

Assicurazione sulla vita di puro rischio

Set informativo

Edizione luglio 2024

Tariffe: 16__12 F e NF, 16U_12 F e NF, 16__13 F e NF, 16U_13 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.

Servizio Clienti



Per qualsiasi informazione,
chiarimento o supporto

L'App



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

Scarica l'App



Assicurazione sulla vita di puro rischio

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

Impresa: Allianz S.p.A.

Prodotto: LOVIA

Data di aggiornamento: 15/07/2024

Il presente DIP Vita è l'ultimo disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione che offre una copertura assicurativa in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale.



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 previsto il pagamento di un importo pari al capitale assicurato.

b) Coperture complementari

Esclusivamente se è previsto il pagamento di un premio annuo, è possibile abbinare una garanzia complementare che prevede, in caso di decesso dell'Assicurato dovuto a Infortunio, il pagamento ai Beneficiari designati dal Contraente di un ulteriore capitale pari a quello previsto dalla garanzia principale in caso di decesso. Tale ulteriore capitale si raddoppia se il decesso per Infortunio è conseguente ad incidente stradale.

L'assicurazione è prestata entro i limiti delle somme assicurate indicate nella proposta di assicurazione.



Che cosa non è assicurato?

- ✘ Non sono assicurabili i soggetti di età inferiore ai 18 anni e superiore a 79 anni (74 anni in caso di abbinamento della garanzia complementare infortuni). Alla scadenza contrattuale l'Assicurato non potrà avere più di 80 anni (75 anni in caso di abbinamento della garanzia complementare infortuni). L'età considerata è, in tutti i casi, l'età computabile.
- ✘ Non sono assicurabili i soggetti che in relazione al loro stato di salute non superano il questionario sanitario o la visita medica.



Ci sono limiti di copertura?

- ! **Esclusioni della garanzia principale** - per il dettaglio delle Esclusioni si rinvia al DIP aggiuntivo Vita alla sezione "Ci sono limiti di copertura?".
- ! **Esclusioni della garanzia complementare infortuni** - 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 6 mesi o 5 anni dalla data di decorrenza del contratto, durante il quale l'Impresa non garantisce la prestazione assicurata. 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 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.viaggiasesicuri.it (o sito sostitutivo del Ministero degli esteri).



Che obblighi ho?

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

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



Quando e come devo pagare?

Il premio è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata e ammontare, all'età dell'Assicurato, alle sue abitudini di vita, compreso lo status tabagico, al suo stato di salute e alle attività professionali svolte. Il premio deve essere pagato al momento della sottoscrizione della proposta.

In caso di pagamento del premio annuo, i premi successivi al premio di perfezionamento devono essere versati ad ogni ricorrenza annuale della data di decorrenza e comunque non oltre la morte dell'Assicurato.

Il premio annuo può essere frazionato in rate mensili, trimestrali o semestrali. In tal caso il pagamento dei Premi viene effettuato rispettivamente ad ogni ricorrenza mensile, trimestrale o semestrale della data di decorrenza. In caso di frazionamento del premio annuo, le rate in cui viene suddiviso il premio annuo sono maggiorate dell'addizionale di frazionamento (interesse di frazionamento).

Per pagare i premi puoi utilizzare: assegni bancari, bonifici, addebiti diretti, bollettini postali, strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma *on line*, reinvestimenti di capitali provenienti da contratti vita preesistenti.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La durata del contratto non può essere inferiore ad 1 anno né superiore a 30 anni, avuto riguardo all'età dell'Assicurato che, alla decorrenza del contratto, deve essere almeno pari a 18 anni e, alla scadenza contrattuale, non superiore a 80 anni (75 anni in caso di abbinamento della garanzia complementare infortuni). L'età considerata è, in tutti i casi, l'età computabile. Il contratto si intende concluso e produce i suoi effetti dalle ore 24:00 del giorno indicato nella Proposta e in Polizza quale data di decorrenza e previo pagamento del premio, fatti salvi gli eventuali periodi di carenza della copertura assicurativa previsti. La copertura termina alla data di scadenza indicata in Proposta e Polizza.



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

Puoi revocare la proposta di assicurazione 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 tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo allianz.spa@pec.allianz.it.

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

Puoi risolvere il contratto interrompendo il pagamento dei premi (se è previsto il pagamento di un premio annuo).



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Il presente Contratto non prevede l'esercizio del diritto di riscatto e non riconosce un valore di riduzione.

In caso di interruzione del versamento dei premi annui il Contratto può essere **riattivato entro 24 mesi dalla scadenza della prima rata non versata** 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)

Impresa: Allianz S.p.A.

Prodotto: LOVIA

Data di aggiornamento: 15/07/2024

Il presente DIP aggiuntivo Vita è l'ultimo disponibile

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, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'Impresa.

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

L'impresa di assicurazione è:

- **Allianz S.p.A.**, società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE – Monaco (Germania)
- Sede legale: Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano (Italia)
- Recapito telefonico: 800.68.68.68
- Sito Internet: www.allianz.it
- Indirizzo di posta elettronica certificata: allianz.spa@pec.allianz.it
- Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP del 21 Dicembre 2005 n°2398 ed iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione n°1.00152.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2023 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:

- il patrimonio netto dell'Impresa, pari a **2.149** milioni di euro;
 - la parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale, pari a **403** milioni di euro;
 - la parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali, pari a **1.198** milioni di euro.
- Si rinvia alla "Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SFCR)", disponibile sul sito internet dell'Impresa www.allianz.it e si riportano di seguito gli importi:
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a **2.127** milioni di euro;
 - del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a **957** milioni di euro;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a **6.469** milioni di euro;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR): pari a **6.469** milioni di euro;
 - e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'Impresa, pari a **304%**.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

a) Prestazione in caso di decesso

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

b) Coperture complementari

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

Ad integrazione di quanto riportato nel DIP Vita in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza, non è prevista alcuna prestazione a carico dell'Impresa ed i premi pagati restano acquisiti da quest'ultima.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

È escluso dalla copertura assicurativa della garanzia principale il decesso causato:

- 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 è escluso dalla copertura fintanto che l'Assicurato rimanga nel territorio interessato. L'esistenza di una delle suddette situazioni già al momento dell'arrivo dell'Assicurato in un determinato

territorio, e sempreché la minaccia derivante sia continuativa e persistente, comporta invece l'esclusione immediata della copertura;

- d) dall'uso, anche come passeggero:
- di aeromobili in genere, fatta eccezione per il decesso dell'Assicurato in qualità di passeggero durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti;
 - di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - di aeromobili di aeroclubs;
 - di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (come ad esempio: deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
- e) da suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione del contratto;
- f) da eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche;
- g) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- h) dalla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- i) 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.viaggiasesicuri.it (o sito sostitutivo del Ministero degli esteri). Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- j) dall'esercizio di un'attività professionale considerata a rischio non dichiarata alla sottoscrizione della Proposta o in corso di contratto, se iniziata successivamente. Le attività professionali considerate a rischio sono indicate nella Proposta di assicurazione. Per le attività professionali considerate a rischio dichiarate alla sottoscrizione della Proposta è riportata nella Proposta stessa l'eventuale esclusione dalla copertura assicurativa;
- k) dalla pratica di un'attività sportiva considerata a rischio non dichiarata alla sottoscrizione della Proposta o in corso di contratto, se iniziata successivamente. Le attività sportive considerate a rischio sono le seguenti: alpinismo e arrampicata, arti marziali da contatto, bungee jumping, canoa fluviale, canyoning, eliski, hydrospeed, immersioni subacquee (anche in apnea), kayak, kitesurfing, paracadutismo, 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, qualsiasi sport esercitato professionalmente o semi-professionalmente. Per le attività sportive considerate a rischio dichiarate alla sottoscrizione della Proposta è riportata nella Proposta stessa l'eventuale esclusione dalla copertura assicurativa.

Nei predetti casi, ad eccezione di quanto indicato alla lettera a), per il quale non è prevista alcuna prestazione, l'Impresa si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente la somma dei versamenti effettuati al netto di eventuali imposte e diritti.

Esclusioni della garanzia complementare Infortuni

La garanzia non è operante quando l'Infortunio dipenda, direttamente o indirettamente, da:

- stati di ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- atti illeciti commessi dolosamente dall'Assicurato;
- movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche;
- 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 è escluso 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;
- esposizione a forme di radioattività artificiale;
- operazioni chirurgiche, accertamenti e trattamenti medici non resi necessari da Infortunio;
- imprese inusuali o temerarie;
- uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- uso, anche come passeggero:
 - di aeromobili in genere, fatta eccezione per gli infortuni che l'Assicurato subisca in qualità di passeggero durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti;
 - di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - di aeromobili di aeroclubs;
 - di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (come ad esempio: deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
- insurrezioni o risse (salvo i casi di legittima difesa);
- 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.viaggiasesicuri.it (o sito sostitutivo del Ministero degli esteri). Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- esercizio di un'attività professionale considerata a rischio non dichiarata alla sottoscrizione della Proposta o in corso di

contratto, se iniziata successivamente. Le attività professionali considerate a rischio sono indicate nella Proposta di assicurazione. Per le attività professionali considerate a rischio dichiarate alla sottoscrizione della Proposta è riportata nella Proposta stessa l'eventuale esclusione dalla garanzia complementare;

- pratica di un'attività sportiva considerata a rischio non dichiarata alla sottoscrizione della Proposta o in corso di contratto, se iniziata successivamente. Le attività sportive considerate a rischio sono le seguenti: alpinismo e arrampicata, arti marziali da contatto, bungee jumping, canoa fluviale, canyoning, eliski, hydrospeed, immersioni subacquee (anche in apnea), kayak, kitesurfing, paracadutismo, 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, qualsiasi sport esercitato professionalmente o semi-professionalmente. Per le attività sportive considerate a rischio dichiarate alla sottoscrizione della Proposta è riportata nella Proposta stessa l'eventuale esclusione dalla garanzia complementare.

Carenza

Nel caso in cui l'Assicurato decida di non sottoporsi alla visita medica (e sempreché l'Impresa non ritenga indispensabile la sottoposizione dello stesso agli accertamenti sanitari), viene applicato un periodo di carenza di 6 mesi dalla data di Decorrenza del contratto, durante il quale l'Impresa non garantisce la prestazione assicurata, ma si limita - al verificarsi dell'evento assicurato - a restituire i premi versati al netto delle imposte relative all'eventuale copertura complementare.

L'Impresa corrisponde integralmente la prestazione assicurata solo nel caso in cui, durante il periodo di carenza, il decesso avvenga per conseguenza diretta:

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la data di Decorrenza 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, vaccinazione generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo la data di Decorrenza del contratto;
- c) di Infortunio avvenuto dopo la data di Decorrenza del contratto, intendendo per Infortunio (fermo quanto disposto al punto 2.1 Esclusioni) l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Il periodo di carenza si estende a 5 anni dalla data di Decorrenza del contratto qualora il decesso sia dovuto 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 (ed agli esami clinici richiesti dall'Impresa e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività) ed il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dalla data di Decorrenza del contratto e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà corrisposto. In suo luogo, qualora il contratto risulti in regola con il pagamento dei premi, sarà corrisposta una somma pari ai premi versati al netto delle eventuali imposte relative alle coperture complementari.

Qualora l'Assicurato accetti di sottoporsi preventivamente a visita medica (compreso test HIV con esito negativo), non viene applicato il suddetto periodo di carenza di 6 mesi o 5 anni.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia di sinistro:




Garanzia principale

Nel caso avvenga il decesso dell'Assicurato gli aventi diritto **dovranno far pervenire all'Impresa tutti i documenti necessari a verificare l'obbligo di pagamento e ad individuare correttamente gli aventi diritto**. La richiesta di liquidazione può essere presentata presso l'Agenzia che ha in gestione il contratto o comunque presso una qualsiasi Agenzia dell'Impresa, facendo espresso riferimento alla polizza ed unitamente alla richiesta di liquidazione. **È altresì consentito l'invio della documentazione a mezzo posta** stessa indirizzata a: Allianz S.p.A. - 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 deve sempre pervenire all'Impresa in originale unitamente a copia fronte/retro di un valido documento di identità di ciascun Beneficiario.

I documenti necessari a verificare l'obbligo di pagamento e la corretta individuazione degli aventi diritto sono i seguenti:

- copia del certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice
- copia della relazione del medico curante (medico di famiglia) sull'Assicurato, che indichi nel dettaglio le informazioni cliniche utili a sostenere la richiesta di liquidazione e ad illustrare la causa del decesso e lo stato clinico dell'Assicurato stesso. Tale relazione potrà essere effettuata anche utilizzando l'apposito modulo predisposto dall'Impresa, riportato in calce alle presenti Condizioni di assicurazione e reperibile presso la rete di vendita, per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie;
- qualora l'Assicurato coincida con il Contraente, copia della dichiarazione sostitutiva di atto

	<p><u>di notorietà con firma autenticata</u> 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 <u>esistenza di testamento, deve esserne consegnata copia del relativo verbale di pubblicazione</u> e la suddetta dichiarazione sostitutiva deve riportarne gli estremi identificativi precisando altresì che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato, ed evidenziando quali sono gli eredi testamentari, i loro dati anagrafici e capacità d'agire. Limitatamente ai casi in cui sussista la necessità di svolgere approfondimenti circa la legittimazione dell'avente diritto e/o la corretta erogazione del dovuto, l'Impresa potrà richiedere, al posto della dichiarazione sostitutiva, copia dell'<u>atto di notorietà</u> redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale;</p> <p>- qualora uno dei Beneficiari sia minore di età o incapace, copia del <u>decreto del Giudice Tutelare</u> 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.</p> <p><u>Garanzia complementare</u> Fatto salvo a quanto richiesto sopra, qualora il decesso dell'Assicurato derivi a seguito di Infortunio, gli aventi diritto devono darne avviso all'Impresa mediante richiesta scritta (raccomandata) indirizzata a Allianz S.p.A. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano, entro 15 giorni dall'evento o dal momento in cui i medesimi ne abbiano avuto la possibilità. La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato, le circostanze e gli eventuali testimoni dell'Infortunio e comprovare che il decesso è conseguenza dell'Infortunio stesso. Se è intervenuto un medico, un suo certificato deve essere aggiunto alla denuncia. Gli aventi diritto dovranno inoltre consentire all'Impresa lo svolgimento delle indagini ed autorizzare i medici, intervenuti dopo l'Infortunio, a fornire le ulteriori informazioni che fossero richieste.</p> <p>Prescrizione: ai sensi dell'articolo 2952 Codice civile i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda. Si richiama l'attenzione sui termini di prescrizione previsti dalla normativa vigente e sulle conseguenze in caso di omessa richiesta di liquidazione entro detti termini, anche avuto riguardo a quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n.266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni e integrazioni (obbligo di devoluzione delle somme prescritte al Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie).</p> <p>Liquidazione della prestazione: verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, l'Impresa provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione suindicata presso la propria sede (ovvero dalla data di ricevimento presso la rete di vendita, se anteriore). Decorso il termine dei 30 giorni sono dovuti gli interessi legali a favore degli aventi diritto.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze, relative a circostanze tali che l'Impresa non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, possono comportare, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892,1893 del Codice civile, da parte dell'Impresa:</p> <p>a) nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il rifiuto, in caso di sinistro, di qualsiasi pagamento; - la contestazione della validità del contratto entro tre mesi dal giorno in cui l'Impresa stessa ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; <p>b) nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la riduzione, in caso di sinistro, del capitale assicurato in relazione al maggior rischio accertato; - la facoltà di recedere dal contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. <p>In ogni caso l'inesatta indicazione della data di nascita dell'Assicurato comporta la rettifica delle prestazioni assicurate in base alla data corretta.</p>

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>Puoi scegliere se corrispondere premi annui o un premio unico. I premi annui devono essere di importo costante da versarsi ad ogni ricorrenza annuale della data di decorrenza e comunque non oltre la morte dell'Assicurato. Il pagamento dei premi annui può essere frazionato in rate mensili, trimestrali o semestrali. Il premio relativo al primo anno è dovuto per intero.</p> <p>I mezzi di pagamento del Premio ammessi dall'Impresa sono esclusivamente i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ assegno bancario, munito della clausola di non trasferibilità, intestato all'Agente; ▪ bonifico bancario intestato all'Agente oppure ad Allianz S.p.A.; ▪ bollettino 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. ▪ reinvestimento del capitale proveniente da un contratto vita preesistente. <p><u>Se il prodotto è commercializzato dai Consulenti finanziari di Allianz Bank financial Advisors S.p.A.:</u></p> <p>I mezzi di pagamento ammessi sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ assegni bancari, muniti della clausola di non trasferibilità; ▪ bonifico bancario; <p>I premi successivi al primo versamento potranno essere pagati anche con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ SDD (Sepa Direct debit) attivabile in funzione dei tempi tecnici necessari per l'avvio dell'operazione e con la periodicità prevista (annuale, semestrale, trimestrale e mensile). Il pagamento tramite SDD è obbligatorio in caso di frazionamento mensile o trimestrale <p>Non sono ammesse modalità di pagamento diverse da quelle suddette.</p>
Rimborso	È previsto il rimborso del premio solo in caso di revoca della Proposta o di recesso dal contratto, come normato nella sezione successiva.
Sconti	L'intermediario può applicare sconti di premio.
 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.
 Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?	
Revoca	Puoi 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 tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo allianz.spa@pec.allianz.it . Le somme versate ti verranno restituite dall'Impresa entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.
Recesso	<p>Puoi recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di ricezione della comunicazione di avvenuta conclusione dello stesso, mediante raccomandata A.R. indirizzata ad Allianz S.p.A. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano o tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo allianz.spa@pec.allianz.it.</p> <p>Successivamente ai 30 giorni, per i soli contratti a Premio unico, il Contraente potrà esercitare la facoltà di recesso per tutta la Durata contrattuale mediante richiesta scritta da inviare al suddetto indirizzo dell'Impresa.</p> <p>Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso l'Impresa è tenuta a rimborsare il premio corrisposto al netto: delle eventuali imposte, 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 nella proposta di assicurazione e nella polizza.</p>
Risoluzione	Puoi risolvere il contratto interrompendo il pagamento dei premi (se è previsto il pagamento di un premio annuo). Il mancato pagamento del premio o anche di una sola rata di premio, trascorsi 30 giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina la risoluzione del contratto. In tale caso i premi versati restano definitivamente acquisiti all'Impresa.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Valori di riscatto e riduzione

Non è previsto l'esercizio del diritto di riscatto e non si riconosce un valore di riduzione in caso di interruzione del pagamento dei premi.
 Nel caso sia stato interrotto il pagamento dei premi annui, entro sei mesi dalla data di interruzione del pagamento premi, hai 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 dei premi, la riattivazione può avvenire solo dietro tua espressa richiesta scritta ed accettazione scritta dell'Impresa, che si riserva di richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere in merito alla possibilità di riattivazione.
 La facoltà di riattivazione del contratto non è in ogni caso esercitabile trascorsi 24 mesi dalla scadenza del premio annuo o della prima rata di premio non pagata.

Richiesta di informazioni

Puoi richiedere informazioni sul tuo contratto all'Agenzia di riferimento oppure a:
Allianz S.p.A.
 Pronto Allianz – Servizio Clienti
 Piazza Tre Torri, 3 20145 Milano
 Numero Verde: 800.68.68.68
 Pronto Allianz Online: allianz.it/prontoallianz



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a chi vuole garantire ai Beneficiari un capitale in caso di prematura scomparsa dell'Assicurato, durante un determinato periodo di tempo. Ad esempio, un genitore può proteggere i figli fino al raggiungimento della maggiore età, con un capitale in caso di sua premorienza. Il prodotto può essere sottoscritto a partire dai 18 anni di età e fino ai 79, previo superamento di un questionario sanitario o di una visita medica. L'età massima alla scadenza della copertura è di 80 anni.



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)

Se il contratto viene stipulato previa visita medica dell'Assicurato, le spese di emissione di 50 euro saranno incrementate di un importo pari alla differenza tra il costo per la visita medica (relativo a fatture presentate all'Impresa per il relativo pagamento) e il contributo massimo offerto dall'Impresa stessa, come meglio specificato al punto successivo "Costo per la visita medica".

Costo per la visita medica

Per capitali assicurati fino a 400.000,00 euro ed età computabili dell'Assicurato **fino a 65 anni**, è sufficiente la compilazione del questionario sanitario da parte dell'Assicurato e pertanto non è previsto alcun costo per la visita medica.

Per capitali assicurati superiori a 400.000,00 euro o età computabili dell'Assicurato **superiori a 65 anni** oppure nel caso in cui l'Assicurato desideri eliminare la carenza, è necessario che l'Assicurato si sottoponga a visita medica. Ciò comporta la compilazione del rapporto di visita medica e l'effettuazione degli accertamenti sanitari richiesti dall'Impresa per l'assunzione del rischio, che variano a seconda dell'ammontare del capitale assicurato, e dell'età dell'Assicurato.

In questi casi l'Impresa offre un contributo che varia a seconda dell'ammontare del capitale assicurato e dell'età dell'Assicurato, come indicato nella seguente tabella:

Età all'ingresso fino al 65° anno		Età all'ingresso superiore al 65° anno	
Capitali da assicurare	Importi massimi Contributo	Capitali da assicurare	Importi massimi Contributo
Fino a 400.000,00 euro	120,00 euro	Fino a 500.000,00 euro	265,00 euro
Oltre 400.000,00 euro e fino a 750.000,00 euro	275,00 euro	Oltre 500.000,00 euro	390,00 euro
Oltre 750.000,00 euro	390,00 euro		

Per poter usufruire del predetto 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 massimo offerto dall'Impresa (indicato nella precedente tabella) è a carico dell'Assicurato. L'imputazione di tale costo, avviene tramite incremento delle spese di emissione.

In via facoltativa è prevista la possibilità, da parte dell'Assicurato, di avvalersi di un elenco di medici e case di cura fiduciarie/convenzionate con presenza capillare sul territorio nazionale in collaborazione con Allianz Partners (AP)

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 le polizze fino a 750.000,00 euro di capitale assicurato che verranno emesse a seguito degli accertamenti sanitari effettuati presso i centri convenzionati, non verrà richiesta la presentazione del test HIV, e conseguentemente le stesse verranno emesse con la previsione dell'apposita carenza di 5 anni relativa a tale esame ed alla patologia sopra citata. 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.

Caricamento

Costo fisso – premio unico (Tariffe 16U_12 F e NF, 16U_13 F e NF)	25 euro per ogni anno di durata
Costo fisso - premio annuo (Tariffe 16__12 F e NF, 16__13 F e NF)	50 euro
Costo variabile - premio unico (Tariffe 16U_12 F e NF, 16U_13 F e NF)	15% del premio unico al netto delle spese di emissione e del costo fisso
Costo variabile - premio annuo (Tariffe 16__12 F e NF, 16__13 F e NF)	20% del premio annuo al netto delle spese di emissione e del costo fisso

Caricamento complementare infortuni facoltativa

Costo variabile - complementare infortuni (Tariffa INF2022)	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 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
Trimestrale	1,8% del premio annuo
Semestrale	1,2% del premio annuo

Costi di intermediazione

La quota parte percepita in media dagli intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari:

- al 34,75% per i contratti a premio annuo
- al 33,89% per i contratti a premio unico

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ con lettera inviata ad Allianz S.p.A. – Pronto Allianz Servizio Clienti – Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano; ▪ tramite il sito internet dell'Impresa – www.allianz.it – accedendo alla sezione Reclami. <p>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 massimo di 45 giorni per fornire riscontro potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie. I reclami relativi al solo comportamento degli Intermediari bancari e dei broker e loro dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'Impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essere a questi direttamente indirizzati. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire ad Allianz S.p.A. la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni. Si ricorda tuttavia che in tutti casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it secondo le modalità indicate su www.ivass.it corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'impresa e con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte dell'Impresa. In caso di reclamo inoltrato tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati vengono trasmessi informato pdf.</p> <p>Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla Sezione "PER I CONSUMATORI – RECLAMI – Guida", nonché sul sito dell'Impresa www.allianz.it alla Sezione "Reclami", attraverso apposito link al sito di IVASS.</p> <p>I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; - individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; - breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; - copia del reclamo presentato all'impresa e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; - ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. <p>Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (OBBLIGATORIA)	Può essere avviata presentando istanza ad 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	Può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Risoluzione delle liti transfrontaliere</p> <p>Nel caso di lite transfrontaliera, tra un Contraente/Assicurato avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede legale in un altro stato membro, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito internet http://www.ec.europa.eu/fin-net), o- se il Contraente/Assicurato ha domicilio in Italia - all'IVASS che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.</p>

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p><u>Imposta sui premi</u> I premi pagati per le assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad alcuna imposta. I premi pagati per le assicurazioni complementari infortuni abbinata alle assicurazioni sulla vita - sono soggetti ad imposta nella misura del 2,5%.</p> <p><u>Detraibilità fiscale dei premi</u> Sui premi pagati per le assicurazioni sulla vita di "puro rischio", intendendosi per tali le assicurazioni aventi ad oggetto esclusivo i rischi di morte e di invalidità permanente (in misura non inferiore al 5%), viene riconosciuta annualmente al Contraente, o al soggetto rispetto al quale il Contraente è fiscalmente a carico, una detrazione d'imposta ai fini IRPEF nella misura del 19% dei premi stessi fino ad un massimo di premi pagati nell'anno pari a 530 euro (750 euro nel caso in cui il Beneficiario di Polizza sia un familiare con disabilità grave definita dall'art. 3, comma 3, l. 5 febbraio 1992, n. 104 ed accertata con le modalità di cui all'articolo 4 della medesima legge). In caso di Assicurato diverso da Contraente, per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato risulti fiscalmente a carico del Contraente stesso. Ai fini della detrazione d'imposta devono essere considerati, oltre ai premi pagati per le assicurazioni sopra indicate, anche eventuali premi pagati per le assicurazioni sulla vita o per le assicurazioni infortuni stipulate anteriormente al 1° gennaio 2001.</p> <p><u>Tassazione delle somme assicurate</u> Le somme dovute dall'Impresa in dipendenza del contratto sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni. Il regime fiscale sopra descritto si riferisce alle norme in vigore alla data di redazione del presente documento e non intende fornire alcuna garanzia circa ogni diverso e/o ulteriore aspetto fiscale che potrebbe rilevare, direttamente o indirettamente, in relazione alla sottoscrizione del contratto.</p> <p><u>Imposta di bollo</u> Le assicurazioni temporanee per il caso morte non sono soggette all'imposta di bollo.</p>

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, IL DOCUMENTO DI RENDICONTAZIONE ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

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

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.

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA PER IL CASO DI MORTE A CAPITALE COSTANTE
 Tariffe 16__12 F e NF, 16__13 F e NF (a Premio annuo) - Tariffe 16U_12 F e NF, 16U_13 F e NF (a Premio unico)

PAGINA DI PRESENTAZIONE

Pagina

GARANZIA PRINCIPALE

Che cosa è assicurato? Qual' è la prestazione assicurata?

Art. 1 Prestazioni assicurate..... 3

Ci sono limiti di copertura?

Art. 2 Limitazioni della prestazione in caso di decesso 3

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Art. 3 Denuncia di Sinistro..... 5

Art. 4 Pagamenti dell'Impresa..... 5

Art. 5 Prescrizione 6

Art. 6 Dichiarazione del Contraente e dell'Assicurato 6

Art. 7 Cambiamento della professione dell'Assicurato o dello status tabagico..... 6

Quando e come devo pagare?

Art. 8 Premi 7

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 9 Conclusione del contratto – Entrata in vigore dell'assicurazione 8

Art. 10 Durata 9

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

Art. 11 Revoca della Proposta e diritto di Recesso 9

Art. 12 Mancato pagamento del premio annuo: risoluzione 9

Sono previsti riscatti e riduzioni?

Art. 13 Riscatto e riduzione..... 9

Art. 14 Ripresa del pagamento del premio: Riattivazione 10

Altre informazioni

Art. 15 Beneficiari 10

Art. 16 Non pignorabilità e non sequestrabilità 10

Art.17 Cessione e vincolo 10

Art. 18 Tasse e imposte..... 10

Art.19 Foro competente 10

Art.20 Legge applicabile al contratto 10

GARANZIA COMPLEMENTARE INFORTUNI (valida solo se espressamente richiamata nella Proposta)

Che cos'è assicurato? Qual' è la prestazione assicurata?

Art.1 Prestazioni assicurate..... 11

Ci sono limiti di copertura?

Art.2 Esclusioni e delimitazioni del rischio 11

Che obblighi ho? Cosa fare in caso di evento?

Art.3 Denuncia dell'Infortunio e obblighi conseguenti 12

Quando e come devo pagare?

Art.4 Premio..... 12

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art.5 Entrata in vigore 12

Art.6 Estinzione della garanzia..... 12

Altre informazioni

Art.7 Norme sussidiarie – Pagamento del capitale assicurato 12

GLOSSARIO

Lovia

Condizioni di assicurazione

PAGINA DI PRESENTAZIONE

Gentile Contraente,

in questa pagina troverai una breve illustrazione del prodotto.

Lovia è un'assicurazione temporanea caso morte, che garantisce un capitale ai beneficiari da te designati in caso di tua prematura scomparsa durante il periodo di validità della copertura. Puoi pagare la polizza annualmente (a Premio annuo) o in un'unica soluzione (a Premio unico).

Il prodotto ti permette di decidere liberamente:

- i beneficiari di polizza;
- l'importo del capitale assicurato;
- la durata della copertura.

Potrai detrarre il premio nella misura prevista dalla normativa in vigore.

Come previsto dalla normativa vigente, il capitale assicurato è impignorabile e inalienabile, è escluso dall'asse ereditario e dal reddito imponibile ai fini IRPEF.

Il prodotto prevede una tariffazione distinta in base allo status tabagico dell'Assicurato e alla sottoposizione o meno a visita medica.

Esclusivamente per i contratti a premio annuo, hai la possibilità di aumentare la protezione, abbinando al contratto una garanzia complementare che prevede che il capitale assicurato sia raddoppiato in caso di decesso causato da Infortunio o triplicato se determinato da incidente stradale.

Ti segnaliamo che il prodotto prevede cause di esclusione e di limitazione della prestazione per il caso di decesso, secondo le modalità e nei limiti previsti dall'articolo 2 delle Condizioni di assicurazione della garanzia principale e, se prestata, dall'articolo 2 delle Condizioni di assicurazione della garanzia complementare.

Inoltre, per capitali assicurati **fino a 400.000,00 euro** ed età computabili dell'Assicurato **fino a 65 anni**, il contratto può essere stipulato senza visita medica previa compilazione del questionario sanitario da parte dell'Assicurato, mentre per capitali assicurati **superiori a 400.000,00 euro** o età computabili dell'Assicurato **superiori a 65 anni** oppure nel caso in cui l'Assicurato desideri eliminare la Carenza, è necessario che l'Assicurato si sottoponga a visita medica.

Il prodotto può essere sottoscritto a partire dai 18 anni di età e fino ai 79 anni (74 anni in caso di abbinamento della garanzia complementare infortuni).

L'età massima alla Scadenza contrattuale della copertura è di 80 anni (75 anni in caso di abbinamento della garanzia complementare infortuni).

Richiamiamo, infine, la tua attenzione sul fatto che il presente prodotto non prevede l'esercizio del diritto di riscatto e non riconosce un valore di riduzione in caso di interruzione del pagamento dei premi.

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

Per qualsiasi richiesta contattaci, siamo a tua disposizione.

Condizioni di assicurazione

GARANZIA PRINCIPALE

Che cos'è assicurato? Qual è la prestazione assicurata?

Art. 1. Prestazioni assicurate

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.

Il capitale assicurato, indicato nella Proposta e in Polizza, non potrà essere in ogni caso inferiore a 25.000,00 euro. Per le tariffe a premio annuo, in caso di attivazione della garanzia complementare infortuni, il capitale assicurato della garanzia principale non potrà essere superiore a 750.000,00 euro. Al raggiungimento di tale limite concorrono tutte le somme eventualmente già garantite da altre polizze alle quali è abbinata la garanzia complementare infortuni.

Ti riportiamo due esempi di capitale assicurato in cui è attivabile o meno la garanzia complementare infortuni:

Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato

Capitale assicurato in caso di decesso euro 750.000,00

Capitale assicurato in caso di decesso per infortunio euro 1.500.000,00

Capitale assicurato in caso di decesso per infortunio da incidente stradale euro 2.250.000,00

Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato

Capitale assicurato in caso di decesso euro 1.000.000,00

La garanzia complementare infortuni non è attivabile perché il capitale assicurato della garanzia principale è maggiore di 750.000,00 euro.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla Scadenza contrattuale, non è prevista alcuna prestazione a carico dell'Impresa ed i premi pagati restano acquisiti a quest'ultima.

Ci sono limiti di copertura?

Art. 2. Limitazioni della prestazione in caso di decesso

2.1 Esclusioni

È escluso dalla copertura assicurativa soltanto il decesso causato:

- 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 è escluso dalla copertura fintanto che l'Assicurato rimanga nel territorio interessato. L'esistenza di una delle suddette situazioni già al momento dell'arrivo dell'Assicurato in un determinato territorio, e sempreché la minaccia derivante sia continuativa e persistente, comporta invece l'esclusione immediata della copertura;
- d) dall'uso, anche come passeggero:
 - di aeromobili in genere, fatta eccezione per il decesso dell'Assicurato in qualità di passeggero durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti;
 - di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - di aeromobili di aeroclubs;
 - di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (come ad esempio: deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
- e) da suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale Riattivazione del contratto;
- f) da eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche;
- g) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- h) dalla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- i) da eventi avvenuti in uno qualunque dei paesi per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere il viaggio. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it (o sito sostitutivo del Ministero degli Esteri). Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;

Condizioni di assicurazione

- j) dall'esercizio di un'attività professionale considerata a rischio non dichiarata alla sottoscrizione della Proposta o in corso di contratto, se iniziata successivamente. Le attività professionali considerate a rischio sono indicate nella Proposta di assicurazione. Per le attività professionali considerate a rischio dichiarate alla sottoscrizione della Proposta è riportata nella Proposta stessa l'eventuale esclusione dalla copertura assicurativa;
- k) dalla pratica di un'attività sportiva considerata a rischio non dichiarata alla sottoscrizione della Proposta o in corso di contratto, se iniziata successivamente. Le attività sportive considerate a rischio sono le seguenti: alpinismo e arrampicata, arti marziali da contatto, bungee jumping, canoa fluviale, canyoning, eliski, hydrospeed, immersioni subacquee (anche in apnea), kayak, kitesurfing, paracadutismo, 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, qualsiasi sport esercitato professionalmente o semi-professionalmente. Per le attività sportive considerate a rischio dichiarate alla sottoscrizione della Proposta è riportata nella Proposta stessa l'eventuale esclusione dalla copertura assicurativa.

Nei predetti casi, ad eccezione di quanto indicato alla lettera a), per il quale non è prevista alcuna prestazione, l'Impresa si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente la somma dei versamenti effettuati al netto di eventuali imposte e diritti.

2.2 Carenza

Nel caso in cui l'Assicurato decida di non sottoporsi alla visita medica (e sempreché l'Impresa non ritenga indispensabile la sottoposizione dello stesso agli accertamenti sanitari), viene applicato un **periodo di Carenza di 6 mesi dalla data di Decorrenza del contratto, durante il quale l'Impresa non garantisce la prestazione assicurata**, ma si limita - al verificarsi dell'evento assicurato - a restituire i premi versati al netto delle imposte relative all'eventuale copertura complementare. Qualora il contratto sia stato concluso in sostituzione di uno o più precedenti contratti - espressamente richiamati nella Proposta e nella polizza - l'applicazione della Carenza di 6 mesi avverrà tenendo conto delle rispettive date di conclusione, dei contratti sostituiti. Nel caso in cui il nuovo capitale assicurato fosse superiore al capitale assicurato dal contratto sostituito il periodo di Carenza trova applicazione solo alla parte di capitale eccedente.

L'Impresa corrisponde integralmente la prestazione assicurata solo nel caso in cui, durante il periodo di Carenza, il decesso avvenga per conseguenza diretta:

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro - spinale, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto;
- c) di Infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto, intendendo per Infortunio (fermo quanto disposto al punto 2.1 Esclusioni) l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Il periodo di Carenza si estende a 5 anni dalla data di Decorrenza del contratto qualora il decesso sia dovuto 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 (ed agli esami clinici richiesti dall'Impresa e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività) ed il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dalla Decorrenza del contratto e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà corrisposto. In suo luogo, qualora il contratto risulti al corrente con il pagamento dei premi, sarà corrisposta una somma pari ai premi versati al netto delle imposte relative all'eventuale copertura complementare.

Qualora il contratto sia stato concluso in sostituzione di uno o più precedenti contratti - espressamente richiamati nella Proposta e nella Polizza - **l'applicazione della Carenza di 5 anni per AIDS**, avverrà tenendo conto delle rispettive date di conclusione, dei contratti sostituiti. Nel caso il nuovo capitale assicurato fosse superiore al capitale assicurato dal contratto sostituito, il periodo di Carenza trova applicazione solo alla parte di capitale eccedente.

Per capitali assicurati superiori a 400.000,00 (quattrocentomila) euro oppure per età computabili alla Decorrenza superiori a 65 anni, 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 di Carenza).

Ai fini della determinazione dell'ammontare dei capitali assicurati di cui sopra si deve considerare la somma dei capitali assicurati per lo stesso Assicurato con altre polizze vita caso morte e miste, collettive comprese, sottoscritte con l'Impresa e in vigore all'atto della sottoscrizione della Proposta relativa al contratto. In caso di abbinamento della garanzia complementare, al fine di cui sopra, si deve considerare il capitale della garanzia principale.

Qualora l'Assicurato accetti di sottoporsi preventivamente a visita medica (compreso test HIV con esito negativo), non viene applicato il suddetto periodo di Carenza di 6 mesi o 5 anni.

Condizioni di assicurazione

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Art. 3. Denuncia di Sinistro

Nel caso avvenga il decesso dell'Assicurato gli aventi diritto **dovranno far pervenire all'Impresa** tutti i documenti necessari a verificare l'obbligo di pagamento e ad individuare correttamente gli aventi diritto.

La richiesta di liquidazione – unitamente ai documenti necessari 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** è altresì consentito l'invio della documentazione a mezzo posta stessa indirizzata a: Allianz S.p.A. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano o **posta elettronica certificata (PEC)** all'indirizzo allianz.spa@pec.allianz.it.

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

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

I documenti necessari a verificare l'obbligo di pagamento e la corretta individuazione degli aventi diritto che devono essere consegnati sono i seguenti:

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

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

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

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

Art. 4 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 suindicata presso la propria sede (ovvero dalla data di ricevimento presso la rete di vendita, se anteriore). Decorso tale termine, e a partire dal medesimo, sono dovuti gli interessi legali a favore degli aventi diritto.

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

Condizioni di assicurazione

Art. 5. Prescrizione

Ai sensi dell'articolo 2952 Codice civile i **diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto** su cui il diritto stesso si fonda. **Qualora i Beneficiari non richiedano entro il 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. 6. Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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

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

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

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

Qui di seguito riportiamo un esempio di riduzione della prestazione assicurata a causa di una dichiarazione reticente dell'Assicurato ai sensi dell'articolo 1893 c.c. (senza dolo o colpa grave).

Il caso riguarda il decesso dell'Assicurato, avvenuto 5 anni dalla Decorrenza del contratto.

Causa del decesso è infarto del miocardio, dall'analisi della documentazione medica, emerge che l'Assicurato soffriva di diabete mellito già 10 anni prima della Decorrenza del contratto e che in sede di stipula e sottoscrizione del relativo questionario sanitario non denunciava la propria anamnesi patologica remota.

Qualora tali dati patologici pregressi fossero stati resi noti in sede di stipula contrattuale, avrebbero comportato l'applicazione di un Sovrappremio sulla base dell'aggravamento del rischio.

Pertanto, la prestazione caso morte sarà riproporzionata – secondo quanto prevede l'articolo 1893 Codice civile, tenendo conto della patologia non dichiarata all'atto della sottoscrizione.

Nel caso in cui l'Assicurato inizi a praticare una **nuova attività sportiva a rischio** (di cui al precedente elenco riportato all'art. 2.1) non dichiarata alla sottoscrizione della Proposta, lo stesso, anche per il tramite del Contraente, **è tenuto ad informare l'Impresa mediante comunicazione scritta, da inviarsi a mezzo lettera raccomandata A.R.** indirizzata a: Allianz S.p.A. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano **o posta elettronica certificata (PEC)** all'indirizzo allianz.spa@pec.allianz.it. L'Impresa informerà il Contraente sull'eventuale maggiorazione di premio dovuta o sull'esclusione della nuova attività sportiva dichiarata dalla copertura assicurativa.

Art. 7. Cambiamento di professione dell'Assicurato o dello status tabagico

7.1 Cambiamenti di professione

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

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

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

Condizioni di assicurazione

La mancata comunicazione del cambiamento di professione o di attività dell'Assicurato comporta l'applicazione di quanto previsto dal precedente articolo 6 relativamente alle dichiarazioni inesatte e reticenti.

7.2 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 nei 12 mesi antecedenti alla data di sottoscrizione della Proposta. In considerazione di tale dichiarazione, vengono applicate le tariffe dedicate ai "fumatori" oppure le tariffe dedicate ai "non fumatori".

Qualora nel corso della Durata contrattuale l'Assicurato dichiaratosi "non Fumatore" all'atto della sottoscrizione, modifichi il proprio status in "Fumatore", allora il Contraente è tenuto, unitamente all'Assicurato, se persona diversa, ad informarne immediatamente l'Impresa mediante comunicazione scritta.

A seguito di tale comunicazione, l'Impresa effettua una valutazione del rischio e si riserva di rideterminare il premio pattuito (per le tariffe a Premio annuo) o il capitale assicurato (per le tariffe a Premio unico). Per le tariffe a premio annuo, il nuovo premio determinato dall'Impresa è dovuto a partire dalla ricorrenza annuale del contratto successiva al ricevimento della comunicazione di modifica dello status tabagico. Per le tariffe a Premio unico, il capitale assicurato sarà ridotto dall'Impresa sulla base delle tariffe "Fumatore" con effetto immediato.

Nel caso di un Assicurato che trovandosi nello status di "Fumatore" invii all'Impresa una dichiarazione attestante che ha smesso di fumare da almeno 12 mesi, subordinatamente agli esiti degli esami medici eventualmente richiesti per accertare l'insorgenza di patologie derivanti dalla passata abitudine al fumo, saranno applicate le condizioni tariffarie relative all'Assicurato "non Fumatore". Per le tariffe a premio annuo, ciò avverrà a partire dalla ricorrenza annuale seguente la comunicazione. I costi degli accertamenti sanitari eventualmente richiesti saranno a carico dell'Assicurato.

Per le tariffe a Premio unico, il capitale assicurato resterà inalterato e sarà restituita al Contraente la quota parte di premio relativa al minor rischio correlato alla mutata abitudine di fumo per il periodo di copertura residuo, entro 30 giorni dalla data di ricezione della dichiarazione attestante la modifica dello status tabagico corredata dalla documentazione sanitaria eventualmente richiesta.

In caso di mancata comunicazione della modifica dello status tabagico dell'Assicurato da "non Fumatore" a "Fumatore", in caso di decesso dell'Assicurato, una volta verificato lo status di "Fumatore" sulla base dei riscontri derivanti dagli accertamenti sanitari, l'Impresa applicherà una riduzione del capitale assicurato calcolato in base alle condizioni dello status "Fumatore".

Riportiamo un esempio di riduzione del capitale liquidabile in caso di Assicurato che durante il contratto modifichi lo status di "non Fumatore" in "Fumatore" senza darne comunicazione all'Impresa.

Capitale ridotto in caso di decesso dell'Assicurato "non Fumatore" che in base ai riscontri sanitari sia risultato "Fumatore":

$$Cr = C \times (P / Pr)$$

Dove:

Cr = capitale ridotto per modifica status tabagico

C = 500.000,00 euro (capitale assicurato alla Decorrenza)

P = 1.000,00 euro (premio annuo per Assicurato "non Fumatore")

Pr = 1.200,00 euro (Premio annuo se l'Assicurato si fosse dichiarato "Fumatore")

Calcolo capitale ridotto per modifica status tabagico

$$Cr = 500.000,00 \times (1000,00 / 1.200,00)$$

$$Cr = 500.000,00 \times 0.833 = \mathbf{416.666,67 \text{ euro}}$$

Quando e come devo pagare?

Art. 8. Premi

Le prestazioni assicurate di cui all'articolo 1 delle presenti Condizioni di assicurazione sono garantite previo pagamento all'Impresa, da parte del Contraente:

- di un Premio annuo, di importo costante (tariffe 16__12F, 16__12NF e 16__13F, 16__13NF),

oppure

- di un Premio unico (tariffe 16U_12F, 16U_12NF e 16U_13F, 16U_13NF).

Le modalità di versamento del premio sono alternative.

Il prodotto prevede delle tariffe distinte in base:

- allo status tabagico dell'Assicurato
 - "Fumatore" (tariffe 16__12F, 16U_12F, 16__13F e 16U_13F);
 - "non fumatore" (tariffe 16__12NF, 16U_12NF, 16__13NF e 16U_13NF);

Lovia

Condizioni di assicurazione

- alla sottoposizione o meno a visita medica
 - senza visita medica (tariffe 16__12F, 16__12NF, 16U_12F e 16U_12NF);
 - con visita medica (tariffe 16__13F, 16__13NF, 16U_13F e 16U_13NF).

Esclusivamente per le tariffe a premio annuo, vi è la possibilità di abbinare una garanzia complementare che prevede che il capitale assicurato sia raddoppiato in caso di decesso causato da Infortunio o triplicato se determinato da incidente stradale. Il versamento del premio di perfezionamento (Premio unico o Premio annuo) viene effettuato all'atto della sottoscrizione della Proposta.

In caso di pagamento del premio annuo, i premi successivi al premio di perfezionamento devono essere versati ad ogni ricorrenza annuale della data di Decorrenza e comunque non oltre la morte dell'Assicurato.

Il pagamento del premio annuo può essere frazionato in rate mensili, trimestrali o semestrali. In tal caso il pagamento dei premi viene 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 dell'addizionale di frazionamento (interesse di frazionamento)**.

Il Premio relativo al primo anno di durata del contratto, anche se frazionato, è dovuto per intero.

I premi potranno essere pagati 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.

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

I mezzi di pagamento ammessi sono i seguenti:

- assegni bancari, muniti della clausola di non trasferibilità;
- bonifico bancario;

I premi successivi al primo versamento potranno essere pagati anche con le seguenti modalità:

- SDD (Sepa Direct debit) attivabile in funzione dei tempi tecnici necessari per l'avvio dell'operazione e con la periodicità prevista (annuale, semestrale, trimestrale e mensile). Il pagamento tramite SDD è obbligatorio in caso di frazionamento mensile o trimestrale.

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

Non sono ammesse modalità di pagamento diverse da quelle suddette.

L'importo del premio di perfezionamento è indicato nella Proposta.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 9. Conclusione del contratto - Entrata in vigore dell'assicurazione

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, fatti salvi gli eventuali periodi di Carenza della copertura assicurativa previsti dall'articolo 2 delle presenti Condizioni di assicurazione. L'Impresa darà prontamente avviso al Contraente dell'**avvenuta conclusione del contratto**, inviando **apposita comunicazione** e rilasciando altresì copia della polizza.

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

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

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

Il Contraente prende atto che **l'Impresa è libera di accettare o meno la Proposta di assicurazione**, secondo le modalità di seguito specificate. In caso di **accettazione** della Proposta da parte dell'Impresa, il contratto si intenderà concluso - sempreché l'Impresa abbia ricevuto la Proposta sottoscritta dal Contraente nonché dall'Assicurato se persona diversa, e l'importo del

Condizioni di assicurazione

premio da lui stesso versato sia stato accreditato sul conto corrente dedicato all'Impresa - il giorno di effettivo accredito del premio a favore dell'Impresa. Tale data sarà confermata al Contraente mediante invio da parte dell'Impresa di un'apposita comunicazione; dalla data di ricezione della comunicazione decorre il termine per l'esercizio del diritto di recesso. A condizione che sia intervenuta la conclusione, il contratto produce effetti dalle ore 24 del giorno indicato sulla Polizza quale data di decorrenza, fatti salvi gli eventuali periodi di Carenza della copertura assicurativa previsti dalle Condizioni di assicurazione.

Il contratto sarà costituito dalla Proposta di assicurazione, dai documenti in essa richiamati, nonché dalla Polizza.

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

Art. 10. Durata

La durata del contratto non può essere inferiore ad 1 anno né superiore a 30 anni, avuto riguardo all'età dell'Assicurato che, alla Decorrenza del contratto, deve essere almeno pari a 18 anni e, alla Scadenza contrattuale, non superiore a 80 anni (75 anni in caso di abbinamento della garanzia complementare infortuni).

L'età considerata è, in tutti i casi, l'Età computabile.

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

Art. 11. Revoca della Proposta e diritto di Recesso

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, **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.

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

Entro 30 giorni dalla data di ricezione della comunicazione di avvenuta conclusione del contratto, il Contraente potrà recedere dal contratto medesimo (ai sensi dell'articolo 177 D. Lgs. 209/2005), mediante comunicazione scritta all'Impresa contenente gli elementi identificativi del contratto, da inviarsi **a mezzo lettera raccomandata A.R.** indirizzata a: Allianz S.p.A. - Circle Life Protezione - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano **o posta elettronica certificata (PEC)** all'indirizzo allianz.spa@pec.allianz.it. Successivamente ai 30 giorni, per i soli contratti a **Premio unico**, il Contraente potrà esercitare la facoltà di Recesso **per tutta la Durata contrattuale** mediante richiesta scritta da formularsi presso la rete di vendita dell'Impresa o inviare 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 l'Impresa da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto con Decorrenza dalle ore 24 del giorno di spedizione della lettera raccomandata, quale risultante dal timbro postale di invio della stessa.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di Recesso l'Impresa è tenuta a rimborsare al Contraente il premio da questi corrisposto al netto: delle eventuali imposte, della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, dell'imposta di bollo se prevista, nonché delle spese di emissione del contratto effettivamente sostenute e quantificate nella Proposta e nella Polizza.

Art. 12. Mancato pagamento del premio annuo: risoluzione

Nel caso in cui il contratto sia stato stipulato prevedendo il pagamento di un premio annuo, **il mancato pagamento del premio o anche di una sola rata** di premio, trascorsi 30 giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 14 delle presenti Condizioni di assicurazione, la risoluzione del contratto.

Qualora il decesso dell'Assicurato si verifichi durante il suddetto Periodo di interruzione del pagamento del premio, la prestazione da parte dell'Impresa non è dovuta.

A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che l'Impresa non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

Sono previsti riscatti e riduzioni?

Art. 13. Riscatto e riduzione

Il contratto **non prevede l'esercizio del diritto di riscatto e non riconosce un valore di riduzione** in caso di interruzione del pagamento dei premi.

Art. 14. Ripresa del pagamento del Premio annuo: Riattivazione

Nel caso in cui il contratto sia stato stipulato prevedendo il pagamento di un Premio annuo, e sia stato interrotto il pagamento dei premi, **entro sei mesi dalla data di interruzione del pagamento premi**, il Contraente ha comunque facoltà di riattivare il contratto. La Riattivazione è possibile previa corresponsione di tutti i premi arretrati aumentati degli interessi legali calcolati

Condizioni di assicurazione

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 dei premi, 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 e eventuali interessi legali) la copertura assicurativa con le prestazioni di cui all'articolo 1 delle presenti Condizioni di assicurazione.

La facoltà di Riattivazione del contratto **non è** in ogni caso **esercitabile trascorsi 24 mesi** dalla scadenza del Premio annuo o della prima rata di premio non pagata.

Qualora nel Periodo di interruzione del pagamento del premio si verifichi il decesso dell'Assicurato, il Contraente o i suoi eredi non possono corrispondere i premi arretrati per riattivare il contratto e nulla è dovuto da parte dell'Impresa.

In caso di mancato pagamento dei premi e qualora non venga effettuata da parte del Contraente la Riattivazione nei termini sopraindicati, il contratto si intende definitivamente risolto e i premi versati restano definitivamente acquisiti all'Impresa.

Altre informazioni

Art. 15. Beneficiari

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare e modificare tale designazione, come previsto dall'art. 1921 del Codice civile.

La designazione dei Beneficiari e le eventuali revoche e modifiche di essa devono essere comunicate per iscritto all'Impresa. Revoche e modifiche sono efficaci, tuttavia, anche se contenute nel testamento del Contraente, purché la relativa clausola faccia espresso riferimento alle polizze vita o sia specificamente attributiva delle somme con tali polizze assicurate.

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

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

In tali casi, le operazioni di 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 nei confronti dell'Impresa. Ciò significa, in particolare, che **le somme corrisposte 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. 16. 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. 17. Cessione e vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto o 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. 18. Tasse e imposte

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

Art. 19. 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. 20. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

Condizioni di assicurazione

GARANZIA COMPLEMENTARE INFORTUNI

(valida solo se espressamente richiamata nella Proposta)

Che cos'è assicurato? Qual è la prestazione assicurata?

Art. 1. Prestazioni assicurate

In caso di decesso dell'Assicurato per Infortunio prima della Scadenza contrattuale, l'Impresa garantisce, ai Beneficiari designati, il pagamento di un capitale pari al capitale assicurato in caso di decesso relativo alla garanzia principale, che viene raddoppiato qualora l'Infortunio mortale dell'Assicurato sia conseguente ad incidente stradale. **In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di Scadenza, non è prevista alcuna prestazione a carico dell'Impresa ed i premi pagati restano acquisiti da quest'ultima.**

Agli effetti della garanzia complementare, s'intende per:

- **Infortunio** un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca all'Assicurato lesioni corporali obiettivamente constatabili e tali che abbiano come conseguenza la sua morte e purché questa, quando non sia immediata, avvenga entro dodici mesi dall'Infortunio e la causa del decesso sia provata anatomopatologicamente;
- **Infortunio conseguente ad incidente stradale** quell'Infortunio cagionato da veicoli mezzi meccanici in circolazione - esclusi quelli ferroviari - che avvenga su strade d'uso pubblico o su aree a queste equiparate nonché su aree private in cui l'Assicurato rimane vittima, che produca all'Assicurato lesioni corporali obiettivamente constatabili e tali che abbiano come conseguenza diretta la sua morte purché questa, quando non sia immediata, avvenga entro dodici mesi dall'Infortunio e la causa del decesso sia provata anatomopatologicamente.

Sono compresi in garanzia:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da inalazione, ingestione e assorbimento, per errore, di sostanze venefiche;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento, l'assideramento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore;
- le infezioni che siano diretta conseguenza di un Infortunio;
- gli Infortuni conseguenti a stati di malore o di incoscienza;
- gli Infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli Infortuni conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa nonché quelli sofferti dallo stesso - sempreché involontariamente coinvolto - in occasione di tumulti popolari, di aggressioni o di atti violenti, anche se dovuti a movente politico, sociale o sindacale.

Ci sono limiti di copertura?

Art. 2. Esclusioni e delimitazioni del rischio

La garanzia non è operante quando l'Infortunio dipenda, direttamente o indirettamente, da:

- stati di ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- atti illeciti commessi dolosamente dall'Assicurato;
- movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche;
- 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 è escluso 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;
- esposizione a forme di radioattività artificiale;
- operazioni chirurgiche, accertamenti e trattamenti medici non resi necessari da Infortunio;
- imprese inusuali o temerarie;
- uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- uso, anche come passeggero;
 - di aeromobili in genere, fatta eccezione per gli Infortuni che l'Assicurato subisca in qualità di passeggero durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti;
 - di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - di aeromobili di aeroclubs;
 - di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (come ad esempio: deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
- insurrezioni o risse (salvo i casi di legittima difesa);

Condizioni di assicurazione

- 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.viaggiasesicuri.it (o sito sostitutivo del Ministero degli Esteri). Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- esercizio di un'attività professionale considerata a rischio non dichiarata alla sottoscrizione della Proposta o in corso di contratto, se iniziata successivamente. Le attività professionali considerate a rischio sono indicate nella Proposta di assicurazione. Per le attività professionali considerate a rischio dichiarate alla sottoscrizione della Proposta è riportata nella Proposta stessa l'eventuale esclusione dalla garanzia complementare;
- pratica di un'attività sportiva considerata a rischio non dichiarata alla sottoscrizione della Proposta o in corso di contratto, se iniziata successivamente. Le attività sportive considerate a rischio sono le seguenti: alpinismo e arrampicata, arti marziali da contatto, bungee jumping, canoa fluviale, canyoning, eliski, hydrospeed, immersioni subacquee (anche in apnea), kayak, kitesurfing, paracadutismo, 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, qualsiasi sport esercitato professionalmente o semi-professionalmente. Per le attività sportive considerate a rischio dichiarate alla sottoscrizione della Proposta è riportata nella Proposta stessa l'eventuale esclusione dalla garanzia complementare.

Che obblighi ho? Cosa fare in caso di evento?

Art. 3. Denuncia dell'infortunio e obblighi conseguenti

Fatta salva la documentazione richiesta dall'articolo 3 delle Condizioni di assicurazione della garanzia principale, **al verificarsi del decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio, gli aventi diritto devono darne avviso all'Impresa mediante richiesta scritta (raccomandata) 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, entro 15 giorni dall'evento o dal momento in cui i medesimi ne abbiano avuto la possibilità.** La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato, le circostanze e gli eventuali testimoni dell'Infortunio e comprovare che il decesso è conseguenza dell'Infortunio stesso. Se è intervenuto un medico, un suo certificato deve essere aggiunto alla denuncia.

Gli aventi diritto dovranno inoltre consentire all'Impresa lo svolgimento delle indagini ed autorizzare i medici, intervenuti dopo l'Infortunio, a fornire le ulteriori informazioni che fossero richieste.

Quando e come devo pagare?

Art. 4. Premio

Le prestazioni assicurative di cui all'articolo 1 sono garantite previo pagamento all'Impresa, da parte del Contraente, di un Premio, comprensivo delle imposte, da versarsi in via anticipata ed alle scadenze pattuite.

Il pagamento del premio viene effettuato congiuntamente al pagamento del premio relativo alla garanzia principale, all'atto della sottoscrizione della Proposta e per tutta la durata dello stesso, con le medesime norme stabilite per la garanzia principale.

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio, trascorsi trenta giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, **determina la sospensione della presente garanzia complementare.**

L'eventuale ripresa del pagamento del premio relativo alla garanzia complementare deve essere effettuata nei termini e secondo le modalità delle Condizioni di assicurazione della garanzia principale, e ripristina la presente garanzia complementare come descritto per la garanzia principale.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 5. Entrata in vigore

A condizione che sia intervenuta la conclusione del contratto, **le prestazioni assicurate di cui all'articolo 1 sono operanti dalle ore 24 del giorno indicato nella Proposta e nella Polizza quale data di Decorrenza**, a condizione che sia stato corrisposto il premio, o dalla data di pagamento di quest'ultimo qualora successivo alla data di Decorrenza indicata in Proposta.

Art. 6. Estinzione della garanzia

La garanzia complementare si estingue:

- in caso di mancato versamento del premio, per qualsiasi motivo salvo Riattivazione da parte del Contraente;
- alla Scadenza contrattuale.

Altre informazioni

Art. 7. Norme sussidiarie - Pagamento del capitale assicurato

Per quanto riguarda le tasse ed imposte presenti e future, per il foro competente e per quanto non risulti espressamente stabilito dalle presenti condizioni, le parti si richiamano alle Condizioni di assicurazione della garanzia principale ed alle norme di legge in materia.

Condizioni di assicurazione

GLOSSARIO

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 dei suoi dati anagrafici e 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 del contratto di assicurazione sono sospese e quindi non sono efficaci. Il periodo di Carenza intercorre dal momento della stipulazione del contratto e può essere di sei mesi o di 5 anni. Qualora l'evento assicurato si verifichi in tale periodo l'Impresa non corrisponde la prestazione assicurata o corrisponde una prestazione inferiore.

Caricamento

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

Condizioni di assicurazione

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

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.

Costi (o spese)

Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal contratto, sulle risorse finanziarie gestite dall'Impresa.

Decorrenza

Momento in cui il contratto produce i suoi effetti e le garanzie diventano efficaci, previo pagamento del premio. La data di Decorrenza è indicata nella Proposta di assicurazione e nella polizza.

Durata contrattuale

Periodo durante il quale il contratto è efficace.

Esclusioni

Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dall'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 nei 12 mesi precedenti la stipula del contratto.

Infortunio

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

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.

Periodo di interruzione del pagamento del Premio

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.

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.

Premio unico

Importo che il Contraente corrisponde in soluzione unica all'Impresa al momento della sottoscrizione della Proposta a fronte delle prestazioni assicurate.

Condizioni di assicurazione

Proposta

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

Recesso (o ripensamento)

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

Revoca

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

Riattivazione

Facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini e secondo le modalità indicate nelle Condizioni di assicurazione, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi.

Scadenza

Data in cui cessano gli effetti del contratto.

Sinistro

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

Sovrappremio

Maggiorazione di premio richiesta dall'impresa per le polizze miste o di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali (Sovrappremio sanitario) oppure nel caso in cui Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (Sovrappremio professionale o sportivo).