

LTC PIÙ VALORE

**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE MONOANNUALE DI GRUPPO DI RENDITA
VITALIZIA ANTICIPATA RIVALUTABILE PER IL CASO DI NON
AUTOSUFFICIENZA**

Protezione ad adesione obbligatoria

Set informativo

Edizione gennaio 2019

Il presente Set informativo, contenente:

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

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

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

Allianz S.p.A. - Sede legale Largo Ugo Irneri 1, 34123 Trieste - Tel. +39 040 7781.111 - Fax +39 040 7781.311
allianz.spa@pec.allianz.it - CF, P. IVA, Reg. imprese Trieste n. 05032630963 - Cap. sociale euro 403.000.000,00 i.v.
Iscritta Albo imprese di assicurazione n. 1.00152 - Capogruppo del gruppo assicurativo Allianz, iscritto all'Albo gruppi assicurativi n. 018 - Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE - Monaco - Codice 01

Allianz 

Servizio Clienti



**Assicurazione sulla vita di rendita vitalizia anticipata,
per il caso di non autosufficienza**
Documento Informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita
diversi dai prodotti d'investimento assicurativi
(DIP Vita)

Impresa: Allianz S.p.A.

Prodotto : LTC PIÙ VALORE





data di realizzazione: 01/01/2019

Il presente DIP Vita è l'ultimo disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

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

	Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?		Che cosa non è assicurato?
	<p>a) Prestazione in caso di decesso In caso di perdita, da parte dell'Assicurato, di autosufficienza nel compimento degli atti di vita quotidiana in maniera permanente prima della scadenza della copertura assicurativa, la Società corrisponde all'Assicurato una rendita vitalizia anticipata rivalutabile, con periodicità mensile.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ✘ Non sono assicurabili i soggetti di età inferiore ai 18 anni e superiore a 70 anni. ✘ Non sono assicurabili i soggetti che hanno la residenza al di fuori della Repubblica italiana.
			Ci sono limiti di copertura?
			<ul style="list-style-type: none"> ! Esclusioni - per il dettaglio delle esclusioni si rinvia al DIP aggiuntivo Vita alla sezione "Ci sono limiti di copertura?". ! Carenza viene applicato un periodo di carenza dalla data di decorrenza del contratto. Per un maggior dettaglio si rinvia al DIP aggiuntivo Vita alla sezione "Ci sono limiti di copertura?"
	Dove vale copertura?		
	<p>✓ Tutte le coperture valgono senza alcun limite territoriale.</p>		



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.

Per richiedere la liquidazione della prestazione dovranno preventivamente pervenire alla Società 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 della Società, 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. - Ufficio Vita Collettive - Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano. 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 Contraente si impegna a corrispondere alla Società - per ciascun Assicurato - i premi unici (monoannuali) relativi alle singole coperture assicurative. Il premio dovrà essere corrisposto in un'unica soluzione entro 30 giorni dalla data di decorrenza della copertura o comunque entro 30 giorni dalla data di invio dei documenti di polizza.

L'entità del premio per ogni Assicurato viene determinata alla decorrenza di ogni copertura in relazione alle garanzie prestate, al loro ammontare, all'età dell'assicurato al suo stato di salute.

I premi devono essere pagati tramite bonifico bancario.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il Contratto si intende concluso all'atto del perfezionamento, vale a dire nel momento in cui vengono apposte sulla Convenzione stessa le firme della Società e del Contraente.

L'assicurazione è monoannuale e si rinnova per ciascun Assicurato alle ore zero del 1° gennaio di ogni anno.

Il contratto ha effetto a decorrere dalle ore zero del giorno indicato nella Convenzione quale data di decorrenza. A partire da questa data si rinnova automaticamente di quinquennio in quinquennio salvo disdetta.



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

La revoca non è prevista.

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. - Ufficio Vita Collettive - Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano.

Il Contratto può essere risolto da una delle Parti (la Società e il Contraente) tramite esercizio della facoltà di disdetta a mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento inviata con almeno tre mesi di preavviso sulla data di scadenza dei singoli periodi quinquennali di vigore del Contratto.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

L'assicurazione si rinnova per ciascun Assicurato ogni anno previo pagamento del premio unico monoannuale, pertanto non è previsto il caso di interruzione del pagamento dei premi e la facoltà di riattivare il contratto.

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

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

Impresa: Allianz S.p.A.

Prodotto: LTC PIÙ VALORE

data di realizzazione: 01/01/2019

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 – denominata nel seguito "Società" – è:

- Allianz S.p.A., società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE – Monaco (Germania)
- Sede legale: Largo Ugo Irneri, 1, 34123 Trieste (Italia)
- Recapito telefonico: 800.68.68.68
- Sito Internet: www.allianz.it
- Indirizzo di posta elettronica certificata: allianz.spa@pec.allianz.it
- Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP del 21 Dicembre 2005 n°2398 ed iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione n°1.00152.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2017 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:

- il patrimonio netto della Società, pari a 2.563 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 1.462 milioni di euro.
- Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria della Società (SFCR), disponibile sul sito internet della Società www.allianz.it, e si riportano di seguito gli importi (in migliaia di euro):
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 2.377.259 ;
 - del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a 1.069.767;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 5.126.592;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR): pari a 5.126.592;
- e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) della Società, pari a 216%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

L'assicurazione collettiva LTC (LONG TERM CARE) costituisce una forma particolare di assicurazione sulla vita, volta a garantire la copertura del rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti di vita quotidiana, di durata monoannuale, con rinnovo automatico di anno in anno. L'assicurazione si rinnova per ciascun Assicurato (Posizione) alle ore zero del 1° gennaio di ogni anno.

a) Prestazione in caso di perdita di autosufficienza

In caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato, manifestatosi durante il periodo di vigore della copertura assicurativa e denunciato entro i termini di prescrizione stabiliti dalla legge e fino alla persistenza di tale stato, la Società erogherà con periodicità mensile una rendita vitalizia anticipata, rivalutabile annualmente.

Per ciascun Assicurato, l'ammontare iniziale della rendita è comunicato dal Contraente alla decorrenza della copertura assicurativa o, successivamente, in caso di modifica della somma da assicurare.

L'ammontare della prestazione massima assicurabile per ciascun Assicurato non può in ogni caso superare l'importo di 72.000,00 euro su base annua.

La corresponsione della rendita avviene esclusivamente previo accertamento dello stato di non autosufficienza da parte della Società. In caso di scadenza e conseguente mancato rinnovo del Contratto, la Società continuerà ad erogare la prestazione assicurata a favore di ogni Assicurato a cui è stato riconosciuto lo stato di non autosufficienza, purché abbia presentato la denuncia, comprensiva della documentazione richiesta completa, entro i termini di prescrizione stabiliti dalla legge, e finché permarrà in vita in tale stato.

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso del periodo annuale di copertura, non è prevista alcuna prestazione a carico della Società.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato al termine della copertura assicurativa senza che sia insorto lo stato di non autosufficienza, non è prevista alcuna prestazione a carico della Società ed il premio versato resta acquisito da quest'ultima.

Rivalutazione della prestazione

E' riconosciuta una rivalutazione annua della rendita per il caso di non autosufficienza dell'Assicurato sulla base del rendimento realizzato dalla gestione separata denominata PREVIRIV, secondo le modalità sotto indicate.

A. Misura della rivalutazione

La Società, entro il 31 dicembre di ogni anno, dichiara il rendimento annuo realizzato dalla gestione separata PREVIRIV.

Il rendimento attribuito al contratto è ottenuto diminuendo il rendimento realizzato dalla gestione separata PREVIRIV di un valore, denominato rendimento trattenuto, pari a 1 punto percentuale. Il rendimento trattenuto verrà aumentato di 0,01 punti percentuali per ogni decimo di punto percentuale di rendimento superiore al 6%, realizzato dalla gestione separata. In caso di rendimento della gestione separata positivo e inferiore al minimo trattenuto, il rendimento trattenuto sarà pari al rendimento stesso. La misura annua di rivalutazione della rendita vitalizia si ottiene scontando per il periodo di un anno al tasso tecnico dello 0,50% (vale a dire dividendo per 1,005) la differenza fra il rendimento attribuito al contratto ed il suddetto tasso tecnico già conteggiato nel calcolo della rendita iniziale.

La misura annua di rivalutazione non può in ogni caso risultare negativa e l'importo raggiunto dalla rendita vitalizia resta definitivamente acquisito dal contratto (consolidamento annuale).

B. Rivalutazione della rendita assicurata durante il periodo di godimento della rendita

Ad ogni ricorrenza annuale della data di decorrenza dell'erogazione, la rendita viene aumentata di un importo pari al prodotto della rendita assicurata alla ricorrenza annuale immediatamente precedente, per la misura di rivalutazione fissata a norma del punto A.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

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

- a) dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- b) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) i seguenti eventi preesistenti: malattia cui consegue un danno biologico permanente (susceptibile o meno di ulteriore aggravamento) che incida sulla futura capacità di espletamento degli atti quotidiani della vita, tranne quelli non conosciuti prima dell'ingresso in assicurazione, ed infortunio (inteso come un trauma prodotto all'organismo da causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili);
- d) 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, la perdita di autosufficienza è esclusa dalla copertura fintanto che l'Assicurato rimanga nel territorio interessato. L'esistenza di una delle suddette situazioni già al momento dell'arrivo dell'Assicurato in un determinato territorio, e sempreché la minaccia derivante sia continuativa e persistente, comporta invece l'esclusione immediata della copertura;
- e) contaminazioni chimiche o batteriologiche, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche;
- f) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- g) 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;
- h) uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci, alcolismo cronico o acuto;
- i) le seguenti malattie psichiatriche: schizofrenia, disturbo dell'umore, disturbo bipolare maniaco, disturbo bipolare ossessivo-maniaco, disturbo bipolare depressivo, disturbo bipolare ciclotimico, depressione maggiore cronica, nevrosi depressive, nevrosi fobico - ossessive, nevrosi ossessivo-compulsive, disturbi di personalità;
- j) tentato suicidio, lesioni o malattie intenzionalmente procurate

Nei predetti casi, ad eccezione di quanto indicato alla lettera a), per il quale non è prevista alcuna prestazione, la Società si impegna a rimborsare al Contraente un importo pari al rateo di premio relativo al periodo di copertura non goduto, al netto dei diritti di polizza.

Carenza

Vige un periodo di carenza dalla data di decorrenza, della durata di 90 giorni, senza operatività della relativa copertura assicurativa. Nel caso in cui lo stato di non autosufficienza sia dovuto ad infortunio, intendendo per tale l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili non trova applicazione la carenza.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia dello stato di non autosufficienza:

La valutazione dello stato di non autosufficienza spetta alla Società.
Al verificarsi della perdita permanente di autosufficienza, l'Assicurato o altra persona che lo rappresenti, per il tramite del Contraente, deve richiedere per iscritto a Allianz S.p.A. - Ufficio Vita Collettive - Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano alla Società il riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

Alla richiesta deve essere allegato un certificato del medico curante attestante lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato redatto sull'apposito modello fornito dalla Società, con compilazione della relazione sulle cause della perdita di autosufficienza.

Dalla data di ricevimento di tale documentazione (*data di denuncia*), decorre il periodo di accertamento da parte della Società, che in ogni caso non può superare i sei mesi.

La Società si riserva comunque di richiedere all'Assicurato ulteriori informazioni sulle predette cause nonché ulteriore documentazione medica.

Le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sull'Assicurato. Ultimati i controlli medici, la Società comunica per iscritto all'Assicurato, entro e non oltre il periodo di accertamento, il riconoscimento o meno dello stato di non autosufficienza.

Prescrizione:

Ai sensi dell'art. 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 del contraente 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)

Liquidazione della prestazione:

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la Società provvede alla liquidazione dell'importo dovuto **entro 30 giorni** dalla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza. Decorso il termine dei 30 giorni sono dovuti gli interessi legali a favore dell'avente diritto, calcolati dalla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

Dichiarazioni inesatte o reticenti

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze, relative a circostanze tali che la Società 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 della Società:

- 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 la Società 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.



Quando e come devo pagare?


Premio


I Premi devono essere pagati tramite bonifico bancario intestato esclusivamente all'Agenzia, fermo restando che per specifiche esigenze procedurali la Società si riserva di richiedere che il bonifico venga intestato ad Allianz S.p.A.


Rimborso


In caso di recesso del contratto, entro 30 giorni dalla data di ricezione della comunicazione


	di recesso la Società è tenuta a rimborsare il premio corrisposto al netto della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto nonché delle spese di emissione del contratto effettivamente sostenute ed indicate in Convenzione (diritti di polizza).
Sconti	Non sono previsti 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	Non prevista.
Recesso	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. - Ufficio Vita Collettive - Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano. Entro 30 giorni dal ricevimento della predetta comunicazione di recesso la Società è tenuta a rimborsare il premio corrisposto al netto della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto nonché delle spese di emissione del contratto effettivamente sostenute e quantificate in Convenzione (diritti di polizza).
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

 A chi è rivolto questo prodotto ?	
Il prodotto è rivolto alle imprese aderenti a Confindustria nei termini previsti dall'accordo quadro stipulato tra Previsindustria ed Allianz S.p.A., al fine di realizzare una copertura assicurativa richiesta da un preesistente accordo aziendale, regolamento o statuto in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti di vita quotidiana a favore dei soggetti assicurati. L'età computabile degli assicurati alla decorrenza deve essere compresa tra 18 anni e 70 anni.	

 Quali costi devo sostenere?	
Costi gravanti sul premio	
Spese d'emissione	0,52 euro per ciascuna posizione assicurata
<p>Per rendite annue assicurate fino a 36.000,00 euro non è prevista l'effettuazione della visita medica da parte dell'Assicurato e pertanto non è previsto alcun costo per la visita medica.</p> <p>Per rendite annue assicurate oltre 36.000,00 euro e fino a 72.000,00 euro, è necessario che l'Assicurato si sottoponga a visita medica. Ciò comporta la compilazione del rapporto di visita medica da parte del medico curante.</p> <p>Il costo per la visita medica e per gli accertamenti sanitari richiesti è interamente a carico del Contraente e pertanto non rientra tra i costi gravanti sul premio.</p>	
Caricamento	
Costo in percentuale del premio unico, al netto delle spese di emissione: 35,0%	
tabella sui costi per l'erogazione della rendita	
Costo per l'erogazione della rendita	1,25%
Costi di intermediazione	
La quota parte percepita in media dagli intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari al 23,0%	

 Sono previsti riscatti o riduzioni? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
Valori di riscatto e riduzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Richiesta di informazioni	Puoi richiedere informazioni sul tuo contratto all'Agenzia di riferimento oppure a: Allianz S.p.A. Ufficio Vita Collettive, Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano (Italia) indirizzo di posta elettronica: collettivevita.gestione@allianz.it

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto (posta o e-mail) a Allianz S.p.A. - Pronto Allianz Servizio Clienti - Piazza Tre Torri n.3, 20145 Milano - Indirizzo e-mail: reclami@allianz.it o tramite il link presente sul sito internet della Società www.allianz.it/reclami.</p> <p>Al reclamo, che verrà riportato in apposito registro elettronico, sarà dato riscontro nel termine massimo di 45 giorni dal ricevimento. Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni, per le necessarie integrazioni istruttorie.</p> <p>I reclami relativi al solo comportamento degli Intermediari iscritti nella sezione B o D del Registro Unico degli Intermediari (Banche o Broker) e loro dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essere a questi direttamente indirizzati. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire ad Allianz S.p.A. la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni.</p> <p>I reclami c.d. "misti", vale a dirsi quelli relativi al contratto o servizio assicurativo riferiti sia al comportamento dell'intermediario e dei suoi dipendenti e collaboratori, sia alla Società, verranno trattati da Allianz e dall'intermediario, ciascuno per la parte di propria spettanza e separatamente riscontrati al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.</p>
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it

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

Mediazione (OBBLIGATORIA)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Nel caso di lite transfrontaliera, tra un Contraente/Assicurato avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede legale in un altro stato membro, il Contraente/Assicurato può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando il reclamo direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (individuabile accedendo al sito internet http://www.ec.europa.eu/fin-net), oppure, se il Contraente/Assicurato ha domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS che provvede all'inoltro al sistema estero competente, dandone notizia al reclamante.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>Imposta sui premi</p> <p>I premi pagati per le assicurazioni sulla vita non sono soggetti ad alcuna imposta.</p> <p><i>Regime fiscale dei premi:</i></p> <p>Nel caso in cui i premi, versati per le assicurazioni sulla vita aventi ad oggetto esclusivo il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, concorrono a</p>
--	---

	<p>formare il reddito del lavoratore dipendente, è riconosciuta annualmente al dipendente assicurato una detrazione d'imposta ai fini IRPEF nella misura del 19% su di un importo massimo di 1.291,14 euro; si precisa altresì che gli stessi costituiscono base imponibile previdenziale, ai fini della contribuzione INPS.</p> <p>Ai fini della detrazione d'imposta devono essere considerati, oltre ai premi pagati per le assicurazioni sopra indicate, anche eventuali premi pagati dall'Assicurato per le assicurazioni caso morte ed infortuni, fermo restando il sopraindicato limite complessivo massimo di 1.291,14 euro.</p> <p>L'importo dei premi versati dal datore di lavoro costituisce onere deducibile dal reddito di impresa.</p> <p>Tassazione delle somme assicurate</p> <p>Le somme corrisposte in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti di vita quotidiana dell'Assicurato non sono soggette all'IRPEF.</p> <p><i>Altre implicazioni di carattere fiscale</i></p> <p>L'applicazione di altre disposizioni fiscali può dipendere da elementi quali la fonte istitutiva dell'assicurazione collettiva, i soggetti che sopportano l'onere economico del premio, la natura delle prestazioni corrisposte o i soggetti beneficiari. Il Contraente potrà chiedere al proprio intermediario assicurativo di fiducia tutti i chiarimenti del caso; peraltro, nei casi particolarmente complessi, è consigliabile avvalersi di adeguata assistenza professionale in campo fiscale.</p> <p>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>
--	--

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO 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 NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO

Condizioni di assicurazione

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE MONOANNUALE DI GRUPPO DI RENDITA VITALIZIA ANTICIPATA RIVALUTABILE PER IL CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Premessa

L'assicurazione collettiva LTC (LONG TERM CARE) costituisce una forma particolare di assicurazione sulla vita, volta a garantire la copertura del rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti di vita quotidiana, di durata monoannuale, con rinnovo automatico di anno in anno, destinata ad un gruppo di persone aventi caratteristiche omogenee e le cui prestazioni sono determinate in base a criteri uniformi indipendenti dalla volontà di ogni singolo Assicurato.

Le assicurazioni collettive di gruppo possono trovare applicazione sempreché l'assicurazione sia stipulata:

- a) in base a contratti collettivi oppure ad accordi o regolamenti aziendali da parte di datori di lavoro per i propri dipendenti;
- b) in base a contratti collettivi oppure ad accordi o regolamenti aziendali da parte di Imprese per i propri agenti, rappresentanti, commissionari o concessionari o comunque per persone ad esse legate da rapporti di collaborazione coordinata e continuativa;
- c) in base a contratti collettivi oppure ad accordi o regolamenti aziendali da parte di Enti, Casse, Fondi Aziendali per i soggetti di cui ai precedenti punti a) e b) ad essi iscritti;
- d) in base a norme statutarie o regolamento interno da parte di Associazioni legalmente costituite, o assimilabili, che non abbiano come unica finalità la stipula dell'assicurazione per il caso di perdita di autosufficienza grave e presumibilmente permanente dei propri associati

Art. 1 Assicurati

L'assicurazione si estende ai soggetti indicati in premessa i cui nominativi saranno indicati dal Contraente stesso. A fronte di ogni nominativo inserito in Contratto la Società costituisce la relativa Posizione individuale.

Art. 2 Beneficiari

Beneficiari della prestazione assicurata sono gli Assicurati stessi.

Art. 3 Conclusione del Contratto

Il Contratto si intende concluso all'atto del perfezionamento, vale a dire nel momento in cui vengono apposte sulla Convenzione stessa le firme della Società e del Contraente.

Art. 4 Piano

Per ogni singola Posizione le prestazioni assicurate vengono garantite attraverso una sequenza di coperture, ognuna delle quali - con decorrenza e durata stabilite ai sensi dell'Art. 6 delle presenti Condizioni di assicurazione - viene costituita dietro versamento di un premio da parte del Contraente.

Tale sequenza di coperture costituisce il Piano per ogni singola Posizione.

La decorrenza del Piano coincide con la decorrenza della prima copertura riferibile allo stesso.

La durata del Piano è pari al periodo di tempo, espresso in anni, mesi e giorni, che intercorre tra la data di decorrenza della prima copertura e la data di rinnovo annuo del Contratto in cui l'Assicurato non risulta più essere assicurabile per aver raggiunto l'età massima prevista dal Contratto stessa ovvero tra la data di decorrenza della prima copertura ed il giorno in cui l'Assicurato cessa di possedere i requisiti di partecipazione al Contratto.

Art. 5 Premio

Le prestazioni assicurative di cui al successivo Art. 7 delle presenti Condizioni di assicurazione sono garantite previo pagamento alla Società di una sequenza di premi monoannuali, da parte del Contraente, da versarsi per ciascuna copertura in un'unica soluzione, nei tempi e secondo le modalità disciplinate in Convenzione.

I nominativi degli Assicurati che non hanno più i requisiti necessari per l'inserimento in Convenzione, dovranno essere tempestivamente comunicati dal Contraente stesso alla Società.

La società rimborserà al Contraente il rateo di premio relativo al periodo di copertura non goduto, al netto dei diritti di polizza.

Condizioni di assicurazione

Art. 6 Decorrenza e durata delle coperture assicurative

L'assicurazione è monoannuale e si rinnova per ciascuna Posizione alle ore zero del 1° gennaio di ogni anno o alle ore zero di altra data indicata dal Contraente. La decorrenza della copertura per ciascuna Posizione, anche in relazione ad eventuali aumenti di prestazione, avviene alle ore zero del giorno indicato dal Contraente.

Qualora la data di decorrenza della copertura non coincida con la data di rinnovo annuale dell'assicurazione, la durata della copertura è pari ai giorni intercorrenti tra la data di decorrenza comunicata e la successiva data di rinnovo.

La copertura si rinnova automaticamente di anno in anno fino a quando l'Assicurato non risulta più essere assicurabile per aver raggiunto l'età massima prevista dal Contratto.

La permanenza in assicurazione cessa comunque alle ore zero del giorno successivo a quello in cui l'Assicurato cessa di possedere i requisiti di partecipazione al Contratto stessa, e di ciò il Contraente è tenuto a darne tempestiva comunicazione alla Società.

Art. 7 Prestazioni assicurative

In caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato, manifestatosi durante il periodo di vigore della copertura assicurativa e denunciato entro i termini di prescrizione stabiliti dalla legge e fino alla persistenza di tale stato, la Società erogherà con periodicità mensile, nei tempi e secondo le modalità di cui all'Art. 11 e salvo le limitazioni previste dagli Artt. 8 e 9 delle presenti Condizioni di assicurazione, una rendita vitalizia anticipata, rivalutabile annualmente secondo quanto disposto al successivo Art. 15.

Per ciascun Assicurato, l'ammontare iniziale della rendita è comunicato dal Contraente alla decorrenza della copertura assicurativa o, successivamente, in caso di modifica della somma da assicurare.

L'ammontare della prestazione massima assicurabile per ciascun Assicurato non può in ogni caso superare l'importo di 72.000,00 euro su base annua.

Le prestazioni della Società sono garantite a condizione che il Contraente abbia provveduto al pagamento del premio.

La corresponsione della rendita avviene esclusivamente previo accertamento dello stato di non autosufficienza da parte della Società.

In caso di scadenza e conseguente mancato rinnovo del Contratto, la Società continuerà ad erogare la prestazione assicurata a favore di ogni Assicurato a cui è stato riconosciuto lo stato di non autosufficienza, purché abbia presentato la denuncia, comprensiva della documentazione richiesta completa, entro i termini di prescrizione stabiliti dalla legge, e finché permarrà in vita in tale stato.

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso del periodo annuale di copertura, non è prevista alcuna prestazione a carico della Società.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato al termine della copertura assicurativa senza che sia insorto lo stato di non autosufficienza, non è prevista alcuna prestazione a carico della Società ed il premio versato resta acquisito da quest'ultima.

Definizione dello stato di non autosufficienza

Si considera in stato di non autosufficienza l'Assicurato che, a causa di una malattia, una lesione o la perdita delle forze, si trovi in uno stato tale da aver bisogno – prevedibilmente per sempre – quotidianamente e in misura notevole, dell'assistenza di un'altra persona nel compiere almeno 4 delle seguenti 6 azioni consuete della vita quotidiana, nonostante l'uso di ausili tecnici e medici:

- **Muoversi nella stanza:** sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assicurato, nonostante l'utilizzo di stampelle o una sedia a rotelle, necessiti dell'aiuto di un'altra persona;
- **Alzarsi e mettersi a letto:** sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assicurato non sia in grado di recarsi a letto o di lasciare il letto senza l'aiuto di un'altra persona;
- **Vestirsi e svestirsi:** sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assicurato non sia in grado di vestirsi o svestirsi senza l'aiuto di un'altra persona, nonostante l'uso di abiti idonei;
- **Consumare cibi e bevande:** sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assicurato non sia in grado di mangiare e di bere senza l'aiuto di un'altra persona, nonostante l'uso di posate e recipienti per bere idonei;
- **Lavarsi, pettinarsi e farsi la barba:** sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assicurato debba essere lavato, pettinato e rasato da un'altra persona non essendo in grado di eseguire i movimenti del corpo necessari;
- **Funzioni fisiologiche:** sussiste un bisogno di assistenza qualora l'Assicurato non sia autonomamente in grado di espletare le normali funzioni fisiologiche e tutti gli atti di elementare igiene personale. In caso di una sola incontinenza (o dell'intestino o della vescica) compensabile con l'uso di assorbenti igienici, non sussiste lo stato di non autosufficienza di cui al presente punto.

La perdita permanente di autosufficienza deve essere certificata da un medico.

Condizioni di assicurazione

Art. 8 Esclusioni e carenza della copertura in caso di perdita di autosufficienza

8.1 Esclusioni

E' escluso dalla garanzia lo stato di non autosufficienza derivante direttamente o indirettamente da:

- a) dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- b) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) i seguenti eventi preesistenti: malattia cui consegue un danno biologico permanente (suscettibile o meno di ulteriore aggravamento) che incida sulla futura capacità di espletamento degli atti quotidiani della vita, tranne quelli non conosciuti prima dell'ingresso in assicurazione, ed infortunio (inteso come un trauma prodotto all'organismo da causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili);
- d) 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, la perdita di autosufficienza è esclusa dalla copertura fintanto che l'Assicurato rimanga nel territorio interessato. L'esistenza di una delle suddette situazioni già al momento dell'arrivo dell'Assicurato in un determinato territorio, e sempreché la minaccia derivante sia continuativa e persistente, comporta invece l'esclusione immediata della copertura;
- e) contaminazioni chimiche o batteriologiche, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche;
- f) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- g) 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;
- h) uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci, alcolismo cronico o acuto;
- i) le seguenti malattie psichiatriche: schizofrenia, disturbo dell'umore, disturbo bipolare maniaco, disturbo bipolare ossessivo-maniaco, disturbo bipolare depressivo, disturbo bipolare ciclotimico, depressione maggiore cronica, nevrosi depressiva, nevrosi fobico - ossessiva, nevrosi ossessivo-compulsiva, disturbi di personalità.
- j) tentato suicidio, lesioni o malattie intenzionalmente procurate.

Nei predetti casi, ad eccezione di quanto indicato alla lettera a), per il quale non è prevista alcuna prestazione, la Società si impegna a rimborsare al Contraente un importo pari al rateo di premio relativo al periodo di copertura non goduto, al netto dei diritti di polizza.

8.2 Carenza

Vige un periodo di carenza dalla decorrenza del Piano, della durata di 90 giorni, senza operatività della relativa copertura assicurativa.

Nel caso in cui lo stato di non autosufficienza sia dovuto ad infortunio, intendendo per tale l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili non trova applicazione la carenza di cui al precedente capoverso.

Art. 9 Modalità assuntive

I rischi vengono assunti dalla Società con riferimento all'ammontare della rendita annua iniziale da garantire per ciascun Assicurato, secondo quanto previsto nella "Scheda Modalità Assuntive" allegata al Contratto ed alla modulistica assuntiva di volta in volta resa disponibile dalla Società. Il Contraente si impegna a fornire alla Società la documentazione assuntiva riportata nella "Scheda Modalità Assuntive". Resta comunque inteso che, all'atto della produzione della documentazione assuntiva dovuta, la Società si riserva di:

- dare efficacia alla copertura assicurativa, accettando il rischio a condizioni normali;
- richiedere ulteriore documentazione;
- rifiutare il rischio.

Nel caso in cui la Società rifiutasse il rischio, si chiuderà la copertura rimborsando il rateo di premio relativo alla garanzia non goduta con effetto dalla data di valutazione della consulenza medica della Società, anche sulla copertura preesistente se trattasi di incremento di prestazione.

Il costo di tutti gli accertamenti sanitari è a carico del Contraente.

Condizioni di assicurazione

Art. 10 Denuncia, accertamento e riconoscimento dello stato di non autosufficienza e obblighi conseguenti

La valutazione dello stato di non autosufficienza spetta alla Società.

Al verificarsi della perdita permanente di autosufficienza, l'Assicurato o altra persona che lo rappresenti, per il tramite del Contraente, deve richiedere per iscritto alla Società il riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

Alla richiesta deve essere allegato un certificato del medico curante attestante lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato redatto sull'apposito modello fornito dalla Società, con compilazione della relazione sulle cause della perdita di autosufficienza.

Dalla data di ricevimento di tale documentazione (*data di denuncia*), decorre il periodo di accertamento da parte della Società, che in ogni caso non può superare i sei mesi.

La Società si riserva comunque di richiedere all'Assicurato ulteriori informazioni sulle predette cause nonché ulteriore documentazione medica.

Le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sull'Assicurato.

Ultimati i controlli medici, la Società comunica per iscritto all'Assicurato, entro e non oltre il periodo di accertamento, il riconoscimento o meno dello stato di non autosufficienza.

Art. 11 Conseguenze del riconoscimento dello stato di non autosufficienza

Con il riconoscimento dello stato di non autosufficienza si genera il diritto dell'Assicurato/Beneficiario a percepire la prestazione di cui all'Art. 7 delle presenti Condizioni di assicurazione.

Per la relativa Posizione non è più dovuto il pagamento del premio ed i premi già corrisposti restano totalmente acquisiti dalla Società, ad esclusione dell'eventuale premio versato successivamente alla data di denuncia.

In particolare, la prestazione in rendita:

- **decorre** a partire dal primo giorno del mese successivo alla data di denuncia della perdita di autosufficienza;
- **viene erogata**, la prima volta, con valuta pari al primo giorno del mese successivo alla comunicazione di riconoscimento della perdita di autosufficienza.

L'importo della prima corresponsione comprende anche le rate di rendita maturate tra la data di decorrenza e quella di effettiva erogazione.

Le rate successive avranno sempre valuta pari al primo giorno del mese in cui cade la periodicità stabilita di pagamento della prestazione.

- **cessa** con l'ultima scadenza di rata precedente il decesso dell'Assicurato, *oppure* con la prima scadenza di rata precedente all'accertamento della mancata permanenza dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato, di cui al successivo Art.12.

Eventuali rate scadute e pagate successivamente al decesso dell'Assicurato devono essere restituite alla Società; a tal fine, ad ogni ricorrenza annuale della data di decorrenza della rendita, ogni Assicurato è tenuto a produrre alla Società un documento attestante l'esistenza in vita, anche sotto forma di autocertificazione, oltre alla fotocopia di un documento d'identità valido.

Art. 12 Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

Nel corso del periodo di erogazione della rendita, la Società si riserva il diritto di effettuare successivi accertamenti della condizione di non autosufficienza dell'Assicurato, non più di una volta ogni tre anni. In tale occasione, sarà richiesta almeno la presentazione di un certificato del medico curante che attesti la permanenza dello stato di non autosufficienza. La Società si riserva comunque la possibilità di richiedere all'Assicurato ulteriore documentazione medica in considerazione di specifiche esigenze istruttorie.

Se dai suddetti accertamenti dovesse rilevarsi che non sussistono più i presupposti per l'erogazione della prestazione per perdita di autosufficienza, la Società cesserà l'erogazione della prestazione con effetto dalla prima scadenza di rata immediatamente precedente alla data di accertamento.

Art. 13 Pagamenti della Società

Per tutti i pagamenti della Società dovranno essere preventivamente consegnati alla stessa, tutti i documenti, riportati al precedente Art. 10, necessari a verificare l'obbligo di pagamento.

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, la Società provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro 30 giorni dal riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

Decorso il termine dei 30 giorni sono dovuti gli interessi legali a favore dell'avente diritto, calcolati dalla data di riconoscimento di cui sopra.

Condizioni di assicurazione

Art. 14 Rendimento attribuito

Il rendimento attribuito è pari al rendimento annuo conseguito dalla gestione separata PREVIRIV diminuito del rendimento trattenuto da parte della Società, pari a 1 punto percentuale se il rendimento della gestione separata non è superiore al 6,09%. Tale rendimento trattenuto viene aumentato in funzione del rendimento della gestione separata nella misura di 0,01 punti percentuali per ogni decimo di punto percentuale di rendimento superiore al 6% conseguito dalla gestione separata stessa. In caso di rendimento della Gestione separata positivo e inferiore al minimo trattenuto, il rendimento trattenuto sarà pari al rendimento stesso.

Art. 15 Rivalutazione della prestazione nel corso del periodo di erogazione

La rendita assicurata, nel corso del periodo di erogazione, viene rivalutata ad ogni ricorrenza annuale della data di decorrenza dell'erogazione, con le modalità stabilite alla lettera B) della Clausola di Rivalutazione.

Art. 16 Diritto di recesso

Il Contraente ha la facoltà di esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla data di conclusione del Contratto.

Ai fini dell'esercizio di tale diritto il Contraente è tenuto ad inviare comunicazione scritta alla Società, con lettera raccomandata A.R. indirizzata a:

Allianz S.p.A. - Ufficio Vita Collettive – Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano,

contenente gli elementi identificativi del Contratto e indicando le coordinate bancarie ove effettuare il rimborso.

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

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società è tenuta a rimborsare al Contraente l'eventuale premio da questi corrisposto trattenendo la parte di premio relativa al rischio assunto per il periodo durante il quale il Contratto ha avuto effetto, nonché le spese di emissione del Contratto effettivamente sostenute.

Art. 17 Prescrizione

Ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in dieci anni dal verificarsi dell'evento su cui i diritti stessi si fondano.

Qualora i Beneficiari non richiedano entro il predetto termine di prescrizione la liquidazione della prestazione, l'importo è devoluto dalla Società 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. 18 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 la Società 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 della Società:

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 la Società stessa ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;

B. nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave:

- 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 dalla Società, all'atto della sottoscrizione di contratti di assicurazione infortuni e/o malattia stipulati con la Società 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 con riferimento al presente Contratto.

Art. 19 Documentazione da consegnare agli Assicurati

Il Contraente, in ottemperanza ai disposti del Regolamento ISVAP n.35 del 26 maggio 2010, è tenuto a consegnare all'Assicurato copia delle Condizioni di assicurazione e di eventuali appendici al Contratto che comportino modifiche alle Condizioni stesse.

Condizioni di assicurazione

Il Contraente terrà indenne e manlevata la Società da ogni conseguenza pregiudizievole che dovesse derivarle dal mancato rispetto degli obblighi sopra richiamati.

Art. 20 Privacy

Il Contraente si impegna a fornire l'Informativa Privacy della Società e a trasmettere alla Società stessa il relativo consenso da parte di ognuno dei partecipanti al Contratto.

Art. 21 Tasso massimo di interesse garantito

Le modifiche, finalizzate esclusivamente al rientro nel limite massimo determinato dall'IVASS (Organo preposto al controllo dell'attività assicurativa) in materia di tasso massimo di interesse garantito ai sensi dell'articolo 33 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, sono applicate ad ogni Posizione accesa successivamente all'entrata in vigore delle modifiche stesse.

Art. 22 Tasse e imposte

Eventuali tasse e imposte relative al Contratto sono a carico del Contraente, dei Beneficiari o degli aventi diritto.

Art. 23 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.

In caso di controversia sulla natura dell'infortunio o della malattia, sulla conseguenza degli stessi o sullo stato di non autosufficienza, è data facoltà alle Parti di concordare la risoluzione della controversia ricorrendo ad un Collegio Arbitrale composto da tre medici, dei quali uno nominato dalla Società, uno dall'Assicurato ed il terzo indipendente scelto di comune accordo tra le Parti. In caso di mancato accordo, la scelta del terzo arbitro sarà demandata al presidente del tribunale competente per il luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le spese e l'onorario del proprio medico e la metà di quelle dell'arbitro indipendente. Tutti gli altri oneri sono a carico della parte soccombente.

Le decisioni del Collegio Arbitrale sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

Art. 24 Non pignorabilità e non sequestrabilità

Ai sensi dell'art. 1923 del Codice Civile le somme dovute dalla Società, in virtù dei contratti di assicurazione sulla vita, non sono pignorabili né sequestrabili.

Sono salve, rispetto ai premi pagati, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni (art.1923, comma 2 del Codice Civile).

Art. 25 Legge applicabile al Contratto

Al Contratto si applica la legge italiana.

Condizioni di assicurazione

CLAUSOLA DI RIVALUTAZIONE

Il presente Contratto fa parte di una speciale categoria di contratti di assicurazione sulla vita ai quali la Società riconosce una rivalutazione annua delle prestazioni assicurate nella misura e secondo le modalità sotto indicate.

A tal fine la Società gestisce, secondo quanto previsto dal Regolamento della gestione separata PREVIRIV, attività di importo non inferiore alle relative riserve matematiche.

A) Misura della rivalutazione

Entro il 31 dicembre di ciascun anno la Società dichiara il rendimento annuo conseguito dalla gestione separata PREVIRIV determinato con i criteri indicati alla lettera j) del rispettivo Regolamento.

La misura annua di rivalutazione da attribuire al contratto si ottiene scontando per il periodo di un anno al tasso tecnico dello 0,5%, la differenza fra il rendimento attribuito, determinato secondo quanto disposto all'Art. 14 delle Condizioni di assicurazione sulla base del rendimento conseguito dalla gestione separata PREVIRIV, ed il suddetto tasso tecnico già conteggiato nel calcolo del premio.

La misura annua di rivalutazione non può in ogni caso risultare negativa.

B) Rivalutazione della rendita assicurata durante il periodo di godimento della rendita

Ad ogni ricorrenza annuale della data di decorrenza dell'erogazione, la rendita viene aumentata di un importo pari al prodotto della rendita assicurata alla ricorrenza annuale immediatamente precedente, per la misura di rivalutazione fissata a norma del punto A).

GLOSSARIO

Assicurato

Persona fisica sulla cui vita è stipulato il Contratto.

Beneficiario

Soggetto cui spettano le prestazioni previste dal Contratto.

Carenza (periodo di)

Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione sono sospese e quindi non sono efficaci.

Caricamento

Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Società.

Condizioni di assicurazione

Insieme di clausole che disciplinano il Contratto.

Contraente

Soggetto che stipula il Contratto con la Società.

Contratto

Accordo con il quale la Società, a fronte del pagamento del Premio da parte del Contraente, si impegna a pagare una prestazione assicurativa al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

Copertura

Componente assicurativa del Piano generata da ciascun versamento di premio per singola Posizione.

Costi (o spese)

Oneri economici posti a carico del Contraente.

Decorrenza

Momento in cui diventano efficaci le garanzie previste dal Contratto.

Durata contrattuale

Periodo durante il quale il Contratto è efficace.

Condizioni di assicurazione

Gestione separata

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

Esclusioni

Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Società.

IVASS

Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni private, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione.

Malattia

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

Posizione

L'identificativo del singolo Assicurato all'interno del Contratto.

Premio

Importo che il Contraente corrisponde alla Società a fronte delle prestazioni assicurative

Prestazione assicurativa

Importo liquidabile sotto forma di capitale o di rendita che la Società corrisponde al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

Questionario sanitario (o questionario anamnestico)

Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il Contratto.

Recesso

Diritto del Contraente di recedere dal Contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione e farne cessare gli effetti.

Rendimento trattenuto

Rendimento finanziario fisso che la Società può trattenere dal rendimento finanziario della gestione separata.

Rendita vitalizia in caso di perdita dell'autosufficienza

Prestazione corrisposta dalla Società dal momento del riconoscimento dello stato di non autosufficienza finché l'Assicurato è in vita e permane in tale stato.

Ricorrenza annuale

L'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

Rivalutazione

Maggiorazione delle prestazioni assicurate attraverso la retrocessione di una quota del rendimento della gestione separata secondo la periodicità (annuale, mensile, ecc.) stabilita dalle Condizioni di assicurazione.

Sinistro

Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del Contratto per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurativa.

Società

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

Tasso di premio

Importo di premio dovuto, espresso per una unità (o migliaia di unità) di prestazione.

LTC PIÙ VALORE

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE MONOANNUALE DI GRUPPO DI RENDITA VITALIZIA ANTICIPATA RIVALUTABILE PER IL CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Protezione ad adesione obbligatoria

Convenzione N.

Convenzione redatta il a Milano in triplice copia e stipulata tra

.....
In seguito denominata "Contraente"

e

Allianz S.p.A.
In seguito denominata "Società"

DISCIPLINA DEL CONTRATTO

Per quanto non espressamente disciplinato dalla presente Convenzione, anche in deroga alle relative Condizioni di assicurazione, valgono le norme di legge in materia

Allianz S.p.A. - Sede legale Largo Ugo Irneri 1, 34123 Trieste - Tel. +39 040 7781.111 - Fax +39 040 7781.311
allianz.spa@pec.allianz.it - CF, P. IVA, Reg. imprese Trieste n. 05032630963 - Cap. sociale euro 403.000.000,00 i.v.
Iscritta Albo imprese di assicurazione n. 1.00152 - Capogruppo del gruppo assicurativo Allianz, iscritto all'Albo gruppi assicurativi n. 018 - Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE - Monaco

Allianz 



PREVINDUSTRIA
La forza di Allianz e Confindustria insieme

Servizio Clienti



Allianz per te

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

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

Premessa

Il presente Contratto è volto a disciplinare i rapporti tra il Contraente (Soggetto aderente a Confindustria) e la Società, nei termini previsti dall'accordo quadro stipulato tra Previndustria ed Allianz S.p.A., al fine di realizzare una copertura assicurativa richiesta da un preesistente accordo aziendale, regolamento o statuto in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti di vita quotidiana a favore dei soggetti ai quali il Contratto si estende. Il Contraente non percepisce alcun compenso per l'attività prestata.

Art. 1 Assicurati

L'assicurazione si estende a tutti i soggetti indicati in premessa, i cui nominativi saranno segnalati dal Contraente alla Società.

A fronte di ogni nominativo inserito in Contratto, la Società costituisce la relativa Posizione.

La copertura assicurativa è operante per Assicurati con età computabile alla decorrenza della copertura stessa compresa tra 18 anni e 70 anni.

L'età computabile si esprime in anni interi e corrisponde all'età compiuta se alla decorrenza della copertura non sono trascorsi più di sei mesi dall'ultimo compleanno, e all'età da compiere se alla decorrenza sono trascorsi almeno sei mesi dall'ultimo compleanno.

Art. 2 Beneficiari

Beneficiari della prestazione assicurata sono gli Assicurati stessi.

Art. 3 Premi

Il Contraente si impegna a corrispondere alla Società - per ciascuna Posizione - i premi unici relativi alle singole coperture assicurative.

Il premio dovrà essere corrisposto in un'unica soluzione entro 30 giorni dalla data di decorrenza della copertura o comunque entro 30 giorni dalla data di invio dei documenti di polizza.

L'entità del premio per ogni Assicurato viene determinata alla decorrenza di ogni copertura dividendo la rendita assicurata per cento e moltiplicando quindi il risultato per il relativo tasso di premio (riportato nell'Allegato 2 al presente Contratto) individuato in funzione dell'età computabile dell'Assicurato a tale epoca. Al valore così ottenuto, vengono sommati i diritti di polizza nella misura di 0,52 euro.

La Società si riserva la facoltà di variare i tassi di premio ad ogni rinnovo quinquennale del Contratto in base all'esperienza statistica riferita alla collettività.

Per gli Assicurati che dovessero accedere alla copertura assicurativa in corso d'anno il premio è determinato a tale data in proporzione all'effettiva durata della copertura.

Per gli Assicurati per i quali dovessero venir meno i requisiti di partecipazione al presente Contratto - per qualsiasi motivo escluso il riconoscimento dello stato di non autosufficienza - è previsto il rimborso, a favore del Contraente, del rateo di premio relativo al periodo di copertura non goduto, al netto dei diritti di polizza di cui sopra.

Art. 4 Decorrenza e durata delle coperture assicurative

L'assicurazione è monoannuale e si rinnova per ciascuna Posizione alle ore zero del (*gg/mm*) di ogni anno.

La decorrenza della copertura per ciascuna Posizione, anche in relazione ad eventuali variazioni della prestazione assicurata, è fissata alle ore zero del giorno indicato dal Contraente.

Qualora la data di decorrenza della copertura non coincida con la data di rinnovo annuale dell'assicurazione, la durata della copertura è pari ai giorni intercorrenti tra la data di decorrenza comunicata e la successiva data di rinnovo.

Art. 5 Prestazioni

In caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato, manifestatosi durante il periodo di vigore della copertura assicurativa e denunciato entro i termini di prescrizione stabiliti dalla legge e fino alla persistenza di tale stato, la Società erogherà con periodicità mensile, nei tempi, con le modalità e le limitazioni previste dalle Condizioni di assicurazione, una rendita vitalizia anticipata, rivalutabile annualmente.

Per ciascun Assicurato, l'ammontare iniziale della rendita viene comunicato dal Contraente alla Società all'inizio di ciascun periodo di copertura assicurativa.

L'ammontare della prestazione massima assicurabile per ciascun Assicurato non può in ogni caso superare l'importo di 72.000,00 Euro su base annua.

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso del periodo annuale di copertura, non è prevista alcuna prestazione a carico della Società e il premio versato resta acquisito da quest'ultima.

Convenzione

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato al termine della copertura assicurativa senza che sia insorto lo stato di non autosufficienza, nessuna prestazione è prevista a carico della Società ed i premi versati restano acquisiti da quest'ultima.

Art. 6 Modalità operative

In base al presente Contratto

- il Contraente si impegna a fornire alla Società :
 - a) in occasione delle comunicazioni dello stato di rischio iniziale, del rinnovo annuale delle coperture e della costituzione di nuove Posizioni, l'elenco nominativo delle persone da assicurare con l'indicazione di una matricola identificativa, della data di nascita, del sesso, del codice fiscale, della rendita da assicurare e, per le nuove Posizioni da inserire in data non coincidente con il rinnovo annuale, la data di decorrenza della copertura;
 - b) la documentazione di cui alla "Scheda Modalità Assuntive" allegata al Contratto;
 - c) in occasione di ogni variazione della rendita da assicurare, i dati identificativi di ogni Posizione interessata, la data di decorrenza della variazione nonché l'ammontare della rendita su base annua e l'eventuale documentazione assuntiva resasi necessaria per effetto dell'incremento;
 - d) in occasione di ogni uscita di Assicurati per cause diverse dal sinistro, i dati identificativi di ogni Posizione interessata e la data di effetto dell'uscita.Il Contraente, nel fornire le informazioni di cui ai precedenti punti a), c) e d) si attiene al formato elettronico concordato fra le parti.
- la Società si impegna a fornire al Contraente:
 - a) la polizza ad elenco riportante per ciascun Assicurato l'ammontare iniziale della rendita assicurata ed il relativo premio, in conseguenza della ricezione delle informazioni di cui ai precedenti punti a), b) e c);
 - b) la distinta di rimborso dei ratei di premio per i periodi di copertura non goduti da cui si rileva il dettaglio delle Posizioni interessate, al termine dell'annualità, in conseguenza sia della ricezione delle informazioni di cui al punto d) del comma precedente che dal rifiuto del rischio in sede assuntiva.
- la Società si impegna a fornire al Beneficiario:
 - esclusivamente in occasione di ogni ricorrenza annuale della data di decorrenza della prestazione in rendita, un certificato che riporta il valore della nuova prestazione rivalutata a tale data.

Art. 7 Documentazione da consegnare agli Assicurati

Il Contraente, in ottemperanza ai disposti del Regolamento ISVAP n.35 del 26 maggio 2010, è tenuto a consegnare all'Assicurato copia delle Condizioni di assicurazione e di eventuali appendici al Contratto che comportino modifiche alle Condizioni stesse.

Il Contraente terrà indenne e manlevata la Società da ogni conseguenza pregiudizievole che dovesse derivarle dal mancato rispetto degli obblighi sopra richiamati.

Art. 8 Privacy

Il Contraente si impegna a fornire l'Informativa Privacy della Società e a trasmettere alla Società stessa il relativo consenso da parte di ognuno dei partecipanti al Contratto.

Art. 9 Informativa in corso di Contratto

La Società fornisce informativa al Contraente in merito agli eventi di seguito indicati:

- cessazione di agenzia o assegnazione di portafoglio ad un nuovo intermediario;
- modifiche statutarie attinenti al cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale;
- trasferimento di portafoglio, fusione e scissione.

Il Contraente è tenuto a comunicare dette informazioni agli Assicurati.

Art. 10 Decorrenza e durata del Contratto

Il presente Contratto ha effetto a decorrere dalle ore zero del (gg/mm/aaaa) con scadenza alle ore zero del (gg/mm/aaaa+5 anni). A partire da questa data si rinnova automaticamente di quinquennio in quinquennio salvo disdetta.

Convenzione

Art. 11 Recesso

Il Contraente ha la facoltà di esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla data di conclusione del Contratto.

Ai fini dell'esercizio di tale diritto il Contraente è tenuto ad inviare comunicazione scritta alla Società, con lettera raccomandata A.R. indirizzata a:

Allianz S.p.A. - Ufficio Vita Collettive – Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano,

contenente gli elementi identificativi del Contratto e indicando le coordinate bancarie ove effettuare il rimborso.

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

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Società è tenuta a rimborsare al Contraente l'eventuale premio da questi corrisposto trattenendo la parte di premio relativa al rischio assunto per il periodo durante il quale il Contratto ha avuto effetto, nonché le spese di emissione del Contratto effettivamente sostenute.

Art. 12 Disdetta del Contratto

La disdetta potrà essere esercitata da una delle parti a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento, con almeno tre mesi di preavviso sulla data di scadenza dei singoli periodi quinquennali di vigore indicati.

In caso di disdetta da parte della Società, le Posizioni già accese continueranno ad essere annualmente rinnovate alle condizioni inizialmente pattuite per tutta la prevista durata dei singoli Piani, a condizione che vengano regolarmente pagati i relativi premi. Resta ferma la facoltà della Società di rivedere i tassi di premio, ad intervalli non inferiori a 5 anni, sulla base dell'evoluzione dell'esperienza statistica riferita alla collettività.

Anche in caso di disdetta del Contratto, la Società continuerà ad erogare la prestazione assicurata a favore dei soggetti cui sia già stato riconosciuto lo stato di non autosufficienza nei termini e alle condizioni previste dal Contratto stesso.

Art. 13 Modifiche al Contratto

Modifiche al Contratto rese necessarie da fatti oggettivi, estranei alla volontà delle parti, che dovessero intervenire in qualsiasi momento e che rendano parzialmente inapplicabili le condizioni concordate, saranno oggetto di ulteriore negoziazione.

Art. 14 Prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio

Con riferimento al D. Lgs. 21 novembre 2007, n. 231 (il "Decreto") e al Regolamento IVASS n. 5 del 21 luglio 2014 (il "Regolamento"), Il Contraente s'impegna a fornire alla Società le informazioni necessarie per una corretta trasmissione dei propri dati societari, di quelli del legale rappresentante e dei soggetti che lo controllano, quali titolari effettivi, all'Archivio Unico Informatico.

Con riferimento all'art. 10 del Regolamento, si prende atto che il presente contratto è stipulato dal Contraente in nome e per conto proprio, e che l'onere economico del pagamento del premio è totalmente a suo carico.

In caso di inadempimento da parte del Contraente degli obblighi di cui alla presente clausola, la Società potrà risolvere il presente contratto, mediante comunicazione scritta inviata a mezzo raccomandata A/R, interrompendo tutti i rapporti assicurativi con esso instaurati.

* * *

Convenzione

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara espressamente di approvare i contenuti dell'Art. 8 delle Condizioni di assicurazione - Esclusioni e carenza della copertura in caso di perdita di autosufficienza.

Timbro e firma del Contraente

* * *

Il Contraente dichiara di aver ricevuto preventivamente alla sottoscrizione del Contratto il Set informativo (edizione gennaio 2019) del prodotto impiegato, di cui al Regolamento IVASS n.41 del 2 agosto 2018.

Timbro e firma del Contraente

* * *

Le Parti dichiarano di accettare espressamente il contenuto del presente Contratto, di tutti gli Allegati richiamati nello stesso e delle Condizioni di assicurazione. Al fine di consentire la costituzione e la liquidazione delle coperture assicurative previste dal presente Contratto, il Contraente conferma l'effettiva esistenza dei requisiti necessari per gli Assicurati all'inserimento in Contratto all'epoca della costituzione della relativa Posizione.

Timbro e firma del Contraente

Allianz S.p.A.

Luogo e data

ALLEGATI

Allegato 1: Scheda Modalità Assuntive;

Allegato 2: Tabella Tassi di Tariffa;

Allegato 3: Informativa Privacy per l'Assicurato e relativo consenso.

SCHEDA MODALITÀ ASSUNTIVE - Tariffa LTC PIU'VALORE

Rendita annua da assicurare (in euro)	Documentazione richiesta
Sino a 18.000,00	- dichiarazione di buona salute - per gruppi aziendali o similari e solo per il gruppo iniziale, può essere richiesta una dichiarazione cumulativa del Contraente di non assenza dal servizio negli ultimi 6 mesi per più di 20 giorni non consecutivi. Per i successivi nuovi ingressi, dichiarazione di buona salute resa dall'Assicurato
Oltre 18.000,00 Sino a 36.000,00	- compilazione del questionario anamnestico da parte dell'Assicurato sul suo stato di salute;
Oltre 36.000,00 Sino a 72.000,00	- compilazione di un "Rapporto di Visita Medica" da parte del medico curante dell'Assicurato.

Tariffa LTC PIU'VALORE
Tassi di premio per Euro 100 di rendita annua iniziale assicurata
(frazionamento rendita mensile)

Età	Tasso	Età	Tasso
18	0,074	45	0,222
19	0,074	46	0,252
20	0,072	47	0,283
21	0,072	48	0,315
22	0,072	49	0,352
23	0,072	50	0,392
24	0,074	51	0,437
25	0,078	52	0,488
26	0,078	53	0,543
27	0,078	54	0,608
28	0,077	55	0,675
29	0,075	56	0,754
30	0,077	57	0,840
31	0,077	58	0,935
32	0,075	59	1,043
33	0,078	60	1,160
34	0,083	61	1,292
35	0,083	62	1,438
36	0,088	63	1,600
37	0,092	64	1,782
38	0,098	65	1,983
39	0,103	66	2,208
40	0,134	67	2,454
41	0,146	68	2,675
42	0,162	69	2,965
43	0,182	70	3,282
44	0,202		

INFORMATIVA SULLA PRIVACY E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

La normativa vigente, definita in relazione al Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (regolamento generale sulla protezione dei dati) garantisce che il trattamento personale dei dati si svolga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali assicurando che i dati siano trattati in modo lecito e secondo correttezza.

Nel rispetto di questo quadro normativo, Le chiediamo di fornirci i Suoi dati per poter erogare i servizi assicurativi e soddisfare le richieste che pervengono dagli interessati. A tal fine, le precisiamo che la nostra società deve acquisire (o già detiene) alcuni dati che La riguardano come precisato nel presente documento.

Allianz S.p.A. (di seguito anche "**Società**") deve acquisire (o già detiene) alcuni dati che La riguardano. I Suoi dati personali saranno trattati da Allianz S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento.

1. Titolare del trattamento e informazioni di contatto

Il titolare del trattamento dei dati è:

- Allianz S.p.A. con sede legale in Largo Ugo Inreri, 1 – 34123 Trieste, numero verde: 800686868

che definisce le modalità e le finalità del trattamento dei suoi dati personali.

La presente informativa riguarda pertanto anche l'attività ed il trattamento dei dati svolti dai soggetti citati nel documento il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile gratuitamente chiedendolo a:

- Allianz S.p.A. – Pronto Allianz – Servizio Clienti (il cui responsabile pro tempore è anche responsabile del trattamento), Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, numero verde 800686868, oppure accedendo al sito www.allianz.it utilizzando il modello appositamente predisposto presso la quale sono disponibili anche la lista dei responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati.

Per Sua comodità, Le indichiamo altresì che il Responsabile della Protezione dei dati (DPO) potrà essere contattato scrivendo all'indirizzo: Allianz S.p.A., Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, oppure scrivendo all'indirizzo e-mail dpo.allianz@allianz.it.

2. Categorie di dati raccolti

La nostra società deve acquisire (o già detiene) alcuni dati che riguardano Lei e/o i Suoi familiari. Tali dati potranno essere anche quelli appartenenti a categorie particolari solo in quanto siano strumentali e/o utili alla gestione del rapporto assicurativo e/o all'adempimento di prestazioni ad esso strumentali o connesse.

Le categorie di dati che potremo trattare sono le seguenti:

- dati anagrafici;
- **dati sensibili (quali, a titolo esemplificativo, i dati relativi alla salute) per visite mediche, per la sottoscrizione polizze vita e liquidazione sinistri e per i quali si richiede un ESPRESSO CONSENSO al trattamento;**
- dati biometrici (per firma grafometrica);
- digital contacts, quali e-mail, numero di cellulare, social network (ad es. Facebook, Twitter) e servizi di messaggistica/voip (ad es. Skype, WhatsApp, Viber, Messenger).

3. Finalità del trattamento

In base al Regolamento Europeo 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali nonché alla libera circolazione di tali dati, Le chiediamo di fornirci i Suoi dati per poter erogare i servizi offerti.

I dati forniti da Lei stesso o da altri soggetti sono utilizzati da Allianz S.p.A., dall'Agente, da società del Gruppo Allianz SE e da terzi a cui essi verranno comunicati al fine di:

- dare esecuzione al servizio assicurativo e/o fornirle il prodotto assicurativo;** per i servizi e prodotti assicurativi abbiamo necessità di trattare anche dati "sensibili" ed eventualmente giudiziari strettamente strumentali all'erogazione degli stessi, come nel caso di questionari anamnestici, questionari sanitari e perizie mediche per la sottoscrizione di polizze vita o per la liquidazione dei sinistri. Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche tali dati per queste specifiche finalità
- ridistribuire il rischio** mediante coassicurazione e/o riassicurazione;
- adempiere alla normativa** vigente in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di **riciclaggio** dei proventi di attività criminose e di finanziamento al **terrorismo**, nonché alla normativa e agli adempimenti dettati dalle autorità di vigilanza, giudiziarie, etc.;
- i Suoi dati personali, anche sensibili e giudiziari, saranno trattati e potranno essere trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz SE per verifiche precontrattuali e per finalità di antifrode. I Suoi dati potranno altresì essere trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz SE, anche successivamente alla conclusione del rapporto assicurativo, e comunque nel rispetto del periodo di conservazione dei dati indicato al successivo paragrafo 9, per una maggiore efficienza dei sistemi informativi, nonché, in generale, per una migliore qualità del servizio.

3a. Altre finalità

- per emettere la polizza richiesta e per la sua gestione, nonché per l'erogazione dei servizi ad essa strumentali, laddove previsti, (es.: finanziamenti) potranno essere utilizzati alcuni dati personali dell'interessato ottenuti mediante accesso ai Sic-Sistemi di informazioni creditizie, archivi che raccolgono informazioni relative a richieste/rapporti di credito con banche e operatori finanziari, senza comunque procedere all'alimentazione di tali archivi. Queste informazioni saranno consultate per verificare le dichiarazioni contrattuali e il grado di rischio creditizio, saranno conservate presso di noi e potranno essere comunicate solo ed esclusivamente a società del Gruppo Allianz SE;
- valutare l'adeguatezza dei prodotti e servizi in base alle sue esigenze assicurative.

3b. Trattamento dei dati sensibili: i dati biometrici

Inoltre, qualora aderisca al servizio di sottoscrizione con "firma grafometrica", tratteremo i dati biometrici da Lei forniti attraverso l'apposizione della **firma elettronica** (per tali intendendosi i dati relativi alle modalità di esecuzione della firma medesima: posizione, velocità, accelerazione e

pressione) al fine di prevenire eventuali utilizzi non autorizzati delle sue credenziali, di accertare e provare la Sua sottoscrizione e le transazioni da Lei effettuate. Nel caso in cui Lei non intendesse aderire al suddetto servizio, la sua firma verrà raccolta in modo tradizionale su supporto cartaceo.

3c. Base giuridica del trattamento

La base giuridica dei trattamenti dei dati è rappresentata dal fatto che il trattamento è necessario all'esecuzione di misure precontrattuali, in vista della possibile instaurazione, o dell'avenuta instaurazione, del rapporto assicurativo, adottate su richiesta dell'Interessato stesso.

In aggiunta, per i dati sensibili, la base giuridica dei trattamenti indicati è dunque rappresentata dal fatto che l'Interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali.

3d. Consenso facoltativo e obbligatorio, facoltà di rifiuto e conseguenze

Premesso che il **consenso** al trattamento dei Suoi dati è **facoltativo**, preme precisare che, **in caso di Suo rifiuto**, Allianz si vedrà costretta a non poter procedere con l'erogazione dei servizi e dei prodotti sopra indicati in tutto in parte, a meno che non risulti in modo inequivocabile che i dati sono stati da lei forniti per l'esecuzione di misure precontrattuali, in vista della possibile instaurazione del rapporto assicurativo, adottate su richiesta dell'interessato stesso.

Le chiediamo, quindi, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi da Lei richiesti, ivi inclusi i dati necessari per valutare l'adeguatezza dei prodotti e servizi al suo profilo.

Per i servizi e prodotti assicurativi abbiamo necessità di trattare anche dati "sensibili" ed eventualmente giudiziari strettamente strumentali all'erogazione degli stessi, come, ad esempio, nel caso di perizie mediche, questionari sanitari e anamnestici ed altra documentazione medica necessaria per la sottoscrizione delle polizze o per la liquidazione dei sinistri. Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche tali dati per queste specifiche finalità.

4. Modalità d'uso dei dati

I Suoi dati personali sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornirLe i servizi, i prodotti e le informazioni da Lei richieste, anche mediante l'uso della **posta cartacea**, di chiamate tramite **operatore**, del **fax**, del **telefono** anche cellulare, della posta elettronica, degli **SMS**, tablet, smartphone, applicazioni per dispositivi mobili e smart-phone (**APP**) o di altre tecniche di **comunicazione a distanza**, di strumenti telematici, automatizzati ed informatici, nonché di coupons, schede e questionari. Utilizziamo le medesime modalità anche quando comunichiamo per tali fini alcuni di questi dati ad altre aziende del nostro stesso settore, in Italia e all'estero e ad altre aziende del nostro stesso Gruppo, in Italia e all'estero.

5. Destinatari dei dati personali. Chi potrà accedere ai Suoi dati

Per taluni servizi, utilizziamo **soggetti di nostra fiducia** che svolgono per nostro conto compiti di natura contrattuale, tecnica od organizzativa. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero. Questi soggetti sono **nostri diretti collaboratori** e svolgono la funzione del "responsabile" o di soggetto autorizzato al trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti "titolari" del trattamento.

Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del **Gruppo Allianz SE** o della catena distributiva quali **intermediari, agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione**, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società quali **legali, investigatori, periti e medici**; società di servizi per il quietanzamento, società di servizi cui sono affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela giudiziaria, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali indicate nel plico postale; società di revisione e di consulenza; società di informazione economico-commerciale anche per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti, società specializzate nelle attività di informazione e promozione commerciale e ricerche di mercato, società di investigazione, nonché delle società incaricate da Allianz della prestazione dei servizi di firma elettronica e conservazione del relativo documento elettronico.

In considerazione della complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, Le precisiamo, infine, che, quali responsabili o soggetti incaricati del trattamento, possono venire a conoscenza dei dati anche i nostri dipendenti e collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute.

La informiamo, inoltre, che i Suoi dati personali non verranno diffusi e che le informazioni relative alle operazioni da Lei poste in essere, ove ritenute sospette ai sensi della normativa anticiclaggio, potranno essere comunicate agli altri intermediari finanziari del nostro Gruppo, alle Autorità e ad altri organi di Vigilanza e Controllo.

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati e come essi vengono utilizzati.

5a. Possibili ulteriori destinatari dei dati personali

Per le finalità di cui al punto che precede, inoltre, i Suoi dati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come **autonomi titolari**: soggetti inerenti al rapporto che la riguarda (ad esempio contraenti e assicurati), altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi ed associazioni del settore, broker assicurativi, banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio.

6. Trasferimento all'estero dei dati

I Suoi dati potrebbero essere trasferiti ad un paese terzo europeo/extraleuropeo esclusivamente per le finalità connesse a quelle di cui al paragrafo 3. (Finalità del trattamento), secondo le modalità stabilite dalle Binding Corporate Rules (BCRs) approvate dal Gruppo Allianz SE che potrà visionare sul sito internet di Allianz. Nel caso in cui le suddette BCR non trovassero applicazione, attueremo tutte le misure di sicurezza previste dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali (clausole standard per il trasferimento dei dati verso paesi terzi) per assicurare una adeguata protezione per il trasferimento dei Suoi dati.

Nel caso in cui Lei voglia ottenerne una copia dei dati trasferiti o avere maggiori informazioni sul luogo di conservazione può scrivere a: Allianz S.p.A. – Servizio Clienti (il cui responsabile pro tempore è anche responsabile del trattamento), Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, oppure accedendo al sito www.allianz.it utilizzando il modello appositamente predisposto.

In ogni caso, qualora i Suoi dati dovessero essere trasferiti al di fuori dell'Unione Europea o al di fuori dell'Area Economica Europea, Allianz garantisce che il destinatario dei dati personali assicura un adeguato livello di protezione, in particolare, grazie all'adozione di particolari clausole contrattuali standard che disciplinano il trasferimento dei dati personali e che sono state approvate dalla Commissione Europea.

Allianz non trasferirà in alcun caso i Suoi dati personali a soggetti non autorizzati al trattamento dei dati personali stessi.

7. I Suoi diritti nello specifico

Si precisa che ogni interessato ha diritto di scrivere al Titolare del trattamento per chiedere l'accesso ai dati personali che lo riguardano e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento e per esercitare (per i trattamenti effettuati dopo 25 maggio 2018) il diritto alla portabilità dei dati. Inoltre ogni interessato ha sempre diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali nelle forme, nei modi e nei limiti previsti dalla vigente normativa. L'interessato ha inoltre il diritto di revocare, in qualsiasi momento, il proprio consenso esplicito, ove fornito, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. Qui di seguito riportiamo l'elenco specifico dei suoi diritti in relazione al trattamento dei suoi dati.

Lei potrà:

1. accedere ai Suoi dati e conoscere la provenienza, le finalità e il periodo di conservazione, i dettagli del/dei Titolari del Trattamento e i soggetti ai quali sono stati comunicati;
2. revocare il Suo consenso in ogni momento;
3. aggiornare o correggere i Suoi dati personali in ogni momento;
4. chiedere la cancellazione dei Suoi dati dai nostri sistemi (ivi compreso il diritto all'oblio, ove ne ricorrano i presupposti) se lo scopo del loro trattamento è venuto meno;
5. per i trattamenti effettuati dopo il 25 maggio 2018 restringere il campo di trattamento dei Suoi dati (limitazione) in determinate circostanze: per es. qualora venga contestata la correttezza dei dati trattati;
6. conoscere dell'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, e informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento per l'interessato;
7. ottenere copia dei Suoi dati personali in formato elettronico e, per i trattamenti effettuati dopo il 25 maggio 2018, richiedere la portabilità dei dati;
8. conoscere se i dati sono trasferiti a un paese terzo, informazione dell'esistenza di garanzie adeguate ai sensi della norma di riferimento;
9. contattare il DPO ovvero il Garante della Privacy.

7a. Diritto alla cancellazione e all'oblio, rettifica e portabilità dei dati

In ogni momento, Lei ha, anche, il diritto di far aggiornare, integrare, rettificare o cancellare i Suoi dati ovvero chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento nonché richiedere la loro portabilità ad un altro soggetto.

La eventuale richiesta di cancellazione non pregiudicherà la liceità del trattamento dei dati avvenuta durante il periodo di consenso.

Per l'esercizio dei Suoi diritti può rivolgersi a:

- Allianz S.p.A. – Pronto Allianz – Servizio Clienti (il cui responsabile pro tempore è anche responsabile del trattamento), Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, numero verde 800686868, oppure accedendo al sito www.allianz.it utilizzando il modello appositamente predisposto.

8. Periodo di conservazione dei dati

I dati saranno conservati per il tempo necessario al loro utilizzo ovvero finché sussiste la finalità per la quale sono trattati secondo criteri improntati al rispetto delle norme vigenti ed alla correttezza ed al bilanciamento fra legittimo interesse del Titolare e diritti e libertà dell'interessato. Conseguentemente, in assenza di norme specifiche che prevedano tempi di conservazioni differenti, Allianz avrà cura di utilizzare i dati per le suddette finalità per un tempo congruo rispetto all'interesse manifestato dalla persona cui si riferiscono i dati. I dati saranno perciò conservati per il periodo minimo necessario nel rispetto delle indicazioni contenute nella normativa di settore e tenuto conto della necessità di accedervi per esercitare un diritto e/o difendersi in sede giudiziaria. Si procederà con cadenza periodica a verificare in modo idoneo l'effettivo permanere dell'interesse del soggetto cui si riferiscono i dati a far svolgere il trattamento per le finalità sopra precisate.

8a. Diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo

Lei ha anche il diritto di proporre reclamo dinnanzi al Garante della Privacy, secondo le modalità indicate sul sito web www.garanteprivacy.it.

CONSENSO RELATIVO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____, preso atto dell'informativa di cui sopra, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali da parte dei soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa.

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data

Firma dell'Assicurato
