischio non dichiarata alla sottoscrizione della Proposta o in corso di contratto, se iniziata successivamente. Le attività sportive considerate a rischio sono le seguenti: alpinismo e arrampicata, arti marziali da contatto, bungee jumping, caccia, canoa fluviale, canyoning, eliski, hydrospeed, immersioni subacquee (anche in apnea), kayak, kitesurf, paracadutismo/parapendio/deltaplano, pugilato, rafting, sci/snowboard alpinismo, sci/snowboard acrobatico, speleologia, sport aerei in genere, sport estremi (ad es. base jumping, parkour, skysurf, speedriding, sci/snowboard estremo, tuffi da scogliere, ecc.), sport motoristici (automobilismo, motociclismo e motonautica), vela d'altura o con traversate oceaniche, qualsiasi sport esercitato professionalmente o semi-professionalmente. Per le attività sportive considerate a rischio dichiarate alla sottoscrizione della Proposta è riportata nella Proposta stessa l'eventuale esclusione dalla copertura assicurativa.

Nei predetti casi, ad eccezione di quanto indicato alle lettere a), e), f) e g) per le quali non è prevista alcuna prestazione, l'Impresa si impegna a corrispondere la somma dei premi versati.

È escluso dalla copertura accessoria facoltativa per il caso morte il decesso causato da dolo del Contraente o dei Beneficiari. In tale caso non è prevista alcuna prestazione.

Carenza

Qualora l'Assicurato acconsenta a sottoporsi preventivamente a visita medica (compreso test HIV con esito negativo) e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dall'Impresa, non viene applicato il periodo di carenza. L'Assicurato, per ottenere l'eliminazione della carenza, può sottoporsi alla visita medica anche successivamente alla sottoscrizione della Proposta sostenendo i relativi costi. Nel caso in cui l'Assicurato decida di non sottoporsi alla visita medica (e sempreché l'Impresa non ritenga indispensabile la sottoposizione dello stesso agli accertamenti sanitari), è previsto un **periodo di carenza** dalla decorrenza del contratto, solo sulla copertura in caso di perdita di autosufficienza (compresa la copertura accessoria facoltativa per il caso di non autosufficienza):

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

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

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

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



A chi è rivolto questo prodotto ?

Il prodotto è rivolto a chi vuole tutelarsi nel caso in cui un infortunio, una malattia o il naturale invecchiamento non gli consenta più di svolgere in autonomia almeno 4 azioni quotidiane della vita su 6 (ADL – Activities of Daily Living). La prestazione in questo caso consiste nel riconoscimento di una rendita vitalizia utile per sostenere, ad esempio, i costi dell'assistenza domiciliare oppure di una struttura specializzata. Il prodotto è anche rivolto a coloro che manifestino l'esigenza di una copertura accessoria e facoltativa che preveda in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato una prestazione aggiuntiva una tantum erogata assieme alla prima rata mensile della rendita o in caso di decesso entro la ricorrenza annuale di contratto in cui l'Assicurato ha 80 anni (età computabile) e purché non sia già in stato di non autosufficienza, la restituzione dei premi versati a favore dei beneficiari designati. I premi collegati alla copertura di non autosufficienza e alla copertura caso morte sono determinati in relazione all'ammontare della rendita iniziale e alla durata pagamento premi, all'età dell'Assicurato, al suo stato di salute, alle attività professionali svolte e alle sue abitudini di vita.

È assicurabile chi ha un'età computabile compresa tra i 30 e i 75 anni, purché il Questionario Sanitario o la visita medica per la valutazione dello stato di salute abbiano dato esito positivo.

Il prodotto prevede la possibilità di scegliere tra un pagamento premi con durata vitalizia (vale a dire fintanto che l'Assicurato è in vita e autosufficiente) o limitato per un periodo di 10-15-20 o 25 anni. In caso di durata pagamento premi limitata l'età massima dell'Assicurato a scadenza del piano di pagamento premi è di 80 anni (età computabile).



Quali costi devo sostenere?

Tabella dei costi gravanti sul premio

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

Costo per la visita medica

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

Costi di intermediazione

La quota parte percepita in media dagli intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari al 43,87%.

Costi applicati in funzione delle modalità di partecipazione agli utili

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

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

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

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

Costi di Riattivazione

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità: - lettera inviata ad Allianz S.p.A. – Pronto Allianz Servizio Clienti – Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano; - tramite il sito internet dell'Impresa – www.allianz.it – accedendo alla sezione Reclami. L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori il termine di 45 giorni può essere sospeso per un massimo di 15 giorni. Ulteriori informazioni sui reclami relativi al comportamento degli Agenti, degli Intermediari bancari, dei broker e dei loro dipendenti e collaboratori sono consultabili su rimanda sul sito internet www.allianz.it nella sezione Reclami.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it secondo le modalità indicate su www.ivass.it . Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it . Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Arbitro Assicurativo (obbligatorio)	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
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	Collegio Arbitrale Il Contraente ha la facoltà di ricorrere ad un Collegio Arbitrale entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione dell'Impresa contenente rispettivamente il rifiuto del riconoscimento dello stato di non

	autosufficienza dell'Assicurato o l'accertamento del venir meno dello stato di non autosufficienza del medesimo. Il ricorso al Collegio Arbitrale deve essere comunicato all'Impresa mediante lettera raccomandata A/R, indirizzata a: Allianz S.p.A. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano o tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo allianz.spa@pec.allianz.it. Il Collegio Arbitrale sarà composto da 3 medici, dei quali uno nominato dall'Impresa, uno dal Contraente ed il terzo indipendente scelto di comune accordo tra le parti. In caso di mancato accordo, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al presidente del Tribunale competente in funzione del luogo di residenza del Contraente. Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza, entro un termine di 30 giorni, disponendo i necessari accertamenti sanitari. Ciascuna delle parti sostiene le spese e gli onorari del proprio medico, nonché la metà di quelle del terzo medico. Gli eventuali ulteriori oneri resteranno a carico della parte soccombente. Resta inteso che la città sede di svolgimento dell'arbitrato sarà quella dell'Istituto di medicina legale più vicina all'Assicurato. Resta inteso altresì che il ricorso al Collegio Arbitrale non pregiudica la facoltà del Contraente di adire le vie legali. Nel caso di lite transfrontaliera, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente accedendo al sito http://www.ec.europa.eu/fin-net, o all'IVASS che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<u>Imposta sui premi</u> I premi pagati per le assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad alcuna imposta. <u>Detraibilità fiscale dei premi</u> I premi pagati per la copertura di non autosufficienza e per l'eventuale copertura accessoria facoltativa (caso morte e non autosufficienza) sono detraibili ai fini IRPEF nei termini e con le modalità pro tempore vigenti. <u>Imposta di bollo</u> I rendiconti relativi al presente Contratto non sono soggetti all'applicazione di un'imposta di bollo. <u>Tassazione delle somme assicurate</u> Le somme dovute dall'Impresa in dipendenza del Contratto non sono soggette ad imposta sul reddito né, se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato, all'imposta sulle successioni. Nel caso di Beneficiari società commerciali, la prestazione è assoggettata al trattamento fiscale derivato dalle disposizioni regolanti la determinazione del reddito complessivo applicabili ai soggetti aventi medesima natura. Il regime fiscale sopra descritto non intende fornire alcuna garanzia circa ogni diverso e/o ulteriore aspetto fiscale che potrebbe rilevare, direttamente o indirettamente, in relazione alla sottoscrizione del Contratto.
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per alcune patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link allianz.it/patologie-oncologiche-termini-ridotti. Ai fini della formazione dell'oblio oncologico, per conclusione del trattamento attivo della patologia si intende, in mancanza di recidive, la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo, ove previsto, del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.

Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.
---	---

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

Condizioni di assicurazione

Data ultimo aggiornamento: 10/02/2026

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

INDICE

PAGINA DI PRESENTAZIONE

Che cosa è assicurato? Quali sono le prestazioni?

Art. 1 Prestazioni assicurate	pag. 3
Art. 2 Definizione dello stato di non autosufficienza	pag. 3
Art. 3 Rivalutazione della prestazione	pag. 4

Che cosa NON è assicurato?

Art. 4 Soggetti non assicurabili	pag. 4
----------------------------------	--------

Ci sono limiti di copertura?

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

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

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

Quando e come devo pagare?

Art. 14 Premi	pag. 10
---------------	---------

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 15 Durata e limiti di età	pag. 11
Art. 16 Conclusione del contratto - Entrata in vigore del contratto	pag. 11

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

Art. 17 Revoca della Proposta e diritto di Recesso	pag. 12
Art. 18 Mancato pagamento del Premio: risoluzione e Riduzione	pag. 12

Sono previsti riscatti e riduzioni?

Art. 19 Riscatto	pag. 13
Art. 20 Ripresa del pagamento del Premio: Riattivazione	pag. 13

Altre informazioni

Art. 21 Cessione, pegno, vincolo e prestiti	pag. 13
Art. 22 Beneficiari	pag. 13
Art. 23 Prescrizione	pag. 14
Art. 24 Non pignorabilità e non sequestrabilità	pag. 14
Art. 25 Collegio Arbitrale	pag. 14
Art. 26 Foro competente	pag. 14
Art. 27 Legge applicabile al contratto	pag. 14

GLOSSARIO	pag.15
-----------	--------

Condizioni di assicurazione

Pagina di presentazione

Gentile Contraente,

in questa pagina troverai una breve illustrazione del prodotto.

Allianz Longevity Care è l'assicurazione Long Term Care (LTC) di **Allianz S.p.A.** che prevede una **Rendita mensile vitalizia anticipata** in caso di perdita permanente della capacità di compiere autonomamente almeno **4 dei 6 atti della vita quotidiana**: muoversi nella stanza, alzarsi, vestirsi, nutrirsi, lavarsi ed espletare le funzioni fisiologiche.

La Rendita mensile vitalizia anticipata (Rendita LTC), che si rivaluta ogni anno in base all'andamento della Gestione separata VITARIV, viene riconosciuta fintanto che l'Assicurato è in vita e in stato di non autosufficienza.

Alla sottoscrizione della Proposta puoi scegliere l'importo iniziale della Rendita LTC, che potrà essere compreso tra un minimo di 6.000,00 euro e un massimo di 60.000,00 euro annui.

Con **Allianz Longevity Care** hai facoltà di attivare, alla sottoscrizione della Proposta, una **Garanzia accessoria facoltativa** che prevede le seguenti prestazioni:

- In caso di decesso dell'Assicurato entro la ricorrenza annua di contratto in cui ha 80 anni (Età computabile), la corresponsione ai beneficiari designati di un importo pari alla somma dei premi versati;
- Al verificarsi dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato, il pagamento di un ulteriore capitale pari a 4 volte l'importo iniziale della Rendita LTC, che hai scelto alla sottoscrizione della Proposta.

Allianz Longevity Care ti offre inoltre, **senza costi aggiuntivi**, tramite Allianz Worldwide Partners (AWP P&C) dei **Servizi di assistenza domiciliare da subito** e per un periodo massimo di **120 giorni**, in attesa degli accertamenti medico-legali per il riconoscimento della non autosufficienza.

Ti segnaliamo infine che il prodotto Allianz Longevity Care può essere sottoscritto a partire dai 30 anni di età e fino ai 75, previo superamento di un questionario sanitario o di una visita medica gratuita.

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

Nel Glossario riportato in calce alle Condizioni di assicurazione troverai le definizioni dei termini tecnici più importanti utilizzati nel testo ed ivi indicati in maiuscolo.

Condizioni di assicurazione

Che cosa è assicurato? Quali sono le prestazioni?

Art. 1 Prestazioni assicurate

Prestazione in caso di perdita di autosufficienza

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

Prestazioni accessorie facoltative

Esclusivamente alla sottoscrizione della Proposta, è prevista la facoltà per il Contraente di sottoscrivere una Garanzia accessoria che prevede le seguenti prestazioni:

- **in caso di decesso** dell'Assicurato entro la ricorrenza annua di contratto in cui l'Assicurato ha 80 anni (Età computabile), il riconoscimento ai Beneficiari designati di un capitale pari alla somma dei premi pagati (premi della Garanzia per il caso di non autosufficienza e premi della Garanzia accessoria facoltativa). Tale capitale è riconosciuto a condizione che il decesso non avvenga a seguito di un evento che abbia causato la perdita di autosufficienza dell'Assicurato. Dopo la ricorrenza annua di contratto in cui l'Assicurato ha 80 anni (Età computabile) non viene riconosciuta alcuna prestazione in caso di decesso;
- **in caso di non autosufficienza** dell'Assicurato l'erogazione all'Assicurato, unitamente all'erogazione della prima rata della Rendita LTC, di una prestazione aggiuntiva una tantum pari a quattro volte l'importo iniziale della Rendita LTC scelto dal Contraente alla sottoscrizione della Proposta.

La Garanzia accessoria facoltativa se sottoscritta:

- **si risolve** nel caso di **interruzione** del pagamento dei premi;
- **non può essere** in nessun modo **disattivata**.

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

È previsto un Tasso di interesse minimo garantito pari allo 0,50% annuo composto, che viene attribuito sotto forma di tasso tecnico nel calcolo della Rendita LTC iniziale.

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

Le basi statistiche utilizzate per la determinazione del Premio annuo costante (sia per la Garanzia per il caso di non autosufficienza sia per la Garanzia accessoria facoltativa) **potranno essere riviste dall'Impresa** (ai sensi del Regolamento ISVAP n. 21 del 28 marzo 2008), ad intervalli non inferiori a cinque anni, qualora le analisi effettuate in conformità a dati oggettivamente verificabili, desunti da statistiche nazionali o internazionali o da rilevazioni condotte su portafogli assicurativi, dimostrino un effettivo incremento dei tassi di sinistrosità tale da richiedere modifiche delle basi statistiche stesse. **A seguito di una revisione peggiorativa** delle basi statistiche l'Impresa dovrà darne comunicazione preventiva al **Contraente che potrà scegliere se aumentare l'importo del Premio annuo costante o ridurre l'importo della Rendita LTC** nonché ridurre l'eventuale capitale una tantum di non autosufficienza se è stata sottoscritta la Garanzia accessoria facoltativa.

L'Assicurato può richiedere la liquidazione in forma di capitale del 30% dell'intero importo maturato in caso di non autosufficienza. Il restante 70% può venire richiesto in forma di capitale solo se il 70% della rendita annua di non autosufficienza risulti inferiore al cinquanta per cento dell'assegno sociale di cui all'art.3 della legge 8 agosto 1995, n. 335.

Art. 2 Definizione dello stato di non autosufficienza

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

- **muoversi nella stanza:** l'Assicurato, nonostante l'aiuto di ausili, necessita dell'aiuto di un'altra persona per la propria mobilità su superfici piane;
- **alzarsi e mettersi a letto:** l'Assicurato non è in grado di recarsi a letto o di lasciare il letto senza l'aiuto di un'altra persona;
- **vestirsi e svestirsi:** l'Assicurato non è in grado di vestirsi o svestirsi senza l'aiuto di un'altra persona, nonostante l'uso di abiti idonei;
- **consumare cibi e bevande:** l'Assicurato non è in grado di mangiare e di bere senza l'aiuto di un'altra persona, nonostante l'uso di posate e recipienti per bere idonei;
- **lavarsi, pettinarsi e farsi la barba:** l'Assicurato deve essere lavato, pettinato ed eventualmente rasato da un'altra persona, non essendo in grado di eseguire i movimenti del corpo necessari;

Condizioni di assicurazione

- **espletare autonomamente le funzioni fisiologiche:** l'Assicurato necessita dell'aiuto di un'altra persona poiché non è autonomamente in grado di espletare le normali funzioni fisiologiche e tutti gli atti di elementare igiene personale. In caso di una sola incontinenza (o dell'intestino o della vescica) compensabile con l'uso di assorbenti igienici, non sussiste lo stato di non autosufficienza di cui al presente punto.

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

L'accertamento dello stato di non autosufficienza spetta all'Impresa e viene effettuato sulla base dell'esame della documentazione prevista dal successivo art.7.

Art. 3 Rivalutazione della prestazione

È riconosciuta una rivalutazione annua della Rendita LTC sulla base del rendimento realizzato dalla Gestione separata VITARIV, secondo le modalità sottoindicate.

A. Misura annua di rivalutazione della Rendita LTC

Entro il 30 novembre di ogni anno è redatto, certificato e pubblicato sul sito internet dell'Impresa il rendiconto annuale della Gestione separata VITARIV, con l'indicazione del tasso medio di rendimento realizzato, determinato con i criteri indicati alla lettera j) del Regolamento della stessa, che sarà attribuito ai contratti a partire dal 1° gennaio successivo.

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

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

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

B. Rivalutazione della Rendita LTC prima della data di erogazione della stessa o prima dell'età attesa di non autosufficienza dell'Assicurato (se durata pagamento premi vitalizia) o prima del termine del pagamento premi (se durata pagamento premi limitata)

Ad ogni Ricorrenza annuale del contratto, la rivalutazione della Rendita LTC viene effettuata aumentando la Rendita LTC assicurata alla Ricorrenza annuale precedente di:

- un primo importo, ottenuto moltiplicando la Rendita LTC iniziale per la misura annua di rivalutazione attribuita al contratto ai sensi del precedente punto A e poi moltiplicando il risultato ottenuto per il rapporto fra il numero di anni trascorsi dalla data di Decorrenza del contratto e il numero di annualità previste dal piano di pagamento premi (in caso di durata pagamento premi limitata), ovvero il numero di annualità, stimate alla Decorrenza del contratto, fino all'età attesa di non autosufficienza dell'Assicurato (in caso di durata pagamento premi vitalizia);
- un secondo importo che si ottiene moltiplicando la differenza fra la Rendita LTC assicurata alla Ricorrenza annuale precedente e la Rendita LTC iniziale per la misura annua di rivalutazione attribuita al contratto ai sensi del precedente punto A.

C. Rivalutazione della Rendita LTC dalla data di erogazione della stessa o dalla età attesa di non autosufficienza dell'Assicurato (se durata pagamento premi vitalizia) o dal termine del pagamento premi (se durata pagamento premi limitata) o nel caso la stessa sia stata ridotta

Ad ogni Ricorrenza annuale del contratto, la rivalutazione della Rendita LTC viene effettuata aumentando la Rendita LTC assicurata alla Ricorrenza annuale precedente di un importo pari al prodotto fra la Rendita LTC assicurata alla Ricorrenza annuale precedente e la misura annua di rivalutazione attribuita al contratto ai sensi del precedente punto A.

L'Impresa, entro sessanta giorni dalla ricorrenza annua di contratto, si impegna a comunicare annualmente al Contraente la misura annua di rivalutazione e l'importo raggiunto dalla Rendita LTC.

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

Che cosa NON è assicurato?

Art. 4 Soggetti non assicurabili

Non sono assicurabili:

Condizioni di assicurazione

- i soggetti che alla data di Decorrenza del contratto, abbiano un'Età computabile inferiore a 30 anni e superiore a 75 anni e che, nel caso di durata pagamento premi limitata, abbiano un'Età computabile alla scadenza del piano di versamento premi maggiore di 80 anni;
- coloro che non hanno superato con esito positivo il questionario sanitario o la valutazione dello stato di salute a seguito della visita medica;
- le persone giuridiche.

Ci sono limiti di copertura?

Art. 5 Limitazioni ed esclusioni

5.1 Esclusioni

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

- a) da eventi, malattie o condizioni patologiche pregresse precedenti la data di Decorrenza del contratto sottaciute all'Impresa;
- b) da partecipazione ad imprese temerarie;
- c) da tentato suicidio, lesioni o malattie intenzionalmente provocate;
- d) dalle seguenti malattie psichiatriche: schizofrenia, disturbo dell'umore, disturbo bipolare maniacale, disturbo bipolare ossessivo-maniacale, disturbo bipolare depressivo, disturbo bipolare ciclotimico, depressione maggiore cronica, nevrosi depressiva, nevrosi fobico-ossessiva, nevrosi ossessivo-compulsiva, disturbi di personalità;
- e) da dolo o da azioni delittuose del Contraente o dei Beneficiari;
- f) da azioni delittuose dell'Assicurato o da partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- g) da partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, operazioni di pace, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare. Nel caso in cui l'Assicurato non abbia preso parte attiva ad uno o più degli atti suindicati e si dovesse già trovare nel territorio interessato al momento in cui tali eventi sono cominciati, la copertura si intende operante per 14 giorni dal loro inizio; dopodiché, se la minaccia derivante da tali eventi dovesse essere continuativa e persistente, la perdita di autosufficienza è esclusa dalla copertura fintanto che l'Assicurato rimanga nel territorio interessato. L'esistenza di una delle suddette situazioni già al momento dell'arrivo dell'Assicurato in un determinato territorio, e sempreché la minaccia derivante sia continuativa e persistente, comporta invece l'esclusione immediata della copertura assicurativa;
- h) dall'uso, anche come passeggero:
 - di aeromobili in genere, fatta eccezione per la perdita di autosufficienza dell'Assicurato in qualità di passeggero durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti;
 - di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - di aeromobili di aeroclubs;
 - di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (come ad esempio: deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
- i) da uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti o psicofarmaci ed abuso continuativo di alcolici o di farmaci;
- j) da eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche;
- k) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- l) dalla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- m) da eventi avvenuti in uno qualunque dei paesi per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere il viaggio. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it (o sito sostitutivo del Ministero degli Esteri). Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- n) dall'esercizio di un'attività professionale considerata a rischio non dichiarata alla sottoscrizione della Proposta o in corso di contratto, se iniziata successivamente. Le attività professionali considerate a rischio sono indicate nella Proposta di assicurazione. Per le attività professionali considerate a rischio dichiarate alla sottoscrizione della Proposta è riportata nella Proposta stessa l'eventuale esclusione dalla copertura assicurativa;
- o) dalla pratica di un'attività sportiva considerata a rischio non dichiarata alla sottoscrizione della Proposta o in corso di contratto, se iniziata successivamente. Le attività sportive considerate a rischio sono le seguenti: alpinismo e arrampicata, arti marziali da contatto, bungee jumping, caccia, canoa fluviale, canyoning, eliski, hydrospeed, immersioni subacquee (anche in apnea), kayak, kitesurf, paracadutismo/parapendio/deltaplano, pugilato, rafting, sci/snowboard alpinismo, sci/snowboard acrobatico, speleologia, sport aerei in genere, sport estremi (ad es. base jumping, parkour, skysurf, speedriding, sci/snowboard estremo, tuffi da scogliere, ecc.), sport motoristici (automobilismo, motociclismo e motonautica), vela d'altura o con traversate oceaniche, qualsiasi sport esercitato professionalmente o semi-

Condizioni di assicurazione

professionalmente. Per le attività sportive considerate a rischio dichiarate alla sottoscrizione della Proposta è riportata nella Proposta stessa l'eventuale esclusione dalla copertura assicurativa.

Nei predetti casi, ad eccezione di quanto indicato alle lettere a), e), f) e g) per le quali non è prevista alcuna prestazione, l'Impresa si impegna a corrispondere la somma dei premi versati.

È escluso dalla copertura accessoria facoltativa per il caso morte il decesso causato da dolo del Contraente o dei Beneficiari. In tale caso non è prevista alcuna prestazione.

5.2 Carenza

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

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

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

Durante il periodo di carenza, in caso di stato di non autosufficienza, **l'Impresa non garantisce la prestazione di Rendita LTC e nemmeno la eventuale prestazione aggiuntiva una tantum** ma si limita a restituire un importo pari alla somma dei premi versati per la copertura per il caso di non autosufficienza (compresi quelli eventuali afferenti alla copertura accessoria facoltativa per il caso di non autosufficienza), mentre **gli eventuali premi versati per la copertura accessoria facoltativa per il caso di decesso resteranno acquisiti** dall'Impresa.

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

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

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Art. 6 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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

- a) **nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave:**
 - il rifiuto, in caso di Sinistro, di qualsiasi pagamento;
 - la contestazione della validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui l'Impresa stessa ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- b) **nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave:**
 - la riduzione, in caso di Sinistro, delle prestazioni in relazione al maggior rischio accertato;
 - la facoltà di recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

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

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

Nel caso in cui l'Assicurato inizi a praticare una **nuova attività sportiva a rischio** (così come elencate all'art.5.1 lett. n) non dichiarata alla sottoscrizione della Proposta, lo stesso, anche per il tramite del Contraente, **è tenuto ad informare l'Impresa mediante comunicazione scritta, da inviarsi a mezzo lettera raccomandata A.R.** indirizzata a: Allianz S.p.A. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano o **posta elettronica certificata (PEC)** all'indirizzo allianz.spa@pec.allianz.it. L'Impresa informerà il Contraente sull'eventuale maggiorazione di premio dovuta o sull'esclusione della nuova attività sportiva dichiarata dalla copertura assicurativa.

Condizioni di assicurazione

I cambiamenti di professione o di attività dell'Assicurato devono essere comunicati all'Impresa con lettera raccomandata A.R. o posta elettronica certificata (PEC). L'Impresa, entro 15 giorni dalla ricezione della stessa, deve dichiarare se intende far cessare gli effetti del contratto ovvero ridurre la Rendita LTC assicurata o elevare il premio ai sensi e per gli effetti dell'art.1926 del Codice civile:

- qualora i cambiamenti di professione siano di tale natura che, se il nuovo stato di cose fosse esistito all'atto della stipula del contratto, l'Impresa non avrebbe consentito l'assicurazione, quest'ultima cessa di avere effetto;
- qualora invece i cambiamenti di professione siano di tale natura che, se il nuovo stato di cose fosse esistito all'atto della stipula, l'Impresa avrebbe consentito l'assicurazione per un premio più elevato, quest'ultima rimane in vigore o per una Rendita LTC assicurata ridotta in proporzione del premio convenuto in confronto di quello che sarebbe stato stabilito oppure per un premio più elevato.

Se l'Impresa dichiara di voler modificare il contratto (elevando il premio o riducendo la Rendita LTC assicurata), il Contraente, entro 15 giorni dalla ricezione della comunicazione/dichiarazione dell'Impresa, deve dichiarare se intende accettare la Proposta. In caso di mancata accettazione della stessa il contratto è risolto, salvo il diritto dell'Impresa al premio relativo al periodo di assicurazione in corso.

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

Art. 7 Denuncia dello stato di non autosufficienza

Al verificarsi della presunta perdita permanente di autosufficienza, l'Assicurato o chi per esso **dovrà far pervenire all'Impresa** tutti i documenti necessari - redatti in lingua italiana, oppure differente purché accompagnati dalla relativa traduzione in lingua italiana opportunamente giurata o certificata - ad accertare lo stato di non autosufficienza e ad individuare correttamente l'avente diritto alla prestazione. La consegna dei documenti potrà essere effettuata, per comodità degli aventi diritto, **presso l'intermediario che ha in gestione il contratto o comunque presso un qualsiasi intermediario dell'Impresa, facendo espresso riferimento alla Polizza ed unitamente alla richiesta di liquidazione.** È altresì consentito l'invio della documentazione a mezzo posta indirizzata a: Allianz S.p.A. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano o posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo allianz.spa@pec.allianz.it.

La documentazione da consegnare, per denunciare lo stato di non autosufficienza, è la seguente:

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

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

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

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

Art. 8 Accertamento dello stato di non autosufficienza

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

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

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

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

Condizioni di assicurazione

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

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

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

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

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

Durante il periodo di accertamento dello stato di non autosufficienza, per un periodo massimo di **120 giorni** consecutivi e non frazionabili, l'Impresa garantisce inoltre, tramite Allianz Worldwide Partners (AWP P&C S.A.), e senza costi aggiuntivi, delle prestazioni di "Assistenza Domiciliare Integrata" (c.d. ADI), erogate mensilmente per un importo massimo pari a quattro volte l'entità della Rendita LTC iniziale scelta dal Contraente alla sottoscrizione della Proposta ed il cui limite, su base mensile, non può comunque essere superiore all'importo della Rendita LTC suddetta.

Il servizio di "Assistenza Domiciliare Integrata" prevede:

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

Tale servizio viene offerto **solo una volta per contratto**, pertanto l'Assicurato non potrà più usufruire delle prestazioni di "Assistenza Domiciliare Integrata", nel caso fosse presentata una eventuale seconda denuncia di Sinistro di non autosufficienza sullo stesso contratto e comunque non oltre la Data di riconoscimento o non riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

Il servizio ADI viene erogato - sempreché il contratto non sia in Riduzione - tramite la Centrale Operativa di AWP P&C **esclusivamente sul territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.**

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

Art. 9 Conseguenze del riconoscimento dello stato di non autosufficienza

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

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

Art.10 Modifica dello stato di non autosufficienza

Qualora venga meno lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, quest'ultimo è tenuto, unitamente al Contraente, ad **informarne l'Impresa mediante comunicazione scritta** o posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo allianz.spa@pec.allianz.it, da inoltrarsi **entro 30 giorni** dal momento in cui tale stato è venuto meno. In ogni caso l'Impresa si riserva la facoltà di eseguire periodicamente controlli sanitari sullo stato di salute dell'Assicurato, attraverso medici di propria fiducia, richiedendo a tal proposito la documentazione idonea a valutare la permanenza dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato stesso.

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

- la sospensione dell'erogazione della Rendita LTC di cui all'art.1;
- la Riattivazione del pagamento del Premio della Garanzia per il caso di non autosufficienza e, se attivata, della Garanzia accessoria facoltativa.

L'Impresa si riserva il diritto di recuperare le eventuali rate di Rendita LTC corrisposte successivamente al venir meno dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

Condizioni di assicurazione

L'eventuale rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ai controlli sanitari periodici atti a valutare la permanenza del proprio stato di non autosufficienza **comporterà l'immediata sospensione dell'erogazione della Rendita LTC nonché la Riattivazione del pagamento del Premio** della Garanzia per il caso di non autosufficienza e, se attivata, della Garanzia accessoria facoltativa. Si precisa che l'Assicurato non potrà comunque più usufruire delle prestazioni di "Assistenza Domiciliare Integrata", di cui al precedente art.8, nel caso fosse presentata una successiva denuncia di Sinistro di non autosufficienza sul contratto e l'Assicurato avesse già usufruito del servizio ADI.

Art.11 Adempimenti periodici

Nel corso dell'erogazione della Rendita LTC, l'Impresa si riserva il diritto di chiedere periodicamente l'esibizione di un documento attestante l'esistenza in vita dell'Assicurato.

In tale caso il suddetto documento (fotocopia) dovrà essere indirizzato all'Impresa: Allianz S.p.A. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano o inviato tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo allianz.spa@pec.allianz.it. Qualora l'Impresa abbia iniziato a corrispondere la Rendita LTC, il rifiuto di esibire la documentazione suddetta comporterà la **sospensione dell'erogazione della Rendita LTC**.

Art.12 Denuncia di decesso dell'Assicurato

12.1 Denuncia di decesso dell'Assicurato non in stato di non autosufficienza con Garanzia accessoria facoltativa attiva

Il decesso dell'Assicurato non in stato di non autosufficienza (o durante il periodo di valutazione dello stato di non autosufficienza), con Garanzia accessoria facoltativa attiva ed Età computabile inferiore agli 80 anni, **dovrà essere comunicato all'Impresa** unitamente a tutti i documenti necessari a verificare l'obbligo di pagamento e ad individuare correttamente gli aventi diritto. La richiesta di liquidazione - unitamente ai documenti necessari redatti in lingua italiana, oppure differente purché accompagnati dalla relativa traduzione in lingua italiana opportunamente giurata o certificata - potrà essere presentata, per comodità degli aventi diritto, **presso l'intermediario che ha in gestione il contratto o comunque presso una qualsiasi intermediario dell'Impresa, facendo espresso riferimento alla Polizza**. È altresì consentito l'invio della documentazione a mezzo posta stessa indirizzata a: Allianz S.p.A. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano o posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo allianz.spa@pec.allianz.it.

La documentazione da consegnare è la seguente:

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

In copia:

- certificato di morte dell'Assicurato, rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- relazione del medico curante (medico di famiglia) sull'Assicurato, che indichi nel dettaglio la causa del decesso e lo stato clinico dell'Assicurato, con le informazioni richieste dall'Impresa e che la stessa ritiene necessarie a verificare le dichiarazioni rese nel questionario sanitario alla sottoscrizione della Proposta. Tale relazione potrà essere effettuata anche utilizzando l'apposito modulo predisposto dall'Impresa, riportato in calce alle presenti Condizioni di assicurazione e reperibile presso la rete distributiva, per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie;
- qualora l'Assicurato coincida con il Contraente, dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata in Comune, dinanzi al Notaio o presso il Tribunale che specifichi se il Contraente ha lasciato o meno testamento e quali sono gli eredi legittimi, i loro dati anagrafici, il grado di parentela e capacità d'agire. In caso di esistenza di testamento, deve esserne consegnata copia del relativo verbale di pubblicazione e la suddetta dichiarazione sostitutiva deve riportarne gli estremi identificativi precisando altresì che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato ed evidenziando quali sono gli eredi testamentari, i loro dati anagrafici e capacità di agire.
Nei casi in cui sussista la necessità di svolgere approfondimenti circa la legittimazione dell'avente diritto e/o la corretta erogazione del dovuto, l'Impresa potrà richiedere, al posto della dichiarazione sostitutiva, la copia dell'atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale;
- qualora uno dei Beneficiari sia minore di età o incapace, decreto del Giudice Tutelare contenente l'autorizzazione in capo al rappresentante legale dei minori o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero dell'Impresa da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa.

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

Resta inteso che, l'Impresa si riserva la facoltà di richiedere agli aventi diritto o ai loro rappresentanti legali pro tempore, in

Condizioni di assicurazione

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

Indipendentemente dall'attivazione o meno della Garanzia accessoria facoltativa il decesso dell'Assicurato che non si trovi in stato di non autosufficienza, dovrà essere comunicato **entro 30 giorni ad Allianz S.p.A. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano o posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo allianz.spa@pec.allianz.it**. **In alternativa** la denuncia di decesso potrà essere fatta **presso l'intermediario che ha in gestione il contratto o comunque presso un qualsiasi intermediario dell'Impresa**. Anche in caso di attivazione della Garanzia accessoria facoltativa, successivamente al compimento da parte dell'Assicurato degli **80 anni di età (Età computabile)** **non viene riconosciuta alcuna prestazione in caso di decesso**.

12.2 Denuncia di decesso dell'Assicurato durante l'erogazione della Rendita LTC

Il decesso dell'Assicurato che sta percependo la Rendita LTC dovrà essere comunicato, **entro 30 giorni per iscritto ad Allianz S.p.A. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano o tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo allianz.spa@pec.allianz.it**. **In alternativa** la denuncia di decesso potrà essere fatta **presso l'intermediario che ha in gestione il contratto o comunque presso un qualsiasi intermediario dell'Impresa**.

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

Art.13 Pagamenti dell'Impresa

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

- entro 30 giorni dalla Data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza, per quanto riguarda il pagamento della Rendita LTC e della prestazione aggiuntiva una tantum se attivata la Garanzia accessoria facoltativa;
- entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione indicata al precedente art.12 presso la propria sede (ovvero dalla data di ricevimento presso la rete distributiva, se anteriore), in caso di decesso dell'Assicurato se attivata la Garanzia accessoria facoltativa.

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

Decorso il termine dei 30 giorni sono dovuti gli interessi legali a favore degli aventi diritto. Gli interessi sono calcolati a partire dal giorno in cui l'Impresa è entrata in possesso della documentazione completa, per quanto riguarda i pagamenti dovuti in caso di decesso dell'Assicurato e dalla Data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza per quanto riguarda il pagamento della Rendita LTC e della prestazione aggiuntiva una tantum.

Quando e come devo pagare?

Art.14 Premi

Il Contraente, alla sottoscrizione della Proposta, può decidere se pagare:

- un Premio mensile costante dovuto fintanto che l'Assicurato è in vita e autosufficiente;
- un Premio mensile costante pagabile per 10,15,20 o 25 anni a scelta del Contraente a condizione che l'Età computabile dell'Assicurato al termine della durata di pagamento premi sia inferiore o uguale a 80 anni. I premi sono dovuti fintanto che l'Assicurato è in vita e autosufficiente durante il periodo limitato di pagamento premi.

Il primo Premio mensile deve essere versato in via anticipata all'atto della sottoscrizione della Proposta ed i premi mensili successivi alle scadenze pattuite indicate nella Proposta e nella Polizza.

L'Impresa provvederà alla restituzione degli eventuali premi pagati nel periodo compreso tra la data di pervenimento della documentazione contrattualmente prevista per il riconoscimento di non autosufficienza (ai sensi dell'art.7 delle presenti Condizioni di assicurazione) e la data di effettivo riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

L'importo del Premio mensile si ottiene moltiplicando il relativo tasso di premio - individuato in funzione dell'Età computabile dell'Assicurato alla Decorrenza del Contratto, dell'ammontare della Rendita LTC, delle attività, delle abitudini, del lavoro, dello stato di salute dell'Assicurato, della durata del pagamento premi scelta dal Contraente all'atto della sottoscrizione della Proposta e all'eventuale attivazione della Garanzia accessoria facoltativa - per l'importo della Rendita LTC iniziale scelta dal Contraente.

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

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

Il Contraente alla Decorrenza o ad ogni ricorrenza annua di contratto può richiedere di pagare il Premio con un frazionamento diverso da quello mensile (es. trimestrale, semestrale o annuale). La richiesta di cambio frazionamento dovrà pervenire all'Impresa con almeno 60 giorni di preavviso, rispetto alla ricorrenza annua di contratto, in caso contrario il cambio di frazionamento avrà effetto dalla ricorrenza annua successiva. In caso di cambio frazionamento il Premio dovuto

Condizioni di assicurazione

sarà pari al Premio mensile moltiplicato per il numero di mesi relativi al frazionamento scelto dal Contraente. **Non è prevista una addizionale di frazionamento (interesse di frazionamento).** Nel caso in cui, successivamente al riconoscimento dello stato di non autosufficienza, l'Assicurato ritorni ad essere autosufficiente a seguito del miglioramento del suo stato di salute, l'Impresa provvede all'interruzione del pagamento della Rendita LTC e comunica al Contraente l'obbligo a riattivare il versamento dei premi. L'importo del primo Premio pagato a seguito della Riattivazione sarà riproporzionato alla frazione d'anno che intercorre fra la data di comunicazione da parte dell'Impresa del venir meno dello stato di non autosufficienza e la Ricorrenza annuale di contratto ad essa successiva.

Si richiama l'attenzione sul fatto che il mancato versamento dei premi relativi alle prime sei annualità (in caso di durata pagamento premi vitalizia) o le prime tre annualità (in caso di durata pagamento premi limitata) comporta la risoluzione del contratto e la perdita dei premi pagati che restano acquisiti all'Impresa.

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

prodotto commercializzato dagli Agenti di Allianz S.p.A.

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

prodotto commercializzato dai Consulenti finanziari di Allianz Bank Financial Advisors S.p.A.

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

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

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art.15 Durata e limiti di età

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

La durata del piano di pagamento dei premi può essere scelta dal Contraente tra:

- vitalizia, vale a dire fintanto che l'Assicurato è in vita e autosufficiente;
- limitata ad un periodo di 10, 15, 20, o 25 anni a condizione che l'età computabile dell'Assicurato al termine del piano sia inferiore o uguale a 80 anni (Età computabile).

Il contratto può essere stipulato sulla vita di soggetti assicurati che, alla Decorrenza dello stesso, abbiano un'Età computabile minima di **30 anni** e massima di **75 anni**.

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

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

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

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

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

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

Se il prodotto è commercializzato dai Consulenti finanziari di Allianz Bank Financial Advisors S.p.A

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

Condizioni di assicurazione

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

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

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

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

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

Art.17 Revoca della Proposta e diritto di Recesso

La Proposta potrà essere **revocata** dal Contraente (ai sensi dell'art.176 D. Lgs. 209/2005) **fino al ricevimento della comunicazione di avvenuta conclusione del contratto**, mediante comunicazione scritta all'Impresa contenente gli elementi identificativi della Proposta e indicando le coordinate bancarie ove effettuare il rimborso, da inviarsi **a mezzo lettera raccomandata A.R.** indirizzata a: Allianz S.p.A. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano o tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo allianz.spa@pec.allianz.it.

Le somme versate dal Contraente verranno restituite dall'Impresa entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di Revoca.

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

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

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

Art.18 Mancato pagamento del Premio: risoluzione e Riduzione

Il mancato pagamento del Premio annuo o anche di una sola rata di Premio annuo, trascorsi 30 giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina la risoluzione del contratto qualora non siano state pagate per intero le prime 6 annualità di Premio (in caso di durata pagamento premi vitalizia) o le prime 3 annualità (in caso di durata pagamento premi limitata), salvo quanto previsto dall'art.20. **In questo caso i premi già versati restano definitivamente acquisiti dall'Impresa.**

Qualora il pagamento del Premio venga interrotto successivamente, ovvero una volta che siano state pagate per intero le prime 6 annualità di Premio (in caso di durata pagamento premi vitalizia) o le prime 3 annualità (in caso di durata pagamento premi limitata), la Garanzia per il caso di non autosufficienza resta in vigore per un importo di Rendita LTC ridotto (rendita ridotta).

Con durata pagamento premi vitalizia

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

Con durata pagamento premi limitata a 10, 15, 20 o 25 anni

In caso di interruzione del piano di pagamento dei premi, la rendita ridotta è pari al 90% della Rendita LTC assicurata alla ricorrenza annua immediatamente precedente o coincidente con la data di interruzione del pagamento dei premi, moltiplicata per il rapporto tra il numero di rate di Premio pagate rispetto al numero di rate di Premio previste in base alla durata pagamento premi scelta dal Contraente alla sottoscrizione della Proposta.

Nel caso sia stata scelta, alla sottoscrizione della Proposta, la Garanzia accessoria facoltativa, **in caso di Riduzione della copertura per il caso di non autosufficienza, la Garanzia accessoria facoltativa si risolve.**

Condizioni di assicurazione

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

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

Esempio di calcolo della rendita ridotta:

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

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

Rendita LTC assicurata alla ricorrenza annua della Decorrenza del contratto, precedente alla data di interruzione del piano di pagamento dei premi: 2.500,00 euro.

Con durata pagamento premi vitalizia

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

Calcolo della rendita ridotta:

$(90\% \text{ di } 2.500,00) \text{ moltiplicato per } (n^\circ \text{ rate pagate diviso } n^\circ \text{ totale rate da pagare}) =$

$(90\% \times 2.500,00) \times (14/40) = 787,5$ euro è la rendita ridotta.

Con durata pagamento premi limitata a 10, 15, 20 o 25 anni

N° totale rate annuali da pagare in base alla durata scelta dal Contraente alla sottoscrizione della Proposta = 20

Calcolo della rendita ridotta:

$(90\% \text{ di } 2.500,00) \text{ moltiplicato per } (n^\circ \text{ rate pagate diviso } n^\circ \text{ totale rate da pagare}) =$

$(90\% \times 2.500,00) \times (14/20) = 1.575,00$ euro è la rendita ridotta.

Sono previsti riscatti e riduzioni?

Art.19 Riscatto

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

Art.20 Ripresa del pagamento del Premio: Riattivazione

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

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

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

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

Altre informazioni

Art.21 Cessione, pegno, vincolo e prestiti

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

Art.22 Beneficiari

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

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

Condizioni di assicurazione

Prestazione accessoria facoltativa (in caso di decesso)

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

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

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

Ai sensi dell'art.1920 del Codice civile, i Beneficiari acquistano, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione. Ciò comporta che **le somme dovute al Beneficiario designato a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario di quest'ultimo**, ferme ed impregiudicate le regole di cui all'art. 1412, comma 2 del Codice civile applicabile in caso di premorienza del Beneficiario designato.

Art.23 Prescrizione

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

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

Art.24 Non pignorabilità e non sequestrabilità

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

Art.25 Collegio Arbitrale

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

Il ricorso al Collegio Arbitrale deve essere comunicato all'Impresa mediante lettera A.R. indirizzata a: Allianz S.p.A. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano o tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo allianz.spa@pec.allianz.it.

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

Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza, entro un termine di 30 giorni, disponendo i necessari accertamenti sanitari.

Ciascuna delle parti sostiene le spese e gli onorari del proprio medico, nonché la metà di quelle del terzo medico. Gli eventuali ulteriori oneri resteranno a carico della parte soccombente.

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

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

Art.26 Foro competente

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

Art.27 Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

Condizioni di assicurazione

GLOSSARIO

Appendice

Documento che viene emesso per modificare la disciplina del contratto e che costituisce parte integrante dello stesso.

Assicurato

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

Beneficiario caso di decesso

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

Beneficiario della Rendita LTC

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

Caricamenti

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

Condizioni di assicurazione

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Consolidamento

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

Contraente

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

Data di denuncia dello stato di non autosufficienza

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

Data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza

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

Decorrenza

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

Età computabile

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

Garanzia per il caso di non autosufficienza (o copertura per il caso di non autosufficienza)

Copertura assicurativa principale che prevede in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato, l'erogazione all'Assicurato di una Rendita LTC, di importo iniziale scelto dal Contraente alla sottoscrizione della Proposta che si rivaluta annualmente in base al rendimento realizzato dalla Gestione separata VITARIV.

Garanzia accessoria facoltativa (o copertura accessoria facoltativa)

Copertura assicurativa accessoria, che può essere abbinata alla garanzia principale, che prevede: ■ in caso di decesso dell'Assicurato entro la ricorrenza annua di contratto in cui ha 80 anni (Età computabile), il riconoscimento al Beneficiario designato di un capitale pari alla somma dei premi pagati; ■ in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato, l'erogazione all'Assicurato di una prestazione aggiuntiva una tantum pari a quattro volte l'importo iniziale della Rendita LTC, scelto dal Contraente alla sottoscrizione della Proposta.

Gestione separata VITARIV

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

Impresa

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

Condizioni di assicurazione

Infortunio

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

Long Term Care (LTC)

Assicurazione per il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, che prevedono il pagamento di prestazioni temporanee o vitalizie in forma di rendita o di assistenza (domiciliare, in case di cura).

PADI

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

Periodo di interruzione del piano di pagamento dei premi

Periodo che decorre dal 31° giorno successivo al mancato pagamento del Premio (mensile, trimestrale, semestrale o annuale) o fino a che il Contraente non provveda all'eventuale ripresa del pagamento del Premio.

Polizza

Documento cartaceo attestante l'esistenza del contratto di assicurazione.

Premio

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

Proposta

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

Recesso (o ripensamento)

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

Rendita mensile vitalizia anticipata (Rendita LTC)

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

Revoca

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

Riattivazione

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

Ricorrenza annuale del contratto

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

Riduzione

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

Sinistro

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

Tasso di interesse legale

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

Tasso di interesse (o di rendimento) minimo garantito

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

RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE

di attestazione dello Stato di Non Autosufficienza permanente dell'Assicurato

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

Assicurato:

Cognome e Nome _____
Codice Fiscale _____
Età (anni) _____
Data di nascita ____/____/____ Professione _____ Stato civile _____

1. NO ☐ Lei è medico abituale dell'assicurato?

SI ☐ da quale epoca? _____

2. NO ☐ Oltre a lei o precedentemente a lei, l'assicurato è stato curato da altri medici?

SI ☐ Quali? (indicare in quale epoca, per quali malattie e possibilmente anche il loro attuale domicilio)

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

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

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

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

4. NO ☐ Sono state eseguite indagini diagnostiche?

SI ☐ Indicare epoca, luogo, nominativo della struttura medica e trascrivere i referti più significativi

5. NO ☐ Vi sono stati ricoveri?

SI ☐ Dettagliare anno, luogo delle degenze e relativa diagnosi

6. NO ☐ Si sono resi necessari interventi chirurgici o trattamenti terapeutici?

SI ☐ Specificare il tipo di intervento e le cure effettuate

7. a) Quali diagnosi sono state fatte?

b) Quali patologie sono state riscontrate?

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

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

Dichiarazioni

Io sottoscritto _____

Cognome e Nome

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

N. civico _____

CAP _____

Comune _____

Provincia _____

telefono _____

Indirizzo e-mail _____

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

Firma del medico curante



Luogo e data _____

Piano di Assistenza Domiciliare Integrata (PADI)

Assicurato:

Cognome e Nome

Codice Fiscale

Età (anni)

Data di nascita

Professione

Stato civile

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

Dati del medico

Cognome e Nome

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

N. civico

CAP

Comune

Provincia

telefono

Indirizzo e-mail

Firma del medico curante



Luogo e data

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE BIANCA

RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE

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

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

Assicurato:

Cognome e Nome _____ Codice Fiscale _____ Età (anni) _____
Data di nascita ____/____/____ Luogo in cui si è verificato il decesso ____/____/____ Data del decesso ____/____/____ Ora del decesso ____
Professione _____ Stato civile _____

Evento che ha causato il decesso dell'assicurato

Diagnosi iniziale: _____

Successione morbosa: _____

Accidente terminale: _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. NO ☐ E' stata effettuata autopsia?

SI ☐ Allegare referto

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

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

SI ☐ In quale misura e da quando? _____

13. NO ☐ L'assicurato ha mai fumato?

SI ☐ In quale misura e da quando? _____

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

SI ☐ Indicare quali

Dichiarazioni

Io sottoscritto _____

Cognome e Nome

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

N. civico

CAP

Comune

Provincia

telefono

Indirizzo e-mail

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

Firma del medico curante



Luogo e data _____

Allianz Longevity Care

La tua proposta

Numero: [numero]

Contraente: [contraente]

La tua Agenzia

Agenzia principale di [CITTÀ]

[VIA] - [CAP] [CITTÀ] (PR)

Telefono: [numero] - Fax: [numero]

Email: [mail]

Area Personale

www.allianz.it/areapersonale

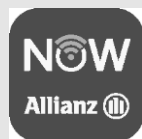
Per consultare le informazioni relative alla tua posizione
alle scadenze e ai sinistri

Servizio Clienti



Per qualsiasi informazione,
chiarimento o supporto

L'App



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

Scarica l'App



[BAR CODE di archiviazione]



Elenco documenti

Si consegnano al cliente i seguenti documenti

- Set informativo (DIP Vita, DIP aggiuntivo Vita, Condizioni di assicurazione e Proposta)
- Modulo Unico Precontrattuale (MUP) per i prodotti assicurativi (allegato 3 al Regolamento IVASS n. 40/2018)
- Informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza, da consegnare a ciascun beneficiario o referente terzo designato nominativamente <se presente>

Allianz per te

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

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

Proposta

Data ultimo aggiornamento: 10/02/2026

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

Contraente

Nome Cognome: [Contraente] oppure Ragione Sociale: [Contraente]

Codice fiscale o Partita IVA: [CF_contr_PI]

Residenza: [ind_res] oppure Sede legale: [sede_leg]

C.A.P.: [cap_res]

Città: [citta_res] ([Prov_res])

Recapito di corrispondenza:

- l'indirizzo di residenza

Assicurato

Nome Cognome: [Assicurato]

Codice fiscale: [CF_ass]

Data di nascita: gg/mm/aaaa

Età computabile: __

Durata

Decorrenza: dalle ore 24:00 del gg/mm/aaaa *

Durata: vita intera

< se durata pagamento premi vitalizia >

Durata pagamento premi: fintanto che l'Assicurato è in vita e autosufficiente

< se durata pagamento premi limitata a 10,15,20,25 anni >

Durata pagamento premi: anni __ / mesi __ / giorni __ → età computabile Assicurato alla scadenza del piano pagamento premi ≤ 80 anni

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

La presente proposta è disciplinata dagli articoli delle Condizioni di assicurazione contenute nel Set informativo del prodotto Allianz Longevity Care Edizione Luglio 2024.

Dettaglio premi (importi espressi in euro)

Scomposizione premio	Premio mensile
LTC (Long Term Care) Rendita vitalizia	____,____,____ euro
Morte - Capitale - Garanzia accessoria → (facoltativa)	____,____,____ euro
LTC (Long Term Care) - Capitale aggiuntivo una tantum - Garanzia accessoria → (facoltativa)	____,____,____ euro
Totale	____,____,____ euro

Premio

Premio mensile: ____ euro

Spese di emissione: 0,00 euro

Importo pagato alla firma (premio di perfezionamento): ____ euro

Il caricamento applicato al premio è pari al ____%

Se attivata la garanzia accessoria facoltativa

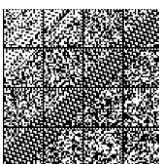
Il caricamento applicato è pari al ____% del premio mensile della garanzia LTC e al ____% del premio mensile della garanzia accessoria facoltativa

< se durata pagamento premi vitalizia >

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

< se durata pagamento premi limitata a 10,15,20,25 anni >

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



[BAR CODE di archiviazione]



Proposta n. [numero]

Proposta

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

1. assegni bancari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'agente (persona fisica o giuridica) in qualità di Agente dell'Impresa di assicurazione;
 2. bonifici, addebiti diretti bollettini postali e strumenti di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario l'Impresa di assicurazione o l'Agente (persona fisica o giuridica) in qualità di Agente dell'Impresa di assicurazione;
 3. reinvestimenti di capitali provenienti da contratti di assicurazione vita preesistenti;
- fermo restando che per specifiche esigenze procedurali l'Impresa si riserva di richiedere che il pagamento venga effettuato tramite bonifico bancario, o sistema di pagamento elettronico, su conto corrente intestato all'Impresa di assicurazione. L'SDD (Sepa Direct Debit) su conto corrente intestato all'Impresa di assicurazione è obbligatorio in caso di frazionamento mensile o trimestrale del premio annuo. L'obbligatorietà dell'SDD si applica ai pagamenti successivi al primo e potrà essere estesa a frazionamenti diversi dal mensile o trimestrale subordinatamente a specifiche disposizioni impartite agli intermediari preposti alla vendita.

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

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

Prestazione in caso di perdita di autosufficienza

A partire dal momento del riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato nel compimento di almeno 4 dei 6 atti elementari della vita quotidiana, salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carezza** indicati all'art. 5 delle Condizioni di assicurazione, è prevista la corresponsione all'Assicurato di una **rendita mensile anticipata** di importo iniziale pari a _____ euro, che si rivaluta annualmente, secondo le modalità previste dalle Condizioni di assicurazione. La rendita viene erogata a partire dal riconoscimento dello stato di non autosufficienza fino a quando l'Assicurato è in vita e non autosufficiente.

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

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

Esclusivamente alla sottoscrizione della Proposta, è prevista la facoltà per il Contraente di sottoscrivere una Garanzia accessoria che prevede le seguenti prestazioni:

- **in caso di decesso dell'Assicurato**, entro la ricorrenza annua di contratto in cui l'Assicurato ha 80 anni (computabili), è previsto il riconoscimento ai Beneficiari designati di un capitale pari alla somma dei premi pagati (premi della Garanzia per il caso di non autosufficienza e premi della Garanzia accessoria facoltativa). Tale capitale è riconosciuto a condizione che il decesso non avvenga a seguito di un evento che abbia causato la non autosufficienza dell'Assicurato. Dopo gli 80 anni non viene riconosciuta alcuna prestazione in caso di decesso;
- **in caso di Non Autosufficienza dell'Assicurato** assieme alla prima rata di Rendita LTC, viene corrisposto un capitale una tantum pari a _____ euro. Il capitale una tantum non sarà corrisposto in caso di decesso dell'Assicurato.

Beneficiari

Beneficiari in caso di decesso dell'Assicurato se attivata la copertura accessoria facoltativa

Il Contraente → solo se diverso dall'Assicurato _____%

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

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

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

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

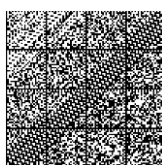
Indirizzo e-mail: [_____]

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

Indirizzo e-mail: [_____]

Il Beneficiario [non è] / [è] Persona Politicamente Esposta¹ in quanto [variabile per raccogliere "relazione" e "tipologia PEP"].

La relazione che lega il Beneficiario al Contraente è: [descrizione o spazio per scrivere in caso di "altro"].



[BAR CODE di archiviazione]



Proposta n. [numero]

Proposta

<in aggiunta oppure in alternativa>

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

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

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

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

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

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

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

<se è stato nominato un referente terzo>

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

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

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

Altri estremi contrattuali

Proposta: nuova

Prodotto: Allianz Longevity Care

Condizioni particolari di proposta:

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

Avvertenze relative alla compilazione del questionario sanitario

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico;
- prima della sottoscrizione della proposta, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni relative al suo stato di salute ed alle sue abitudini di vita riportate nella presente proposta all'interno della sezione "profilo sanitario, professionale e sportivo";
- l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico;
- l'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

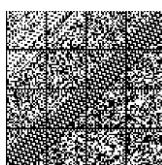
Profilo sanitario, professionale e sportivo

AVVERTENZA – ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Ai sensi della L.193/2023 per la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche, per la compilazione del questionario sanitario **NON RILEVANO** e dunque **NON DEVONO ESSERE FORNITE INFORMAZIONI** relative a patologie oncologiche dalle quali l'assicurando sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni, o 5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età. Per alcune patologie si applicano termini temporali ridotti riportati nella seguente tabella:

Tipo Tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, >21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	>21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni Uomini con diagnosi <45 anni Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

La presente tabella corrisponde all'Allegato 1 del Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 e può essere aggiornata, ove occorra, entro il 31 dicembre di ogni anno.



[BAR CODE di archiviazione]



Proposta n. [numero]

Proposta

Pertanto, **SI RACCOMANDA** di rispondere alle domande che seguono considerando **SOLO** le eventuali patologie oncologiche per le quali il trattamento attivo **NON** si sia concluso, senza episodi di recidiva, da almeno 10 anni rispetto alla compilazione del questionario sanitario. Tale termine è ridotto a 5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età. Per alcune patologie si applicano termini temporali ridotti come sopra riportati.

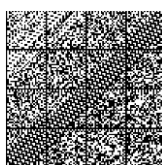
Dichiarazioni rese dall'Assicurato:

- Intende sottoporsi ad accertamenti sanitari allo scopo di eliminare il periodo di carenza di cui alle condizioni di assicurazione?
No
- Statura:
cm _____
- Peso:
Kg _____
- Negli ultimi 5 anni ha mai fumato più di 15 sigarette al giorno?
No

Se le informazioni sulla propria pregressa condizione oncologica sono state fornite precedentemente, decorsi i termini previsti dalla legge sull'oblio oncologico (10 anni, o 5 anni nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età, o termini temporali ridotti per le patologie sopra riportate), le stesse non possono essere utilizzate ai fini della valutazione del rischio. A tal fine l'Assicurando può richiedere tempestivamente la cancellazione di tali informazioni inviando all'Impresa o all'Intermediario assicurativo, tramite raccomandata A/R o PEC, la certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini del diritto all'oblio oncologico rilasciata secondo le modalità previste dal Decreto del Min. Salute del 5/7/24

- Attualmente soffre di qualche tipo di invalidità o necessita di assistenza nello svolgimento delle attività quotidiane o gode di pensioni di invalidità / inabilità o di assegno di accompagnamento o ha in corso o intende avviare pratiche per il loro riconoscimento?
No
- Negli ultimi 10 anni le è mai stata diagnosticata o è stato in trattamento attivo per qualche patologia o malattia (ad esempio: malattie neurologiche, malattie osteoarticolari, paralisi, distrofia muscolare, fibrosi cistica o altre malattie **ad esclusione** delle patologie oncologiche dalle quali sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso con guarigione, senza episodi di recidiva, **da più di 10 anni, da 5 anni** nel caso di patologia insorta prima dei 21 anni di età, o dai **termini temporali ridotti** come riportati nella tabella di cui sopra)?
No
- Escludendo quanto già dichiarato nella domanda precedente, è mai stato ricoverato o prevede un prossimo ricovero (anche in day hospital) in ospedali, case di cura o simili per interventi chirurgici, semplici accertamenti o per altre procedure mediche anche effettuate a livello ambulatoriale? (ad esclusione degli interventi avvenuti da più di un mese con completa guarigione di: appendicectomia, adenotonsillectomia, erniectomy, emorroidectomia, meniscectomia, safenectomy, varici, chirurgia estetica, deviazione del setto nasale, parto e **ad esclusione** di eventuali interventi avvenuti per patologie oncologiche con trattamento attivo concluso, senza episodi di recidiva, **da più di 10 anni, da 5 anni** nel caso di patologia oncologica insorta prima dei 21 anni di età o dai termini temporali ridotti come sopra riportati)
No
- Escluse le condizioni precedentemente dichiarate, nell'ultimo anno si è sottoposto ad esami specialistici che abbiano avuto esiti anomali o è in attesa di ricevere gli esiti di esami a cui si è sottoposto o ha intenzione di sottoporsi ad esami specialistici (esclusi check-up o esami di screening regolari)?
No
- Escluse le condizioni precedentemente dichiarate, negli ultimi 6 mesi ha sofferto o soffre di qualche disturbo persistente e ancora privo di diagnosi? (ad esempio: vertigini, stato confusionale, debolezza o affaticamento cronico, disturbi della memoria o dell'equilibrio, dolori al petto, stipsi ostinata, sangue nelle feci, tosse o mal di testa persistenti, svenimenti, noduli, tumefazioni, rigonfiamenti o altri disturbi persistenti)
No
- Escluso quanto già dichiarato nelle precedenti domande, fa uso o ha mai fatto uso negli ultimi 2 anni di farmaci in via continuativa per più di due settimane o le è stato prescritto di farne uso?
No
- Fa o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti o è mai stato o è in trattamento per abuso di alcool o di sostanze stupefacenti o ha una storia di abuso di alcool o le è mai stato raccomandato da un medico di ridurre il consumo di alcoolici?
No
- Esercita qualche professione considerata a rischio? (vedi elenco delle attività professionali considerate a rischio indicate nella proposta di assicurazione)
No
- Pratica o intende praticare qualche attività sportiva?
No

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



[BAR CODE di archiviazione]



Proposta n. [numero]

Proposta

Le attività professionali considerate a rischio sono le seguenti:

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

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

Conclusione del contratto

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

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

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

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

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

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

Revocabilità della proposta

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

Somme versate dal Contraente

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

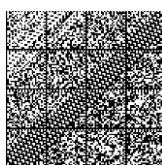
- la **conclusione** del contratto ai sensi di quanto riportato nella sezione "Conclusione del contratto" della presente proposta, nel qual caso esse verranno imputate a **premio di polizza**; ovvero
- la **revoca**, la **mancata accettazione** della presente proposta di assicurazione, nel qual caso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

Diritto di recesso

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

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

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



[BAR CODE di archiviazione]



Proposta n. [numero]

Proposta

Riepilogo dei bisogni e delle esigenze del cliente

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

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

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

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

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

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

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

BISOGNO ASSICURATIVO PRINCIPALE

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

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

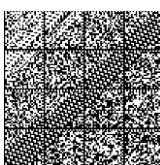
< se attivata la copertura accessoria facoltativa >

BISOGNO ASSICURATIVO ULTERIORE

Il Contraente manifesta l'esigenza di una tutela economica in forma di indennizzo ulteriore che prevede:

- in caso di decesso dell'Assicurato in stato di autosufficienza, entro la ricorrenza annua di contratto in cui l'Assicurato ha 80 anni (computabili) il riconoscimento ai Beneficiari di un capitale pari alla somma dei premi versati;
- in caso di non autosufficienza dell'Assicurato assieme alla prima rata mensile della rendita, l'erogazione di una prestazione aggiuntiva una tantum.
- Le rammentiamo che la proposta che Le sarà formulata si baserà sulle informazioni da Lei fornite, come riepilogate nel presente documento. La invitiamo, dunque, a confermare la correttezza di quanto qui riportato, sottoscrivendo il presente modulo dopo attenta rilettura.

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



Proposta

Sottoscrizioni

Il sottoscritto Contraente dichiara:

- di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente proposta:
 - il Set informativo del prodotto assicurativo vita Allianz Longevity Care Edizione febbraio 2026 - composto dal Documento informativo precontrattuale (DIP Vita), dal Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo Vita), dalle Condizioni di assicurazione comprensive del glossario e dalla Proposta - e dichiara di aver avuto un tempo sufficiente, prima della sottoscrizione, per prendere visione e comprendere i contenuti dei documenti che compongono il Set informativo;
 - copia del documento "Modulo Unico Precontrattuale (MUP) per i prodotti assicurativi" conforme all'allegato 3 del Regolamento IVASS 40/2018;
 - l'informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza che si impegna a fornire a ciascun beneficiario o referente terzo designato nominativamente;
- di essere informato che non è consentita la sottoscrizione, con Allianz S.p.A., di un numero di contratti della tipologia LTC, aventi il medesimo assicurato, tale che sia superato un valore complessivo della Rendita iniziale annua di 60.000,00 euro;
- di essere consapevole che, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile, le informazioni ed i dati forniti sono essenziali per la validità e l'efficacia della presente proposta e che l'Impresa presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio anche in base ad essi. Il Contraente dichiara inoltre che la presente proposta non contiene cancellature o rettifiche;
- <se Contraente = Assicurato> di prosciogliere dal segreto professionale e da ogni obbligo legale di riservatezza i medici che lo hanno o lo avranno curato o visitato, nonché gli enti ed ogni altro soggetto ai quali il beneficiario caso morte si rivolgesse, anche dopo il verificarsi dell'evento, per acquisire informazioni e documentazione, riconoscendo che tali informazioni e documentazione sono essenziali ai fini della valutazione del rischio e dell'esecuzione degli obblighi derivanti dal contratto assicurativo, di cui la presente dichiarazione costituisce parte essenziale ed integrante;
- di prendere atto che gli importi di premio si intenderanno incassati salvo buon fine del mezzo di pagamento e dei controlli antiriciclaggio e di prevenzione del finanziamento del terrorismo, in ottemperanza agli adempimenti di cui ai D.Lgs. 231/2007 e D.Lgs 109/2007, nonché delle verifiche richieste dalla vigente normativa fiscale, anche internazionale;

Sottoscritto il _____

Firma del Contraente/Rappresentante legale ► _____

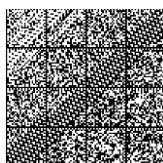
- di approvare, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del codice civile, le seguenti disposizioni delle Condizioni di assicurazione:
 - Art. 5. Limitazioni ed esclusioni

Firma del Contraente/Rappresentante legale ► _____

Il sottoscritto Assicurato: → se Assicurato ≠ Contraente

- esprime il consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita, ai sensi dell'art.1919 del codice civile;
- di essere informato che non è consentita la sottoscrizione, con Allianz S.p.A., di un numero di contratti della tipologia LTC, aventi il medesimo assicurato, tale che sia superato un valore complessivo della Rendita iniziale annua di 60.000,00 euro;
- proscioglie dal segreto professionale e da ogni obbligo legale di riservatezza i medici che lo hanno o lo avranno curato o visitato, nonché gli enti ed ogni altro soggetto ai quali il beneficiario caso morte si rivolgesse, anche dopo il verificarsi dell'evento, per acquisire informazioni e documentazione, riconoscendo che tali informazioni e documentazione sono essenziali ai fini della valutazione del rischio e dell'esecuzione degli obblighi derivanti dal contratto assicurativo, di cui la presente dichiarazione costituisce parte essenziale ed integrante.

Firma dell'Assicurato ► _____



Proposta n. [numero]

Proposta

Spazio riservato al soggetto incaricato dell'Adeguata Verifica

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

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

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

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

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

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



[BAR CODE di archiviazione]

