Lovia Twin

Assicurazione sulla vita di puro rischio

Set informativo
Edizione maggio 2026
Tariffe: 66__01 F e NF

Il presente Set informativo contenente:

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

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

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

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

Allianz S.p.A. - Sede Legale Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano - Telefono +39 02 7216.1 - Fax +39 02 2216.5000
allianz.spa@pec.allianz.it - www.allianz.it - Direzione Generale e uffici Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano
Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste - C.F. e Registro Imprese di Milano - n. 05032630963 - Rappresentante del Gruppo
IVA Allianz con P.IVA n. 01333250320 - Capitale Sociale euro 403.000.000 i.v. - Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00152
Capogruppo del Gruppo Assicurativo Allianz - Albo Gruppi Assicurativi n. 018
Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE - Monaco

Servizio Clienti

Pronto Allianz
800-68-68-68

Per qualsiasi informazione, chiarimento o supporto

L'App

NOW Allianz

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 puro rischio con Garanzia Complementare Infortuni e Malattia

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

Allianz

Prodotto: LOVIA TWIN

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 Garanzia Principale Caso Morte e una Garanzia Complementare Infortuni e Malattia.

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

a) Prestazione in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, è prevista la liquidazione del capitale assicurato indicato in Proposta.

Il capitale assicurato in caso di decesso viene riconosciuto anche nel caso in cui, nel corso della durata contrattuale, l'Assicurato abbia già ottenuto la liquidazione del capitale assicurato in caso di Infortunio o Malattia di cui alla successiva lettera b).

b) Prestazione in caso di Infortunio o Malattia a cui consegua l'Incapacità lavorativa specifica permanente

In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato che ne determini, prima della scadenza della Garanzia Complementare, l'Incapacità lavorativa specifica permanente ed a cui consegua la cessazione dell'attività professionale dichiarata in Proposta (o successivamente, in caso di variazioni), è prevista la liquidazione del capitale assicurato indicato in Proposta.

Che cosa NON è assicurato?

Non sono assicurabili:

- ✖ i soggetti di età inferiore a 18 e superiore a 60 anni.
- ✖ i liberi professionisti e i lavoratori autonomi che esercitino professioni per le quali non esista una Cassa Previdenziale ed un Albo Professionale.
- ✖ i lavoratori con contratto che preveda un termine.
- ✖ i lavoratori che svolgano un'attività professionale non assicurabile.
- ✖ i pensionati e i soggetti non esercitanti alcuna attività lavorativa.
- ✖ i soggetti che non godano di buona salute in base alle risultanze di questionario sanitario o visita medica.

Ci sono limiti di copertura?

- ! **Esclusioni dalla Garanzia Principale Caso Morte e dalla Garanzia Complementare Infortuni e Malattia** - per il dettaglio delle Esclusioni si rinvia al DIP aggiuntivo Vita alla sezione "Ci sono limiti di copertura?".
- ! **Esclusioni dalla sola Garanzia Complementare Infortuni e Malattia -** per il dettaglio delle Esclusioni si rinvia al DIP aggiuntivo Vita alla sezione "Ci sono limiti di copertura?".
- ! **Carenza -** in caso di assunzione senza visita medica, viene applicato un periodo di Carenza di sei mesi (esteso a cinque anni per AIDS), durante il quale l'Impresa non liquida il capitale assicurato.

Per un maggior dettaglio si rinvia al DIP aggiuntivo Vita alla sezione "Ci sono limiti di copertura?".

Dove vale la copertura?

Tutte le coperture valgono senza alcun limite territoriale, **fatta eccezione** per il decesso e l'Infortunio dell'Assicurato verificatosi in uno qualunque dei paesi per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere il viaggio. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.it (o sito sostitutivo del Ministero degli esteri).

Che obblighi ho?

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e non reticenti. L'Assicurato deve compilare il

questionario sanitario o sottoporsi alla visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dall'Impresa. Inoltre, nel corso del contratto, l'Assicurato, anche per il tramite del Contraente, è tenuto a comunicare per iscritto all'Impresa la variazione dello status tabagico, i cambiamenti dell'attività professionale o della pratica sportiva. L'Impresa informerà il Contraente sull'eventuale risoluzione del contratto, maggiorazione di premio dovuta o sull'esclusione della nuova attività sportiva dalla copertura assicurativa.
Per richiedere la liquidazione del capitale assicurato dovranno pervenire all'Impresa tutti i documenti necessari a verificare il diritto alla liquidazione della prestazione e ad individuare correttamente i Beneficiari. La consegna dei documenti potrà essere effettuata, per comodità dei Beneficiari, presso l'Agenzia che ha in gestione il contratto o comunque presso una qualsiasi Agenzia dell'Impresa, facendo espresso riferimento alla Polizza. È altresì consentito l'invio della documentazione a mezzo posta, indirizzata 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.
La **richiesta di liquidazione -** che può essere formulata utilizzando la modulistica disponibile presso la rete di vendita dell'Impresa - deve sempre pervenire **in originale,** sottoscritta dai Beneficiari o da coloro che ne hanno la rappresentanza legale, unitamente a copia fronte-retro di un valido documento di identità di ciascuno di essi riportante firma visibile.
I documenti necessari a verificare il diritto alla liquidazione della prestazione e la corretta individuazione dei Beneficiari sono i seguenti:

In caso di decesso dell'Assicurato
a) copia del certificato di morte dell'Assicurato; **b)** copia della relazione del medico curante; **c)** qualora l'Assicurato coincida con il Contraente, copia della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata in Comune, dinanzi al Notaio o presso il Tribunale che specifichi se il Contraente ha lasciato o meno testamento e quali sono gli eredi legittimi.

In caso d'Infortunio o Malattia dell'Assicurato che ne determini l'Incapacità lavorativa specifica permanente ed a cui consegua la cessazione dell'attività professionale dichiarata in Proposta (o successivamente, in caso di variazioni)
a) questionario sullo stato professionale dell'Assicurato al momento in cui le conseguenze della Malattia o dell'Infortunio hanno determinato la presunta perdita permanente ed irreversibile della sua capacità lavorativa specifica, e relazione medica sulla causa di Malattia o Infortunio determinante lo stato di Incapacità lavorativa specifica permanente dell'Assicurato e sulle sue condizioni sanitarie pregresse, con anamnesi medica rilasciata dal medico curante (medico di famiglia); **b)** copia della cartella clinica relativa all'eventuale ricovero occorso all'Assicurato, inerente alla prima diagnosi della patologia o dell'Infortunio; **c)** copia dell'eventuale verbale del pronto soccorso; **d)** copia del certificato di Infortunio trasmesso all'INAIL; **e)** copia dell'eventuale verbale di apertura e chiusura inchiesta redatto dalle autorità intervenute; **f)** copia di eventuali referti di indagini tossicologiche.

Qualora uno dei Beneficiari sia minore di età o incapace, copia del decreto del Giudice Tutelare.

La descrizione di maggior dettaglio della documentazione da allegare al modulo di richiesta di liquidazione è riportata all'art.3 delle Condizioni di assicurazione

Quando e come devo pagare?

Il Premio annuo è determinato in relazione al capitale assicurato, alla durata del contratto e dell'eventuale diversa durata della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, all'Età computabile dell'Assicurato, al suo stato di salute, al suo status tabagico, all'attività professionale esercitata e alle eventuali attività sportive praticate assicurabili con Sovrappremio.
Il Premio annuo della Garanzia Principale Caso Morte è fisso e costante per tutta la durata del contratto.
Il Premio annuo della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia è fisso e costante per i primi dieci anni. Dopodiché, in qualsiasi momento, **nel caso in cui 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 tali da richiedere una modifica delle basi statistiche sottostanti alla tariffa, l'Impresa si riserva la facoltà di variare il Premio annuo della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia applicato al contratto**, senza necessità per l'Assicurato di compilare un nuovo questionario sanitario o di sottoporsi ad ulteriori accertamenti sanitari.
Il Premio annuo può essere frazionato in rate mensili, trimestrali o semestrali. In caso di frazionamento, le rate in cui viene suddiviso il Premio annuo sono maggiorate dell'addizionale di frazionamento.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La durata del contratto non può essere inferiore ad 1 anno né superiore a 20 anni, avuto riguardo all'Età computabile dell'Assicurato che, alla scadenza contrattuale, non può essere maggiore di 80 anni.
La durata della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia è pari alla durata contrattuale, a meno che l'Età computabile dell'Assicurato alla scadenza contrattuale non sia maggiore di 67 anni. **In tal caso la Garanzia Complementare Infortuni e Malattia terminerà alla ricorrenza annua di contratto in cui l'Assicurato compie 67 anni (Età computabile).**

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 pattuito, fatto salvo il periodo di Carenza di sei mesi (esteso a cinque anni per AIDS) previsto in caso di assunzione senza visita medica.** Si precisa che nel caso in cui, prima della scadenza contrattuale – o della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, se inferiore – l'Assicurato cominci a conseguire la propria pensione o inizi a beneficiare di misure che gli consentano di anticipare il pensionamento (quali ad esempio lo scivolo pensionistico), dovrà darne comunicazione scritta all'Impresa. A seguito di tale comunicazione, la Garanzia Complementare Infortuni e Malattia verrà risolta. Nel caso in cui la durata della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia dovesse essere superiore a dieci anni e il Contraente dovesse rifiutare l'eventuale proposta, formulata dall'Impresa, di incremento del relativo Premio annuo (a parità di capitale) o di riduzione del capitale assicurato in caso di Infortunio o Malattia (a parità di premio), il rifiuto varrà come recesso dalla Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, che si considererà risolta. In entrambi i casi il contratto rimarrà in vigore per la sola Garanzia Principale Caso Morte e continueranno ad essere dovuti i relativi premi assicurativi. L'Impresa potrà variare il Premio annuo della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia purché siano decorsi almeno dieci anni dalla decorrenza del contratto e in caso si renda necessaria una modifica delle basi statistiche sottostanti alla tariffa.

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. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano o messaggio di 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 o messaggio di posta elettronica certificata (PEC).
Il Contraente può risolvere il contratto interrompendo il pagamento del Premi annuo.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☑ NO

Il contratto non prevede il diritto di riscatto e non riconosce alcun valore di riduzione.
In caso di interruzione del pagamento del Premio annuo il contratto può essere **riattivato entro 24 mesi dalla scadenza del Premio annuo o della prima rata di premio non pagata** dietro 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.

Assicurazione sulla vita di puro rischio

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

(DIP aggiuntivo Vita)

Allianz

Prodotto: LOVIA TWIN

Data di aggiornamento: 10/05/2026 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 2025, il patrimonio netto dell'Impresa è pari a **2.957** milioni di euro e il risultato economico di periodo è pari a **945** milioni di euro.

Con riferimento alla situazione di solvibilità, il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'Impresa è pari a **261%** 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?

Sono escluse dalla Garanzia Principale Caso Morte e dalla Garanzia Complementare Infortuni e Malattia soltanto, rispettivamente, **la morte e l'Incapacità lavorativa specifica permanente** - a cui consegua la cessazione dell'attività professionale dichiarata in Proposta (o successivamente, in caso di variazioni) - **causate direttamente o indirettamente:**

a) da dolo del Contraente o dei Beneficiari; **b) da partecipazione** attiva dell'Assicurato a delitti dolosi; **c) da partecipazione** attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, operazioni di pace, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare. Nel caso in cui l'Assicurato non abbia preso parte attiva ad uno o più degli atti suindicati e si dovesse già trovare nel territorio interessato al momento in cui tali eventi sono cominciati, la copertura si intende operante per 14 giorni dal loro inizio; dopodiché, se la minaccia derivante da tali eventi sia continuativa e persistente, il decesso e l'Incapacità lavorativa specifica permanente sono esclusi dalla copertura fintanto che l'Assicurato rimanga nel territorio interessato. L'esistenza di una delle suddette situazioni già al momento dell'arrivo dell'Assicurato in un determinato territorio, e sempreché la minaccia derivante sia continuativa e persistente, comporta invece l'esclusione immediata della copertura; **d) da abuso** di alcol inteso come assunzione continua e cronica di alcolici e/o superalcolici, o uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogene, e simili; **e) dall'uso**, anche come passeggero: -di aeromobili in genere, fatta eccezione per il decesso e l'Incapacità lavorativa specifica permanente 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); **f) da suicidio**, se avviene nei primi due anni dalla decorrenza del contratto o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale Riattivazione del contratto: da tentato suicidio per tutta la durata della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia; **g) da eventi** causati da armi nucleari, batteriologiche e chimiche; dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche; **h) dall'uso**, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove; **i) dalla guida** di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia operante la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi; **j) da eventi** avvenuti in uno qualunque dei paesi per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere il viaggio. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.it (o sito sostitutivo del Ministero degli esteri). Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la copertura assicurativa per entrambe le Garanzie (Principale Caso Morte e Complementare Infortuni e Malattia) è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della

segnalazione; **k) dall'esercizio** di un'attività professionale non assicurabile. Le attività professionali non assicurabili sono quelle elencate all'articolo 2.3 lettera a) o qualificabili come ad "elevata manualità" ai sensi dell'articolo 2.3 lettera b) delle Condizioni di assicurazione; **l) dalla pratica** di un'attività sportiva non assicurabile. Le attività sportive non assicurabili sono all'interno dell'elenco riportato all'articolo 2.4 delle Condizioni di assicurazione.

In aggiunta, è esclusa dalla sola Garanzia Complementare Infortuni e Malattia l'Incapacità lavorativa specifica permanente - a cui consegua la cessazione dell'attività professionale dichiarata in Proposta (o successivamente, in caso di variazioni) - causata direttamente o indirettamente: **m) da atto** intenzionale dell'Assicurato, ivi comprese le conseguenze di un tentativo di suicidio; **n) da azioni delittuose** dell'Assicurato o da partecipazione dell'Assicurato ad imprese temerarie **o) da atti** compiuti dall'Assicurato quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata; **p) dallo stato di invalidità** o inabilità preesistente alla data di decorrenza del contratto sottaciuto per dolo o colpa grave; **q) dallo stato di ubriachezza**/ebbrezza qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada e l'Incapacità lavorativa specifica permanente avviene in seguito ad un incidente mentre l'Assicurato è alla guida di un veicolo; **r) da infortuni** che avvengano durante lo svolgimento delle seguenti attività/mansioni professionali: lavoro manuale ad altezze superiori ai 10 metri, lavoro su tetti, ponti, tralicci, linee elettriche aeree, contatto con correnti elettriche superiori ai 420 Volt.

Carenza

È facoltà dell'Assicurato decidere se sottoporsi o meno a visita medica (compreso test HIV) al fine di eliminare o meno il periodo di Carenza. Nel caso in cui il prodotto Lovia Twin venga sottoscritto compilando esclusivamente il questionario sanitario, senza sottoporsi a visita medica, viene applicato un periodo di **Carenza di sei mesi** dalla data di decorrenza del contratto. Se in questi sei mesi di Carenza avviene il Sinistro, l'Impresa **non liquida il capitale assicurato** in caso di decesso e quello assicurato in caso di Infortunio o Malattia **ma si limita** - al verificarsi del Sinistro: ■ **in caso di decesso**, a restituire i premi versati sul contratto al netto delle imposte relative alla Garanzia Complementare Infortuni e Malattia; ■ **in caso di Incapacità lavorativa specifica** permanente dovuta a Malattia, a restituire i premi versati relativi alla Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, al netto delle relative imposte. Durante questi sei mesi di Carenza l'Impresa **riconosce comunque** la liquidazione del capitale assicurato se il decesso o l'incapacità lavorativa specifica permanente sono conseguenti a: ■ **una delle seguenti malattie** infettive acute sopravvenute dopo la decorrenza del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro - spinale, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica; ■ **shock anafilattico** sopravvenuto dopo la decorrenza del contratto; ■ **Infortunio** sopravvenuto dopo la decorrenza del contratto.

Il periodo di **Carenza si estende a cinque anni** dalla data di decorrenza del contratto **qualora il decesso o l'Incapacità lavorativa specifica permanente** - a cui consegua la cessazione dell'attività professionale dichiarata in Proposta (o successivamente, in caso di variazioni) - **siano dovuti alla sindrome di immunodeficienza acquisita** (AIDS) o altra patologia ad essa collegata. In particolare, nel caso in cui **l'Assicurato non si sia sottoposto a visita medica - oppure si sia sottoposto a visita medica ma non agli esami** clinici necessari ad accertare l'eventuale stato di Malattia **da HIV o di sieropositività -** ed il decesso o l'Incapacità lavorativa specifica permanente dell'Assicurato avvengano **entro i primi cinque anni** dalla decorrenza del contratto e siano dovuti alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altra patologia ad essa collegata**, il capitale** assicurato **non sarà liquidato. In suo luogo,** qualora il contratto risulti al corrente con il pagamento dei premi, sarà liquidato un importo pari: ■ **in caso di decesso**, alla **somma dei premi versati al netto** degli eventuali diritti di emissione e delle imposte relative alla Garanzia Complementare e Infortuni e Malattia; ■ **in caso di Incapacità lavorativa** specifica permanente, alla **somma dei premi** versati relativi alla **Garanzia Complementare** Infortuni e Malattia, **al netto** degli eventuali diritti di emissione e delle relative imposte.

Qualora l'Assicurato decida di sottoporsi preventivamente a visita medica (compreso test HIV con esito negativo), non viene applicato il suddetto periodo di Carenza di sei mesi o cinque anni. In tal caso, l'Impresa richiede la compilazione di un rapporto di visita medica e di un set di accertamenti sanitari il cui numero e la cui tipologia è legata all'età dell'Assicurato e al cumulo dei capitali assicurati.

Nel caso di **cumulo dei capitali** assicurati **superiore a 400.000,00** euro, **l'Assicurato deve in ogni caso sottoporsi alla visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dall'Impresa** e, pertanto, la copertura assicurativa è immediatamente operante (assenza del periodo di Carenza di sei mesi). L'assenza del periodo di Carenza di cinque anni dipende dall'effettuazione del test HIV.

Per **cumulo dei capitali assicurati** si intende la somma dei capitali assicurati per lo stesso Assicurato con questo prodotto e con altre polizze vita caso morte e miste, collettive comprese, sottoscritte con l'Impresa e in vigore all'atto della sottoscrizione della Proposta. In caso di abbinamento della garanzia complementare, al fine di cui sopra, si deve considerare il capitale assicurato della Garanzia Principale.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a chi vuole garantire ai Beneficiari un capitale in caso di Infortunio o Malattia a cui consegua l'Incapacità lavorativa specifica permanente dell'Assicurato, oltre che in caso di prematura scomparsa dell'Assicurato stesso, durante un determinato periodo di tempo. Il prodotto può assicurare le seguenti categorie di lavoratori: dipendenti privati assunti a tempo indeterminato, dipendenti pubblici assunti a tempo indeterminato e i liberi professionisti iscritti ad Albi Professionali e relative Casse Previdenziali di categoria, che svolgano una delle professioni ammesse (professioni non a rischio). La copertura può essere sottoscritta a partire dai 18 anni di età e fino ai 60 anni, previo superamento di un questionario sanitario o di una visita medica. L'età massima alla scadenza è: ■67 anni per la copertura in caso di infortunio o malattia a cui consegua l'incapacità lavorativa specifica permanente dell'Assicurato; ■80 anni per la copertura in caso di morte.

Quali costi devo sostenere?

Spese di emissione

Spese di emissione	non previste (per contratti stipulati senza visita medica dell'assicurato)
	50 euro (per contratti stipulati con visita medica)

Costo per la visita medica

L'Assicurato può avvalersi di un elenco di medici e case di cura fiduciarie/convenzionate con Allianz presenti capillarmente sul territorio nazionale beneficiando dell'agevolazione sui costi derivanti dall'effettuazione della visita medica e degli accertamenti sanitari presso le strutture convenzionate, che saranno sostenuti interamente dall'Impresa.
Per un cumulo dei capitali assicurati fino a 750.000,00 euro, nei centri convenzionati non verrà richiesta la presentazione del test HIV, e conseguentemente il prodotto Lovia Twin verrà emesso con il periodo di Carenza di cinque anni. Qualora l'Assicurato intenda avvalersi del check up gratuito presso i centri convenzionati con l'effettuazione del test HIV dovrà provvedere personalmente al ritiro del referto e successivamente all'inoltro dello stesso all'Impresa.

Nel caso in cui l'Assicurato non effettui la visita medica presso medici e case di cura fiduciarie/convenzionate con Allianz, l'Impresa offre un contributo che varia a seconda del cumulo dei capitali assicurati, come indicato nella seguente tabella:

Cumulo dei capitali assicurati	Contributo
Fino a 400.000,00 euro	120,00 euro
Oltre 400.000,00 euro e fino a 750.000,00 euro	275,00 euro
Oltre 750.000,00 euro	390,00 euro

Per poter usufruire del contributo, le fatture relative alla visita medica devono essere presentate all'Impresa per il relativo pagamento.
Il costo per la visita medica eccedente il contributo offerto dall'Impresa è a carico dell'Assicurato. L'imputazione di tale costo, avviene tramite incremento delle spese di emissione del contratto.

Caricamento garanzia principale caso morte

Costo fisso	50 euro
Costo variabile	20% del Premio annuo al netto delle spese di emissione e del costo fisso

Caricamento garanzia complementare infortuni o malattia

Costo variabile	20% del Premio annuo al netto delle imposte

Addizionale di frazionamento

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

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

Costi di intermediazione

La quota parte percepita in media dagli intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari al 30,7%.

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 si 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 il rifiuto del riconoscimento dello stato d'Incapacità lavorativa specifica permanente dell'Assicurato. Il ricorso al Collegio Arbitrale deve essere comunicato all'Impresa mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC). Il Collegio Arbitrale sarà composto da tre 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 https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it, o all'IVASS che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Imposta sui premi I premi pagati per la Garanzia Principale Caso Morte non sono soggetti ad alcuna imposta. I premi pagati per la Garanzia Complementare Infortuni e Malattia sono soggetti ad imposta nella misura del 2,5%. Detraibilità fiscale dei premi I premi pagati per la Garanzia Principale Caso Morte, così come i premi pagati per la Garanzia Complementare Infortuni e Malattia sono detraibili ai fini IRPEF nei termini e con le modalità pro tempore vigenti. Imposta di bollo I rendiconti relativi al presente Contratto non sono soggetti all'applicazione di un'imposta di bollo. Tassazione delle somme assicurate 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.

Allianz

Lovia Twin

Condizioni di assicurazione

Data ultimo aggiornamento: 10/05/2026

ASSICURAZIONE TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE E PER IL CASO DI INFORTUNIO O MALATTIA CHE DETERMINI UN'INCAPACITÀ LAVORATIVA SPECIFICA PERMANENTE ED A CUI CONSEGUA LA CESSAZIONE DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE (TARIFFA 66__01 F e NF)

Pagina

PAGINA DI PRESENTAZIONE 2

Che cosa è assicurato / Quali sono le prestazioni?
Art. 1 Prestazioni assicurate 3

Ci sono limiti di copertura?
Art. 2 Limitazioni della copertura caso morte e della copertura complementare Infortuni e Malattia 3

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?
Art. 3 Denuncia di Sinistro 7
Art. 4 Definizione dello stato di Incapacità lavorativa specifica permanente 9
Art. 5 Soggetti non assicurabili 9
Art. 6 Accertamento dello stato di Incapacità lavorativa specifica permanente 9
Art. 7 Conseguenze del riconoscimento dello stato di Incapacità lavorativa specifica permanente 10
Art. 8 Pagamenti dell'Impresa 11
Art. 9 Prescrizione 11
Art. 10 Dichiarazione del Contraente e dell'Assicurato 11
Art. 11 Cambiamenti dell'attività professione dell'Assicurato, dello status tabagico o dell'attività sportiva praticata 12

Quando e come devo pagare?
Art. 12 Premi 15

Quando comincia la copertura e quando finisce?
Art. 13 Decorrenza del contratto 17
Art. 14 Durata e limiti di età 17

Come posso revocare la Proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?
Art. 15 Revoca della Proposta 18
Art. 16 Recesso dal contratto 18
Art. 17 Mancato pagamento del Premio annuo: risoluzione 18

Sono previsti riscatti e riduzioni?
Art. 18 Riscatto e Riduzione 18
Art. 19 Ripresa del pagamento del Premio annuo: Riattivazione 18

Altre informazioni
Art. 20 Beneficiari 19
Art. 21 Non pignorabilità e non sequestrabilità 19
Art. 22 Cessione, pegno e vincolo 19
Art. 23 Tasse e imposte 19
Art. 24 Collegio Arbitrale 19
Art. 25 Foro competente 20
Art. 26 Legge applicabile al contratto 20

GLOSSARIO 21

Condizioni di assicurazione

PAGINA DI PRESENTAZIONE

Gentile Contraente,
in questa pagina troverai una breve illustrazione del prodotto.
Lovia Twin è un'assicurazione sulla vita di puro rischio con Garanzia Complementare Infortuni e Malattia. In particolare, il prodotto prevede:

- una Garanzia Principale Caso Morte, che garantisce la liquidazione del capitale assicurato indicato in Proposta in caso di decesso dell'Assicurato;
- una Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, obbligatoria, che garantisce la liquidazione del capitale assicurato indicato in Proposta in caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato che ne determini l'Incapacità lavorativa specifica permanente ed a cui consegua la cessazione dell'attività professionale dichiarata in Proposta (o successivamente, in caso di variazioni).
  All'articolo 4 trovi la definizione dello stato di Incapacità lavorativa specifica permanente. La cessazione dell'attività professionale svolta è un elemento essenziale per la liquidazione del capitale assicurato.

Il pagamento del capitale assicurato in caso di Infortunio o Malattia che ne determini l'Incapacità lavorativa specifica permanente ed a cui consegua la cessazione dell'attività professionale dichiarata in Proposta (o successivamente, in caso di variazioni) non preclude il successivo pagamento del capitale assicurato in caso di decesso.
Puoi fissare il capitale assicurato in caso di decesso da un minimo di 25.000,00 euro a un massimo di 400.000,00 euro.
Puoi fissare il capitale assicurato in caso di Infortunio o Malattia da un minimo di 25.000,00 euro a un massimo pari al capitale assicurato in caso di decesso.
Puoi fissare la durata del contratto da un minimo di 1 anno a un massimo di 20 anni, avuto riguardo all'Età computabile dell'Assicurato che, alla scadenza contrattuale, non può essere maggiore di 80 anni.
La durata della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia è pari alla durata contrattuale, a meno che l'Età computabile dell'Assicurato alla scadenza contrattuale non sia maggiore di 67 anni. In tal caso la Garanzia Complementare Infortuni e Malattia terminerà alla ricorrenza annua di contratto in cui l'Assicurato compie 67 anni (Età computabile).
A seconda del capitale assicurato scelto e della durata del contratto, varierà il Premio annuo che dovrai corrispondere. Il Premio annuo varierà anche in base all'Età computabile dell'Assicurato alla decorrenza del contratto, al suo stato di salute, al suo status tabagico, all'attività professionale esercitata e alle eventuali attività sportive praticate.
Il Premio annuo può essere frazionato in rate mensili, trimestrali o semestrali: in tal caso il Premio dovuto per l'annualità verrà maggiorato dell'addizionale di frazionamento.
Il Premio annuo della Garanzia Principale Caso Morte è fisso e costante per tutta la durata del contratto.
Il Premio annuo della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia **potrebbe variare** successivamente al **decimo anno** di contratto in caso di incremento dei Tassi di sinistrosità rilevato, secondo quanto indicato all'articolo 12.
I premi pagati per la Garanzia Principale Caso Morte, e la componente dei premi pagati per la Garanzia Complementare Infortuni e Malattia che copre il rischio di invalidità permanente non inferiore al 5%, beneficiano della detrazione d'imposta ai fini IRPEF.
Le somme dovute dall'Impresa, in virtù di un contratto di assicurazione sulla vita, sono impignorabili e insequestrabili, secondo quanto indicato all'articolo 21. Sono inoltre esenti dall'IRPEF e, se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato, sono escluse dall'asse ereditario.
Ti segnaliamo che il prodotto prevede cause di esclusione e periodi di Carenza della copertura.
Richiamiamo, infine, la tua attenzione sul fatto che il prodotto **non prevede il diritto di Riscatto** e **non riconosce un valore di Riduzione** in caso di interruzione del pagamento del Premio annuo.
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 cos'è assicurato / Quali sono le prestazioni?

Art. 1. Prestazioni assicurate

Lovia Twin è un'assicurazione sulla vita di puro rischio con Garanzia Complementare Infortuni e Malattia. In particolare, il prodotto prevede:

- una Garanzia Principale Caso Morte, che liquida il capitale assicurato indicato in Proposta in caso di decesso dell'Assicurato;
- una Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, obbligatoria, che liquida il capitale assicurato indicato in Proposta in caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato che ne determini l'Incapacità lavorativa specifica permanente ed a cui consegua la cessazione dell'attività professionale dichiarata in Proposta (o successivamente, in caso di variazioni).

Il pagamento del capitale assicurato in caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato non preclude il successivo pagamento del capitale assicurato in caso di decesso dell'Assicurato.

a) Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato

L'Impresa si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente, in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, un importo liquidabile in un'unica soluzione ed in misura pari al capitale assicurato indicato in Proposta. Il capitale assicurato in caso di decesso **non potrà essere inferiore a 25.000,00 euro e superiore a 400.000,00 euro**.
Il capitale assicurato in caso di decesso viene riconosciuto anche nel caso in cui, nel corso della durata contrattuale, l'Assicurato abbia già ottenuto la liquidazione della prestazione in caso di Infortunio o Malattia di cui alla successiva lettera b).
In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza contrattuale, non è prevista alcuna prestazione a carico dell'Impresa ed i premi pagati per la copertura caso morte restano acquisiti a quest'ultima.

b) Prestazione in caso di Infortunio o Malattia a cui consegua l'Incapacità lavorativa specifica permanente dell'Assicurato

L'Impresa si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente, in caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato che ne determini, prima della scadenza della Garanzia Complementare, l'Incapacità lavorativa specifica permanente ed a cui consegua la cessazione dell'attività professionale dichiarata in Proposta (o successivamente, in caso di variazioni), un importo liquidabile in un'unica soluzione ed in misura pari al capitale assicurato indicato in Proposta.
Il capitale assicurato in caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato **non potrà essere inferiore a 25.000,00 euro e superiore al capitale assicurato in caso di decesso dell'Assicurato**.

In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato che ne determini l'Incapacità lavorativa specifica permanente ed a cui consegua la cessazione dell'attività professionale dichiarata in Proposta (o successivamente in caso di variazioni) successivamente alla scadenza della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, non è prevista alcuna prestazione a carico dell'Impresa ed i premi pagati per la copertura complementare restano acquisiti a quest'ultima.

In caso di più contratti Lovia Twin sottoscritti in capo ad uno stesso Assicurato il capitale complessivamente assicurabile per ciascuna delle due Garanzie (Principale e Complementare) non potrà essere superiore a 400.000,00 euro.

Ci sono limiti di copertura?

Art. 2. Limitazioni della copertura caso morte e della copertura complementare infortuni e Malattia

2.1 Esclusioni

Sono escluse dalla Garanzia Principale Caso Morte e dalla Garanzia Complementare Infortuni e Malattia soltanto, rispettivamente, **la morte e l'Incapacità lavorativa specifica permanente** - a cui consegua la cessazione dell'attività professionale dichiarata in Proposta (o successivamente, in caso di variazioni) - **causate direttamente o indirettamente**:

a) **da dolo del Contraente o dei Beneficiari;**
b) **da partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
c) **da partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, operazioni di pace, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare.** Nel caso in cui l'Assicurato non abbia preso parte attiva ad uno o più degli atti suindicati e si dovesse già trovare nel territorio interessato al momento in cui tali eventi sono cominciati, **la copertura si intende operante per 14 giorni dal loro inizio; dopodiché, se la minaccia derivante da tali eventi sia continuativa e persistente, il decesso e l'Incapacità lavorativa specifica permanente sono esclusi dalla copertura fintanto che l'Assicurato rimanga nel territorio interessato. L'esistenza di una delle suddette situazioni già al momento dell'arrivo dell'Assicurato in un determinato territorio, e sempreché la minaccia derivante sia continuativa e persistente, comporta invece l'esclusione immediata della copertura;**
d) **da abuso di alcol inteso come assunzione continua e cronica di alcolici e/o superalcolici, o uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogene, e simili;**

e) dall'uso, anche come passeggero:
   - di aeromobili in genere, fatta eccezione per il decesso e l'Incapacità lavorativa specifica permanente 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);
f) da suicidio, se avviene nei primi due anni dalla decorrenza del contratto o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale Riattivazione del contratto;
g) da eventi causati da armi nucleari, batteriologiche e chimiche; dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche;
h) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
i) dalla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia operante la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
j) da eventi avvenuti in uno qualunque dei paesi per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere il viaggio. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.it (o sito sostitutivo del Ministero degli esteri). Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la copertura assicurativa per entrambe le Garanzie (Principale Caso Morte e Complementare Infortuni e Malattia) è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
k) dall'esercizio di un'attività professionale non assicurabile. Le attività professionali non assicurabili sono quelle elencate al successivo articolo 2.3 lettera a) o qualificabili come ad "elevata manualità" ai sensi del successivo articolo 2.3 lettera b);
l) dalla pratica di un'attività sportiva non assicurabile. Le attività sportive non assicurabili sono all'interno dell'elenco riportato al successivo articolo 2.4.

In aggiunta, è esclusa dalla sola Garanzia Complementare Infortuni e Malattia l'Incapacità lavorativa specifica permanente - a cui consegua la cessazione dell'attività professionale dichiarata in Proposta (o successivamente, in caso di variazioni) - causata direttamente o indirettamente:
m) da atto intenzionale dell'Assicurato, ivi comprese le conseguenze di un tentativo di suicidio;
n) da azioni delittuose dell'Assicurato o partecipazione ad imprese temerarie;
o) da atti compiuti dall'Assicurato quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
p) dallo stato di invalidità o inabilità preesistente alla data di decorrenza del contratto sottaciuto per dolo o colpa grave;
q) dallo stato di ubriachezza/ebbrezza qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada e l'Incapacità lavorativa specifica permanente avviene in seguito ad un incidente mentre l'Assicurato è alla guida di un veicolo;
r) da infortuni che avvengano durante lo svolgimento delle seguenti attività/mansioni professionali: lavoro manuale ad altezze superiori ai 10 metri, lavoro su tetti, ponti, tralicci, linee elettriche aeree, contatto con correnti elettriche superiori ai 420 Volt.

2.2 Carenza

È facoltà dell'Assicurato decidere se sottoporsi o meno a visita medica (compreso test HIV) al fine di eliminare o meno il periodo di Carenza.

Nel caso in cui il prodotto Lovia Twin venga sottoscritto compilando esclusivamente il questionario sanitario, senza sottoporsi a visita medica, viene applicato un periodo di Carenza di sei mesi dalla data di decorrenza del contratto. Se in questi sei mesi di Carenza avviene il Sinistro, l'Impresa non liquida il capitale assicurato in caso di decesso e quello assicurato in caso di Infortunio o Malattia ma si limita – al verificarsi del Sinistro:
- in caso di decesso, a restituire i premi versati sul contratto al netto delle imposte relative alla Garanzia Complementare Infortuni e Malattia;
- in caso di Incapacità lavorativa specifica permanente dovuta a Malattia, a restituire i premi versati relativi alla Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, al netto delle relative imposte.

Durante questi sei mesi di Carenza l'Impresa riconosce comunque la liquidazione del capitale assicurato se il decesso o l'Incapacità lavorativa specifica permanente sono conseguenti a:
a) una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la decorrenza del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro - spinale, encefalite epidemica, carbonchio,

febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;

b) shock anafilattico sopravvenuto dopo la decorrenza del contratto;
c) Infortunio sopravvenuto dopo la decorrenza del contratto.

Il periodo di Carenza si estende a cinque anni dalla data di decorrenza del contratto qualora il decesso o l'Incapacità lavorativa specifica permanente - a cui consegua la cessazione dell'attività professionale dichiarata in Proposta (o successivamente, in caso di variazioni) - siano dovuti alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altra patologia ad essa collegata. In particolare, nel caso in cui l'Assicurato non si sia sottoposto a visita medica - oppure si sia sottoposto a visita medica ma non agli esami clinici necessari ad accertare l'eventuale stato di Malattia da HIV o di sieropositività - ed il decesso o l'Incapacità lavorativa specifica permanente dell'Assicurato avvengano entro i primi cinque anni dalla decorrenza del contratto e siano dovuti alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà liquidato. In suo luogo, qualora il contratto risulti al corrente con il pagamento dei premi, sarà liquidato un importo pari:

- in caso di decesso, alla somma dei premi versati al netto degli eventuali diritti di emissione e delle imposte relative alla Garanzia Complementare Infortuni e Malattia;
- in caso di Incapacità lavorativa specifica permanente, alla somma dei premi versati relativi alla Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, al netto degli eventuali diritti di emissione e delle relative imposte.

Qualora l'Assicurato decida di sottoporsi preventivamente a visita medica (compreso test HIV con esito negativo), non viene applicato il suddetto periodo di Carenza di sei mesi o cinque anni. In tal caso, l'Impresa richiede la compilazione di un rapporto di visita medica e di un set di accertamenti sanitari il cui numero e la cui tipologia è legata all'età dell'Assicurato e al cumulo dei capitali assicurati.

Nel caso di cumulo dei capitali assicurati superiore a 400.000,00 euro, l'Assicurato deve in ogni caso sottoporsi alla visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dall'Impresa e, pertanto, la copertura assicurativa è immediatamente operante (assenza del periodo di Carenza di sei mesi). L'assenza del periodo di Carenza di cinque anni dipende dall'effettuazione del test HIV.

Per cumulo dei capitali assicurati si intende la somma dei capitali assicurati per lo stesso Assicurato con questo prodotto e con altre polizze vita caso morte e miste, collettive comprese, sottoscritte con l'Impresa e in vigore all'atto della sottoscrizione della Proposta. In caso di abbinamento della garanzia complementare, al fine di cui sopra, si deve considerare il capitale assicurato della Garanzia Principale.

L'Assicurato può avvalersi di un elenco di medici e case di cura fiduciarie/convenzionate con Allianz presenti capillarmente sul territorio nazionale beneficiando dell'agevolazione sui costi derivanti dall'effettuazione della visita medica e degli accertamenti sanitari presso le strutture convenzionate, che saranno sostenuti interamente dall'Impresa.
Per un cumulo dei capitali assicurati fino a 750.000,00 euro, nei centri convenzionati non verrà richiesta la presentazione del test HIV, e conseguentemente il prodotto Lovia Twin verrà emesso con il periodo di Carenza di cinque anni. Qualora l'Assicurato intenda avvalersi del check up gratuito presso i centri convenzionati con l'effettuazione del test HIV dovrà provvedere personalmente al ritiro del referto e successivamente all'inoltro dello stesso all'Impresa.

Nel caso in cui l'Assicurato non effettui la visita medica presso medici e case di cura fiduciarie/convenzionate con Allianz, l'Impresa offre un contributo che varia a seconda del cumulo dei capitali assicurati, come indicato nella seguente tabella:

Cumulo dei capitali assicurati	Contributo
Fino a 400.000,00 euro	120,00 euro
Oltre 400.000,00 euro e fino a 750.000,00 euro	275,00 euro
Oltre 750.000,00 euro	390,00 euro

Per poter usufruire del contributo, le fatture relative alla visita medica devono essere presentate all'Impresa per il relativo pagamento.
Il costo per la visita medica eccedente il contributo offerto dall'Impresa è a carico dell'Assicurato. L'imputazione di tale costo, avviene tramite incremento delle spese di emissione del contratto.

2.3 Attività professionali non assicurabili

a) Sono considerate non assicurabili le seguenti attività professionali: Acrobata o artista circense, Addetto a lavori su piattaforme di estrazione, Alpinismo - istruttore/allenatore/guida alpina, Artificiere, Attività subacquee - addetto/sub

professionista/palombaro/sommozzatore/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, Cava/miniera/pozzi/gallerie - personale con lavoro manuale, Collaudatore di veicoli/motoveicoli/aeromobili, Forze Armate (Esercito/Marina Militare/Aeronautica Militare/Carabinieri/Guardia di Finanza/reparti speciali) - personale con mansioni operative e/o ad elevata manualità, Guardia del corpo, Guardia giurata/notturna/metronotte, Guida sportiva - istruttore, Istruttore/allenatore di una o più delle attività sportive considerate a rischio elencate al successivo articolo 2.4, Marina mercantile - personale con mansioni operative e/o ad elevata manualità, Personale di bordo (steward, hostess di volo), Pilota aereo (di linea o non di linea), Pesca in acque aperte, Polizia di stato - personale con mansioni operative e/o ad elevata manualità, Soggetto con lavoro manuale che tratta sostanze asfissianti/corrosive/infettanti/tossiche /esplosive/pirotecniche/radioattive, Speleologia - istruttore/speleologo professionista, Sportivo professionista /semiprofessionista, Vigile del fuoco - personale con mansioni operative e/o ad elevata manualità.

b) Con riferimento alla sola Garanzia Complementare Infortuni e Malattia **sono considerate non assicurabili, oltre a quelle sopra indicate alla precedente lettera a), anche le attività professionali ad "elevata manualità"**, ossia quelle che richiedono lo svolgimento di mansioni ad elevata manualità per più del **20%** del totale del tempo lavorativo. Per mansioni ad elevata manualità si intendono:
   - lavoro manuale ad altezze maggiori di 10 metri;
   - guida di veicoli in qualità di autista/camionista etc.;
   - esposizione a cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive, linee elettriche ad alta tensione;
   - sollevamento di oggetti pesanti, con peso superiore a 10 Kg;
   - lavoro con macchinari/utensili pesanti quali macchinari semoventi, autoalimentati o trainati (comprensivi di macchine agricole) destinati ad uso nell'agricoltura, nella cantieristica navale, nelle costruzioni, nell'industria, nell'industria mineraria, nella selvicoltura - a titolo esemplificativo ma non esaustivo: ruspe, scavatrici, macchine movimento terra, carelli elevatori/muletti, argani, gru, trattori; ai fini della definizione si intendono macchinari pesanti anche macchine fisse (cioè non da banco) per la lavorazione del ferro/legno etc. (quali seghe, presse industriali, torni etc.) e utensili pesanti (quali martello pneumatico, demolitori etc.) - ad eccezione delle persone addette solo alla supervisione/ controllo da remoto/controllo di macchinari completamente automatizzati.

Qualora in sede di sottoscrizione della Proposta l'Assicurato dichiari di esercitare un'attività professionale non assicurabile, anche come ulteriore attività esercitata, il rischio non sarà assumibile e pertanto non sarà possibile procedere con la sottoscrizione della Proposta.

Ferma la non assicurabilità delle attività professionali sopra indicate, si precisa che, qualora:
- il decesso dell'Assicurato si sia verificato in conseguenza o in occasione dell'esercizio, comunque svolto dall'Assicurato, di una delle attività professionali non assicurabili elencate alla lettera a), tale per cui se fosse stata dichiarata prima del verificarsi del Sinistro, l'Impresa:
  - non avrebbe consentito la prosecuzione del contratto o l'avrebbe consentita per la sola Garanzia Principale Caso Morte escludendo l'attività professionale dalla copertura assicurativa, il decesso non sarà considerato incluso nella Garanzia Principale e pertanto **non sarà liquidata la relativa prestazione assicurativa**;
  - avrebbe consentito la prosecuzione del contratto per la sola Garanzia Principale Caso Morte con applicazione di un Sovrappremio professionale, l'Impresa liquida il capitale assicurato in caso di decesso indicato in Proposta ridotto in misura proporzionale, in base alla metodologia di calcolo evidenziata nell'esempio riportato al successivo articolo 11.2;
  - avrebbe consentito la prosecuzione del contratto per la sola Garanzia Principale Caso Morte senza applicazione di alcun Sovrappremio professionale, l'Impresa liquida il capitale assicurato in caso di decesso indicato in Proposta;
- l'attività professionale effettivamente svolta dall'Assicurato al momento dell'Infortunio o della Malattia rientri tra quelle non assicurabili elencate alla lettera a) o qualificabili come ad "elevata manualità" ai sensi della lettera b), oppure la forma di lavoro rientri tra quelle non assicurabili ai sensi dell'articolo 5, l'Infortunio o la Malattia non sarà considerata inclusa nella Garanzia Complementare e pertanto **non sarà liquidata la relativa prestazione assicurativa e il contratto si risolve per la sola Garanzia Complementare Infortuni e Malattia**.

2.4 Attività sportive a rischio (non assicurabili o assicurabili con Sovrappremio)

a) Sono considerate a rischio (non assicurabili, o assicurabili **solo a seguito di pagamento di un Sovrappremio**) le seguenti attività sportive: alpinismo e arrampicata, arti marziali da contatto, bungee jumping, caccia, canoa fluviale, canyoning, heliski, hydrospeed, immersioni subacquee (anche in apnea), kayak, kitesurf, paracadutismo/parapendio/deltaplano,

pugilato, rafting, sci/snowboard alpinismo, 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.

b) Con riferimento alla Garanzia Complementare Infortuni e Malattia sono considerate a rischio (non assicurabili, o assicurabili **solo a seguito di pagamento di un Sovrappremio**), oltre a quelle sopra indicate alla lettera a), anche le seguenti attività sportive: lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, bob (guidoslitta), equitazione, skeleton (slittino), rugby, baseball, hockey su prato e su ghiaccio, salto dal trampolino con sci o idroscì, sci/snowboard/idroscì acrobatico, football americano, Istruttore/allenatore di qualsiasi attività sportiva.

Qualora in sede di sottoscrizione della Proposta l'Assicurato dichiari di praticare una o più attività sportive, è riportata nella Proposta stessa l'inclusione nella Garanzia assicurativa, con pagamento del relativo Sovrappremio se rientra tra quelle assicurabili con Sovrappremio, o l'esclusione dalla Garanzia assicurativa (solo Complementare o Principale e Complementare) se rientra tra quelle non assicurabili.

Si precisa che, qualora:

- il decesso dell'Assicurato si sia verificato in conseguenza o in occasione della pratica di una delle attività sportive elencate alla lettera a), esso:
  - **non sarà considerato incluso nella Garanzia Principale**, se l'attività non era assicurabile;
  - sarà considerato incluso nella Garanzia Principale per un importo pari al capitale assicurato indicato in Proposta, se l'attività era assicurabile ed è stata dichiarata in Proposta con pagamento del relativo Sovrappremio;
  - sarà considerato incluso nella Garanzia Principale per un importo pari al capitale assicurato indicato in Proposta **ridotto in proporzione del premio convenuto in confronto con quello che sarebbe stato dovuto** (in base alla metodologia di calcolo evidenziata nell'esempio riportato al successivo articolo 11.2), se l'attività era assicurabile con Sovrappremio e **non è stata dichiarata** in Proposta;
- l'Infortunio o la Malattia dell'Assicurato si sia verificato in conseguenza o in occasione della pratica di una delle attività sportive elencate alle lettere a) e b), esso:
  - **non sarà considerato incluso nella Garanzia Complementare**, se l'attività non era assicurabile;
  - sarà considerato incluso nella Garanzia Complementare per un importo pari al capitale assicurato indicato in Proposta, se l'attività era assicurabile ed è stata dichiarata in Proposta con pagamento del relativo Sovrappremio;
  - sarà considerato incluso nella Garanzia Complementare per un importo pari al capitale assicurato indicato in Proposta **ridotto in proporzione del premio convenuto in confronto con quello che sarebbe stato dovuto** (in base alla metodologia di calcolo evidenziata nell'esempio riportato al successivo articolo 11.2), se l'attività era assicurabile con Sovrappremio e **non è stata dichiarata** in Proposta.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Art. 3. Denuncia di Sinistro

Per Sinistro si intende: a) quanto alla Garanzia Principale Caso Morte, il momento in cui si verifica il decesso dell'Assicurato; oppure b) quanto alla Garanzia Complementare Infortuni e Malattia il momento in cui, a seguito di Infortunio o Malattia, l'Assicurato perde in modo permanente e irreversibile la sua capacità lavorativa specifica e cessa di conseguenza l'attività professionale dichiarata in Proposta (o successivamente, in caso di variazioni).

La copertura assicurativa è operante se il Sinistro si verifica durante il periodo di validità della copertura stessa.

Al verificarsi del Sinistro, i Beneficiari **dovranno denunciare lo stesso e far pervenire all'Impresa tutti i documenti necessari a verificare il diritto alla liquidazione della prestazione e ad individuare correttamente i Beneficiari**.

La denuncia di Sinistro - richiesta di liquidazione, unitamente ai documenti necessari redatti in lingua italiana, oppure in differente lingua purché accompagnati dalla relativa traduzione in lingua italiana opportunamente giurata o certificata, **potrà essere presentata: ■ presso l'Agenzia che ha in gestione il contratto o comunque presso una qualsiasi Agenzia dell'Impresa, facendo espresso riferimento alla Polizza; ■ con invio della documentazione a mezzo posta** indirizzata 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.

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

Condizioni di assicurazione

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

I documenti necessari a verificare il diritto alla liquidazione della prestazione e la corretta individuazione dei Beneficiari sono i seguenti:

In caso di decesso dell'Assicurato

a) copia del certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
b) copia della 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 di vendita, per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie;
c) qualora l'Assicurato coincida con il Contraente, copia della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata in Comune, dinanzi al Notaio o presso il Tribunale che specifichi se il Contraente ha lasciato o meno testamento e quali sono gli eredi legittimi, i loro dati anagrafici, il grado di parentela e capacità d'agire. In caso di esistenza di testamento, deve esserne consegnata copia del 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 siano gli eredi testamentari, i loro dati anagrafici e capacità di agire.
Limitatamente ai casi in cui sussista la necessità di svolgere approfondimenti circa la legittimazione del Beneficiario 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.

In caso d'Infortunio o Malattia dell'Assicurato che ne determini l'Incapacità lavorativa specifica permanente ed a cui consegua la cessazione dell'attività professionale dichiarata in Proposta (o successivamente, in caso di variazioni)

a) questionario sullo stato professionale dell'Assicurato al momento in cui le conseguenze della Malattia o dell'Infortunio hanno determinato la presunta perdita permanente ed irreversibile della sua capacità lavorativa specifica, e relazione medica sulla causa di Malattia o Infortunio determinante lo stato di Incapacità lavorativa specifica permanente dell'Assicurato e sulle sue condizioni sanitarie pregresse, con anamnesi medica rilasciata dal medico curante (medico di famiglia), da cui risulti che l'Incapacità lavorativa specifica permarrà per tutta la vita dell'Assicurato, indipendentemente dal momento in cui termina la copertura assicurativa o l'Assicurato preveda di andare in pensione.
Le informazioni richieste possono essere raccolte anche utilizzando l'apposito modulo predisposto dall'Impresa, riportato in calce alle presenti Condizioni di assicurazione e reperibile presso la rete di vendita, per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie;
b) copia della cartella clinica relativa all'eventuale ricovero occorso all'Assicurato, inerente alla prima diagnosi della patologia o dell'Infortunio;
c) copia dell'eventuale verbale del pronto soccorso;
d) copia del certificato di Infortunio trasmesso all'INAIL reperibile sul portale INAIL riportante le generalità dell'Infortunio occorso (per casi di Infortunio sul lavoro in aggiunta al verbale del pronto soccorso e da cui si evinca la dinamica dell'Infortunio stesso);
e) copia dell'eventuale verbale di apertura e chiusura inchiesta redatto dalle autorità intervenute (ad esempio, in caso di incidente stradale);
f) copia di eventuali referti di indagini tossicologiche.

Qualora uno dei Beneficiari sia minore di età o incapace, copia del decreto del Giudice Tutelare contenente l'autorizzazione in capo al rappresentante legale dei minori o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero dell'Impresa da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa.

L'Impresa, anche nell'interesse dei Beneficiari, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione medica, 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 ai Beneficiari, in qualsiasi momento, gli originali, al fine di verificare

che le copie siano conformi agli stessi. **Gli originali dovranno, in ogni caso, essere consegnati all'Impresa per esigenze legate ad un contenzioso o a seguito di richiesta delle Autorità Competenti**.
L'Impresa provvederà a proprie spese alla restituzione degli originali ai Beneficiari, una volta cessata l'esigenza di trattenerli.

Art. 4 Definizione dello stato di Incapacità lavorativa specifica permanente

Per stato di Incapacità lavorativa specifica permanente si intende il venir meno, durante il periodo di validità della copertura, delle capacità fisiche e/o mentali dell'Assicurato, a seguito di Malattia o Infortunio, al punto tale che lo stesso non è più in grado, e non lo sarà presumibilmente mai più, di svolgere le mansioni, materiali e sostanziali, attinenti alla propria specifica attività professionale dichiarata all'atto della sottoscrizione della Proposta (o successivamente, in caso di variazioni). Ciò a prescindere dal grado di invalidità permanente accertato dell'Assicurato.
Le mansioni materiali e sostanziali sono quelle normalmente richieste per lo svolgimento dell'attività professionale dichiarata all'atto della sottoscrizione della Proposta (o successivamente, in caso di variazioni), che costituiscono una parte significativa e integrante dello svolgimento di essa e che non possono essere ragionevolmente omesse o modificate.
Per attività professionale si intende il mestiere, la professione o il tipo di lavoro svolto dall'Assicurato, a scopo di lucro o retribuzione, al momento della sottoscrizione della Proposta e successivamente, nel caso in cui l'Assicurato cambi attività professionale e/o forma di lavoro in corso di contratto. Detta attività professionale, nella forma di lavoro in cui viene svolta (ad esempio, Architetto dipendente a tempo indeterminato, oppure Architetto iscritto alla Cassa Previdenziale e all'Albo professionale, etc.), **deve essere dichiarata dall'Assicurato all'atto della sottoscrizione della Proposta e successivamente, nel caso in cui l'Assicurato cambi attività professionale e/o forma di lavoro in corso di contratto**.

Art. 5 Soggetti non assicurabili

Non sono assicurabili:
a) i liberi professionisti e i lavoratori autonomi che esercitino professioni per le quali non esista una Cassa Previdenziale ed un Albo Professionale;
b) i lavoratori con contratto che preveda un termine di durata;
c) i lavoratori che svolgano una delle attività professionali non assicurabili di cui al precedente articolo 2.3;
d) i pensionati e i soggetti non esercitanti alcuna attività lavorativa;
e) i lavoratori che non godano di buona salute in base alle risultanze del questionario sanitario o della visita medica;
f) le Persone Giuridiche.

Art. 6 Accertamento dello stato di Incapacità lavorativa specifica permanente

L'Assicurato deve possedere lo stato di lavoratore attivo al momento del Sinistro, ovvero:
- non essere in pensione;
- se libero professionista, risultare iscritto sia all'Albo professionale di pertinenza sia alla relativa Cassa professionale.

Nel caso in cui invece l'Assicurato, al momento del Sinistro, risulti disoccupato, una volta accertata l'effettiva perdita permanente ed irreversibile della sua capacità lavorativa specifica, a seguito di Infortunio o Malattia (dove in questo caso la capacità lavorativa viene valutata con riferimento all'ultima attività professionale svolta dall'Assicurato prima di divenire disoccupato), l'Impresa procederà al riconoscimento della relativa prestazione sempreché l'Assicurato, al momento del Sinistro, risulti essere disoccupato da non oltre 12 mesi. In questo caso l'Impresa procederà alla liquidazione della relativa prestazione anche qualora la cessazione della propria attività professionale non sia direttamente collegabile all'evento di Infortunio o Malattia che ha determinato l'Incapacità lavorativa specifica permanente dell'Assicurato.

Dalla data di denuncia del Sinistro (corredata di tutta la documentazione indicata al precedente articolo 3) decorre il periodo di accertamento dello stato di Incapacità lavorativa specifica permanente dell'Assicurato da parte dell'Impresa, che in ogni caso non potrà essere superiore a **quattro mesi**.
Nel caso in cui dalla documentazione medico-sanitaria prodotta di cui al precedente articolo 3 dovesse emergere in modo evidente lo stato di Incapacità lavorativa specifica permanente dell'Assicurato, l'Impresa procederà alla liquidazione del capitale assicurato indicato in Proposta.
Nel caso in cui, invece, dalla documentazione medico-sanitaria prodotta di cui al precedente articolo 3 dovesse emergere la necessità di ulteriori valutazioni, l'Impresa organizzerà una visita medica presso lo studio di un proprio medico fiduciario o a domicilio dell'Assicurato, qualora le condizioni di salute dell'Assicurato non gli consentano di raggiungere lo studio medico del fiduciario incaricato dall'Impresa, per valutare lo stato di salute dell'Assicurato in funzione della sua capacità di svolgere la specifica attività professionale dichiarata in Proposta (o successivamente, in caso di variazioni).

L'Impresa ad ogni modo potrà richiedere, ad integrazione della suddetta visita medica, eventuali ulteriori accertamenti sanitari, oltre che ulteriore documentazione, tra cui a titolo meramente esemplificativo:

- se l'Assicurato è lavoratore dipendente privato a tempo indeterminato, la lettera di licenziamento per giustificato motivo oggettivo per sopravvenuta inidoneità permanente alla mansione, oppure il certificato INPS di inabilità generica (totale e permanente);
- se l'Assicurato è lavoratore dipendente pubblico a tempo indeterminato, lettera di dispensa dal servizio per inabilità assoluta e permanente alla mansione, sempreché la dispensa dal servizio non derivi da un eventuale rifiuto dell'Assicurato a svolgere una mansione diversa proposta dalla Pubblica Amministrazione;
- se l'Assicurato è libero professionista iscritto all'Albo e alla Cassa previdenziale di pertinenza, certificazione attestante il riconoscimento dell'inabilità lavorativa specifica (totale e permanente) da parte della propria Cassa di appartenenza;
- se l'Assicurato, al momento del Sinistro, risulta essere disoccupato e, prima di cessare la propria attività professionale, era lavoratore dipendente a tempo indeterminato, copia dell'ultimo cedolino o dell'ultima busta paga, dalla quale si evinca che l'Assicurato ha cessato la propria attività lavorativa da non oltre 12 mesi.

Nel caso in cui l'Impresa, al fine di valutare se il Sinistro sia liquidabile o meno, dovesse ravvisare la necessità di sottoporre l'Assicurato ad una visita medica (presso lo studio di un proprio medico fiduciario o a domicilio) o di richiedere all'Assicurato ulteriori accertamenti sanitari o ulteriore documentazione, il termine temporale di quattro mesi per l'accertamento dello stato di Incapacità lavorativa specifica permanente dell'Assicurato si sospende da quando l'Impresa formalizza all'Assicurato la richiesta fino alla data di effettuazione della visita medica o di ricezione dell'ulteriore documentazione richiesta.

Nel caso in cui il medico fiduciario incaricato dall'Impresa rilevi che lo stato di incapacità lavorativa dell'Assicurato, dovuto a Malattia o Infortunio, sia temporaneo e reversibile, l'Impresa non riconosce alcuna prestazione.

Inoltre, per i dipendenti pubblici e privati, nel caso in cui, a seguito dell'accertamento da parte del medico del lavoro della sopravvenuta inidoneità fisica o psichica dell'Assicurato all'attività professionale svolta, e preventivamente dichiarata dall'Assicurato in Proposta (o successivamente, in caso di variazioni), questi venga ricollocato e adibito ad altra mansione dal proprio datore di lavoro, l'Impresa non riconosce alcuna prestazione.

Ferma restando la necessità della sussistenza dei requisiti sopra descritti, l'Impresa procederà alla liquidazione del Sinistro anche nel caso in cui lo stato di Incapacità lavorativa specifica permanente dell'Assicurato sia stato determinato, in modo cumulativo, dal verificarsi di due o più eventi (di Infortunio e/o Malattia) tra loro indipendenti e/o temporalmente non contestuali.

Terminate le visite mediche, l'Impresa comunica per iscritto all'Assicurato o a chi per esso, il riconoscimento o il non riconoscimento dello stato di Incapacità lavorativa specifica permanente.
In caso di controversia sullo stato di Incapacità lavorativa specifica permanente dell'Assicurato, l'Impresa e il Contraente hanno la facoltà di risolvere la controversia secondo le modalità indicate al successivo articolo 24.

Qualora a seguito dell'accertamento dello stato di Incapacità lavorativa specifica permanente dell'Assicurato l'Impresa non riconosca la sussistenza del Sinistro, la stessa provvederà ad ulteriori accertamenti per non più di altre due denunce, complete della documentazione indicata al precedente articolo 3, avanzate per il medesimo evento.

Art. 7 Conseguenze del riconoscimento dello stato di Incapacità lavorativa specifica permanente dell'Assicurato

Con il riconoscimento dello stato di Incapacità lavorativa specifica permanente dell'Assicurato si generano i seguenti effetti:

- l'estinzione dell'obbligo di pagamento dei premi relativi alla Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, mentre i premi relativi alla Garanzia Principale Caso Morte continueranno ad essere dovuti;
- il pagamento da parte dell'Impresa, a favore dei Beneficiari designati per la Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, del relativo capitale assicurato.

Nel caso in cui si dovesse verificare il decesso dell'Assicurato successivamente al riconoscimento dello stato di Incapacità lavorativa specifica permanente dell'Assicurato, verrà liquidato anche il capitale assicurato in caso di decesso. Questo indipendentemente dalla sussistenza o meno di un nesso causale tra l'evento (Infortunio o Malattia) che ha determinato l'Incapacità lavorativa specifica permanente dell'Assicurato e l'evento che ha determinato il decesso dell'Assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato deceda dopo la presentazione della denuncia di Sinistro per Incapacità lavorativa specifica permanente dovuta a Infortunio o Malattia e prima che sia stato comunicato per iscritto all'Assicurato o chi per esso il riconoscimento dello stato di Incapacità lavorativa specifica permanente, l'Impresa riconoscerà ugualmente la prestazione relativa alla Garanzia Complementare Infortuni e Malattia **a condizione che il processo di accertamento di cui al**

precedente articolo 6 si concluda con esito positivo, unitamente alla prestazione relativa alla Garanzia Principale Caso Morte. Nel caso in cui, invece, l'Assicurato deceda prima che venga presentata la denuncia di Sinistro per Incapacità lavorativa specifica permanente dovuta a Infortunio o Malattia, l'Impresa non riconoscerà la prestazione relativa alla Garanzia Complementare Infortuni e Malattia.

Art. 8 Pagamenti dell'Impresa

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, l'Impresa provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro 30 giorni:

- dalla data di ricevimento della documentazione completa di cui al precedente articolo 3, per quanto riguarda la Garanzia Principale Caso Morte;
- dalla data di riconoscimento dello stato di Incapacità lavorativa specifica permanente dell'Assicurato, così come comunicata per iscritto all'Assicurato o a chi per esso in base al precedente articolo 6, per quanto riguarda la Garanzia Complementare Infortuni e Malattia.

Decorso tale termine, e a partire dal medesimo, sono dovuti gli interessi legali a favore dei Beneficiari.
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.

Art. 9. Prescrizione

Ai sensi dell'articolo 2952 Codice civile i diritti derivanti dal contratto di assicurazione sulla vita si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda.

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

Art. 10. Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e non reticenti. 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:
   - l'annullamento del contratto, da dichiarare al contraente - a cura dell'assicuratore - a pena di decadenza entro tre mesi dal giorno della conoscenza della inesattezza della dichiarazione (se tale conoscenza viene acquisita prima della verificazione di un sinistro). In tal caso l'Impresa ha diritto ai premi dovuti per il periodo di assicurazione in corso e, in ogni caso, al premio dovuto per il primo anno;
   - il mancato pagamento della somma assicurata se il sinistro si verifica prima che l'Impresa abbia conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
b) nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave:
   - in caso di verificazione di un Sinistro prima che l'Impresa abbia conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza o abbia dichiarato di voler recedere ai sensi di quanto previsto dal successivo alinea, la riduzione del capitale assicurato in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se fosse stato conosciuto il reale stato del rischio;
   - la facoltà dell'Impresa di recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui l'Impresa stessa ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

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

Qui di seguito riportiamo un esempio di riduzione del capitale assicurato in caso di decesso indicato in Proposta a causa di una dichiarazione reticente dell'Assicurato ai sensi dell'articolo 1893 del Codice civile (senza dolo o colpa grave).
Il caso riguarda il decesso dell'Assicurato avvenuto dopo cinque anni dalla decorrenza del contratto per il quale è stato pagato un Premio annuo della Garanzia Principale Caso Morte di € 1.050,00 pattuendo (per il "Caso Morte") la liquidazione di un capitale di € 50.000,00.

Causa del decesso è infarto del miocardio.
Dall'analisi della documentazione medica, emerge che l'Assicurato soffriva di diabete mellito già dieci anni prima della decorrenza del contratto e che in sede di sottoscrizione della Proposta e compilazione del relativo questionario sanitario non denunciava la propria anamnesi patologica remota.
Qualora tali dati patologici pregressi fossero stati resi noti in sede di sottoscrizione della Proposta, avrebbero comportato l'applicazione di un Premio annuo ricalcolato di € 2.050,00 a fronte del maggior rischio assunto con la stipula.
Il Premio annuo della Garanzia Principale Caso Morte al netto del Caricamento fisso di € 50,00 è pari a € 1.000,00 alla decorrenza e a € 2.000,00 al momento del ricalcolo.
Pertanto, il capitale assicurato in caso di decesso sarà riproporzionato in € 25.000,00 – secondo quanto prevede l'articolo 1893 Codice civile – tenendo conto della patologia non dichiarata all'atto della sottoscrizione e della differenza di premio. Per i dettagli sulla metodologia di calcolo del capitale ridotto si rimanda all'esempio riportato nel successivo articolo 11.2.

Art. 11. Cambiamenti dell'attività professionale dell'Assicurato, dello status tabagico o dell'attività sportiva praticata

11.1 Cambiamenti dell'attività professionale

I cambiamenti dell'attività professionale dell'Assicurato, oltre che i cambiamenti in termini di forma di lavoro con cui l'Assicurato svolge la propria attività professionale, devono essere comunicati all'Impresa con lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata (PEC) e l'Impresa, entro 15 giorni dalla ricezione della stessa, deve dichiarare le conseguenze che tali cambiamenti hanno sul contratto.

In particolare, le conseguenze sono:

- qualora la nuova attività professionale rientri tra quelle non assicurabili elencate all'articolo 2.3 lettera a) e, al contempo sia tale che l'Impresa:
  - non consenta la prosecuzione del contratto nemmeno per la sola Garanzia Principale Caso Morte, **il contratto si risolve**, salvo il diritto dell'Impresa al premio relativo al periodo di assicurazione in corso;
  - consenta la prosecuzione del contratto per la sola Garanzia Principale Caso Morte con applicazione di un Sovrappremio professionale, **il contratto si risolve per la sola Garanzia Complementare Infortuni e Malattia** (salvo il diritto dell'Impresa alla quota parte del premio dovuta per il periodo di assicurazione in corso) e l'Impresa provvede a comunicare al Contraente l'incremento del premio della Garanzia Principale Caso Morte);
  - consenta la prosecuzione del contratto per la sola Garanzia Principale Caso Morte senza applicazione di alcun Sovrappremio professionale oppure escludendo la nuova attività professionale dalla copertura assicurativa, **il contratto si risolve per la sola Garanzia Complementare Infortuni e Malattia** (salvo il diritto dell'Impresa alla quota parte del premio dovuta per il periodo di assicurazione in corso) mentre prosegue fino a scadenza per la sola Garanzia Principale Caso Morte, senza alcuna variazione del relativo premio;
- qualora la nuova attività professionale rientri tra quelle non assicurabili qualificabili come ad "elevata manualità" ai sensi dell'articolo 2.3 lettera b) ma non rientri tra quelle non assicurabili elencate all'articolo 2.3 lettera a), oppure la forma di lavoro rientri tra quelle non assicurabili ai sensi dell'articolo 5, **il contratto si risolve per la sola Garanzia Complementare Infortuni e Malattia** (salvo il diritto dell'Impresa alla quota-parte di premio dovuta per il periodo di assicurazione in corso) mentre prosegue fino a scadenza per la sola Garanzia Principale Caso Morte, senza alcuna variazione del relativo premio;
- qualora la nuova attività professionale e/o la forma di lavoro dovesse comportare un aggravio del rischio della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, tale per cui, se il nuovo stato di cose fosse esistito all'atto della sottoscrizione della Proposta, l'Impresa avrebbe consentito l'assicurazione per un premio più elevato, il contratto rimane in vigore e **l'Impresa provvede a rideterminare, a parità di premio, il capitale assicurato in caso di Infortunio o Malattia indicato in Proposta, riducendolo in proporzione del premio convenuto in confronto con quello che sarebbe stato dovuto** per la Garanzia Complementare Infortuni e Malattia (in base alla metodologia di calcolo evidenziata nell'esempio riportato al successivo articolo 11.2)**, oppure ad aumentare l'importo di premio della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia a parità di capitale assicurato.**
- qualora la nuova attività professionale e/o la forma di lavoro dovesse comportare una diminuzione del rischio della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, tale per cui, se il nuovo stato di cose fosse esistito all'atto della sottoscrizione della Proposta, l'Impresa avrebbe consentito l'assicurazione per un premio più basso, il contratto rimane in vigore e l'Impresa provvede a:
  - rideterminare il premio della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia riducendone l'importo a parità di capitale assicurato, con effetto a partire dalla prima data di pagamento premio immediatamente successiva alla data di

ricezione della comunicazione di cambio dell'attività professionale e/o forma di lavoro;
- rimborsare al Contraente la differenza tra l'ultimo premio pagato e quello dovuto, calcolata pro-rata temporis per il periodo di tempo intercorrente tra la data di ricezione della comunicazione di modifica dell'attività professionale e/o forma di lavoro e la data di pagamento premio immediatamente successiva rispetto al periodo di tempo complessivo intercorrente tra le due date di pagamento premio. Il rimborso avverrà al netto degli eventuali diritti di emissione e dell'imposta già versata.

- qualora la nuova attività professionale e/o la forma di lavoro non dovesse comportare alcun aggravio o diminuzione del rischio della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, il contratto rimane in vigore al medesimo premio e al medesimo capitale assicurato.

Se l'Impresa dichiara di voler modificare il contratto (elevando il premio o riducendo il capitale assicurato), **il Contraente, entro 15 giorni dalla ricezione della comunicazione/dichiarazione dell'Impresa, deve dichiarare se intende accettare la proposta di modifica contrattuale**.

In caso di mancata accettazione della modifica di premio o capitale assicurato, se la modifica riguarda:
- **la Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, tale garanzia si risolve e il contratto resta in vigore fino a scadenza per la sola Garanzia Principale Caso Morte**;
- **la Garanzia Principale Caso Morte, il contratto si risolve e i premi versati restano integralmente acquisiti all'Impresa.**

In caso di accettazione della modifica di premio o capitale assicurato:
- **la modifica del capitale assicurato ha effetto immediato**;
- **la modifica del premio ha effetto a partire dalla prima data di pagamento premio immediatamente successiva alla ricezione della comunicazione di modifica della professione dell'Assicurato**. In caso di Sinistro nel periodo intercorrente tra la data di ricezione da parte dell'Impresa della comunicazione di cambio dell'attività professionale e/o forma di lavoro e la prima data di pagamento premio immediatamente successiva, il capitale liquidato sarà pari al capitale assicurato indicato in Proposta ridotto in misura proporzionale (in base alla metodologia di calcolo evidenziata nell'esempio riportato al successivo articolo 11.2).

Qualora l'Assicurato, oltre all'attività professionale dichiarata alla sottoscrizione della Proposta (o successivamente, in caso di variazioni), inizi ad esercitare anche un'ulteriore attività professionale non assicurabile, **tale ultima attività non sarà inclusa nella copertura assicurativa e pertanto non sarà liquidato alcun capitale in caso di Sinistro cagionato, conseguente o comunque derivante dall'esercizio di tale attività.**

Nei casi in cui, dalla documentazione prodotta in sede di denuncia del Sinistro o durante la fase di accertamento, dovesse emergere che l'attività professionale effettivamente svolta dall'Assicurato al momento del Sinistro e/o la forma di lavoro con cui tale attività è svolta, non coincide con quella dichiarata in Proposta (o successivamente, in caso di variazioni), trova applicazione quanto segue:
- qualora la nuova attività professionale rientri tra quelle non assicurabili elencate all'articolo 2.3 lettera a) e al contempo sia tale che l'Impresa:
  - non avrebbe consentito la prosecuzione del contratto nemmeno per la sola Garanzia Principale Caso Morte, **l'Impresa**:
    - **non riconosce la prestazione in caso di decesso** se il Sinistro **è stato** cagionato, è conseguente o comunque derivante dall'esercizio della nuova attività professionale;
    - **non riconosce la prestazione in caso di Infortunio o Malattia**;

    e il contratto si risolve, salvo il diritto dell'Impresa al premio relativo al periodo di assicurazione in corso;
  - avrebbe consentito la prosecuzione del contratto per la sola Garanzia Principale Caso Morte con applicazione di un Sovrappremio professionale, **l'Impresa**:
    - liquida il capitale assicurato in caso di decesso indicato in Proposta - **ridotto in misura proporzionale** in base alla metodologia di calcolo evidenziata nell'esempio riportato al successivo articolo 11.2 se il Sinistro caso morte **è stato** cagionato, è conseguente o comunque derivante dall'esercizio della nuova attività professionale - e il contratto si risolve;
    - **non riconosce la prestazione in caso di Infortunio o Malattia e il contratto si risolve per la sola Garanzia Complementare Infortuni e Malattia** (salvo il diritto dell'Impresa alla quota-parte del premio dovuta per il periodo di assicurazione in corso) e l'Impresa provvede a comunicare al Contraente l'incremento del premio della Garanzia Principale Caso Morte;
  - avrebbe consentito la prosecuzione del contratto per la sola Garanzia Principale Caso Morte senza applicazione di alcun Sovrappremio professionale oppure escludendo la nuova attività professionale dalla copertura assicurativa, **l'Impresa**:

- liquida il capitale assicurato in caso di decesso indicato in Proposta e il contratto si risolve, se la nuova attività professionale sarebbe stata inclusa nella copertura assicurativa oppure se sarebbe stata esclusa e il Sinistro **non è stato** cagionato, non è conseguente o comunque derivante dall'esercizio della nuova attività professionale;
- **non riconosce la prestazione in caso di decesso e il contratto si risolve**, se la nuova attività professionale sarebbe stata esclusa dalla copertura assicurativa e il Sinistro **è stato** cagionato, è conseguente o comunque derivante dall'esercizio della nuova attività professionale;
- **non riconosce la prestazione prevista dalla Garanzia Complementare Infortunio e Malattia e il contratto si risolve per la sola Garanzia Complementare Infortuni e Malattia** (salvo il diritto dell'Impresa alla quota-parte del premio dovuta per il periodo di assicurazione in corso) mentre prosegue fino a scadenza per la sola Garanzia Principale Caso Morte, senza alcuna variazione del relativo premio;

- qualora la nuova attività professionale rientri tra quelle non assicurabili qualificabili come ad "elevata manualità" ai sensi dell'articolo 2.3 lettera b) ma non rientri tra quelle non assicurabili elencate all'articolo 2.3 lettera a), oppure la forma di lavoro rientri tra quelle non assicurabili ai sensi dell'articolo 5, l'**Impresa**:
  - liquida il capitale assicurato in caso di decesso indicato in Proposta e il contratto si risolve;
  - **non riconosce la prestazione in caso di Infortunio o Malattia e il contratto si risolve per la sola Garanzia Complementare Infortuni e Malattia** (salvo il diritto dell'Impresa alla quota-parte di premio dovuta per il periodo di assicurazione in corso) mentre prosegue fino a scadenza per la sola Garanzia Principale Caso Morte, senza alcuna variazione del relativo premio;
- qualora la nuova attività professionale e/o la forma di lavoro dovesse comportare un aggravio del rischio della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, tale per cui, se il nuovo stato di cose fosse esistito all'atto della sottoscrizione della Proposta, l'Impresa avrebbe consentito l'assicurazione per un premio più elevato, **l'Impresa**:
  - liquida il capitale assicurato in caso di decesso indicato in Proposta e il contratto si risolve;
  - liquida il capitale assicurato in caso di Infortunio o Malattia indicato in Proposta **ridotto in proporzione del premio convenuto in confronto con quello che sarebbe stato dovuto** (in base alla metodologia di calcolo evidenziata nell'esempio riportato al successivo articolo 11.2) e il contratto rimane in vigore per la Garanzia Principale Caso Morte, senza alcuna variazione del relativo premio;
- qualora la nuova attività professionale e/o la forma di lavoro dovesse comportare una diminuzione del rischio della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, tale per cui, se il nuovo stato di cose fosse esistito all'atto della sottoscrizione della Proposta, l'Impresa avrebbe consentito l'assicurazione per un premio più basso, l'Impresa:
  - liquida il capitale assicurato in caso di decesso indicato in Proposta e il contratto si risolve;
  - liquida il capitale assicurato in caso di Infortunio o Malattia indicato in Proposta, incrementato in proporzione del premio convenuto in confronto con quello che sarebbe stato dovuto (in base alla metodologia di calcolo evidenziata nell'esempio riportato al successivo articolo 11.2) e il contratto rimane in vigore per la Garanzia Principale Caso Morte, senza alcuna variazione del relativo premio. L'importo liquidato non potrà essere superiore a 400.000 euro. Nel caso in cui in capo all'Assicurato vi siano più contratti Lovia Twin, la somma degli importi liquidati in caso di Infortunio o Malattia dai contratti Lovia Twin aventi il medesimo Assicurato non potrà essere superiore a 400.000 euro;
- qualora la nuova attività professionale e/o la forma di lavoro non dovesse comportare alcun aggravio o diminuzione del rischio della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, **l'Impresa**:
  - liquida il capitale assicurato in caso di decesso e il contratto si risolve;
  - liquida il capitale assicurato in caso di Infortunio o Malattia e il contratto rimane in vigore per la Garanzia Principale Caso Morte, senza alcuna variazione del relativo premio o capitale assicurato.

In ogni caso, la variazione dell'attività professionale comunicata all'Impresa o rilevata in sede di Sinistro diventa efficace solo nel momento in cui l'Impresa ne faccia annotazione su apposita appendice, che diviene parte integrante del contratto.

11.2 Cambiamenti dello status tabagico

L'Assicurato è definito "Fumatore" se dichiara di fumare o di aver fumato sigarette, sigarette elettroniche (escluse sigarette elettroniche di tipo IQOS), sigari, pipa o altro negli ultimi 12 mesi. In considerazione di tale dichiarazione, viene applicata la tariffa dedicata all'Assicurato "Fumatore" oppure quella dedicata all'Assicurato "Non Fumatore".

Qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato dichiaratosi "Non Fumatore" modifichi il proprio status tabagico in "Fumatore", il Contraente - o l'Assicurato, se persona diversa - è tenuto ad informarne immediatamente l'Impresa mediante comunicazione scritta. A seguito di tale comunicazione, l'Impresa effettuerà una nuova valutazione del rischio applicando la tariffa relativa all'Assicurato "Fumatore" e riservandosi di rideterminare il premio pattuito. **Il premio aumentato sarà dovuto a**

partire dalla ricorrenza annuale del contratto successiva al ricevimento della comunicazione di modifica dello status tabagico.
L'aumento del premio avverrà mantenendo inalterato il capitale assicurato.
Nel caso in cui l'Assicurato, trovandosi nello status tabagico di "Fumatore", invii all'Impresa una dichiarazione attestante che ha smesso di fumare da almeno 12 mesi, l'Impresa - subordinatamente agli esiti degli esami medici eventualmente richiesti per accertare l'insorgenza di patologie derivanti dalla passata abitudine di fumo – applicherà la tariffa relativa all'Assicurato "Non Fumatore" con conseguente riduzione del premio, a parità di capitale assicurato. La riduzione del premio avrà effetto a partire dalla ricorrenza annuale del contratto successiva alla ricezione della comunicazione di modifica dello status tabagico.
I costi degli accertamenti sanitari eventualmente richiesti saranno a carico dell'Assicurato.
In caso di mancata comunicazione della modifica dello status tabagico dell'Assicurato da "Non Fumatore" a "Fumatore", in caso di Sinistro, una volta verificato lo status di "Fumatore" sulla base dei riscontri derivanti dagli accertamenti sanitari, l'Impresa applicherà una riduzione del capitale assicurato sulla base della tariffa dedicata all'Assicurato "Fumatore".

Riportiamo un esempio di riduzione del capitale assicurato in caso di decesso qualora l'Assicurato modifichi lo status tabagico da "Non Fumatore" a "Fumatore" in corso di contratto senza darne comunicazione all'Impresa.

Capitale ridotto dell'Assicurato "Non Fumatore" che al momento della liquidazione della prestazione in caso di decesso, in base ai riscontri sanitari, sia risultato "Fumatore":

Cr = C x (P / Pr)
Dove:
Cr = capitale ricalcolato (ridotto in questo esempio, per modifica status tabagico)
C = capitale assicurato (400.000,00 euro, pari al capitale assicurato in caso di decesso indicato in Proposta)
P = premio al netto del Caricamento fisso (1.000,00 euro, pari al Premio annuo della Garanzia Principale Caso Morte indicato in Proposta al netto del Caricamento fisso di 50,00 euro, per Assicurato "Non Fumatore")
Pr = premio ricalcolato al netto del Caricamento fisso (1.200,00 euro, pari al Premio annuo della Garanzia Principale Caso Morte ricalcolato dall'Impresa al netto del Caricamento fisso di 50,00 euro, se l'Assicurato si fosse dichiarato "Fumatore")

Calcolo del capitale ridotto
Cr = 400.000,00 x (1.000,00/1.200,00)
Cr = 400.000,00 x 0.833 = **333.333,33** euro

11.3 Cambiamenti dell'attività sportiva praticata
Nel caso in cui l'Assicurato inizi a praticare una nuova attività sportiva non assicurabile o assicurabile con Sovrappremio, tra quelle elencate al precedente articolo 2.4, 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 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. **L'Impresa informerà il Contraente sull'eventuale maggiorazione di premio dovuta o sull'esclusione della nuova attività sportiva praticata dalla copertura assicurativa (principale, complementare o entrambe le coperture).**
In caso di mancata comunicazione della nuova attività sportiva praticata - non assicurabile o assicurabile con Sovrappremio - in caso di Sinistro, una volta verificato che il Sinistro sia stato cagionato, sia conseguente o comunque derivante dalla pratica di questa nuova attività sportiva, **l'Impresa:**
- **applicherà una riduzione del capitale assicurato** in modo proporzionale (in base alla metodologia di calcolo evidenziata all'esempio riportato al precedente articolo 11.2.) nel caso in cui la nuova attività sportiva sia assicurabile con Sovrappremio;
- non liquiderà la relativa prestazione, nel caso in cui la nuova attività sportiva non sia assicurabile.

Quando e come devo pagare?

Art. 12 Premi

Calcolo del Premio annuo
Le prestazioni assicurate di cui al precedente articolo 1 sono garantite previo pagamento da parte del Contraente di un Premio annuo la cui entità varia in relazione al capitale assicurato di ciascuna garanzia, alla durata del contratto e dell'eventuale diversa durata della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, all'Età computabile dell'Assicurato alla decorrenza del contratto, al suo stato di salute, al suo status tabagico, all'attività professionale esercitata e alle eventuali attività sportive praticate.

In particolare:

- Garanzia Principale Caso Morte:

Il Premio annuo della Garanzia Principale Caso Morte è fisso e costante per tutta la durata del contratto.

- Garanzia Complementare Infortuni e Malattia

Nel caso in cui la durata del contratto è minore o uguale a dieci anni, il Premio annuo della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia è fisso e costante per tutta la durata del contratto.

Il Premio annuo complessivo si ottiene sommando il Premio annuo della Garanzia Principale Caso Morte con il Premio annuo della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia. Nel dettaglio:

- Il Premio annuo della Garanzia Principale Caso Morte si ottiene moltiplicando il relativo tasso di premio – individuato in funzione della durata contrattuale, dell'Età computabile dell'Assicurato alla decorrenza del contratto, del suo stato di salute, del suo status tabagico e delle eventuali attività sportive praticate – per l'importo del capitale assicurato in caso di decesso indicato in Proposta.
  Al Premio annuo così ottenuto viene aggiunto un importo fisso di 50 euro, a titolo di Caricamento fisso.
- Il Premio annuo della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia si ottiene moltiplicando il relativo tasso di premio – individuato in funzione della durata contrattuale (o della durata della Garanzia Complementare, se inferiore), dell'Età computabile dell'Assicurato alla decorrenza del contratto, del suo stato di salute, del suo status tabagico, dell'attività professionale esercitata e delle eventuali attività sportive praticate – per l'importo del capitale assicurato in caso di Infortunio o Malattia indicato in Proposta.

Cambiamento del Premio annuo

Nel caso in cui la durata del contratto – o della Garanzia Complementare, se inferiore – è maggiore di dieci anni, il Premio annuo della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia è fisso e costante per i primi dieci anni. Dopodiché, in qualsiasi momento, **nel caso in cui 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 tali da richiedere una modifica delle basi statistiche sottostanti alla tariffa, l'Impresa si riserva la facoltà di variare il Premio annuo della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia applicato al contratto**, senza necessità per l'Assicurato di compilare un nuovo questionario sanitario o di sottoporsi ad ulteriori accertamenti sanitari. La modifica del Premio annuo della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia applicato al contratto non può avvenire più di una volta nel corso del contratto.
Nel caso in cui, in base alle suindicate condizioni, si renda necessario aumentare il Premio annuo della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia applicato al contratto, l'Impresa ne dà comunicazione al Contraente entro sei mesi dalla ricorrenza annua di contratto. Per i contratti la cui ricorrenza annua cade entro i sei mesi dalla data di comunicazione della variazione del Premio annuo della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, la ricorrenza annua in cui ha effetto tale variazione è la seconda successiva. Nella comunicazione l'Impresa darà la possibilità al Contraente di rifiutare l'incremento del Premio annuo optando per la riduzione del capitale assicurato in caso di Infortunio o Malattia indicato in Proposta, nella misura riportata nella comunicazione stessa.
Il Contraente, entro 30 giorni antecedenti la ricorrenza annua del contratto in cui avrà effetto la variazione del Premio annuo della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, avrà la possibilità di:

- **rifiutare l'adeguamento del Premio annuo della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia accettando la riduzione del capitale assicurato in caso di Infortunio o Malattia. Questa opzione è adottata anche in mancanza di una scelta espressa da parte del Contraente;**
- **accettare espressamente l'adeguamento del Premio annuo della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, fermo restando il capitale assicurato in caso di Infortunio o Malattia;**
- **rifiutare espressamente l'adeguamento del Premio annuo della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia**. In tal caso, si genereranno i seguenti effetti:
  a) la risoluzione della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, **con la conseguenza che non si fruirà più della relativa copertura**;
  b) il rimborso della differenza tra la somma dei premi pagati per la Garanzia Complementare Infortuni e Malattia fino alla data di risoluzione della Garanzia in questione e la somma dei premi che avrebbe dovuto pagare qualora il periodo di durata ridotta fosse stato conosciuto fin dall'origine del contratto. Il rimborso avverrà al netto degli eventuali diritti di emissione e delle imposte già versate;
  c) per la durata contrattuale residua, il Contraente continuerà a pagare il Premio annuo della Garanzia Principale Caso Morte, per l'importo pattuito in origine, con la conseguenza che continuerà a beneficiare della relativa copertura.

Pagamento del Premio annuo

Il pagamento del Premio annuo può essere frazionato in rate mensili, trimestrali o semestrali. In tal caso il pagamento delle rate di Premio annuo dovrà essere effettuato rispettivamente ad ogni ricorrenza mensile, trimestrale o semestrale della data di decorrenza del contratto. **In caso di frazionamento del Premio annuo, le rate in cui viene suddiviso il Premio annuo sono maggiorate della seguente addizionale di frazionamento:**

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

Qualora il contratto venga assunto con visita medica, al Premio annuo relativo alla prima annualità del contratto vengono aggiunte le spese di emissione del contratto di 50,00 euro.

Il Premio annuo, o le rate di Premio annuo, potranno essere pagate esclusivamente con le seguenti modalità:

- assegni bancari muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'agente (persona fisica o giuridica) in qualità di Agente di Allianz S.p.A.;
- bonifico bancario intestato all'Agente (persona fisica o giuridica) in qualità di Agente di Allianz S.p.A., fermo restando che per specifiche esigenze procedurali l'Impresa si riserva di richiedere che il bonifico venga intestato ad Allianz S.p.A.;
- bollettino postale (in tal caso verrà considerata come data di pagamento del premio quella apposta dall'ufficio postale);
- carta di debito/credito;
- SDD (Sepa Direct Debit) 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 vita preesistente stipulato con l'Impresa.

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

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 13. Decorrenza 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 da parte dell'Impresa, 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 pattuito, fatti salvi gli eventuali periodi di Carenza previsti al precedente articolo 2.2**. L'Impresa darà prontamente avviso al Contraente dell'avvenuta conclusione del contratto, inviando apposita comunicazione e rilasciando altresì la 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 pronta comunicazione al Contraente e provvederà entro 30 giorni dalla comunicazione di mancata accettazione della Proposta alla restituzione delle somme eventualmente versate.

Art. 14. Durata e limiti di età

La durata del contratto non può essere inferiore ad 1 anno né superiore a 20 anni, avuto riguardo all'Età computabile dell'Assicurato che, alla scadenza contrattuale, non può essere maggiore di 80 anni.
La durata della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia è pari alla durata contrattuale, a meno che l'Età computabile dell'Assicurato alla scadenza contrattuale non sia maggiore di 67 anni. **In tal caso la Garanzia Complementare Infortuni e Malattia terminerà alla ricorrenza annua di contratto in cui l'Assicurato compie 67 anni (Età computabile).**

Nel caso in cui, prima della scadenza contrattuale – o della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, se inferiore – l'Assicurato cominci a conseguire la propria pensione o inizi a beneficiare di misure che gli consentano di anticipare il pensionamento (quali ad esempio lo scivolo pensionistico), dovrà darne comunicazione scritta all'Impresa. A seguito di tale comunicazione, **la Garanzia Complementare Infortuni e Malattia verrà risolta e non sarà più dovuto il relativo Premio annuo. Il contratto rimarrà in vigore per la sola Garanzia Principale Caso Morte e continueranno ad essere dovuti i relativi premi assicurativi.**

Nel caso in cui l'Assicurato decida di posticipare il pensionamento oltre la scadenza contrattuale – o della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, se inferiore – **entrambe le garanzie (Principale Caso Morte e Complementare Infortuni e Malattia) termineranno comunque alla data di scadenza originariamente pattuita.**

Nel caso in cui la durata della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia dovesse essere superiore a dieci anni e il Contraente dovesse rifiutare l'eventuale proposta di incremento del Premio annuo formulata dall'Impresa, il rifiuto varrà come recesso dalla Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, che si considererà risolta ai sensi del precedente articolo 12.

Il contratto può essere stipulato sulla vita di soggetti assicurati maggiorenni che, alla data di decorrenza dello stesso, abbiano un'Età computabile non superiore a 60 anni.

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

Art. 15. Revoca della Proposta

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

Art. 16. Recesso dal contratto

Entro 30 giorni dalla data di ricezione della comunicazione di avvenuta conclusione del contratto, il Contraente potrà recedere dal contratto medesimo (ai sensi dell'articolo 177 D. Lgs. 209/2005), mediante comunicazione scritta all'Impresa contenente gli elementi identificativi del contratto e indicando le coordinate bancarie ove effettuare il rimborso, da inviarsi a mezzo lettera raccomandata A/R indirizzata 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.
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, o della mail di posta elettronica certificata (PEC).**
Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di Recesso l'Impresa è tenuta a rimborsare al Contraente il premio da questi corrisposto al netto: delle imposte relative alla Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, nonché delle spese di emissione del contratto effettivamente sostenute e quantificate in Proposta.

Art. 17. Mancato pagamento del Premio annuo: risoluzione

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, fatto salvo quanto previsto dal successivo articolo 19.
Qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato, o l'Incapacità lavorativa specifica permanente dovuta a Infortunio o Malattia, durante il Periodo di interruzione del pagamento del Premio annuo, non è dovuta alcuna prestazione da parte dell'Impresa.

Sono previsti riscatti e riduzioni?

Art. 18. Riscatto e Riduzione

Il contratto **non prevede il diritto di Riscatto** e **non riconosce alcun valore di Riduzione** in caso di interruzione del pagamento del Premio annuo.

Art. 19. Ripresa del pagamento del Premio annuo: Riattivazione

Il Contraente, entro sei mesi dalla data di interruzione del pagamento del Premio annuo, **ha comunque facoltà di riattivare il contratto. La Riattivazione è possibile previa corresponsione di tutti i premi arretrati aumentati degli interessi legali calcolati in funzione del periodo di tempo intercorso tra le rispettive date di scadenza del pagamento del premio e la data di ripresa del versamento del premio.**

Qualora siano trascorsi sei mesi dalla data di interruzione del pagamento del Premio annuo, la Riattivazione può avvenire solo dietro 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 dell'importo dovuto (premi arretrati ed interessi legali) le prestazioni assicurate di cui all'articolo 1.
In ogni caso **la Riattivazione del contratto sarà possibile solo a condizione che l'Assicurato, nel frattempo, non abbia cambiato la propria attività professionale rispetto a quella dichiarata in Proposta (o successivamente, in caso di variazioni) prima dell'interruzione del pagamento del Premio annuo**.
La Riattivazione del contratto non è in ogni caso esercitabile trascorsi 24 mesi dalla scadenza del Premio annuo o della prima rata di Premio annuo non pagata.
Qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato o l'Incapacità lavorativa specifica permanente - dovuta a Infortunio o Malattia a cui consegua la cessazione dell'attività professionale dichiarata in Proposta (o successivamente, in caso di variazioni) - durante il Periodo di interruzione del pagamento del Premio annuo, **il Contraente o i suoi eredi non possono corrispondere i premi arretrati per riattivare il contratto e nulla è dovuto da parte dell'Impresa**.

Altre informazioni

Art. 20. Beneficiari

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare e modificare tale designazione, fatto salvo quanto disposto al terzo capoverso del presente articolo.
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.
In conformità a quanto previsto dall'articolo 1921 del Codice civile, **la designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata dal Contraente o dai suoi eredi nei seguenti casi:**

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

In tali casi, le operazioni di pegno o vincolo della Polizza richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.
Ai sensi dell'articolo 1920 del Codice civile, i Beneficiari acquistano, per effetto della designazione, un diritto proprio 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'articolo 1412, comma 2, del Codice civile applicabile in caso di premorienza del Beneficiario designato.

Art. 21. Non pignorabilità e non sequestrabilità

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

Art. 22. Cessione, pegno e vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. **Tali atti diventano efficaci solo nel momento in cui l'Impresa ne faccia annotazione sulla Polizza o su apposita appendice, che diviene parte integrante del contratto**.

Art. 23. Tasse e imposte

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

Art. 24. Collegio Arbitrale

Il Contraente ha la facoltà di ricorrere ad un Collegio Arbitrale entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione dell'Impresa contenente il rifiuto del riconoscimento dello stato d'Incapacità lavorativa specifica permanente dell'Assicurato.

Il ricorso al Collegio Arbitrale deve essere comunicato all'Impresa mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC).
Il Collegio Arbitrale sarà composto da tre 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. 25. 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. 26. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

Condizioni di assicurazione

GLOSSARIO

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

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

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

Carenza
Periodo durante il quale le garanzie assicurative sono sospese e quindi non sono efficaci.

Caricamento fisso
Parte del Premio annuo della Garanzia Principale Caso Morte trattenuta dall'Impresa in importo fisso e destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi dell'Impresa.

Condizioni di assicurazione
Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

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

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.

Fumatore
L'Assicurato è definito "Fumatore" se dichiara di fumare o di aver fumato sigarette, sigarette elettroniche (escluse sigarette elettroniche di tipo IQOS), sigari, pipa o altro negli ultimi 12 mesi.

Garanzia Principale Caso Morte (o Garanzia Principale)
Garanzia che prevede la liquidazione del capitale assicurato indicato in Proposta in caso di decesso dell'Assicurato.

Garanzia Complementare Infortuni e Malattia (o Garanzia Complementare)
Garanzia che prevede la liquidazione del capitale assicurato indicato in Proposta in caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato che ne determini l'Incapacità lavorativa specifica permanente ed a cui consegua la cessazione dell'attività professionale dichiarata in Proposta (o successivamente, in caso di variazioni).

Impresa
Allianz S.p.A.

Incapacità lavorativa specifica permanente
Incapacità dell'Assicurato a svolgere la specifica attività professionale dichiarata in Proposta (o successivamente, in caso di variazioni) in modo permanente e irreversibile.

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

IVASS
Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione. Il 1° gennaio 2013 l'IVASS è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP.

Malattia
Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da Infortunio.

Non Fumatore
L'Assicurato è definito "Non Fumatore" se dichiara di non fumare e di non aver mai fumato sigarette, sigarette elettroniche (escluse sigarette elettroniche di tipo IQOS), sigari, pipa o altro negli ultimi 12 mesi.

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

Condizioni di assicurazione

Polizza
Documento cartaceo che disciplina e prova l'esistenza del contratto di assicurazione.

Premio annuo
Importo che il Contraente si impegna a corrispondere annualmente 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
Diritto del Contraente di far cessare gli effetti del contratto, in via unilaterale, con propria manifestazione di volontà a condizione che la manifestazione di volontà venga a conoscenza dell'Impresa.

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

Riattivazione del contratto
Facoltà del Contraente di ripristinare l'efficacia del contratto riprendendo, entro i termini e secondo le modalità indicate nelle Condizioni di assicurazione, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi.

Riduzione
Facoltà del Contraente, regolata dal contratto sottoscritto, di sospendere il pagamento del Premio annuo e di mantenere in vigore il contratto fino alla scadenza per un capitale proporzionalmente ridotto rispetto a quello iniziale.

Riscatto
Diritto riconosciuto al Contraente, regolato dal contratto sottoscritto, di interrompere anticipatamente il rapporto assicurativo e di ottenere un capitale (ridotto) dall'Impresa.

Sinistro
Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto (decesso e/o Infortunio o Malattia che ne determini l'Incapacità lavorativa specifica permanente ed a cui consegua la cessazione dell'attività professionale dichiarata in Proposta (o successivamente, in caso di variazioni)dell'Assicurato) e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata.

Sovrappremio
Maggiorazione di premio richiesta dall'Impresa nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio e presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (Sovrappremio sanitario) oppure svolga attività professionali o sportive con rischio di accadimento del Sinistro più grave di quelle normali (Sovrappremio professionale o sportivo).

Tasso di sinistrosità
Percentuale di sinistri riferibili ad un'area geografica, ad una categoria di assicurati oppure ad uno specifico rischio.

Allianz

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 _____

QUESTIONARIO SULLO STATO PROFESSIONALE DELL'ASSICURATO

Si prega di rispondere al presente questionario sullo stato professionale dell'assicurato al momento in cui le conseguenze della malattia o dell'infortunio hanno determinato la presunta perdita permanente ed irreversibile della sua capacità lavorativa specifica, scrivendo possibilmente in stampatello e rispondendo in maniera chiara ed esauriente a tutte le domande.

Assicurato: _____ |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| _____
Cognome e Nome — Codice Fiscale — Età (anni)

_____/ _____ / _____ _____
Data di nascita — Luogo di nascita

_____
Professione svolta al momento in cui le conseguenze della malattia o dell'infortunio hanno determinato la presunta perdita permanente ed irreversibile della capacità lavorativa specifica

_____ _____ _____ _____ _____
Indirizzo di residenza (da utilizzarsi anche come indirizzo di corrispondenza) — N. civico — CAP — Comune — Provincia

_____ _____
telefono — Indirizzo e-mail

Stato professionale

1. A quale fra le seguenti categorie apparteneva al momento in cui le conseguenze della malattia o dell'infortunio hanno determinato la presunta perdita permanente ed irreversibile della sua capacità lavorativa specifica?

- ☐ Lavoratore dipendente privato a tempo indeterminato
- ☐ Lavoratore dipendente pubblico a tempo indeterminato
- ☐ Libero professionista iscritto all'Albo e alla Cassa previdenziale di pertinenza
- ☐ Disoccupato
- ☐ Pensionato
- ☐ Altro (specificare): _____

Nel caso in cui abbia risposto "Pensionato", il pagamento della prestazione relativa alla garanzia complementare obbligatoria Infortuni e Malattia è escluso; pertanto, non è necessario proseguire oltre nella compilazione del presente Questionario sullo stato professionale, così come non è necessario far compilare al suo medico curante (medico di famiglia) la Relazione medica allegata.
Negli altri casi, il riconoscimento della prestazione verrà valutato sulla base della documentazione medico sanitaria prodotta, delle risposte fornite al presente Questionario e alla Relazione del medico curante (medico di famiglia) allegata, oltre che sulla base dell'ulteriore documentazione e degli ulteriori accertamenti sanitari eventualmente richiesti.

*****

2. SI ☐ È od era iscritto ad una Cassa previdenziale al momento in cui le conseguenze della malattia o dell'infortunio hanno determinato la presunta perdita permanente ed irreversibile della sua capacità lavorativa specifica? In questo caso, indicare di seguito a quale Cassa previdenziale è od era iscritto:

_____

NO ☐

*****

3. Nel caso in cui abbia risposto **"Disoccupato"** alla domanda n. 1, con quale forma di lavoro svolgeva la sua professione prima di divenire disoccupato?

- ☐ Lavoratore dipendente privato a tempo indeterminato
- ☐ Lavoratore dipendente pubblico a tempo indeterminato
- ☐ Libero professionista iscritto all'Albo e alla Cassa previdenziale di pertinenza
- ☐ Altro (specificare): _____

*****

4. Nel caso in cui abbia risposto **"Disoccupato"** alla domanda n. 1, qual era l'ultima professione svolta prima di divenire disoccupato?

_____

*****

5. Nel caso in cui abbia risposto **"Disoccupato"** alla domanda n. 1, qual è la data in cui ha cessato l'ultima professione svolta prima di divenire disoccupato?

_____

Dichiarazioni dell'Assicurato

- dichiaro ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte fornite sul mio stato professionale al momento in cui le conseguenze della malattia o dell'infortunio hanno determinato la presunta perdita permanente ed irreversibile della mia capacità lavorativa specifica – anche se materialmente scritte da altri – sono veritiere ed esatte e che non è stata taciuta, omessa o alterata alcuna circostanza e riconosco che le stesse sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del sinistro da parte dell'Impresa

Firma dell'Assicurato/Rappresentante legale ► _____

Luogo e data _____

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

Allianz

RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE
sulla causa di malattia o infortunio determinante lo stato di incapacità lavorativa specifica permanente dell'assicurato e sulle sue condizioni sanitarie pregresse

Si prega di redigere la presente relazione, scrivendo possibilmente in stampatello e rispondendo in maniera chiara ed esauriente a tutte le domande. L'Assicurato, sottoscrivendo la proposta di assicurazione, ha prosciolto dal segreto professionale e legale tutti i medici che possono averlo visitato o curato. 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 di nascita

_____
Professione svolta al momento in cui le conseguenze della malattia o dell'infortunio hanno determinato la presunta perdita permanente ed irreversibile della capacità lavorativa specifica

_____ _____ _____ _____ _____
Indirizzo di residenza (da utilizzarsi anche come indirizzo di corrispondenza) — N. civico — CAP — Comune — Provincia

_____ _____
telefono — Indirizzo e-mail

Evento che ha causato l'incapacità lavorativa specifica permanente dell'Assicurato

Diagnosi della malattia/infortunio iniziale e data di insorgenza:

_____

*****

Eventuali co-patologie/fattori di rischio presenti:

_____

*****

1. SI ☐ Lei è il medico curante (medico di famiglia) dell'Assicurato? In questo caso, specificare da quale epoca e fornire dettagli su visite da lei effettuate in merito a patologie di rilievo:

_____

_____

NO ☐ Si prega di fornire, se ne è a conoscenza, il nominativo e l'indirizzo del medico curante (medico di famiglia):

_____

*****

2. Quando fu consultato per la prima volta dall'Assicurato in merito alla malattia/infortunio che ha causato il presunto stato di incapacità lavorativa specifica permanente dello stesso?

_____

*****

3. SI ☐ Per la malattia/infortunio che ha causato il presunto stato di incapacità lavorativa specifica permanente dell'Assicurato, per quanto le è dato di sapere, furono consultati altri medici? In questo caso, si prega di fornire i relativi dettagli:

_____

NO ☐

*****

4. Da quali sintomi/segni venne dedotta la natura di tale malattia/tale infortunio?

_____

_____

*****

5. Quando ebbero inizio tali sintomi?

_____

*****

6. SI ☐ Sono stati effettuati esami ematochimici e/o strumentali e/o visite specialistiche per la diagnosi di tale malattia/tale infortunio? In questo caso, specificare il tipo di esami, visite, ecc., le relative date e gli esiti:

_____

_____

NO ☐

*****

7. SI ☐ L'Assicurato presentava già preesistenti invalidità? In questo caso, specificare data di insorgenza e cause sottostanti:

_____

_____

NO ☐

*****

8. SI ☐ La malattia/l'infortunio che ha generato la denuncia di sinistro per incapacità lavorativa specifica permanente è connesso a processi patologici preesistenti o a infortuni preesistenti? In questo caso, specificare quali:

_____

_____

NO ☐

*****

9. SI ☐ Qualora la denuncia di sinistro per incapacità lavorativa specifica permanente fosse connessa ad un processo patologico preesistente o a infortuni preesistenti, è in grado di stabilire la data in cui si sono manifestati tali disturbi pregressi? In questo caso, specificare tale data:

_____

NO ☐

*****

10. SI ☐ Ritiene che questi disturbi, anteriori alla causa generante la denuncia di sinistro per incapacità lavorativa specifica permanente, abbiano potuto esercitare qualche influenza su questa?

NO ☐

*****

11. SI ☐ Ritiene che questi disturbi avrebbero potuto determinare, in un tempo più o meno lungo, lo stato attuale di presunta incapacità lavorativa specifica permanente anche in assenza dell'ultima malattia/ultimo evento traumatico?

NO ☐

*****

12. SI ☐ In considerazione dell'attuale presunto stato invalidante sofferto dall'Assicurato, ritiene che lo stesso abbia perso in modo totale permanente ed irreversibile la capacità fisica e/o mentale di svolgere la propria attività professionale? In questo caso, si prega di fornire i relativi dettagli in merito alle limitazioni fisiche e/o mentali sofferte dall'Assicurato:

_____

_____

NO ☐

*****

13. In caso di possibile recupero delle capacità fisiche e/o mentali, quando ritiene che l'Assicurato potrà indicativamente riprendere a svolgere la sua attività professionale?

_____

_____

*****

14. SI ☐ Ritiene che l'Assicurato potrà riprendere a svolgere la propria attività professionale specifica, nonché le proprie mansioni, senza limitazioni?

NO ☐ in questo caso, si prega di fornire dettagli in merito alle mansioni che non potranno più essere svolte:

_____

_____

*****

15. SI ☐ Nel caso in cui la professione sopra dichiarata dall'Assicurato fosse stata esercitata in qualità di dipendente (a tempo indeterminato), e alla domanda precedente si fosse rilevato che l'Assicurato non è più in grado di svolgere la propria attività professionale specifica a causa della malattia/dell'infortunio, generanti la denuncia del sinistro per incapacità lavorativa specifica permanente, l'Assicurato potrà essere ricollocato e adibito ad altra mansione dal proprio datore di lavoro alla luce delle valutazioni effettuate? In questo caso, si prega di fornire dettagli in merito alle nuove mansioni che l'Assicurato potrebbe svolgere una volta recuperate le capacità fisiche e/o mentali:

_____

_____

NO ☐

*****

16. SI ☐ L'Assicurato conosceva la natura della malattia causa della sua presunta incapacità lavorativa specifica permanente o quella relativa a processi patologici preesistenti?

NO ☐

*****

17. Quali malattie, infortuni o fattori di rischio risultano dall'anamnesi dell'Assicurato? Si prega di fornire i relativi dettagli e le relative date di primo riscontro:

_____

_____

*****

18. SI ☐ l'Assicurato fumava o fuma? In questo caso, se fuma sigarette si prega di specificare la quantità giornaliera; se fuma altro, specificare cosa (a titolo di esempio, sigarette elettroniche, IQOS, pipa, ecc.):

_____

_____

NO ☐ Qualora avesse smesso di fumare, si prega di precisare da quando e per quale motivo:

_____

*****

19. SI ☐ l'Assicurato ha fatto o fa uso di alcolici? In questo caso, si prega di specificare il tipo e la quantità giornaliera:

_____

_____

NO ☐

*****

20. SI ☐ l'Assicurato ha fatto o fa uso di farmaci su base continuativa? In questo caso, si prega di specificare quali farmaci, il dosaggio, date e durata delle cure ed il motivo:

_____

_____

NO ☐

21. SI ☐ l'Assicurato ha fatto o fa uso di sostanze stupefacenti? In questo caso, si prega di fornire dettagli:

_____

_____

NO ☐

*****

22. SI ☐ All'Assicurato è stata riconosciuta un'invalidità/inabilità di qualsiasi grado/tipo, oppure percepisce o ha fatto domanda per ottenere un assegno o una pensione di invalidità/inabilità? In questo caso, specificare l'Ente presso cui l'Assicurato ha presentato domanda per il riconoscimento dell'invalidità/inabilità o che sta già provvedendo al riconoscimento della relativa prestazione, il grado/tipo di invalidità/inabilità eventualmente riconosciuto e la tipologia di prestazione che gli è stata eventualmente riconosciuta:

- Ente presso cui l'Assicurato ha fatto domanda di assegno o pensione di invalidità/inabilità:

_____

- Grado/tipo di invalidità/inabilità (se già riconosciuta):

_____

- Tipologia di prestazione eventualmente riconosciuta:

_____

NO ☐

*****

23. La preghiamo di fornire altre notizie o informazioni che ritenesse utile indicare e di compilare la scheda anamnestica allegata

_____

_____

_____

Dichiarazioni del medico curante (medico di famiglia)

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 la presunta incapacità lavorativa specifica permanente 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 (medico di famiglia) ►_____

Luogo e data _____

La preghiamo di voler provvedere alla compilazione del documento indicando le eventuali patologie/infortuni degni di nota (con data di diagnosi) e le relative terapie farmacologiche e trattamenti medici effettuati negli ultimi 5 anni.

ANAMNESI MEDICA

Assicurato: ____________________________ |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| ____________

Cognome e Nome — Codice Fiscale — Età (anni)

Data della visita	Motivo della Visita	Diagnosi	Note

Firma del medico curante (medico di famiglia) ►____

Luogo e data ____

Lovia Twin

La tua proposta	Numero: [numero] Contraente: [contraente]
La tua Agenzia	Agenzia principale di [CITTÀ] [VIA] - [CAP] [CITTÀ] [(PR)] Telefono: [numero] Fax: [numero] Email: [mail] www.sitoagenzia.it
Area Personale	allianz.it Per consultare le informazioni relative alla tua posizione alle scadenze e ai sinistri
Servizio Clienti	Pronto Allianz 800-68-68-68 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]

FAC-SIMILE

Allianz S.p.A. -Sede Legale Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano - Telefono +39 02 7216.1 - Fax +39 02 2216.5000
allianz.spa@pec.allianz.it - CF, Reg. Imprese MI n.05032630963 - Rapp. Gruppo IVA Allianz P. IVA n.01333250320
Cap. Soc. euro 403.000.000 i.v. - Albo Imprese Assicurazione n.1.00152 - Capogruppo Gruppo Assicurativo Allianz
Albo Gruppi Assic. n. 018 - Società con unico socio soggetta alla direz. e coordinamento di Allianz SE Monaco-Cod.01

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, da consegnare a ciascun beneficiario o referente terzo designato nominativamente <se presenti>

FAC-SIMILE

Allianz per te

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

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

Allianz S.p.A. - Sede Legale Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano - Telefono +39 02 7216.1 - Fax +39 02 2216.5000
allianz.spa@pec.allianz.it – CF, Reg. Imprese MI n. 05032630963 – Rapp. Gruppo IVA Allianz P.IVA n. 01333250320
Cap. Soc. euro 403.000.000 i.v. – Albo Imprese Assicurazione n. 1.00152 – Capogruppo Gruppo Assicurativo Allianz
Albo Gruppi Assic. n. 018 – Società con unico socio soggetta alla direz. e coordinamento di Allianz SE Monaco Cod. 01

Proposta n. [numero]
Tariffa: [66__01F] / [66__01NF]

Agenzia: [cod_ag] / Subagenzia [cod_sub]
[NOME_AGENZIA]

Proposta

Data ultimo aggiornamento: 10/05/2026

Il sottoscritto Contraente formula la seguente proposta di assicurazione sulla vita di puro rischio con garanzia complementare relativa all'infortunio o alla malattia dell'Assicurato che ne determini l'incapacità lavorativa specifica permanente ed a cui consegua la cessazione dell'attività professionale dichiarata in proposta - o successivamente, in caso di variazioni (Garanzia Complementare Infortuni e Malattia).
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 * Scadenza: gg/mm/aaaa
Durata: anni __ / mesi __ / giorni __
x la 17__01 della 66__01 se durata diversa dalla copertura caso morte innescare:
Durata Garanzia Complementare Infortuni e Malattia: anni __ / mesi __ / giorni __
Durata pagamento premi: anni __ / mesi __ / giorni __
x la 17__01 della 66__01 se durata pagamento premi diversa dalla copertura caso morte innescare:
Durata pagamento premi Garanzia Complementare Infortuni e Malattia: anni __ / mesi __ / giorni __
Data termine pagamento premi: gg/mm/aaaa
x la 17__01 della 66__01 se Data termine pagamento premi diversa dalla copertura caso morte innescare:
Data termine pagamento Garanzia Complementare Infortuni e Malattia: gg/mm/aaaa

* 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" della presente proposta.

La presente proposta è disciplinata dalle Condizioni di assicurazione contenute nel Set informativo del prodotto Lovia Twin Edizione maggio 2026.

Dettaglio premi (importi espressi in euro)

Scomposizione premio	Premio annuo
Morte	[premio 16__12]
Sovrappremio sanitario → eventuale	[sovrp_sanit della 16__12]
Sovrappremio sportivo → eventuale	[sovrp_sport della 16__12]
Interessi di frazionamento → se il premio è pagato in rate sub-annuali	[premio 16__12]
Totale Morte	[premio]
Garanzia Complementare Infortuni e Malattia→ 17__01 della 66__01	[premio 17__01]
Sovrappremio sanitario → eventuale	[sovrp_sanit della 17__01]
Sovrappremio sportivo → eventuale	[sovrp_sport della 17__01]
Interessi di frazionamento → se il premio è pagato in rate sub-annuali	[int_fraz della 17__01]
Imposte → della garanzia complementare	[imposte]
Totale Garanzia Complementare Infortuni e Malattia	[premio]
Totale	**[premio]**

FACSIMILE

[BAR CODE di archiviazione]

Proposta n. [numero]

Proposta

Premio

Premio annuo: __.___,__ euro, di cui imposte __.___,__ euro
Periodicità del pagamento: _____ Prossima data di pagamento: gg/mm/aaaa
Spese di emissione: __.___,__ euro
Importo pagato alla firma (premio di perfezionamento): __.___,__ euro

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, strumenti di pagamento elettronici, che abbiano quale beneficiario l'Impresa di assicurazione oppure l'agente (persona fisica o giuridica) in qualità di Agente dell'Impresa di assicurazione;
3. reinvestimenti di capitali provenienti da contratti Vita preesistenti;

fermo restando che per specifiche esigenze procedurali l'Impresa si riserva di richiedere che il pagamento venga effettuato tramite bonifico bancario, o strumento 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
La Società mette a diposizione 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 decesso dell'Assicurato

Capitale assicurato in caso di decesso Euro __.___,__

Prestazione in caso di infortunio o malattia a cui consegua l'incapacità lavorativa specifica permanente dell'Assicurato

Capitale assicurato in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che ne determini l'incapacità lavorativa specifica permanente ed a cui consegua la cessazione dell'attività professionale dichiarata in proposta - o successivamente, in caso di variazioni (Garanzia Complementare Infortuni e Malattia) **Euro __.___,__**

Beneficiari

Beneficiari in caso di decesso dell'assicurato

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

[Nome Cognome] / [Ragione Sociale]: [_____] __,__%
Codice fiscale: [_____] Partita IVA: [_____] [Data di nascita]: [gg/mm/aaaa]
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: [_____]
Il Beneficiario [**non è**] / [**è**] Persona Politicamente Esposta[1] in quanto [variabile per raccogliere "relazione" e "tipologia PEP"].
La relazione che lega il Beneficiario al Contraente è: [descrizione o spazio per scrivere in caso di "altro"].

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

[I figli nati e nasciturì 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] __,__%

FAC-SIMILE

[BAR CODE di archiviazione]

Proposta n. [numero]

Proposta

Beneficiari in caso di infortunio o malattia a cui consegua l'incapacità lavorativa specifica permanente dell'Assicurato

L'Assicurato __,__%

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: [_____]
*Il Beneficiario [**non è**] / [**è**] Persona Politicamente Esposta*[1] in quanto [variabile per raccogliere "relazione" e "tipologia PEP"].
La relazione che lega il Beneficiario al Contraente è: [descrizione o spazio per scrivere in caso di "altro"].

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

<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] / [da reinvestimento] Prodotto: Lovia Twin

Condizioni particolari di proposta:

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

Avvertenze relative alla compilazione del questionario sanitario:

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

FAC-SIMILE

[BAR CODE di archiviazione]

Proposta

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.		

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.

Dichiarazione 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 _____
- L'Assicurato esercita la seguente professione ai fini della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia
  _____
- L'Assicurato fuma o ha mai fumato sigarette, sigarette elettroniche (escluse sigarette elettroniche di tipo IQOS), sigari, pipa o altro negli ultimi 12 mesi?
  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.

- Conferma che la professione dichiarata viene svolta in qualità di dipendente a tempo indeterminato o di libero professionista iscritto all'albo professionale e alla cassa previdenziale di pertinenza?
  SI
- Fuma o ha mai fumato sigarette elettroniche tipo IQOS negli ultimi 12 mesi?
  No
- Le è stata riconosciuta una invalidità/inabilità di qualsiasi grado/tipo, oppure percepisce o ha fatto domanda per ottenere un assegno o una pensione di invalidità/inabilità?
  No
- Negli ultimi 10 anni le è mai stata diagnosticata o è stato in trattamento attivo per qualche patologia o malattia (ad esclusione di comuni raffreddori, febbri da fieno o trattamenti dentistici e **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
- Escluse le condizioni precedentemente dichiarate, 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, erniectomia, emorreoidectomia, 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 insorta prima dei 21 anni di età, o dai **termini temporali ridotti** come riportati nella tabella di cui sopra)?
  No

FACSIMILE

Proposta

- 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
- Escluse le condizioni precedentemente dichiarate, 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
- Oltre alla professione principale dichiarata ai fini della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, esercita qualche altra professione non assicurabile? (Vedi definizione di attività professionali non assicurabili riportata in proposta: sono quelle elencate alla lettera A o qualificabili come ad "elevata manualità" ai sensi della lettera B)
  No
- Pratica o intende praticare qualche attività sportiva?
  No

In relazione al questionario sopra riportato, si precisa che, qualora il decesso dell'Assicurato si sia verificato in conseguenza o in occasione della pratica di eventuali sport dichiarati, esso sarà considerato incluso nella garanzia assicurativa e pertanto sarà erogata la relativa prestazione assicurativa.

In relazione al questionario sopra riportato, si precisa che, qualora l'infortunio o la malattia dell'Assicurato si sia verificato in conseguenza o in occasione della pratica di eventuali sport dichiarati, esso sarà considerato incluso nella garanzia assicurativa complementare e pertanto sarà erogata la relativa prestazione assicurativa.

Attività professionali non assicurabili

A) Sono considerate non assicurabili le seguenti attività professionali: Acrobata o artista circense, Addetto a lavori su piattaforme di estrazione, Alpinismo - istruttore/allenatore/guida alpina, Artificiere, Attività subacquee - addetto/sub professionista/palombaro/sommozzatore/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, Cava/miniera/pozzi/gallerie - personale con lavoro manuale, Collaudatore di veicoli/motoveicoli/aeromobili, Forze Armate (Esercito/Marina Militare/Aeronautica Militare/Carabinieri/Guardia di Finanza/reparti speciali) - personale con mansioni operative e/o ad elevata manualità, Guardia del corpo, Guardia giurata/notturna/metronotte, Guida sportiva - istruttore, Istruttore/allenatore di una o più delle attività sportive considerate a rischio sotto elencate, Marina mercantile - personale con mansioni operative e/o ad elevata manualità, Personale di bordo (steward, hostess di volo), Pilota aereo (di linea o non di linea), Pesca in acque aperte, Polizia di stato - personale con mansioni operative e/o ad elevata manualità, Soggetto con lavoro manuale che tratta sostanze asfissianti/corrosive/infettanti/tossiche/esplosive/pirotecniche/radioattive, Speleologia - istruttore/speleologo professionista, Sportivo professionista/semiprofessionista, Vigile del fuoco - personale con mansioni operative e/o ad elevata manualità.

B) Con riferimento alla Garanzia Complementare Infortuni e Malattia sono considerate non assicurabili, oltre a quelle sopra indicate alla lettera A), anche le attività professionali ad "elevata manualità", ossia quelle professioni che richiedono delle mansioni ad elevata manualità per più del 20% del totale del tempo lavorativo. Per mansioni ad elevata manualità si intendono:

a) Lavoro manuale ad altezze maggiori di 10 metri;
b) Guida di veicoli in qualità di autista/camionista etc.;
c) Esposizione a cisterne o vasche di sostanze infiammabili, tossiche o corrosive, linee elettriche ad alta tensione;
d) Sollevamento di oggetti pesanti, con peso superiore a10 Kg;
e) Lavoro con macchinari/utensili pesanti quali macchinari semoventi, autoalimentati o trainati (comprensivi di macchine agricole) destinati ad uso nell'agricoltura, nella cantieristica navale, nelle costruzioni, nell'industria, nell'industria mineraria, nella selvicoltura - a titolo esemplificativo ma non esaustivo: ruspe, scavatrici, macchine movimento terra, carelli elevatori/muletti, argani, gru, trattori; ai fini della definizione si intendono macchinari pesanti anche macchine fisse (cioè non da banco) per la lavorazione del ferro/legno etc. (quali seghe, presse industriali, torni etc.) e utensili pesanti (quali martello pneumatico, demolitori etc.) - ad eccezione delle persone addette solo alla supervisione/controllo da remoto/controllo di macchinari completamente automatizzati.

FACSIMILE

Proposta

Ferma la non assicurabilità delle attività professionali sopra indicate, si precisa che, qualora:

- il decesso dell'Assicurato si sia verificato in conseguenza o in occasione dell'esercizio, comunque svolto dall'Assicurato, di una delle attività professionali non assicurabili elencate alla lettera A), tale per cui se fosse stata dichiarata prima del verificarsi del sinistro, l'Impresa:
  - non avrebbe consentito la prosecuzione del contratto o l'avrebbe consentita per la sola Garanzia Principale Caso Morte escludendo l'attività professionale dalla copertura assicurativa, il decesso non sarà considerato incluso nella Garanzia Principale e pertanto non sarà erogata la relativa prestazione assicurativa;
  - avrebbe consentito la prosecuzione del contratto per la sola Garanzia Principale Caso Morte con applicazione di un sovrappremio professionale, l'Impresa liquida il capitale assicurato in caso di decesso sopra indicato ridotto in misura proporzionale;
  - avrebbe consentito la prosecuzione del contratto per la sola Garanzia Principale Caso Morte senza applicazione di alcun sovrappremio professionale, l'Impresa liquida il capitale assicurato in caso di decesso sopra indicato;
- l'attività professionale effettivamente svolta dall'Assicurato al momento dell'infortunio o della malattia rientri tra quelle non assicurabili elencate alla lettera A) o qualificabili come ad "elevata manualità" ai sensi della lettera B), oppure la forma di lavoro rientri tra quelle non assicurabili ai sensi dell'articolo 5 delle Condizioni di assicurazione, l'infortunio o la malattia non sarà considerata inclusa nella Garanzia Complementare e pertanto non sarà erogata la relativa prestazione assicurativa e il contratto si risolve per la sola Garanzia Complementare Infortuni e Malattia.

Ferme le esclusioni di cui sopra, si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità – anche ai sensi dell'art. 1926 del Codice civile – di comunicare alla Società eventuali modifiche di professione dell'Assicurato, rispetto a quanto dichiarato in sede di stipulazione, intervenute in corso di contratto.

Attività sportive considerate a rischio

A) Sono considerate a rischio (non assicurabili, o assicurabili solo a seguito di pagamento di un sovrappremio) le seguenti attività sportive: Alpinismo e arrampicata, Arti marziali da contatto, Bungee jumping, Caccia, Canoa fluviale, Canyoning, Heliski, Hydrospeed, Immersioni subacquee (anche in apnea), Kayak, Kitesurf, Paracadutismo/parapendio/deltaplano, Pugilato, Rafting, Sci/snowboard alpinismo, 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.

B) Con riferimento alla Garanzia Complementare Infortuni e Malattia sono considerate a rischio (non assicurabili, o assicurabili solo a seguito di pagamento di un sovrappremio), oltre a quelle sopra indicate alla lettera A), anche le seguenti attività sportive: Lotta nelle sue varie forme, Atletica pesante, Bob (guidoslitta), Equitazione, Skeleton (slittino), Rugby, Baseball, Hockey su prato e su ghiaccio, Salto dal trampolino con sci o idroscì, Sci/snowboard/idroscì acrobatico, Football americano, Istruttore/allenatore di qualsiasi attività sportiva.

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 proposta, 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.

FAC-SIMILE

Proposta n. [numero]

Proposta

Somme versate dal Contraente

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

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

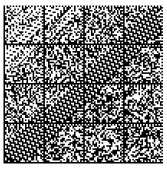
Diritto di recesso

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, 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 de (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.

FAC-SIMILE



[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

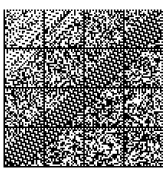
Il Contraente dichiara di voler garantire a uno o più soggetti (quali parenti o altre persone care) una tutela economica in forma di indennizzo in caso di decesso dell'Assicurato.

BISOGNO ASSICURATIVO ULTERIORE

Il Contraente dichiara altresì di voler garantire a uno o più soggetti (quali l'Assicurato o altre persone care) un'ulteriore tutela economica in forma di indennizzo in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che ne determini l'incapacità lavorativa specifica permanente ed a cui consegua la cessazione dell'attività professionale dichiarata nella presente proposta - o successivamente, in caso di variazioni.

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.

FAC-SIMILE



[BAR CODE di archiviazione]

Proposta

Sottoscrizioni

Il sottoscritto Contraente dichiara:

- **di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente proposta:**
  - **il Set informativo del prodotto assicurativo vita Lovia Twin Edizione maggio 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 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;
- 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 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/Legale Rappresentante ▶_____

- di approvare, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del codice civile, le seguenti disposizioni delle Condizioni di assicurazione:
  - Art. 2. Limitazioni della copertura caso morte e della copertura complementare infortuni e malattia

Firma del Contraente/Legale Rappresentante ▶_____

Il sottoscritto Assicurato: → se Assicurato ≠ Contraente

- esprime il consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita, ai sensi dell'art.1919 del codice civile;
- prosciolgie 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 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 ▶_____

FAC-SIMILE

[BAR CODE di archiviazione]

Allianz

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.

FAC-SIMILE

[BAR CODE di archiviazione]