

Contratto di assicurazione sulla vita multiramo: unit linked, con partecipazione agli utili e di puro rischio

Allianz Hybrid Plan

Fascicolo informativo

Edizione settembre 2016
Tariffa 88M 07

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

- a) Scheda sintetica;
- b) Nota informativa;
- c) Condizioni di assicurazione, comprensive di:
 - Regolamento dei fondi interni;
 - Regolamento della gestione separata;
- d) Glossario;
- e) Proposta in versione fac-simile;

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

Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente la Scheda sintetica e la Nota informativa.

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



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA MULTIRAMO DETERMINATO DALLA COMBINAZIONE DI TRE PRODOTTI:
■ UN PRODOTTO ASSICURATIVO CON PARTECIPAZIONE AGLI UTILI (RAMO I) ■ UN PRODOTTO FINANZIARIO-ASSICURATIVO DI TIPO UNIT LINKED (RAMO III) E ■ UN PRODOTTO ASSICURATIVO DI PURO RISCHIO (RAMO I).

La presente Scheda sintetica è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

ATTENZIONE: LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO.

La presente Scheda sintetica è volta a fornire al Contraente un'informazione di sintesi sulle caratteristiche, sulle garanzie, sui costi e sugli eventuali rischi presenti nel contratto e deve essere letta congiuntamente alla Nota informativa.

1 Informazioni generali

1.a) Impresa di assicurazione

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).

1.b) Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto della Società è pari a 3.399 milioni di euro.

La parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale è pari a 403 milioni di euro.

La parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali è pari a 2.335 milioni di euro.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita è pari a 134,6% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

I dati di cui sopra sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2015.

1.c) Denominazione del contratto

Allianz Hybrid Plan.

1.d) Tipologia del contratto

Le prestazioni assicurative derivanti dal presente contratto:

- per la parte investita nei fondi interni, sono espresse in quote di uno o più fondi interni scelti dal Contraente, il cui valore dipende dalle oscillazioni di prezzo delle attività finanziarie di cui le quote sono rappresentazione. **Pertanto il Contraente si assume i rischi finanziari dell'investimento effettuato nei fondi interni, riconducibili all'andamento del valore delle quote;**
- per la parte investita nella gestione separata, sono contrattualmente garantite dalla Società e si rivalutano di anno in anno in base al rendimento della gestione separata di attivi. Trascorsi 3 mesi dalla scadenza del piano di accumulo, nel caso in cui il Contraente non chieda il riscatto del capitale, lo stesso sarà trasferito automaticamente e gratuitamente nel fondo interno AZ BEST IN CLASS e le prestazioni assicurative saranno espresse in quote del fondo interno e varranno le considerazioni fatte nel paragrafo precedente;
- per la parte destinata alla copertura caso morte e alle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave), sono contrattualmente garantite dalla Società.

1.e) Durata

La durata delle prestazioni periodiche ricorrenti è variabile, l'erogazione dura fino all'esaurimento delle quote del fondo interno AZ BEST IN CLASS (o AZ ORIZZONTE 10) assegnate al contratto o fino al decesso dell'Assicurato, se precedente.

La durata della copertura caso morte è pari alla durata del piano di accumulo.

La durata della copertura LTC (facoltativa) è a vita intera, la durata coincide quindi con la vita dell'Assicurato.

La durata della copertura Malattia grave (facoltativa) è pari alla durata del piano di accumulo.

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

Il piano di accumulo ha una durata minima di 10 anni e massima di 25 anni, tenendo conto che l'età computabile dell'Assicurato alla scadenza del piano non può eccedere i **70 anni**.

Scheda sintetica

Il Contraente:

- per la parte investita nei fondi interni e nella gestione separata, può esercitare il diritto di riscatto a condizione che siano stati interamente versati i premi relativi **alle prime 3 annualità** di contratto;
- per la parte destinata alla copertura caso morte e alle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave), **non** può esercitare il diritto di riscatto.

1.f) Pagamento dei premi

Allianz Hybrid Plan è un contratto a premio annuo.

Il Contraente può optare per una delle seguenti combinazioni predefinite di investimento del premio annuo:

- 70% nella gestione separata VITARIV e 30% nel fondo interno AZ Best in Class;
- 50% nella gestione separata VITARIV e 50% nel fondo interno AZ Best in Class;
- 30% nella gestione separata VITARIV e 70% nel fondo interno AZ Best in Class.

Una parte del premio annuo è destinata anche alla copertura caso morte e alle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave).

Il premio annuo della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave) è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età dell'Assicurato, al suo stato di salute, alle attività professionali svolte e alle sue abitudini di vita.

Il premio annuo può essere frazionato in rate mensili, trimestrali o semestrali, da pagarsi rispettivamente ad ogni ricorrenza mensile, trimestrale o semestrale della data di decorrenza del contratto. Il primo premio annuo, o la prima rata di premio annuo, deve essere versato all'atto della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

L'importo minimo del **premio annuo è pari a 1.200,00 euro**.

L'importo massimo del **premio annuo è pari a 80.000,00 euro (18.000,00 euro all'anno in caso di attivazione della copertura LTC)**, con il limite di **24.000,00 euro** all'anno per la parte investita nella gestione separata.

2 Caratteristiche del contratto

Atteso che il presente contratto è determinato dalla combinazione di tre prodotti (un prodotto assicurativo con partecipazioni agli utili, un prodotto finanziario-assicurativo di tipo *unit linked* e un prodotto assicurativo di puro rischio) esso soddisfa esigenze diverse a seconda della destinazione di premio effettuata. Si possono distinguere le seguenti esigenze di risparmio o di copertura assicurativa:

- per la parte investita nei fondi interni, far crescere il capitale investito in base all'andamento del valore delle quote dei fondi interni. **In caso di andamento negativo del valore delle quote dei fondi interni, il valore del capitale investito potrebbe diminuire non soddisfacendo l'esigenza di risparmio;**
- per la parte investita nella **gestione separata**, far crescere il capitale investito in base al rendimento realizzato annualmente dalla gestione separata VITARIV, con una **garanzia di conservazione del capitale** riconosciuta **alla scadenza del piano di accumulo o in caso di decesso** prima della scadenza del piano. Trascorsi 3 mesi dalla scadenza del piano di accumulo, nel caso in cui il Contraente non chieda il riscatto del capitale, lo stesso sarà trasferito automaticamente e gratuitamente nel fondo interno AZ Best in Class, **senza alcuna garanzia di capitale;**
- per la parte destinata alla **copertura caso morte** e alle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave), proteggere i propri cari.

Una parte del premio annuo viene utilizzata dalla Società per far fronte ai rischi demografici previsti dal contratto (rischio di mortalità, di perdita di autosufficienza e/o di malattia grave). Pertanto tale parte, così come quella trattenuta a fronte dei costi del contratto, non concorre alla formazione del capitale che sarà corrisposto in caso di vita dell'Assicurato o in caso di riscatto.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del piano di accumulo e a condizione che siano stati pagati tutti i premi pattuiti e non si sia verificato un sinistro LTC, la Società restituirà al Contraente i premi versati per la copertura caso morte (Bonus Fedeltà).

Si rinvia al Progetto esemplificativo dello sviluppo delle prestazioni, dei valori di riduzione e di riscatto contenuto nella Sezione F della Nota informativa per la comprensione del meccanismo di partecipazione agli utili della parte del contratto investita nella gestione separata. **La Società è tenuta a consegnare al Contraente il Progetto esemplificativo elaborato in forma personalizzata al più tardi al momento in cui il Contraente è informato che il contratto è concluso.**

Scheda sintetica

3 Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Il contratto prevede le seguenti tipologie di prestazioni:

a) Prestazione in caso di vita

La prestazione effettivamente corrisposta dalla Società dipende dalla combinazione di investimento scelta dal Contraente.

Prestazioni periodiche ricorrenti In caso di vita dell'Assicurato alla scadenza del piano di accumulo, è prevista la corresponsione al Contraente di **prestazioni periodiche ricorrenti**, a cadenza trimestrale, di importo fisso pari all'1% del cumulo dei premi versati, erogate a partire dal 3° mese successivo alla scadenza del piano fino all'esaurimento delle quote del fondo interno AZ BEST IN CLASS (o AZ ORIZZONTE 10) assegnate al contratto o fino al decesso dell'Assicurato, se precedente. L'erogazione al Contraente delle prestazioni periodiche ricorrenti avviene tramite riduzione del numero di quote del fondo interno AZ BEST IN CLASS (o AZ ORIZZONTE 10) assegnate al contratto.

Bonus Fedeltà In caso di vita dell'Assicurato alla scadenza del piano di accumulo e a condizione che siano stati pagati tutti i premi pattuiti e non si sia verificato un sinistro LTC, viene corrisposto al Contraente un **Bonus Fedeltà** pari alla somma dei premi versati per la copertura caso morte.

b) Prestazione in caso di decesso

La prestazione effettivamente corrisposta dalla Società dipende dalla combinazione di investimento scelta dal Contraente. La prestazione **si differenzia a seconda** della destinazione del premio versato nei **fondi interni**, nella **gestione separata** e nella **copertura caso morte**.

Capitale In caso di decesso dell'Assicurato è previsto il pagamento, ai Beneficiari designati dal Contraente, di un capitale pari:

- per la parte investita nei fondi interni, al **controvalore delle quote** dei fondi interni, **maggiorato**, qualora il decesso avvenga **trascorso almeno un anno** (periodo di **carezza**) dalla decorrenza del contratto, **dell'1%, 0,5% o 0,1% a seconda dell'età** (in anni interi) dell'Assicurato al momento del decesso, **senza alcuna garanzia di capitale**;
- per la parte investita nella **gestione separata**, al **capitale maturato al 1° gennaio** che precede la data del decesso e alle porzioni di capitale investito costituite a fronte di ogni premio versato nella gestione separata dal suddetto 1° gennaio alla data del decesso, **rivalutati fino alla data del decesso** in base all'ultima misura annua di rivalutazione attribuita al contratto, con una garanzia di conservazione del capitale;
- per la parte destinata alla **copertura caso morte**, sempreché il decesso dell'Assicurato avvenga durante il periodo di copertura e salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carezza** indicati all'art. 2 delle Condizioni di assicurazione, al **capitale assicurato della copertura caso morte**, pari inizialmente al cumulo di premi del piano (con un tetto massimo di 100.000,00 euro) e che decresce nel corso del tempo fino ad annullarsi alla scadenza del piano.

c) Prestazione in caso di perdita di autosufficienza (facoltativa)

Rendita vitalizia In caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana, salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carezza** indicati all'art. 2 delle Condizioni di assicurazione, è prevista la corresponsione all'Assicurato di una **rendita vitalizia LTC**, a cadenza trimestrale, di importo iniziale pari all'1% del cumulo dei premi annui pattuiti del contratto, che si rivaluta annualmente, erogata a partire dal 3° mese successivo al riconoscimento dello stato di non autosufficienza fino a che l'Assicurato è in vita e non autosufficiente.

Scheda sintetica

Esonero pagamento premi In aggiunta alla rendita vitalizia di cui sopra, è previsto anche l'**esonero** dal pagamento dei premi annui residui del contratto.

d) Prestazione in caso di malattia grave (facoltativa)

Capitale Nel momento in cui viene effettuata la diagnosi di malattia grave dell'Assicurato che comporti anche un'inabilità permanente superiore al 5%, sempre che la malattia venga diagnosticata nel corso del piano di accumulo e salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carezza** indicati all'art. 2 delle Condizioni di assicurazione, è prevista la corresponsione all'Assicurato di un **capitale** pari al 50% del cumulo dei premi annui pattuiti del contratto con un tetto massimo di 50.000,00 euro.

e) Opzioni contrattuali

Opzione Booster In qualsiasi momento il Contraente può chiedere di attivare l'opzione Booster che prevede che il rendimento della gestione separata VITARIV attribuito al contratto al 1° gennaio di ogni anno venga automaticamente trasferito nel fondo interno AZ BEST IN CLASS. Successivamente alla scadenza del piano di accumulo, l'opzione Booster si disattiva automaticamente in quanto l'intero capitale maturato viene trasferito automaticamente nel fondo interno AZ BEST IN CLASS.

Per la parte investita nella **gestione separata**, il presente contratto prevede:

- che il capitale liquidabile alla scadenza del piano di accumulo è il risultato della capitalizzazione dei premi versati nella gestione separata al netto dei costi;
- il riconoscimento di una **garanzia di conservazione** del capitale investito nella gestione separata **solo alla scadenza del piano di accumulo o in caso di decesso** prima della scadenza del piano;
- nessun consolidamento annuale dei rendimenti attribuiti al contratto in quanto le partecipazioni agli utili, una volta dichiarate e attribuite annualmente al Contraente, **non** restano definitivamente acquisite dal medesimo;
- che in caso di riscatto esercitato prima della scadenza del piano di accumulo, il Contraente **sopporta il rischio di ottenere un importo inferiore ai premi investiti nella gestione separata** (pari ai premi versati nella gestione separata al netto dei costi di caricamento e delle quote parti dei premi della copertura caso morte).

Maggiori informazioni sono fornite in **Nota informativa alla sezione B**. In ogni caso le coperture assicurative ed i meccanismi di rivalutazione delle prestazioni sono regolati dagli artt. **1 e 10** delle Condizioni di assicurazione.

4 Rischi finanziari a carico del Contraente

Per la parte investita nei fondi interni, il presente contratto prevede:

- **Nessuna garanzia di rendimento minimo o di restituzione del capitale**
La Società non presta alcuna garanzia di rendimento minimo o di restituzione del capitale. Pertanto il Contraente si assume i rischi finanziari dell'investimento effettuato nei fondi interni, riconducibili all'andamento del valore delle quote dei fondi interni.
- **Rischi finanziari a carico del Contraente**
I rischi finanziari a carico del Contraente sono i seguenti:
 - a. **ottenere un capitale in caso di vita dell'Assicurato inferiore ai premi investiti** nei fondi interni;
 - b. **ottenere un valore di riscatto inferiore ai premi investiti** nei fondi interni;
 - c. **ottenere un capitale in caso di morte dell'Assicurato inferiore ai premi investiti** nei fondi interni.

I premi investiti nei fondi interni sono pari ai premi versati nei fondi interni al netto dei costi di caricamento e delle quote parti dei premi della copertura caso morte.

Scheda sintetica

■ Profilo di rischio dei fondi

I fondi interni presentano un profilo di rischio che è legato alla **categoria del fondo**, che risulta essere “flessibile” per AZ BEST IN CLASS e “obbligazionario misto area euro” per AZ ORIZZONTE 10.

Nella successiva tabella è riportato, in base alla classificazione indicata dall’Autorità di vigilanza, il profilo di rischio dei fondi interni a cui le prestazioni possono essere collegate.

Fondo interno	Profilo di rischio					
	Basso	Medio-Basso	Medio	Medio-Alto	Alto	Molto-Alto
AZ ORIZZONTE 10			X			
AZ BEST IN CLASS					X	

5 Costi

La Società, al fine di svolgere l’attività di collocamento e di gestione dei contratti e di incasso dei premi, **preleva dei costi secondo la misura e le modalità dettagliatamente illustrate in Nota informativa alla sezione C.**

I costi gravanti sui premi e quelli prelevati dalla gestione separata e dal fondo interno riducono l’ammontare delle prestazioni.

Per fornire un’indicazione complessiva dei costi che gravano a vario titolo sul contratto viene di seguito riportato l’indicatore sintetico “**Costo percentuale medio annuo**” che **indica di quanto si riduce ogni anno**, per effetto dei costi, il **tasso di rendimento** del contratto rispetto a quello di una analoga operazione non gravata da costi.

Il predetto indicatore ha una valenza orientativa in quanto calcolato su parametri prefissati.

Il dato non tiene conto di eventuali costi di *overperformance* gravanti sui fondi e di eventuali costi per switch, in quanto elementi variabili dipendenti dall’attività gestionale e dalle possibili opzioni esercitabili a discrezione del Contraente.

Il Costo percentuale medio annuo (CPMA) in caso di riscatto nei primi anni di durata contrattuale può risultare significativamente superiore al costo riportato in corrispondenza del 5° anno.

Ipotesi adottate

Premio annuo: € 1.500,00

Combinazione di investimento scelta: 50% gestione separata, 50% fondo interno

Età dell’Assicurato: qualunque

Tasso di rendimento degli attivi: 2,0% annuo

Gestione separata VITARIV

Durata del piano: 15 anni

Anno	CPMA
5	6,13%
10	2,64%
15	1,95%

Durata del piano: 20 anni

Anno	CPMA
5	6,13%
10	2,64%
15	2,07%
20	1,72%

Durata del piano: 25 anni

Anno	CPMA
5	6,13%
10	2,64%
15	2,07%
20	1,82%
25	1,60%

Fondo AZ BEST IN CLASS (profilo di rischio: medio-alto)

Durata del piano: 15 anni

Anno	CPMA
5	6,54%
10	3,25%
15	2,74%

Durata del piano: 20 anni

Anno	CPMA
5	6,54%
10	3,25%
15	2,74%
20	2,52%

Durata del piano: 25 anni

Anno	CPMA
5	6,54%
10	3,25%
15	2,74%
20	2,52%
25	2,40%

Scheda sintetica

6 Illustrazione dei dati storici di rendimento della gestione separata

In questa sezione è rappresentato il tasso di rendimento realizzato dalla gestione separata VITARIV negli ultimi 5 anni ed il corrispondente tasso di rendimento minimo riconosciuto agli assicurati. Il dato è confrontato con il tasso di rendimento medio dei titoli di Stato e con l'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai.

Anno	Rendimento realizzato dalla gestione separata VITARIV	Rendimento minimo riconosciuto agli assicurati	Rendimento medio dei titoli di Stato	Inflazione
2011	4,21%	3,01%	4,89%	2,73%
2012	4,03%	2,83%	4,64%	2,97%
2013	4,03%	2,83%	3,35%	1,17%
2014	3,62%	2,42%	2,08%	0,21%
2015	3,46%	2,26%	1,19%	-0,17%

Attenzione: i rendimenti passati non sono indicativi di quelli futuri.

7 Illustrazione di alcuni dati storici di rendimento dei fondi

Per il fondo interno AZ BEST IN CLASS, di recente istituzione, non è disponibile alcun dato storico di rendimento del fondo. Inoltre, in relazione allo stile di gestione adottato (stile flessibile), non è possibile individuare un benchmark rappresentativo della politica di gestione adottata dal fondo.

Per il fondo interno AZ ORIZZONTE 10 è disponibile il dato storico di rendimento del fondo realizzato negli ultimi 3 anni. Il dato è confrontato con quello del parametro di riferimento, di seguito denominato "benchmark". Il benchmark è un indice comparabile, in termini di composizione e di rischiosità, agli obiettivi di investimento attribuiti alla gestione del fondo ed a cui si può fare riferimento per confrontare il risultato della gestione. Tale indice, in quanto teorico, non è gravato da costi.

Le predette informazioni sono integrate con l'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai.

	Rendimento medio annuo composto		
	Ultimo anno	Ultimi 2 anni	Ultimi 3 anni
Fondo AZ ORIZZONTE 10	-0,16%	0,00%	0,52%
Benchmark	1,77%	1,90%	2,57%

Tasso medio di inflazione		
Ultimo anno	Ultimi 2 anni	Ultimi 3 anni
-0,17%	0,02%	0,40%

Attenzione: i rendimenti passati non sono indicativi di quelli futuri.

8 Diritto di ripensamento

Il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta o recedere dal contratto. Per le relative modalità leggere la sezione D della Nota informativa.

Allianz S.p.A. è responsabile della veridicità dei dati e delle notizie contenuti nella presente Scheda sintetica.

I rappresentanti legali
Anthony Bradshaw Giulio Slavich



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA MULTIRAMO DETERMINATO DALLA COMBINAZIONE DI TRE PRODOTTI:
■ UN PRODOTTO ASSICURATIVO CON PARTECIPAZIONE AGLI UTILI (RAMO I) ■ UN PRODOTTO FINANZIARIO-ASSICURATIVO DI TIPO UNIT LINKED (RAMO III) E ■ UN PRODOTTO ASSICURATIVO DI PURO RISCHIO (RAMO I).

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

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

A INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

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 Imeri, 1, 34123 Trieste (Italia)
- Recapito telefonico: 800.68.68.68
- Sito internet: www.allianz.it
- Indirizzo di posta elettronica: info@allianz.it
- Indirizzo di posta elettronica certificata: allianz.spa@pec.allianz.it
- Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP del 21 Dicembre 2005 n°2398 ed iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione n°1.00152 e all'Albo gruppi assicurativi n°018.

B INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE, SULLE GARANZIE OFFERTE E SUI RISCHI FINANZIARI

2. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

La durata delle prestazioni periodiche ricorrenti è variabile, l'erogazione dura fino all'esaurimento delle quote del fondo interno AZ BEST IN CLASS (o AZ ORIZZONTE 10) assegnate al contratto o fino al decesso dell'Assicurato, se precedente.

La durata della copertura caso morte è pari alla durata del piano di accumulo.

La durata della copertura LTC (facoltativa) è a vita intera, la durata coincide quindi con la vita dell'Assicurato.

La durata della copertura Malattia grave (facoltativa) è pari alla durata del piano di accumulo.

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

Il piano di accumulo ha una durata minima di 10 anni e massima di 25 anni, tenendo conto che l'età computabile dell'Assicurato alla scadenza del piano non può eccedere i **70 anni**.

Le prestazioni collegate al contratto sono erogate in caso di vita dell'Assicurato, in caso di decesso, in caso di perdita di autosufficienza (facoltativa) e/o in caso di malattia grave (facoltativa). Per la parte investita nei fondi interni o nella gestione separata, il Contraente può esercitare il diritto di riscatto.

Si precisa che le prestazioni assicurate dal presente contratto:

- per la parte investita nei fondi interni, sono espresse in quote dei fondi interni, il cui valore dipende dalle oscillazioni di prezzo delle attività finanziarie di cui le quote sono rappresentazione. **Pertanto il Contraente si assume i rischi finanziari dell'investimento effettuato nei fondi interni, riconducibili all'andamento del valore delle quote;**
- per la parte investita nella gestione separata, sono contrattualmente garantite dalla Società e si rivalutano di anno in anno in base al rendimento della gestione separata di attivi. Trascorsi 3 mesi dalla scadenza del piano di accumulo, nel caso in cui il Contraente non chieda il riscatto del capitale, lo stesso sarà trasferito automaticamente e gratuitamente nel fondo interno AZ BEST IN CLASS e le prestazioni assicurative saranno espresse in quote del fondo interno e varranno le considerazioni fatte nel paragrafo precedente;
- per la parte destinata alla copertura caso morte e alle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave), sono contrattualmente garantite dalla Società.

Nota informativa

Le prestazioni assicurative previste dal contratto sono le seguenti:

a) Prestazione in caso di vita

Prestazioni periodiche ricorrenti In caso di vita dell'Assicurato alla scadenza del piano di accumulo, è prevista la corresponsione al Contraente di **prestazioni periodiche ricorrenti**, a cadenza trimestrale, di importo fisso pari all'1% del cumulo dei premi versati, erogate a partire dal 3° mese successivo alla scadenza del piano fino all'esaurimento delle quote del fondo interno AZ BEST IN CLASS (o AZ ORIZZONTE 10) assegnate al contratto o fino al decesso dell'Assicurato, se precedente. L'erogazione al Contraente delle prestazioni periodiche ricorrenti avviene tramite riduzione del numero di quote del fondo interno AZ BEST IN CLASS (o AZ ORIZZONTE 10) assegnate al contratto.

Bonus Fedeltà In caso di vita dell'Assicurato alla scadenza del piano di accumulo e a condizione che siano stati pagati tutti i premi pattuiti e non si sia verificato un sinistro LTC, viene corrisposto al Contraente un **Bonus Fedeltà** pari alla somma dei premi versati per la copertura caso morte.

Si rinvia all'art. 1 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio della prestazione in caso di vita.

b) Prestazione in caso di decesso

Capitale In caso di decesso dell'Assicurato è previsto il pagamento, ai Beneficiari designati dal Contraente, di un capitale pari:

- per la parte investita nei fondi interni, al **controvalore delle quote** dei fondi interni, **maggiorato**, qualora il decesso avvenga **trascorso almeno un anno** (periodo di **carezza**) dalla decorrenza del contratto, **dell'1%, 0,5% o 0,1% a seconda dell'età** (in anni interi) dell'Assicurato al momento del decesso, **senza alcuna garanzia di capitale**;
- per la parte investita nella **gestione separata**, al **capitale maturato al 1° gennaio** che precede la data del decesso e alle porzioni di capitale investito costituite a fronte di ogni premio versato nella gestione separata dal suddetto 1° gennaio alla data del decesso, **rivalutati fino alla data del decesso** in base all'ultima misura annua di rivalutazione attribuita al contratto, con una garanzia di conservazione del capitale;
- per la parte destinata alla **copertura caso morte**, sempreché il decesso dell'Assicurato avvenga durante il periodo di copertura e salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carezza** indicati all'art. 2 delle Condizioni di assicurazione, al **capitale assicurato della copertura caso morte**, pari inizialmente al cumulo di premi del piano (con un tetto massimo di 100.000,00 euro) e che decresce nel corso del tempo fino ad annullarsi alla scadenza del piano.

Si rinvia all'art. 1 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio della prestazione in caso di decesso.

c) Prestazione in caso di perdita di autosufficienza (facoltativa)

Rendita vitalizia In caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana, salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carezza** indicati all'art. 2 delle Condizioni di assicurazione, è prevista la corresponsione all'Assicurato di una **rendita vitalizia LTC**, a cadenza trimestrale, di importo iniziale pari all'1% del cumulo dei premi annui pattuiti del contratto, che si rivaluta annualmente, erogata a partire dal 3° mese successivo al riconoscimento dello stato di non autosufficienza fino a che l'Assicurato è in vita e non autosufficiente.

Esonero pagamento premi In aggiunta alla rendita vitalizia di cui sopra, è previsto anche l'**esonero** dal pagamento dei premi annui residui del contratto.

Si rinvia all'art. 1 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio della prestazione in caso di perdita di autosufficienza.

Nota informativa

d) Prestazione in caso di malattia grave (facoltativa)

Capitale	Nel momento in cui viene effettuata la diagnosi di malattia grave dell'Assicurato che comporti anche un'invalidità permanente superiore al 5%, sempre che la malattia venga diagnosticata nel corso del piano di accumulo e salvo i casi di esclusione e i periodi di carezza indicati all'art. 2 delle Condizioni di assicurazione, è prevista la corresponsione all'Assicurato di un capitale pari al 50% del cumulo dei premi annui pattuiti del contratto con un tetto massimo di 50.000,00 euro.
----------	--

Si rinvia all'art. 1 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio della prestazione in caso di malattia grave.

e) Opzioni contrattuali

Opzione Booster	In qualsiasi momento il Contraente può chiedere di attivare l'opzione Booster che prevede che il rendimento della gestione separata VITARIV attribuito al contratto al 1° gennaio di ogni anno venga automaticamente trasferito nel fondo interno AZ BEST IN CLASS. Successivamente alla scadenza del piano di accumulo, l'opzione Booster si disattiva automaticamente in quanto l'intero capitale maturato viene trasferito automaticamente nel fondo interno AZ BEST IN CLASS.
-----------------	--

Si rinvia all'art. 13 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle opzioni contrattuali.

Per la parte investita nella **gestione separata**, il presente contratto prevede:

- che il capitale liquidabile alla scadenza del piano di accumulo è il risultato della capitalizzazione dei premi versati nella gestione separata al netto dei costi;
- il riconoscimento di una **garanzia di conservazione** del capitale investito nella gestione separata **solo alla scadenza del piano di accumulo o in caso di decesso** prima della scadenza del piano;
- nessun consolidamento annuale dei rendimenti attribuiti al contratto in quanto le partecipazioni agli utili, una volta dichiarate e attribuite annualmente al Contraente, **non** restano definitivamente acquisite dal medesimo;
- che in caso di riscatto esercitato prima della scadenza del piano di accumulo, il Contraente **sopporta il rischio di ottenere un importo inferiore ai premi investiti nella gestione separata** (pari ai premi versati nella gestione separata al netto dei costi di caricamento e delle quote parti dei premi della copertura caso morte).

Per la parte investita nei fondi interni, il presente contratto prevede:

- **nessuna garanzia di rendimento minimo o di restituzione del capitale**. Pertanto il Contraente assume il rischio connesso all'andamento negativo del valore delle quote;
- che, in caso di andamento sfavorevole del valore delle quote dei fondi interni, **vi sia la possibilità che il Contraente o i Beneficiari designati in polizza ottengano, in caso di vita dell'Assicurato o al momento del riscatto o in caso di decesso, un ammontare inferiore ai premi investiti nei fondi interni** (pari ai premi versati nei fondi interni al netto dei costi di caricamento e delle quote parti dei premi della copertura caso morte);
- un **periodo di carezza di 1 anno** per la maggiorazione del capitale dell'1%, 0,5% o 0,1% in caso di decesso dell'Assicurato. Si rinvia all'art. 1 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio della prestazione in caso di decesso.

Per la parte destinata alla **copertura caso morte** e alle eventuali coperture facoltative (LTC e/o **Malattia grave**):

- **si segnala** che la copertura caso morte e le eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave) prevedono cause di **esclusione** e periodi di **carezza** della copertura, secondo le modalità e nei limiti previsti dall'art. 2 delle Condizioni di assicurazione;
- si informa che la copertura caso morte e le eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave) vengono assunte previa compilazione del questionario sanitario da parte dell'Assicurato senza visita medica;
- ai fini dell'assunzione della copertura caso morte la somma dei capitali assicurati per lo stesso Assicurato con la presente copertura e altre polizze vita caso morte e miste, collettive comprese, sottoscritte con la Società e in vigore all'atto della sottoscrizione del presente contratto non può eccedere i 350.000,00 euro. In caso di abbinamento di garanzie complementari, si deve considerare il capitale della garanzia principale;
- ai fini dell'assunzione della copertura LTC non devono essere presenti altre coperture LTC in capo al medesimo Assicurato stipulate con la Società e in vigore all'atto della sottoscrizione del presente contratto;

Nota informativa

- ai fini dell'assunzione della copertura Malattia grave non devono essere presenti altre coperture Malattia grave in capo al medesimo Assicurato stipulate con la Società e in vigore all'atto della sottoscrizione del presente contratto;
- si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute nella proposta relative alla compilazione del questionario sanitario, professionale e sportivo.

3. Rischi finanziari

Allianz Hybrid Plan, per la parte investita nei fondi interni, è un contratto unit linked. **Le assicurazioni unit linked comportano rischi finanziari per il Contraente**, in quanto l'entità delle prestazioni dovute è direttamente collegata alle variazioni del **valore delle quote** dei fondi interni, le quali variazioni a loro volta **dipendono dalle oscillazioni di prezzo degli strumenti finanziari in cui i fondi investono**.

I **rischi finanziari** che il Contraente si assume con l'investimento in quote di un fondo interno sono:

- a) **rischio connesso alla variazione del prezzo:** il prezzo di ciascuno strumento finanziario dipende dalle caratteristiche peculiari dell'emittente, dall'andamento dei mercati di riferimento e dei settori di investimento, e può variare in modo più o meno accentuato a seconda della sua natura.
In linea generale, la variazione del prezzo delle azioni è connessa alle prospettive reddituali degli emittenti e può essere tale da comportare la **riduzione o addirittura la perdita del capitale investito**, mentre il valore delle obbligazioni è influenzato dall'andamento dei tassi di interesse di mercato e dalle valutazioni della capacità dell'emittente di far fronte al pagamento degli interessi dovuti e al rimborso del capitale di debito a scadenza;
- b) **rischio connesso alla liquidità:** la liquidità degli strumenti finanziari, ossia la loro attitudine a trasformarsi prontamente in moneta senza perdita di valore, dipende dalle caratteristiche del mercato in cui gli stessi sono trattati. In generale i titoli trattati su Mercati regolamentati sono più liquidi e, quindi, meno rischiosi, in quanto più facilmente smobilizzabili dei titoli non trattati su detti mercati. L'assenza di una quotazione ufficiale rende inoltre complesso l'apprezzamento del valore effettivo del titolo, la cui determinazione può essere rimessa a valutazioni discrezionali;
- c) **rischio connesso alla valuta di denominazione:** per l'investimento in strumenti finanziari denominati in una valuta diversa da quella in cui è denominato il fondo interno, occorre tenere presente la variabilità del rapporto di cambio tra la valuta di riferimento del fondo e la valuta estera in cui sono denominati gli investimenti;
- d) **altri fattori di rischio:** le operazioni sui mercati emergenti potrebbero esporre l'investitore a rischi aggiuntivi connessi al fatto che tali mercati potrebbero essere regolati in modo da offrire ridotti livelli di garanzia e protezione agli investitori. Sono poi da considerarsi i rischi connessi alla situazione politico-finanziaria del paese di appartenenza degli emittenti.

I fondi interni presentano un profilo di rischio che è legato alla **categoria del fondo**, che risulta essere "flessibile" per AZ Best in Class e "obbligazionario misto area euro" per AZ Orizzonte 10.

Le caratteristiche dei fondi interni sono indicate nel Regolamento dei fondi allegato alle presenti Condizioni di assicurazione. In ogni caso il Contraente ha la facoltà di richiedere alla Società ulteriori informazioni su ciascun fondo interno.

4. Premi

Allianz Hybrid Plan è un contratto di assicurazione sulla vita che prevede il pagamento di un premio annuo.

Il Contraente può optare per una delle seguenti combinazioni predefinite di investimento del premio annuo:

- 70% nella gestione separata VITARIV e 30% nel fondo interno AZ Best in Class;
- 50% nella gestione separata VITARIV e 50% nel fondo interno AZ Best in Class;
- 30% nella gestione separata VITARIV e 70% nel fondo interno AZ Best in Class.

Una parte del premio annuo è destinata anche alla copertura caso morte e alle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave). Il premio annuo **non può essere** pagato in modo parziale, ovvero non può essere pagato il premio annuo destinato al fondo interno e alla gestione separata e non pagato, ad esempio, il premio annuo destinato alla copertura caso morte e alle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave). Il premio annuo della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave) è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età dell'Assicurato, al suo stato di salute, alle attività professionali svolte e alle sue abitudini di vita.

Nota informativa

Il premio annuo può essere frazionato in rate mensili, trimestrali o semestrali, da pagarsi rispettivamente ad ogni ricorrenza mensile, trimestrale o semestrale della data di decorrenza del contratto. Le rate di premio annuo non sono maggiorate di alcuna addizionale di frazionamento (interesse di frazionamento).

Il primo premio annuo, o la prima rata di premio annuo, deve essere versato all'atto della sottoscrizione della proposta di assicurazione. I premi annui successivi, o le rate di premio annuo successive, devono essere versati alle scadenze pattuite.

L'importo minimo del **premio annuo è pari a 1.200,00 euro**.

L'importo massimo del **premio annuo è pari a 80.000,00 euro (18.000,00 euro all'anno in caso di attivazione della copertura LTC)**, con il limite di **24.000,00 euro all'anno** per la parte investita nella gestione separata.

Il Contraente **non** ha la facoltà di versare premi aggiuntivi, né di modificare l'importo del premio annuo scelto all'atto della sottoscrizione del contratto o il frazionamento del premio.

I premi potranno essere pagati con le seguenti modalità:

- assegno bancario o circolare non trasferibile, intestato o girato ad Allianz S.p.A. oppure all'agente (persona fisica o giuridica) in qualità di Agente di Allianz S.p.A.;
- bonifico bancario intestato esclusivamente all'agente (persona fisica o giuridica) in qualità di Agente di Allianz S.p.A., fermo restando che per specifiche esigenze procedurali la Società si riserva di richiedere che il bonifico venga intestato ad Allianz S.p.A.;
- bollettino postale (in tal caso verrà considerata come data di pagamento del premio quella apposta dall'ufficio postale);
- carta di debito/credito, se accettata dall'intermediario assicurativo;
- SDD (Sepa Direct Debit) su conto corrente direzionale, obbligatorio in caso di frazionamento mensile o trimestrale del premio annuo. L'obbligatorietà dell'SDD si applica ai pagamenti successivi a quello di perfezionamento del contratto e potrà essere estesa a frazionamenti diversi dal mensile o trimestrale subordinatamente a specifiche disposizioni impartite agli intermediari preposti alla vendita. L'SDD è attivabile anche tramite l'utilizzo di carta di debito, qualora tale servizio sia abilitato e tale mezzo sia accettato dall'intermediario assicurativo;
- reinvestimento del capitale proveniente da un contratto Vita preesistente.

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

5. Informazioni sull'impiego dei premi

Il premio annuo, al netto dei costi di caricamento e del premio della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave), è investito:

- in quote di un fondo interno all'impresa di assicurazione (AZ ORIZZONTE 10), nel caso il Contraente, a partire dal 6° anno di contratto, abbia deciso di investire in tale fondo;
- in quote di un fondo interno all'impresa di assicurazione, con successivo acquisto di quote di OICR (AZ BEST IN CLASS);
- nella gestione separata VITARIV.

Una parte del premio annuo viene utilizzata dalla Società per far fronte ai rischi demografici previsti dal contratto (rischio di mortalità, di perdita di autosufficienza e/o di malattia grave). Pertanto tale parte, così come quella trattenuta a fronte dei costi del contratto, non concorre alla formazione del capitale che sarà corrisposto in caso di vita dell'Assicurato o in caso di riscatto.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del piano di accumulo e a condizione che siano stati pagati tutti i premi pattuiti e non si sia verificato un sinistro LTC, la Società restituirà al Contraente i premi versati per la copertura caso morte (Bonus Fedeltà).

6. Valore delle quote

Il valore unitario delle quote dei fondi interni è determinato settimanalmente dalla Società (il giovedì di ogni settimana o, se festivo, il primo giorno lavorativo ad esso seguente) in base ai valori correnti di mercato di tutte le attività al netto di tutte le passività di pertinenza del fondo. Pertanto **la parte del capitale investita nei fondi interni può subire delle variazioni tanto di segno positivo quanto di segno negativo**.

Il valore unitario delle quote è pubblicato giornalmente sul quotidiano "Il Sole 24 Ore" e sul sito internet www.allianz.it. Il valore unitario delle quote pubblicato è al netto di qualsiasi onere a carico del fondo.

Nota informativa

Per la determinazione del numero di quote da prelevare dal contratto per l'erogazione delle prestazioni periodiche ricorrenti, la data di riferimento è il primo giovedì coincidente o successivo alla ricorrenza trimestrale della data di scadenza del piano di accumulo.

Per la determinazione del controvalore delle quote in relazione a tutti gli altri casi di liquidazione della prestazione previsti dal presente contratto e per le operazioni di switch volontario, il valore unitario delle quote utilizzato è quello del primo giovedì successivo al giorno di ricevimento, da parte della Società, della relativa richiesta (corredata della documentazione di cui all'art. 34 delle Condizioni di assicurazione).

Per gli switch automatici dell'opzione Booster, la data di riferimento è il primo giovedì successivo al 1° gennaio di ogni anno.

7. Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

Allianz Hybrid Plan, per la parte investita nella gestione separata, è un contratto a prestazioni rivalutabili che prevede una partecipazione ai rendimenti finanziari prodotti dalla gestione speciale di attivi VITARIV, separata dalle altre attività della Società e da essa appositamente costituita per questi contratti.

Una parte del premio annuo versato dal Contraente confluisce nella predetta gestione separata.

Il tasso annuo di rivalutazione attribuito al contratto ad ogni 1° gennaio è pari al rendimento realizzato ogni anno dalla gestione separata VITARIV, diminuito del **rendimento trattenuto dalla Società** pari al 1,2%.

Il rendimento trattenuto verrà aumentato di 0,01 punti percentuali per ogni decimo di punto percentuale di rendimento superiore al 5%, realizzato dalla gestione separata VITARIV.

La misura annua di rivalutazione attribuita al contratto **potrà essere anche negativa**.

Per effetto del rendimento trattenuto, la misura annua di rivalutazione attribuita al contratto potrà risultare negativa anche quando il rendimento realizzato dalla gestione separata risulti positivo ma inferiore al 1,2%. Inoltre, nel caso in cui il rendimento realizzato dalla gestione separata risulti negativo, la misura annua di rivalutazione attribuita al contratto sarà ulteriormente ridotta del rendimento trattenuto dalla Società del 1,2%.

Il contratto prevede ad ogni modo e indipendentemente dal rendimento della gestione separata, la **garanzia di conservazione del capitale** versato nella gestione separata, **che viene riconosciuta solamente alla scadenza del piano di accumulo o in caso di decesso dell'Assicurato** prima della scadenza del piano. Trascorsi 3 mesi dalla scadenza del piano di accumulo, nel caso in cui il Contraente non chieda il riscatto del capitale, lo stesso sarà trasferito automaticamente e gratuitamente nel fondo interno AZ BEST IN CLASS, **senza alcuna garanzia di capitale**.

Il contratto **non** prevede il consolidamento annuale dei rendimenti attribuiti al contratto in quanto le partecipazioni agli utili, una volta dichiarate ed attribuite annualmente al Contraente, **non** restano definitivamente acquisite dal medesimo.

Si rinvia all'art. 10 delle Condizioni di assicurazione e al Regolamento della gestione separata VITARIV, che è parte integrante delle Condizioni di assicurazione, per gli aspetti di dettaglio relativi alla rivalutazione delle prestazioni e al calcolo del rendimento annuo della gestione separata.

Gli effetti della partecipazione agli utili sono evidenziati nella Sezione F della presente Nota informativa contenente il Progetto esemplificativo di sviluppo dei premi, delle prestazioni assicurate e dei valori di riscatto e di riduzione. **La Società si impegna a consegnare al Contraente, al più tardi nel momento in cui è informato che il contratto è concluso, il Progetto esemplificativo elaborato in forma personalizzata.**

C INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

8. Costi

8.1. Costi gravanti direttamente sul Contraente

8.1.1. Costi gravanti sul premio

I costi che gravano sul premio versato sono:

Nota informativa

spese di emissione	Non previste
caricamenti	30,0% dei premi relativi alla prima annualità di contratto, al netto dei premi della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave) 4,0% dei premi relativi alle annualità successive, al netto dei premi della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave) 30,0% dei premi della copertura caso morte e della copertura LTC (facoltativa) 23,0% dei premi della copertura Malattia grave (facoltativa) di durata pari a 10 anni 30,0% dei premi della copertura Malattia grave (facoltativa) di durata superiore a 10 anni

8.1.2. Costi per riscatto o riduzione

È possibile esercitare il diritto di riscatto o interrompere il pagamento dei premi mantenendo il contratto in vigore per un capitale ridotto, a condizione che siano stati interamente versati i premi relativi **alle prime 3 annualità** di contratto. In caso di esercizio del diritto di riscatto, l'operazione di riscatto è gravata da **un costo percentuale** (costi per riscatto) **che decresce in funzione delle annualità di premio interamente pagate**, come indicato nella seguente tabella:

annualità di premio interamente pagate	costi per riscatto
3	6,0%
4	5,0%
5	4,0%
6	3,0%
7	2,0%
8	1,0%
da 9 in poi	0,0%

In caso di interruzione del pagamento dei premi, il contratto rimane in vigore per un capitale che viene ridotto di **un costo percentuale** (penale di riduzione) **che decresce in funzione delle annualità di premio interamente pagate**, pari alla percentuale indicata nella tabella "costi per riscatto" di cui sopra.

In aggiunta per il riscatto, qualora lo stesso venga esercitato prima della scadenza del piano di accumulo, al capitale maturato nella gestione separata è applicato un **costo aggiuntivo** per riscatto **pari all'1,0%**, come indicato nella seguente tabella:

periodo di tempo	costo aggiuntivo per riscatto dalla gestione separata
prima della scadenza del piano di accumulo	1,0%
alla scadenza del piano di accumulo	0,0%

In caso di esercizio del diritto di riscatto qualora il contratto sia già in vigore per un capitale ridotto, non viene applicato il costo percentuale indicato nella tabella "costi per riscatto", essendo già stato applicato al momento della riduzione del contratto (penale di riduzione), mentre viene applicato l'eventuale costo aggiuntivo per riscatto dalla gestione separata.

Se è stata attivata la copertura LTC (facoltativa) e si verifica un sinistro LTC prima della scadenza del piano di accumulo, il Contraente può riscattare il contratto senza applicazione di alcun costo per riscatto ("costi per riscatto" o "costo aggiuntivo per riscatto" di cui sopra).

Per la parte destinata alla copertura caso morte e alle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave), **non è possibile esercitare il diritto di riscatto**.

8.1.3. Costi per switch

È possibile effettuare operazioni di switch volontario tra i fondi interni a partire dal 6° anno di contratto.

Per ogni anno di contratto, la prima operazione di switch volontario è gratuita. Ogni **switch volontario successivo al primo** effettuato nel corso della stessa annualità contrattuale, prevede il pagamento di un **costo fisso pari a 25,00 euro**, che viene detratto dal controvalore delle quote trasferite.

Nota informativa

switch volontari effettuati nel corso della stessa annualità contrattuale	costi per switch
1° switch	gratuito
ogni switch successivo	25,00 euro

Gli switch automatici previsti dall'opzione Booster non sono gravati da alcun costo per switch.

8.1.4. Costi per l'erogazione della rendita LTC

Le spese di erogazione della rendita LTC sono pari all'1,25% della rendita annua, per ogni anno di pagamento della rendita stessa. Tale costo è già conteggiato nel calcolo della rendita LTC iniziale.

8.2 Costi gravanti sul fondo interno

8.2.1 Commissione di gestione

La commissione di gestione è calcolata e imputata settimanalmente al patrimonio netto del fondo interno e prelevata mensilmente. Per ciascun fondo interno la commissione annua di gestione è fissata nella seguente misura:

fondo interno	commissione di gestione
AZ Orizzonte 10	1,50%
AZ Best in Class	2,00%

8.2.2 Commissione di performance

La commissione di performance viene applicata ad ogni giorno di valorizzazione delle quote **solo quando** il valore della **quota del fondo interno raggiunge il suo valore storico massimo, ed è pari al 10,00% o 15,00%** della differenza tra il valore raggiunto dalla quota ed il valore storico massimo precedente (c.d. "High Watermark") moltiplicato per il numero delle quote in circolazione.

fondo interno	commissione di performance
AZ Orizzonte 10	15,00% secondo il meccanismo di High Watermark
AZ Best in Class	10,00% secondo il meccanismo di High Watermark

8.2.3 Commissioni massime sugli OICR sottostanti

Per il fondo interno AZ Best in Class che investe in misura prevalente in quote di OICR, **le commissioni di gestione applicate dagli OICR sottostanti** (al netto di quanto retrocesso al fondo interno dall'OICR stesso) **sono al massimo pari a 2,50% su base annua.**

In tale costo massimo rientrano anche le commissioni di sottoscrizione (o rimborso), nonché l'eventuale commissione di incentivo (o di performance) applicate dagli OICR sottostanti.

8.2.4 Altri costi

Su ciascun fondo interno gravano inoltre i seguenti costi:

- gli oneri dovuti alla banca depositaria per l'incarico svolto (spese di amministrazione e custodia delle attività del fondo);
- i costi connessi con l'acquisizione e la dismissione delle attività del fondo (ad es. i costi di intermediazione inerenti alla compravendita degli strumenti finanziari);
- le spese di pubblicazione del valore unitario delle quote;
- le spese di revisione della contabilità e dei rendiconti del fondo, ivi compreso quello finale di liquidazione;
- le spese legali e giudiziarie sostenute nell'esclusivo interesse del fondo;
- gli oneri fiscali di pertinenza del fondo.

Nota informativa

Gli oneri inerenti l'acquisizione e la dismissione delle attività del fondo non sono quantificabili a priori in quanto variabili.

Si rinvia al Total Expenses Ratio (TER) di ciascun fondo interno, riportato nella sezione E della presente Nota informativa, per la quantificazione storica dei costi di cui sopra.

8.3. Costi applicati in funzione delle modalità di partecipazione agli utili

Per la parte del contratto investita nella gestione separata, la Società trattiene - dal rendimento realizzato dalla gestione separata VITARIV - un valore, denominato rendimento trattenuto. Il **rendimento trattenuto dalla Società**, in punti percentuali assoluti, sul rendimento conseguito dalla gestione separata è pari a:

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

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

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

000___000

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

9. Sconti

AVVERTENZA: l'impresa di assicurazione o l'intermediario possono applicare sconti di premio.

10. Regime fiscale

Imposta sui premi

I premi pagati per la presente assicurazione sulla vita non sono soggetti ad alcuna imposta.

Detraibilità fiscale dei premi

Per i premi pagati per la copertura caso morte e per le eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave) viene riconosciuta al Contraente, o al soggetto rispetto al quale il Contraente è fiscalmente a carico, una detrazione d'imposta ai fini IRPEF nella misura del 19% dei premi stessi fino ad un importo massimo di premi pagati nell'anno pari a 530 euro (elevato a 1.291,14 euro per i premi pagati per la copertura LTC).

In caso di Assicurato diverso dal Contraente, per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato risulti fiscalmente a carico del Contraente stesso.

Ai fini della detrazione d'imposta devono essere considerati, oltre ai premi pagati per la copertura caso morte e per le eventuali coperture facoltative del presente contratto, anche eventuali premi pagati per altre assicurazioni sulla vita "di puro rischio" (intendendosi per tali le assicurazioni aventi ad oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente in misura non inferiore al 5% o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana) o altre assicurazioni sulla vita o infortuni stipulate anteriormente al 1 gennaio 2001.

Imposta di bollo

Le comunicazioni alla clientela sono soggette ad imposta di bollo annuale secondo quanto previsto dalla normativa vigente. L'imposta di bollo, calcolata annualmente, sarà complessivamente trattenuta al momento del rimborso dell'investimento (per recesso, per riscatto totale o parziale, in caso di vita o di decesso dell'Assicurato).

Nota informativa

Tassazione delle somme assicurate

Le somme dovute dalla Società in dipendenza del contratto:

- se corrisposte in caso di decesso dell'Assicurato, non sono soggette all'imposta sulle successioni e - relativamente alla quota riferibile alla copertura del rischio demografico - all'imposta sul reddito delle persone fisiche;
- se corrisposte in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato o in caso di malattia grave, non sono soggette all'imposta sul reddito delle persone fisiche.

Negli altri casi, sempreché il Beneficiario sia una persona fisica, sono soggette ad imposta a titolo di ritenuta definitiva (imposta sostitutiva) nella misura del 26% della differenza se positiva (plusvalenza) tra il capitale maturato e l'ammontare dei premi versati (al netto dei premi pagati per la copertura caso morte e per le eventuali coperture facoltative). Tale tassazione è ridotta in relazione alla percentuale di titoli di Stato ed equiparati presenti negli attivi, in quanto tali titoli sono tassati al 12,5%. Tale tassazione è applicata alle prestazioni periodiche ricorrenti solo dal momento in cui le stesse eccedono i premi pagati, poiché il contratto non offre alcuna garanzia di capitale o di rendimento minimo per le prestazioni periodiche ricorrenti. La ritenuta fiscale non sarà pertanto applicata sulle prestazioni periodiche ricorrenti fino a concorrenza dei premi pagati. In caso di riscatto totale si terrà conto delle prestazioni periodiche ricorrenti già liquidate e delle eventuali imposte già trattenute sulle prestazioni periodiche ricorrenti liquidate.

La Società non opera la ritenuta della suddetta imposta sostitutiva sui proventi corrisposti a soggetti che esercitano attività d'impresa in quanto tali importi entrano a far parte del reddito d'impresa. Se le somme sono corrisposte a persone fisiche o ad enti non commerciali in relazione a contratti di assicurazione sulla vita stipulati nell'ambito di attività commerciale, la Società non applica la suddetta ritenuta qualora gli interessati presentino alla stessa una dichiarazione della sussistenza di tale requisito.

Il regime fiscale sopra descritto si riferisce alle norme in vigore alla data di redazione della presente Nota informativa 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.

D ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

11. Modalità di perfezionamento del contratto e di conversione del premio in quote

Si rinvia all'art. 14 delle Condizioni di assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative.

Si rinvia all'art. 6 delle Condizioni di assicurazione per le modalità e i tempi di conversione in quote del premio versato nei fondi interni.

12. Lettera di conferma di investimento del premio

Si rinvia all'art. 6 delle Condizioni di assicurazione per i dettagli relativi alla lettera di conferma dell'investimento del premio versato nei fondi interni che deve essere inviata al Contraente entro 10 giorni lavorativi dalla data di conversione del premio in quote.

13. Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi

Il mancato pagamento del premio annuo o anche di una sola rata di premio annuo, trascorsi 30 giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina:

- la risoluzione del contratto, qualora **non** siano state pagate per intero le prime **tre** annualità di premio. In tal caso i premi già versati restano definitivamente acquisiti dalla Società;
- la riduzione del contratto e la risoluzione della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave), qualora siano state pagate per intero le prime **tre** annualità di premio. Per i dettagli sulla riduzione del contratto si rinvia al precedente art. 12 delle Condizioni di assicurazione.

Nota informativa

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

Si rinvia all'art. 17 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

14. Riscatto e riduzione

Il Contraente può esercitare il diritto di riscatto o interrompere il pagamento dei premi mantenendo il contratto in vigore per un capitale ridotto, a condizione che siano stati interamente versati i premi relativi **alle prime 3 annualità** di contratto.

L'esercizio del diritto di riscatto avviene mediante richiesta scritta da formulare presso la rete di vendita della Società o inviare a Allianz S.p.A. - Ufficio Vita - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste.

Il riscatto totale comporta la risoluzione anticipata del contratto.

Riscatto parziale

Il Contraente può esercitare il riscatto parziale **solo** a partire dalla scadenza del piano di accumulo, specificando l'ammontare del capitale che intende riscattare dai fondi interni e quello che intende riscattare dalla gestione separata.

E' possibile riscattare parzialmente il capitale solo dai fondi interni oppure solo dalla gestione separata.

Nel caso in cui il Contraente non specifichi da quale parte del contratto riscattare il capitale, si procederà al disinvestimento proporzionale del capitale dai fondi interni e dalla gestione separata.

Il valore di riscatto parziale si ottiene con le stesse modalità del riscatto totale, a condizione che il capitale residuo **non** risulti **inferiore a 5.000,00 euro**.

Si rinvia all'art. 12 delle Condizioni di assicurazione per la modalità di determinazione del valore di riscatto totale o parziale e di riduzione e al punto 8.1.2. della presente Nota informativa per i costi inerenti al riscatto o riduzione.

Entro 24 mesi dal mancato pagamento del premio il Contraente ha comunque facoltà di riattivare il contratto, secondo le modalità, i termini e le condizioni economiche previste all'art. 18 delle Condizioni di assicurazione.

In caso di riscatto o riduzione il Contraente sopporta il rischio di ottenere un importo inferiore ai premi versati.

In particolare:

- per la parte investita nei fondi interni, **il valore di riscatto potrà essere inferiore ai premi investiti nei fondi interni** (pari ai premi versati nei fondi interni al netto dei costi di caricamento e delle quote parti dei premi della copertura caso morte);
- per la parte investita nella **gestione separata**, il valore di riscatto esercitato alla scadenza del piano di accumulo **non potrà essere inferiore** ai premi versati nella gestione separata al netto dei costi di caricamento e delle quote parti dei premi della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave), mentre il valore di riscatto esercitato prima della scadenza del piano di accumulo **potrà essere inferiore** ai premi versati nella gestione separata al netto dei costi di caricamento e delle quote parti dei premi della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave).

Il Contraente può richiedere informazioni relative al proprio valore di riscatto o di riduzione all'Agenzia di riferimento oppure a:

Allianz S.p.A.
Pronto Allianz - Servizio Clienti
Corso Italia, 23 - 20122 Milano (Italia)
Numero Verde 800.68.68.68
Fax 02-7216.9145
Indirizzo e-mail: info@allianz.it

Si rinvia al Progetto esemplificativo di cui alla Sezione F della presente Nota informativa per l'illustrazione dell'evoluzione del valore di riscatto e riduzione della parte del contratto investita nella gestione separata. Nel Progetto personalizzato consegnato al Contraente nel momento in cui è informato della conclusione del contratto sarà illustrata l'evoluzione del valore di riscatto e riduzione della parte del premio annuo versata nella gestione separata.

Nota informativa

15. Operazioni di switch

15.1. Switch tra fondi interni

A partire dal 6° anno di contratto, il Contraente può chiedere alla Società di disinvestire, totalmente o parzialmente, le quote di un fondo interno assegnate al contratto per reinvestirle contestualmente nell'altro fondo interno.

Successivamente alla scadenza del piano di accumulo, dopo il trasferimento automatico del capitale maturato nel fondo interno AZ BEST IN CLASS, è ammessa una sola operazione di switch. Quest'ultima potrà essere solo totale e potrà avvenire unicamente dal fondo interno AZ BEST IN CLASS al fondo interno AZ ORIZZONTE 10.

L'operazione di switch è regolata utilizzando i valori unitari delle quote rilevati il primo giovedì successivo al giorno di ricevimento, da parte della Società, della richiesta di switch.

La Società invierà al Contraente un'apposita lettera per informarlo in merito al numero delle quote disinvestite e di quelle attribuite, nonché ai rispettivi valori unitari delle quote utilizzati per l'operazione di switch e al giorno di valorizzazione.

Si rinvia all'art. 11 lett. A delle Condizioni di assicurazione per la modalità di effettuazione dell'operazione di switch tra fondi interni e al punto 8.1.3. della presente Nota informativa per i costi inerenti allo switch.

15.2. Switch dai fondi interni alla gestione separata

Non è possibile effettuare operazioni di switch dai fondi interni alla gestione separata.

15.3. Switch dalla gestione separata ai fondi interni

Non è possibile effettuare operazioni di switch dalla gestione separata ai fondi interni.

15.4. Switch dai fondi interni/gestione separata alla copertura caso morte e viceversa

Non è possibile effettuare operazioni di switch dai fondi interni o dalla gestione separata alla copertura caso morte e viceversa.

Se in corso di contratto la Società intende proporre ai contraenti la possibilità di effettuare operazioni di switch in nuovi fondi o gestioni separate istituiti successivamente, si impegna a consegnare preventivamente ai contraenti l'estratto della Nota informativa aggiornata a seguito dell'inserimento dei nuovi fondi o gestioni separate, unitamente al relativo Regolamento di gestione.

16. Revoca della proposta

Il Contraente ha la facoltà di revocare la proposta di assicurazione (c.d. diritto di ripensamento) **fino al ricevimento della comunicazione di avvenuta 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 - Largo Ugo Imeri, 1 - 34123 Trieste, contenente gli elementi identificativi della proposta e indicando le coordinate bancarie ove effettuare il rimborso.

Le somme versate dal Contraente verranno restituite dalla Società entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.

17. Diritto di recesso dal contratto

Il Contraente ha la facoltà di recedere dal contratto (c.d. diritto di ripensamento) **entro 30 giorni** dalla data di ricezione della comunicazione di avvenuta conclusione del contratto, come specificata all'art 14 delle Condizioni di assicurazione.

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 - Largo Ugo Imeri, 1 - 34123 Trieste, 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 rimborsa al Contraente:

Nota informativa

- per la parte investita nei fondi interni, il controvalore delle quote del fondo interno AZ Best in Class aggiunti i caricamenti, al netto de (i) l'imposta di bollo; (ii) l'imposta sull'eventuale rendimento. Qualora la richiesta di recesso pervenga entro il giorno lavorativo antecedente il giorno di conversione del premio in quote indicato all'art. 7 delle Condizioni di assicurazione, la Società rimborsa al Contraente i premi versati nel fondo interno, pari ai premi investiti aggiunti i caricamenti, al netto dell'imposta di bollo;
- per la parte investita nella gestione separata, i premi versati nella gestione separata;
- per la parte destinata alla copertura caso morte, alla copertura LTC (facoltativa) e alla copertura Malattia grave (facoltativa), i premi versati nelle suddette coperture al netto della parte dei premi relativa al periodo per il quale le coperture hanno avuto effetto.

18. Documentazione da consegnare all'impresa per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

Si rinvia all'art. 34 delle Condizioni di assicurazione per l'indicazione della documentazione che il Contraente o i Beneficiari sono tenuti a presentare per ogni ipotesi di liquidazione da parte della Società.

La Società esegue i pagamenti **entro 30 giorni** dal ricevimento della documentazione completa. Decorso tale termine, e a partire dal medesimo, sono dovuti gli interessi legali a favore dell'avente diritto.

Si ricorda che il codice civile (art. 2952) dispone che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si estinguono **dopo 10 anni** da quando si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda (**prescrizione**).

Qualora il Contraente o i Beneficiari omettano di richiedere gli importi dovuti entro il suddetto termine di prescrizione, questi ultimi sono devoluti 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.

19. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

20. Lingua

Il contratto, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto, sono redatti in lingua italiana, salvo che le parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

21. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, compresi quelli relativi alle modalità di determinazione della prestazione assicurativa, devono essere inoltrati per iscritto (posta, fax o e-mail) a **Allianz S.p.A. - Pronto Allianz Servizio Clienti - Corso Italia n. 23, 20122 Milano - Indirizzo e-mail: reclami@allianz.it** o tramite il link presente sul sito internet della Società **www.allianz.it/reclami**.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'**IVASS - Via del Quirinale 21, 00187 Roma - Fax 06.42.133.206 - tutela.consumatore@pec.ivass.it**, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato alla Società ed il relativo riscontro.

Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per il Consumatore - Come presentare un reclamo".

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Si ricorda che in tutti casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.

Prima di adire l'Autorità Giudiziaria è tuttavia possibile, e in alcuni casi necessario, cercare un accordo amichevole mediante **sistemi alternativi di risoluzione delle controversie**, quali:

- **Mediazione** (L. 9/8/2013, n.98): può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it;

Nota informativa

- **Negoziatore assistita** (L. 10/11/2014, n.162): può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.

22. Informativa in corso di contratto

Entro 60 giorni dalla chiusura di ogni anno solare la Società invia al Contraente l'estratto conto annuale della posizione assicurativa con l'indicazione:

- per la parte investita nei fondi interni: dei premi versati nei fondi interni e degli eventuali switch volontari effettuati o switch automatici effettuati dalla gestione separata, del numero e controvalore delle quote assegnate al contratto a fine anno, unitamente all'aggiornamento dei dati storici di cui alla successiva sezione E e alla sezione 7 della Scheda sintetica;
- per la parte investita nella **gestione separata**: dei premi versati nella gestione separata, del capitale rivalutato e della misura della rivalutazione.

Per la parte investita nei fondi interni, la Società si impegna a dare **comunicazione per iscritto al Contraente** qualora in corso di contratto il controvalore delle quote complessivamente detenute **si sia ridotto di oltre il 30% rispetto all'ammontare** complessivo del capitale investito nei fondi interni, tenuto conto di eventuali riscatti parziali o switch effettuati, e a **comunicare ogni ulteriore riduzione pari o superiore al 10%**. La comunicazione sarà effettuata entro 10 giorni lavorativi dal momento in cui si è verificato l'evento.

23. Comunicazioni del Contraente alla Società

La copertura caso morte non assicura il sinistro dovuto allo svolgimento di una delle attività professionali o sportive considerate a rischio indicate negli elenchi riportati nella proposta di assicurazione, pertanto il Contraente non è tenuto a dare comunicazioni alla Società in caso di cambiamenti di professione o di attività dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto.

24. Conflitto di interessi

Nell'ambito della politica di investimenti relativa alla gestione separata VITARIV e ai fondi interni, la Società si riserva la facoltà di utilizzare quote di OICR istituiti, promossi o gestiti da **società del gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A. e non esclude la possibilità di investire in strumenti finanziari e/o altri attivi emessi da società del gruppo di appartenenza** di Allianz S.p.A.. Per quanto riguarda la gestione separata VITARIV, l'investimento in tali strumenti avviene nel rispetto dei limiti di seguito indicati:

- OICR armonizzati istituiti, promossi o gestiti da società del gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A.: fino ad un massimo del 50%;
- Obbligazioni, azioni ed altri attivi emessi da società del gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A.: fino ad un massimo del 30%.

La Società ha affidato la gestione patrimoniale delle attività che costituiscono la gestione separata VITARIV e il fondo interno AZ ORIZZONTE 10 ad Allianz Global Investors GmbH appartenente al gruppo Allianz SE, avente sede secondaria (succursale) in Italia, via Durini 1, 20122 Milano.

Per quanto riguarda gli intermediari negozianti o broker, si informa che potranno essere utilizzati soggetti del gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A..

La Società è dotata di procedure per l'individuazione e la gestione delle situazioni di conflitto di interesse originate da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo. In particolare la Società ha identificato una funzione interna della Direzione Generale che effettua il monitoraggio della presenza di situazioni di conflitto di interessi.

Si precisa che eventuali introiti derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti dalla Società in virtù di accordi con soggetti terzi (ad esempio i gestori di OICR nei quali la gestione separata o il fondo interno abbiano effettuato investimenti) saranno:

- integralmente attribuiti alla gestione separata VITARIV;
- integralmente attribuiti al fondo interno, se l'investimento in OICR è posto a copertura delle riserve tecniche costituite per i contratti sottoscritti dal 1° settembre 2005;

Nota informativa

- trattenuti dalla Società e non attribuiti al fondo interno, se l'investimento in OICR è posto a copertura delle riserve tecniche costituite per i contratti sottoscritti prima del 1° settembre 2005.

La Società, pur in presenza degli inevitabili conflitti di interesse citati, opera in modo da non recare pregiudizio ai contraenti e s'impegna ad ottenere per i contraenti stessi il miglior risultato possibile indipendentemente da tali conflitti.

Si rinvia al rendiconto annuale della gestione separata e dei fondi interni per la quantificazione delle utilità eventualmente ricevute e retrocesse agli assicurati.

E DATI STORICI SUI FONDI

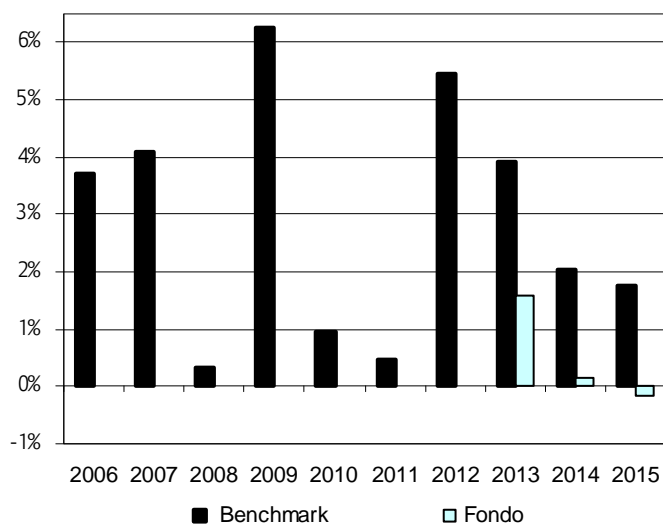
25. Dati storici di rendimento

Il fondo interno AZ BEST IN CLASS è di recente istituzione e non è descritto da alcun benchmark (stile di gestione flessibile), pertanto **non è disponibile** né il dato storico di rendimento del fondo né quello del benchmark.

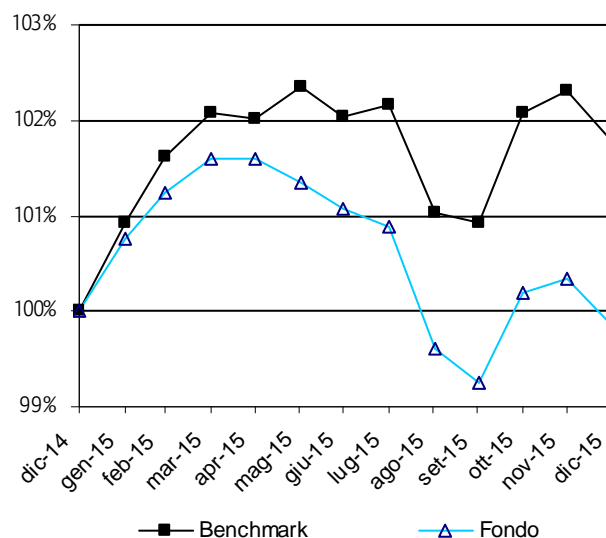
Il fondo interno AZ ORIZZONTE 10 è caratterizzato da una gestione a benchmark, pertanto è riportato sia il dato storico di rendimento del fondo che quello del benchmark.

Fondo AZ ORIZZONTE 10

Rendimento del benchmark e del fondo



Andamento del benchmark e del fondo nell'ultimo anno



Attenzione: i rendimenti passati non sono indicativi di quelli futuri

26. Dati storici di rischio

La volatilità media annua attesa dei fondi interni è la seguente:

Fondo interno	Volatilità media annua attesa
AZ Orizzonte 10	2% - 5%
AZ Best in Class	7%

La volatilità media annua di ciascun fondo esprime di quanto il rendimento del fondo può scostarsi in un anno, in positivo o in negativo, rispetto al rendimento medio del fondo medesimo.

Nota informativa

Riportiamo di seguito il confronto per l'anno 2015 fra la volatilità dichiarata *ex ante* e quella rilevata *ex post*.

2	Volatilità fondo	
0	AZ Orizzonte 10	
1	dichiarata <i>ex ante</i>	rilevata <i>ex post</i>
5	2% - 5%	2,40%

27. Total Expenses Ratio (TER): costi effettivi del fondo interno

Di seguito viene riportato il rapporto percentuale, riferito a ciascun anno solare dell'ultimo triennio, fra il totale oneri posti a carico del fondo interno ed il patrimonio medio, su base giornaliera, dello stesso.

fondo interno	TER		
	2013	2014	2015
AZ Orizzonte 10	1,84%	1,86%	1,82%

Nel calcolo del TER sono stati considerati i seguenti costi:

Costi gravanti sul fondo interno	AZ Orizzonte 10		
	2013	2014	2015
Commissioni di gestione	1,50%	1,50%	1,50%
Commissioni di eventuale <i>overperformance</i>	0,29%	0,14%	0,18%
TER degli OICR sottostanti	0,00%	0,17%	0,14%
Oneri inerenti all'acquisizione o alla dismissione delle attività	0,00%	0,00%	0,00%
Spese di amministrazione e di custodia	0,01%	0,01%	0,00%
Spese di revisione e certificazione del fondo	0,02%	0,03%	0,00%
Spese di pubblicazione del valore della quota	0,01%	0,01%	0,00%

28. Turnover di portafoglio del fondo

Di seguito viene riportato il tasso di movimentazione del portafoglio di ciascun fondo interno (c.d. turnover) riferito a ciascun anno solare dell'ultimo triennio, espresso come rapporto percentuale fra la somma degli acquisti e delle vendite di strumenti finanziari, al netto dell'investimento e disinvestimento delle quote del fondo derivanti da nuovi premi e da liquidazioni, e il patrimonio medio, su base giornaliera, del fondo interno. Esso rappresenta un indicatore dello stile di gestione del fondo interno e mostra la volontà di adeguamento del gestore ai continui mutamenti dei mercati finanziari.

fondo interno	TURNOVER		
	2013	2014	2015
AZ Orizzonte 10	193,20%	0,00%	0,00%

Nota informativa

F PROGETTO ESEMPLIFICATIVO DELLE PRESTAZIONI

La presente elaborazione viene effettuata in base ad una predefinita combinazione di premio versato nella gestione separata, durata ed età dell'Assicurato.

Gli sviluppi delle prestazioni rivalutate e dei valori di riscatto di seguito riportati sono calcolati sulla base di due diversi valori:

- il tasso di rendimento **minimo garantito** contrattualmente;
- un'ipotesi** di rendimento annuo costante stabilito dall'IVASS e pari, al momento di redazione del presente Progetto, al 2,0%.

I valori sviluppati in base al **tasso minimo garantito** rappresentano le prestazioni certe che **la Società è tenuta a corrispondere**, laddove il contratto sia in regola con il versamento dei premi, in base alle Condizioni di assicurazione e non tengono pertanto conto di ipotesi su future partecipazioni agli utili.

I valori sviluppati in base al **tasso di rendimento stabilito dall'IVASS** sono **meramente indicativi e non impegnano in alcun modo la Società**. Non vi è infatti nessuna certezza che le ipotesi di sviluppo delle prestazioni applicate si realizzeranno effettivamente. I risultati conseguibili dalla gestione degli investimenti potrebbero discostarsi dalle ipotesi di rendimento impiegate.

SVILUPPO DEI PREMI, DELLE PRESTAZIONI E DEI VALORI DI RISCATTO IN BASE A:

A) TASSO DI RENDIMENTO MINIMO GARANTITO

- Tasso di rendimento minimo garantito: 0,0% alla scadenza del piano di accumulo o in caso di decesso
- Durata del piano di accumulo: 15 anni
- Età dell'Assicurato: 50 anni
- Premio annuo: 4.125,79 euro Parte del premio annuo destinato alla copertura caso morte: 125,79 euro
- Combinazione di investimento scelta: 50% gestione separata, 50% fondo interno

Anni trascorsi	Premio annuo versato nella gestione separata	Cumulo dei premi annui	Capitale assicurato alla fine dell'anno	Capitale assicurato in caso di decesso	Interruzione del pagamento dei premi		
					Valore di riscatto alla fine dell'anno	Capitale ridotto alla fine dell'anno	Capitale ridotto alla scadenza del piano
1	2.000,00	2.000,00	-	1.400,00	-	-	-
2	2.000,00	4.000,00	-	3.320,00	-	-	-
3	2.000,00	6.000,00	-	5.240,00	-	-	4.925,60
4	2.000,00	8.000,00	-	7.160,00	-	-	6.802,00
5	2.000,00	10.000,00	-	9.080,00	-	-	8.716,80
6	2.000,00	12.000,00	-	11.000,00	-	-	10.670,00
7	2.000,00	14.000,00	-	12.920,00	-	-	12.661,60
8	2.000,00	16.000,00	-	14.840,00	-	-	14.691,60
9	2.000,00	18.000,00	-	16.760,00	-	-	16.760,00
10	2.000,00	20.000,00	-	18.680,00	-	-	18.680,00
11	2.000,00	22.000,00	-	20.600,00	-	-	20.600,00
12	2.000,00	24.000,00	-	22.520,00	-	-	22.520,00
13	2.000,00	26.000,00	-	24.440,00	-	-	24.440,00
14	2.000,00	28.000,00	-	26.360,00	-	-	26.360,00
15	2.000,00	30.000,00	28.280,00	28.280,00	28.280,00	28.280,00	28.280,00

L'operazione di riscatto comporta una **penalizzazione economica**. Come si evince dalla tabella, **il recupero dei premi versati non potrà mai avvenire, sulla base del tasso di rendimento minimo contrattualmente garantito**.

Nota informativa

B) IPOTESI DI RENDIMENTO FINANZIARIO

- Tasso di rendimento finanziario: 2,0% Il tasso del 2% costituisce un'ipotesi di rendimento annuo costante ed è meramente indicativo. Pertanto non vi è nessuna certezza che le ipotesi di sviluppo delle prestazioni applicate si realizzeranno effettivamente.
- Rendimento trattenuto dalla Società: 1,2% annuo
- Tasso di rendimento attribuito al contratto: 0,8% annuo
- Durata del piano di accumulo: 15 anni
- Età dell'Assicurato: 50 anni
- Premio annuo: 4.125,79 euro Parte del premio annuo destinato alla copertura caso morte: 125,79 euro
- Combinazione di investimento scelta: 50% gestione separata, 50% fondo interno

Anni trascorsi	Premio annuo versato nella gestione separata	Cumulo dei premi annui	Capitale assicurato alla fine dell'anno	Capitale assicurato in caso di decesso	Interruzione del pagamento dei premi		
					Valore di riscatto alla fine dell'anno	Capitale ridotto alla fine dell'anno	Capitale ridotto alla scadenza del piano
1	2.000,00	2.000,00	-	1.411,20	-	-	-
2	2.000,00	4.000,00	-	3.357,85	-	-	-
3	2.000,00	6.000,00	5.320,07	5.320,07	4.947,67	5.000,87	5.502,65
4	2.000,00	8.000,00	7.297,99	7.297,99	6.860,11	6.933,09	7.568,21
5	2.000,00	10.000,00	9.291,74	9.291,74	8.827,15	8.920,07	9.659,92
6	2.000,00	12.000,00	11.301,43	11.301,43	10.849,37	10.962,39	11.777,41
7	2.000,00	14.000,00	13.327,20	13.327,20	12.927,39	13.060,66	13.920,32
8	2.000,00	16.000,00	15.369,18	15.369,18	15.061,80	15.215,49	16.088,28
9	2.000,00	18.000,00	17.427,49	17.427,49	17.253,22	17.427,49	18.280,92
10	2.000,00	20.000,00	19.502,27	19.502,27	19.307,25	19.502,27	20.294,95
11	2.000,00	22.000,00	21.593,65	21.593,65	21.377,71	21.593,65	22.292,98
12	2.000,00	24.000,00	23.701,76	23.701,76	23.464,74	23.701,76	24.275,17
13	2.000,00	26.000,00	25.826,73	25.826,73	25.568,47	25.826,73	26.241,62
14	2.000,00	28.000,00	27.968,71	27.968,71	27.689,02	27.968,71	28.192,46
15	2.000,00	30.000,00	30.127,82	30.127,82	30.127,82	30.127,82	30.127,82

I valori riportati nelle tabelle di cui sopra sono espressi in euro, sono al lordo degli oneri fiscali e si riferiscono alle prestazioni ottenibili alla fine di ogni anno, ipotizzando che la data di decorrenza coincida con il 1° gennaio.

A fronte del pagamento del premio annuo destinato alla copertura caso morte di 125,79 euro, in caso di decesso dell'Assicurato nel corso del piano di accumulo e salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carenza** indicati all'art. 2 delle Condizioni di assicurazione, è prevista la liquidazione di un capitale pari inizialmente a 61.886,85 euro che decresce ogni anno di 4.125,79 euro fino ad annullarsi alla scadenza del piano di accumulo.

Allianz S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

I rappresentanti legali

Anthony Bradshaw Giulio Slavich



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA MULTIRAMO: UNIT LINKED, CON PARTECIPAZIONE AGLI UTILI E DI PURO RISCHIO (TARIFFA 88M 07)

Art. 1. Prestazioni assicurative

Allianz Hybrid Plan è un contratto di assicurazione sulla vita derivante dalla **combinazione di tre prodotti**: ■ **un prodotto assicurativo con partecipazioni agli utili** (Ramo I) ■ **un prodotto finanziario-assicurativo di tipo unit linked** (Ramo III) e ■ **un prodotto assicurativo di puro rischio** (Ramo I). Pertanto, le prestazioni assicurative verranno determinate in ragione della percentuale di premio destinata in ciascuna delle singole componenti. Per la parte investita nei fondi interni il contratto prevede, in caso di vita dell'Assicurato o in caso di decesso, il pagamento di una prestazione di capitale che potrebbe essere **inferiore ai premi investiti**.

La copertura caso morte è obbligatoria mentre le coperture LTC (Long Term Care) e Malattia grave sono facoltative.

Il decesso dell'Assicurato:

- per la parte investita nei fondi interni e nella gestione separata, è coperto qualunque sia la causa e senza limiti territoriali, salvo il periodo di **carezza** di 1 anno per la maggiorazione caso morte della parte investita nei fondi interni;
- per la parte destinata alla copertura caso morte, è coperto **salvo** i casi di **esclusione** e i periodi di **carezza** indicati all'art. 2, sempreché il decesso avvenga durante il periodo di copertura.

In caso di attivazione della copertura LTC, la perdita di autosufficienza dell'Assicurato è coperta **salvo** i casi di **esclusione** e i periodi di **carezza** indicati all'art. 2.

In caso di attivazione della copertura Malattia grave, l'insorgenza di una malattia grave è coperta **salvo** i casi di **esclusione** e i periodi di **carezza** indicati all'art. 2, sempreché la malattia venga diagnosticata durante il periodo di copertura.

La prestazione assicurata in caso di vita dell'Assicurato, di cui alla successiva lettera a), è collegata all'andamento del fondo interno AZ BEST IN CLASS (o AZ ORIZZONTE 10).

La prestazione assicurata in caso di decesso dell'Assicurato, di cui alla successiva lettera b):

- per la parte investita nei fondi interni, è collegata all'andamento dei fondi interni;
- per la parte investita nella gestione separata, è collegata ai risultati della gestione separata VITARIV;
- per la parte destinata alla copertura caso morte, sempreché il decesso avvenga durante il periodo di copertura, è pari inizialmente al cumulo di premi del piano (con un tetto massimo di 100.000,00 euro) e decresce nel corso del tempo fino ad annullarsi alla scadenza del piano.

La prestazione assicurata in caso di perdita di autosufficienza, di cui alla successiva lettera c), è una rendita vitalizia collegata ai risultati della gestione separata VITARIV.

La prestazione assicurata in caso di malattia grave, di cui alla successiva lettera d), sempreché la malattia venga diagnosticata durante il periodo di copertura, è un capitale pari al 50% del cumulo dei premi pattuiti del piano con un tetto massimo di 50.000,00 euro.

In particolare, le prestazioni previste dal contratto sono di seguito dettagliate.

a) Prestazione in caso di vita dell'Assicurato

In caso di vita dell'Assicurato alla scadenza del piano di accumulo, è prevista la corresponsione al Contraente di **prestazioni periodiche ricorrenti**, a cadenza trimestrale, di importo fisso (ad eccezione dell'ultima) pari all'1% del cumulo dei premi versati, erogate a partire dal 3° mese successivo alla scadenza del piano fino all'esaurimento delle quote del fondo interno AZ BEST IN CLASS (o AZ ORIZZONTE 10) assegnate al contratto o fino al decesso dell'Assicurato, se precedente.

Inoltre, in caso di vita dell'Assicurato e a condizione che siano stati pagati tutti i premi pattuiti e non si sia verificato un sinistro LTC, viene corrisposto al Contraente, alla scadenza del piano di accumulo, un **Bonus Fedeltà** pari alla somma dei premi versati per la copertura caso morte.

L'erogazione al Contraente delle prestazioni periodiche ricorrenti avviene tramite riduzione del numero di quote del fondo interno AZ BEST IN CLASS (o AZ ORIZZONTE 10) assegnate al contratto.

La durata delle prestazioni periodiche ricorrenti dipende dall'ammontare raggiunto dal capitale alla scadenza del piano di accumulo e dall'andamento del capitale stesso una volta trasferito automaticamente nel fondo interno AZ BEST IN CLASS.

L'importo delle prestazioni periodiche ricorrenti dipende invece dal cumulo dei premi versati, come indicato nella seguente tabella:

Condizioni di assicurazione

Cumulo premi versati	Prestazioni periodiche ricorrenti a cadenza trimestrale
50.000,00 euro	500,00 euro
100.000,00 euro	1.000,00 euro
150.000,00 euro	1.500,00 euro
...	...

Il Contraente non può modificare né la data di inizio erogazione delle prestazioni periodiche ricorrenti (che è fissa e pari alla prima ricorrenza trimestrale della data di scadenza del piano di accumulo), né la frequenza di erogazione (che è trimestrale), né l'importo (che è pari all'1% del cumulo dei premi versati), né la durata (che non può essere allungata attraverso la sospensione dell'erogazione e la successiva ripresa).

Le prestazioni periodiche ricorrenti sono erogate tramite riduzione del numero di quote del fondo interno AZ BEST IN CLASS (o AZ ORIZZONTE 10) assegnate al contratto.

Trascorsi 3 mesi dalla scadenza del piano di accumulo, ed in particolare il giovedì precedente la prima ricorrenza trimestrale della data di scadenza del piano, il capitale maturato nella gestione separata ed eventualmente quello investito nel fondo interno AZ ORIZZONTE 10 verranno trasferiti automaticamente nel fondo interno AZ BEST IN CLASS.

Prima della scadenza del piano di accumulo, la Società invierà una comunicazione al Contraente per ricordargli che potrà richiedere la liquidazione del capitale maturato nella gestione separata, con la relativa garanzia di conservazione del capitale. In caso contrario, il capitale maturato nella gestione separata, con la relativa garanzia di conservazione del capitale, verrà trasferito automaticamente nel fondo interno AZ BEST IN CLASS, senza alcuna garanzia di conservazione del capitale.

Successivamente al trasferimento automatico del capitale maturato nel fondo interno AZ BEST IN CLASS, è ammessa una sola operazione di switch. Quest'ultima potrà essere solo totale e potrà avvenire unicamente dal fondo interno AZ BEST IN CLASS al fondo interno AZ ORIZZONTE 10.

Il numero di quote da prelevare trimestralmente dal contratto per l'erogazione delle prestazioni periodiche ricorrenti si determina dividendo l'importo fisso delle prestazioni periodiche ricorrenti per il valore unitario delle quote del fondo interno sottostante il contratto, rilevato alla data di riferimento definita all'art. 7.

Le prestazioni periodiche ricorrenti saranno erogate fino a che ci saranno quote del fondo interno AZ BEST IN CLASS (o AZ ORIZZONTE 10) assegnate al contratto.

L'ultima prestazione periodica ricorrente sarà di ammontare variabile, inferiore all'importo fisso delle precedenti prestazioni ricorrenti, pari al controvalore delle quote residue assegnate al contratto al netto delle imposte dovute.

L'esaurimento delle quote assegnate al contratto determina lo scioglimento del contratto.

b) Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato

In caso di decesso dell'Assicurato è previsto il pagamento, ai Beneficiari designati dal Contraente, di un capitale che:

- per la parte investita nei fondi interni, è pari al controvalore delle quote dei fondi interni, **senza alcuna garanzia di capitale**. Il suddetto capitale, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga **trascorso almeno un anno** (periodo di **carezza**) dalla data di decorrenza del contratto, viene maggiorato dell'1% se, al verificarsi dell'evento, l'Assicurato ha meno di 75 anni, dello 0,5% se ha una età compresa tra 75 e 80 anni, dello 0,1% se ha più di 80 anni (in tutti i casi è considerata l'età in anni interi);
Il valore unitario delle quote utilizzato per il calcolo è quello della data di riferimento definita all'art. 7;
- per la parte investita nella gestione separata, è determinato secondo le modalità indicate all'art. 10 lett. C delle presenti Condizioni di assicurazione, con una garanzia di conservazione del capitale;
- per la parte destinata alla copertura caso morte, sempreché il decesso dell'Assicurato avvenga durante il periodo di copertura e salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carezza** indicati all'art. 2, è pari al capitale assicurato della copertura caso morte, pari inizialmente al cumulo di premi del piano (con un tetto massimo di 100.000,00 euro) e decresce nel corso del tempo fino ad annullarsi alla scadenza del piano.

In caso di decesso dell'Assicurato in coincidenza con una ricorrenza trimestrale della scadenza del piano di accumulo, sarà comunque erogata la prestazione periodica ricorrente prevista dalla precedente lettera a).

Condizioni di assicurazione

c) Prestazione in caso di perdita di autosufficienza (facoltativa)

In caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato durante l'intera vita dell'Assicurato, secondo la definizione contenuta nell'art. 20 e salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carezza** indicati nell'art. 2, è prevista la corresponsione all'Assicurato di una **rendita vitalizia LTC**, a cadenza trimestrale, di importo iniziale pari all'1% del cumulo dei premi annui pattuiti del contratto, che si rivaluta annualmente, erogata a partire dal 3° mese successivo al riconoscimento dello stato di non autosufficienza fino a che l'Assicurato è in vita e non autosufficiente. Inoltre è previsto anche l'**esonero** dal pagamento dei premi annui residui del contratto.

d) Prestazione in caso di malattia grave (facoltativa)

Nel momento in cui viene effettuata la diagnosi di una delle malattie gravi descritte nell'art. 27, che comporti anche un'invalidità permanente dell'Assicurato superiore al 5%, sempre che la malattia venga diagnosticata nel corso del piano di accumulo e salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carezza** indicati nell'art. 2, è prevista la corresponsione all'Assicurato di un **capitale** pari al 50% del cumulo dei premi annui pattuiti del contratto con un tetto massimo di 50.000,00 euro.

Il presente contratto **non** prevede il pagamento del suddetto capitale qualora il decesso dell'Assicurato avvenga:

- nei primi 30 giorni successivi alla diagnosi della malattia grave, per quanto riguarda infarto, malattia dei motoneuroni (compresa la SLA) e cancro;
- nei primi 90 giorni successivi alla diagnosi della malattia grave, per quanto riguarda l'ictus.

Art. 2. Limitazioni della copertura caso morte, LTC (facoltativa) e Malattia grave (facoltativa)

2.1 Esclusioni

È esclusa dalla copertura caso morte, LTC e Malattia grave soltanto, rispettivamente, la morte, la perdita di autosufficienza e la malattia grave causata:

- a) da dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- b) da partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) da partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, operazioni di pace, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare. Nel caso in cui l'Assicurato non abbia preso parte attiva ad uno o più degli atti suindicati e si dovesse già trovare nel territorio interessato al momento in cui tali eventi sono cominciati, la copertura si intende operante per 14 giorni dal loro inizio; dopodiché, se la minaccia derivante da tali eventi sia continuativa e persistente, il decesso, la perdita di autosufficienza e la malattia grave sono esclusi dalla copertura fintanto che l'Assicurato rimanga nel territorio interessato. L'esistenza di una delle suddette situazioni già al momento dell'arrivo dell'Assicurato in un determinato territorio, e sempreché la minaccia derivante sia continuativa e persistente, comporta invece l'esclusione immediata della copertura;
- d) dall'uso, anche come passeggero:
 - di aeromobili in genere, fatta eccezione per il decesso, la perdita di autosufficienza e la malattia grave dell'Assicurato in qualità di passeggero durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti;
 - di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - di aeromobili di aeroclubs;
 - di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (come ad esempio: deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
- e) da suicidio o tentato suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione del contratto;
- f) da uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti o psicofarmaci ed abuso continuativo di alcolici o di farmaci;
- g) da eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche;
- h) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- i) dalla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
- j) da eventi avvenuti in uno qualunque dei paesi per i quali il Ministero degli Esteri ha descritto situazioni significative di cautela, prudenza, pericolo, rischio oppure sia stato sconsigliato di intraprendere il viaggio oppure esistano zone

Condizioni di assicurazione

di rischio ben definite. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiasesicuri.it (o sito sostitutivo del Ministero degli esteri). Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;

- k) dallo svolgimento di una delle attività professionali considerate a rischio indicate nell'elenco riportato nella sezione "profilo professionale" della proposta di assicurazione;
- l) dallo svolgimento di una delle attività sportive considerate a rischio indicate nell'elenco riportato nella sezione "profilo sportivo" della proposta di assicurazione.

In aggiunta:

- è **esclusa** dalla **copertura LTC** la perdita di autosufficienza causata:
 - m) da eventi, malattie o condizioni patologiche pregresse precedenti la data di decorrenza del contratto sottaciute alla Società;
 - n) da azioni dell'Assicurato e/o del Contraente delittuose o partecipazione ad imprese temerarie;
 - o) da tentato suicidio, lesioni o malattie intenzionalmente provocate;
- p) dalle 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.
- è **esclusa** dalla **copertura Malattia grave** la malattia grave causata:
 - m) da eventi, malattie o condizioni patologiche pregresse precedenti la data di decorrenza del contratto sottaciute alla Società;
 - n) da sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altra patologia ad essa collegata;
 - o) da asbesto (amianto) o altre sostanze contenenti asbesto.

Nei predetti casi, ad eccezione di quanto indicato alla lettera a) per il quale non è prevista alcuna prestazione legata alla copertura caso morte, LTC e Malattia grave, la Società si impegna a restituire i premi pagati rispettivamente per la copertura caso morte, per la copertura LTC e per la copertura Malattia grave. La restituzione avverrà mediante incremento del capitale assicurato. Con riferimento alla copertura LTC e Malattia grave, la restituzione dei premi pagati determina rispettivamente l'estinzione della copertura LTC e della copertura Malattia grave.

2.2 Carenza

L'immediata copertura caso morte, LTC e Malattia grave è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto alla visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Società, accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare.

Nel caso in cui l'Assicurato decida di non sottoporsi alla visita medica (e sempreché la Società non ritenga indispensabile la sottoposizione dello stesso agli accertamenti sanitari), viene applicato un **periodo di carenza** pari rispettivamente a **12 mesi** dalla decorrenza del contratto per la copertura caso morte, **3 anni** dalla decorrenza del contratto per la copertura LTC e **6 mesi** dalla decorrenza del contratto per la copertura Malattia grave. Durante il periodo di carenza la **Società non garantisce la prestazione assicurata** ma si limita - al verificarsi dell'evento assicurato - a restituire i premi versati rispettivamente per la copertura caso morte, per la copertura LTC e per la copertura Malattia grave. La restituzione avverrà mediante incremento del capitale assicurato. Con riferimento alla copertura LTC e Malattia grave, la restituzione dei premi pagati determina rispettivamente l'estinzione della copertura LTC e della copertura Malattia grave.

Qualora la copertura caso morte, LTC e Malattia grave sia stata attivata in sostituzione di uno o più precedenti contratti - espressamente richiamati nella proposta di assicurazione - l'applicazione della carenza rispettivamente di 12 mesi, 3 anni e 6 mesi avverrà tenendo conto delle date di conclusione dei contratti sostituiti. Nel caso in cui il capitale assicurato della copertura caso morte o Malattia grave o la rendita assicurata della copertura LTC fosse superiore al capitale o alla rendita assicurata dal contratto sostituito, il periodo di carenza trova applicazione solo per la parte di capitale o rendita eccedente.

La Società corrisponde integralmente il capitale assicurato della copertura caso morte o la rendita assicurata della copertura LTC solo nel caso in cui, durante il periodo di carenza, il decesso o la perdita di autosufficienza avvengano per conseguenza diretta:

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro - spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero

Condizioni di assicurazione

emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;

- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto;
- c) di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte o la perdita di autosufficienza.

Il periodo di carenza si estende a 5 anni dalla data di decorrenza del contratto qualora il decesso o la perdita di autosufficienza siano dovuti alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altra patologia ad essa collegata.

La copertura Malattia grave invece non copre per tutta la durata del contratto la malattia grave causata dalla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altra patologia ad essa collegata, come indicato nella lett. n) delle esclusioni.

In particolare, nel caso in cui l'Assicurato non si sia sottoposto a visita medica (ed agli esami clinici richiesti dalla Società e necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività) ed il decesso o la perdita di autosufficienza dell'Assicurato avvengano entro i primi 5 anni dalla data di decorrenza del contratto e siano dovuti alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) o altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato della copertura caso morte o la rendita assicurata della copertura LTC non saranno corrisposti. In tale ipotesi, la Società si impegna a restituire i premi versati rispettivamente per la copertura caso morte e per la copertura LTC. La restituzione avverrà mediante incremento del capitale assicurato. Con riferimento alla copertura LTC, la restituzione dei premi pagati determina l'estinzione della copertura LTC.

Qualora la copertura caso morte e LTC siano state attivate in sostituzione di uno o più precedenti contratti - espressamente richiamati nella proposta di assicurazione - **l'applicazione della carenza di 5 anni per AIDS** avverrà tenendo conto delle rispettive date di conclusione dei contratti sostituiti. Nel caso il capitale assicurato della copertura caso morte o la rendita assicurata della copertura LTC fossero superiori rispettivamente al capitale o alla rendita assicurata dal contratto sostituito, il periodo di carenza trova applicazione solo alla parte di capitale o rendita eccedente.

Art. 3. 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:

- nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave:
 - il rifiuto, in caso di sinistro, del pagamento del capitale assicurato della copertura caso morte;
 - la contestazione della validità della copertura caso morte entro 3 mesi dal giorno in cui la Società stessa ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave:
 - la riduzione, in caso di sinistro, del capitale assicurato della copertura caso morte in relazione al maggior rischio accertato;
 - la facoltà di recedere dalla copertura caso morte entro 3 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 del capitale assicurato della copertura caso morte in base alla data corretta, oltre che della maggiorazione del controvalore delle quote dei fondi interni in base alla data corretta.

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

Art. 4. Durata e limiti di età

La durata delle prestazioni periodiche ricorrenti è variabile, l'erogazione dura fino all'esaurimento delle quote del fondo interno AZ BEST IN CLASS (o AZ ORIZZONTE 10) assegnate al contratto o fino al decesso dell'Assicurato, se precedente.

La durata della copertura caso morte è pari alla durata del piano di accumulo.

La durata della copertura LTC (facoltativa) è a vita intera, la durata coincide quindi con la vita dell'Assicurato.

Condizioni di assicurazione

La durata della copertura Malattia grave (facoltativa) è pari alla durata del piano di accumulo.

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

Il piano di accumulo ha una durata minima di 10 anni e massima di 25 anni, tenendo conto che l'età computabile dell'Assicurato alla scadenza del piano non può eccedere i **70 anni**.

Art. 5. Premio

Il contratto, a fronte delle prestazioni di cui all'art. 1, prevede il pagamento di un premio annuo di importo minimo pari a **1.200,00 euro** all'anno e massimo pari a **80.000,00 euro** all'anno (**18.000,00 euro** all'anno in caso di attivazione della copertura LTC), con il limite di **24.000,00 euro** all'anno per la parte investita nella gestione separata.

Il premio annuo comprende anche il premio della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave). Il premio annuo **non può essere** pagato in modo parziale, ovvero non può essere pagato il premio annuo destinato al fondo interno e alla gestione separata e non pagato, ad esempio, il premio annuo destinato alla copertura caso morte e alle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave).

Il premio annuo può essere frazionato in rate mensili, trimestrali o semestrali, da pagarsi rispettivamente ad ogni ricorrenza mensile, trimestrale o semestrale della data di decorrenza del contratto. Le rate di premio annuo non sono maggiorate di alcuna addizionale di frazionamento (interesse di frazionamento).

Il primo premio annuo, o la prima rata di premio annuo, deve essere versato all'atto della sottoscrizione della proposta di assicurazione. I premi annui successivi, o le rate di premio annuo successive, devono essere versati alle scadenze pattuite.

Il Contraente non ha la facoltà di versare premi aggiuntivi, né di modificare l'importo del premio annuo scelto all'atto della sottoscrizione del contratto o il frazionamento del premio.

Il Contraente può optare per una delle seguenti combinazioni predefinite di investimento del premio annuo:

- 70% nella gestione separata VITARIV e 30% nel fondo interno AZ BEST IN CLASS;
- 50% nella gestione separata VITARIV e 50% nel fondo interno AZ BEST IN CLASS;
- 30% nella gestione separata VITARIV e 70% nel fondo interno AZ BEST IN CLASS.

Una parte del premio annuo è destinata anche alla copertura caso morte e alle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave).

Il premio annuo della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave) è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età dell'Assicurato, al suo stato di salute, alle attività professionali svolte e alle sue abitudini di vita.

A partire dal 2° anno di contratto è data facoltà al Contraente di cambiare la combinazione predefinita di investimento del premio annuo, tra le 3 disponibili. La variazione avrà effetto dal 2° mese successivo alla relativa richiesta.

A partire dal 6° anno di contratto è data facoltà al Contraente di aggiungere il fondo interno AZ Orizzonte 10 alle combinazioni predefinite di investimento del premio annuo di cui sopra, ferme restando le percentuali di investimento nella gestione separata VITARIV sopra indicate.

Sul premio annuo pagato, al netto del premio della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave), la Società applica **un costo (caricamento) del 30,00%** sui premi relativi alla prima annualità di contratto e **del 4,00%** sui premi relativi alle annualità successive.

L'impresa di assicurazione o l'intermediario possono applicare sconti di premio.

Il caricamento applicato è riportato nella proposta di assicurazione e nella polizza.

Il capitale investito nella gestione separata è pari ai premi versati nella gestione separata al netto dei costi di caricamento e delle quote parti dei premi della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave) mentre il capitale investito nei fondi interni è pari ai premi versati nei fondi interni al netto dei costi di caricamento e delle quote parti dei premi della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave).

I premi potranno essere pagati con le seguenti modalità:

- assegno bancario o circolare non trasferibile, intestato o girato ad Allianz S.p.A. oppure all'agente (persona fisica o giuridica) in qualità di Agente di Allianz S.p.A.;
- bonifico bancario intestato esclusivamente all'agente (persona fisica o giuridica) in qualità di Agente di Allianz S.p.A., fermo restando che per specifiche esigenze procedurali la Società si riserva di richiedere che il bonifico

Condizioni di assicurazione

venga intestato ad Allianz S.p.A.;

- bollettino postale (in tal caso verrà considerata come data di pagamento del premio quella apposta dall'ufficio postale);
- carta di debito/credito, se accettata dall'intermediario assicurativo;
- SDD (Sepa Direct Debit) su conto corrente direzionale, obbligatorio in caso di frazionamento mensile o trimestrale del premio annuo. L'obbligatorietà dell'SDD si applica ai pagamenti successivi a quello di perfezionamento del contratto e potrà essere estesa a frazionamenti diversi dal mensile o trimestrale subordinatamente a specifiche disposizioni impartite agli intermediari preposti alla vendita. L'SDD è attivabile anche tramite l'utilizzo di carta di debito, qualora tale servizio sia abilitato e tale mezzo sia accettato dall'intermediario assicurativo;
- reinvestimento del capitale proveniente da un contratto Vita preesistente.

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

Art. 6. Attribuzione delle quote e riduzione delle stesse

Il premio versato nei fondi interni al netto del costo di caricamento e della quota parte del premio della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave), suddiviso tra i fondi interni in base alla combinazione predefinita di investimento scelta dal Contraente, diviso per il valore unitario delle quote del relativo fondo, dà luogo al numero di quote di ciascun fondo assegnate al contratto per ciascun premio versato.

Il valore unitario delle quote utilizzato per il calcolo è quello della data di riferimento definita all'art. 7.

La Società dà comunicazione al Contraente dell'avvenuta conversione in quote del premio versato nei fondi interni entro 10 giorni lavorativi dalla data di valorizzazione delle quote di cui sopra, mediante lettera riportante: l'ammontare del premio versato nei fondi interni e di quello investito, la data di decorrenza del contratto, la data di pagamento del premio, il numero delle quote assegnate al contratto, il loro valore unitario nonché la data di valorizzazione.

La Società si riserva di inviare **una lettera di conferma cumulativa alla fine di ogni semestre**.

A partire dalla prima ricorrenza trimestrale della data di scadenza del piano di accumulo, il numero delle quote assegnate al contratto è ridotto trimestralmente per consentire l'erogazione delle prestazioni periodiche ricorrenti descritte all'art. 1 lett. a). Il numero di quote da prelevare dal contratto si determina dividendo l'importo fisso delle prestazioni periodiche ricorrenti per il valore unitario delle quote del fondo interno sottostante il contratto, rilevato alla data di riferimento definita all'art. 7.

Art. 7. Data di riferimento

La data di riferimento è il giorno di valorizzazione delle quote come di seguito definito.

Per la determinazione del numero di quote attribuite al contratto in relazione ai premi versati nei fondi interni, la data di riferimento è:

- per la prima rata del premio annuo, il giovedì della settimana successiva alla data di decorrenza (o alla data di pagamento del premio, se successiva);
- per le rate successive del premio annuo versate tramite SDD: il primo giovedì a partire dalla data di addebito sul conto corrente del Contraente dell'SDD;
- per le rate successive del premio annuo versate tramite assegno, bonifico o carta di debito/credito: il giovedì della settimana successiva a quella di pagamento del premio.

Per la determinazione del numero di quote da prelevare dal contratto per l'erogazione delle prestazioni periodiche ricorrenti, la data di riferimento è il primo giovedì coincidente o successivo alla ricorrenza trimestrale della data di scadenza del piano di accumulo.

Per la determinazione del controvalore delle quote in relazione a tutti gli altri casi di liquidazione della prestazione previsti dal presente contratto e per le operazioni di switch volontario, la data di riferimento è il primo giovedì successivo al giorno di ricevimento, da parte della Società, della relativa richiesta (corredata della documentazione di cui al successivo art. 34 delle presenti Condizioni di assicurazione).

Per gli switch automatici dell'opzione Booster, la data di riferimento è il primo giovedì successivo al 1° gennaio di ogni anno.

Se il giovedì cade in un giorno festivo, il valore unitario delle quote assegnato a tale data sarà quello determinato dalla Società il primo giorno lavorativo successivo.

Condizioni di assicurazione

Art. 8. Fondi interni

Le caratteristiche dei fondi interni sono indicate nel Regolamento dei fondi allegato alle presenti Condizioni di assicurazione.

Il fondo interno AZ ORIZZONTE 10 è un fondo **obbligazionario misto area euro** che investe in misura principale in titoli governativi dei paesi dell'area euro e in misura residua (in media del 10%) nel mercato azionario europeo.

Il fondo interno AZ BEST IN CLASS è un fondo **flessibile** che non ha vincoli sulla composizione degli investimenti (comparto azionario/obbligazionario). Il fondo è caratterizzato da una gestione attiva, finalizzata a trarre beneficio sia dalle capacità gestorie di alcuni dei migliori gestori al mondo quali Allianz Global Investors, BlackRock, Investitori Sgr, Morgan Stanley, Pictet e Pimco, sia dal momentum associato ai singoli OICR in cui il fondo investe.

In ogni caso il Contraente ha la facoltà di chiedere ulteriori informazioni su ciascun fondo interno.

Art. 8-bis. Istituzione di nuovi fondi / fusione di fondi / modifiche del Regolamento

La Società ha la facoltà di:

- istituire nuovi fondi interni;
- determinare la fusione tra uno o più fondi esistenti che abbiano caratteristiche omogenee, stessa politica di investimento, stessa finalità e grado di rischio, secondo quanto indicato all'art. 13 del Regolamento dei fondi interni;
- modificare il Regolamento dei fondi interni, a seguito di variazioni della legge e/o della normativa secondaria di attuazione oppure a fronte di mutati criteri gestionali, secondo quanto indicato all'art. 15 del Regolamento dei fondi interni.

In tali casi, il Contraente verrà opportunamente informato:

- dell'intervenuta istituzione di un nuovo fondo interno, delle caratteristiche dello stesso e della possibilità di accedervi con operazioni di investimento di premi aggiuntivi, ricorrenti o operazioni di switch. Il nuovo fondo interno verrà disciplinato da apposito Regolamento;
- dell'intenzione di procedere alla fusione tra uno o più fondi interni;
- dell'intenzione di procedere alla modifica del Regolamento dei fondi interni.

In caso di fusione di fondi o modifiche del Regolamento dei fondi interni, il Contraente ha la facoltà di esercitare il riscatto o di chiedere il trasferimento del capitale investito ad altro fondo interno o alla gestione separata senza applicazione di alcun onere (costi per riscatto o costi per switch). Al momento della comunicazione dell'intenzione di procedere alla fusione tra uno o più fondi interni o alla modifica del Regolamento dei fondi interni, la Società informerà il Contraente dei tempi e delle modalità per l'esercizio dei suddetti diritti.

Art. 9. Valore unitario delle quote dei fondi interni

Il valore unitario delle quote dei fondi interni è determinato settimanalmente dalla Società (il giovedì di ogni settimana), ai sensi del relativo Regolamento, e pubblicato giornalmente sul quotidiano "Il Sole 24 Ore" e sul sito internet www.allianz.it.

Il valore unitario delle quote si ottiene dividendo il patrimonio netto del fondo rilevato il giorno precedente la data di valorizzazione per il numero delle quote in cui è ripartito, allo stesso giorno, il fondo interno stesso.

Per le attività e passività di pertinenza del fondo interno per le quali - per qualunque ragione - non fosse disponibile il valore corrente di mercato nel giorno settimanale di calendario, la Società considererà, ai fini della determinazione del valore unitario delle quote del fondo interno, il valore corrente di mercato quale risultante il primo giorno utile precedente.

Art. 10. Rivalutazione delle prestazioni

Il presente contratto, con riferimento al capitale investito nella gestione separata, riconosce una rivalutazione annuale sulla base delle condizioni sotto indicate. A tal fine la Società gestisce, secondo quanto previsto dal Regolamento della gestione separata VITARIV, attività d'importo non inferiore alle riserve matematiche costituite a fronte dei contratti che prevedono una rivalutazione legata al rendimento del VITARIV.

Condizioni di assicurazione

A. Misura annua di rivalutazione

La Società, entro il 31 dicembre di ogni anno, dichiara il rendimento annuo realizzato dalla gestione separata VITARIV, determinato con i criteri indicati alla lettera j) del Regolamento.

Il rendimento attribuito al contratto è pari al rendimento realizzato dalla gestione separata VITARIV diminuito di un valore, denominato rendimento trattenuto, pari a 1,2 punti percentuali.

Il rendimento trattenuto verrà aumentato di 0,01 punti percentuali per ogni decimo di punto percentuale di rendimento superiore al 5%, realizzato dalla gestione separata VITARIV.

La misura annua di rivalutazione del capitale è pari al rendimento attribuito al contratto.

La misura annua di rivalutazione del capitale **potrà essere anche negativa**.

Per effetto del rendimento trattenuto, la misura annua di rivalutazione del capitale potrà risultare negativa anche quando il rendimento realizzato dalla gestione separata risulti positivo ma inferiore al 1,2%. Inoltre, nel caso in cui il rendimento realizzato dalla gestione separata risulti negativo, la misura annua di rivalutazione del capitale sarà ulteriormente ridotta del rendimento trattenuto dalla Società del 1,2%.

Il contratto prevede ad ogni modo e indipendentemente dal rendimento della gestione separata, la **garanzia di conservazione del capitale** versato nella gestione separata, **che viene riconosciuta solamente alla scadenza del piano di accumulo o in caso di decesso dell'Assicurato** prima della scadenza del piano. Trascorsi 3 mesi dalla scadenza del piano di accumulo, nel caso in cui il Contraente non chieda il riscatto del capitale, lo stesso sarà trasferito automaticamente e gratuitamente nel fondo interno AZ BEST IN CLASS, **senza alcuna garanzia di capitale**, secondo quanto indicato all'art. 1 lett. a).

Per effetto della garanzia di capitale, il capitale rivalutato alla scadenza del piano di accumulo o in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza del piano, non potrà essere inferiore ai premi investiti nella gestione separata (pari ai premi versati nella gestione separata al netto dei costi di caricamento e delle quote parti dei premi della copertura caso morte).

La misura annua di rivalutazione della rendita LTC si ottiene scontando per il periodo di un anno al tasso tecnico dello 0,5% la differenza tra il rendimento attribuito al contratto ed il suddetto tasso tecnico già conteggiato nel calcolo della rendita iniziale LTC.

La misura annua di rivalutazione della rendita LTC **non** potrà essere negativa.

B. Modalità di rivalutazione del capitale

Il capitale investito nella gestione separata, pari ai premi versati nella gestione separata al netto dei costi di caricamento e delle quote parti dei premi della copertura caso morte, si rivaluta nei termini seguenti:

- al 1° gennaio immediatamente successivo alla decorrenza del contratto (o alla data di pagamento del premio, se successiva), il capitale investito nella gestione separata alla data di decorrenza del contratto e le porzioni di capitale investito – costituite a fronte di ogni premio versato nella gestione separata nei mesi precedenti tale data – sono incrementati di un importo pari all'interesse derivante dalla capitalizzazione (in regime di interesse composto) del capitale medesimo in base alla misura annua di rivalutazione determinata ai sensi del punto A. e al periodo di tempo compreso tra la data di decorrenza del contratto (o di pagamento del premio, se successiva) e il 1° gennaio immediatamente successivo;
- ad ogni 1° gennaio successivo, il capitale maturato al 1° gennaio precedente è incrementato di un importo pari al prodotto del capitale medesimo per la misura annua di rivalutazione determinata ai sensi del punto A. mentre le porzioni di capitale investito – costituite a fronte di ogni premio versato nella gestione separata nei 12 mesi precedenti tale data – sono incrementate di un importo pari all'interesse derivante dalla capitalizzazione (in regime di interesse composto) di ciascuna porzione di capitale investito in base alla misura annua di rivalutazione determinata ai sensi del punto A. e al periodo di tempo compreso tra la data di pagamento del premio e il 1° gennaio immediatamente successivo;
- alla scadenza del piano di accumulo, il capitale maturato al 1° gennaio precedente e le porzioni di capitale investito – costituite a fronte di ogni premio annuo versato nella gestione separata tra tale data e la scadenza del piano di accumulo – sono incrementati di un importo pari all'interesse derivante dalla capitalizzazione (in regime di interesse composto) del capitale medesimo in base all'ultima misura annua di rivalutazione determinata ai sensi del punto A. e al periodo di tempo compreso tra il suddetto 1° gennaio o la data di pagamento del premio e la scadenza del piano di accumulo.

La suddetta rivalutazione si applica al capitale investito nella gestione separata al netto degli eventuali riscatti parziali.

Condizioni di assicurazione

C. Decesso dell'Assicurato

In caso di decesso dell'Assicurato il capitale investito nella gestione separata, pari ai premi versati nella gestione separata al netto dei costi di caricamento e delle quote parti dei premi della copertura caso morte, si rivaluta nei termini seguenti:

- il capitale maturato al 1° gennaio precedente e le porzioni di capitale investito – costituite a fronte di ogni premio versato nella gestione separata tra tale data e la data del decesso – sono incrementati di un importo pari all'interesse derivante dalla capitalizzazione (in regime di interesse composto) del capitale medesimo in base all'ultima misura annua di rivalutazione determinata ai sensi del punto A. e al periodo di tempo compreso tra il suddetto 1° gennaio o la data di pagamento del premio e la data del decesso.

La suddetta rivalutazione si applica al capitale investito nella gestione separata al netto degli eventuali riscatti parziali.

D. Modalità di rivalutazione della rendita LTC

D.1 Rivalutazione della rendita LTC nel corso del piano di accumulo e a condizione che non sia iniziata l'erogazione della rendita stessa

Ad ogni ricorrenza annua del contratto, la rivalutazione della rendita LTC viene effettuata aumentando la rendita LTC assicurata alla ricorrenza annua immediatamente precedente di:

- un primo importo che si ottiene moltiplicando la rendita LTC iniziale per la misura annua di rivalutazione della rendita LTC e riducendo il valore così ottenuto in modo proporzionale al rapporto fra il numero di anni trascorsi dalla data di decorrenza del contratto e il numero degli anni di durata del piano di accumulo;
- un secondo importo che si ottiene moltiplicando la differenza fra la rendita LTC assicurata alla ricorrenza annua immediatamente precedente e la rendita LTC iniziale per la misura annua di rivalutazione della rendita LTC.

D.2 Rivalutazione della rendita LTC successivamente alla scadenza del piano di accumulo e a condizione che non sia iniziata l'erogazione della rendita stessa

Ad ogni ricorrenza annua del contratto, la rivalutazione della rendita LTC viene effettuata aumentando la rendita LTC assicurata alla ricorrenza annua immediatamente precedente di un importo pari al prodotto fra la rendita LTC assicurata alla ricorrenza annua immediatamente precedente e la misura annua di rivalutazione della rendita LTC.

D.3 Rivalutazione della rendita LTC in fase di erogazione della rendita stessa

Le modalità di rivalutazione della rendita LTC in fase di erogazione della rendita stessa verranno comunicate all'Assicurato nel momento del riconoscimento dello stato di non autosufficienza di cui all'art. 23.

Art. 10-bis. Fusione tra gestioni separate

Ferme le prestazioni assicurate di cui all'art. 1, la Società, qualora ne ravvisasse l'opportunità in un'ottica di ricerca di maggiore efficienza anche in termini di costi gestionali o di adeguatezza dimensionale della gestione separata, al fine di perseguire l'interesse del Contraente e nel rispetto dei criteri e del profilo di investimento, potrà procedere alla **fusione della gestione separata VITARIV con una o più gestioni separate istituite dalla Società** aventi sia analoghe caratteristiche che omogenee politiche di investimento, senza alcun onere o spesa per il Contraente. In tale eventualità, la Società invierà al Contraente una tempestiva comunicazione unitamente al Regolamento della nuova gestione separata.

La Società si riserva inoltre la facoltà di effettuare gli eventuali ulteriori interventi sulla gestione separata VITARIV o sulle sue caratteristiche che siano consentiti dalla normativa tempo per tempo applicabile.

Art. 11. Operazioni di switch

A. Switch tra fondi interni

A partire dal 6° anno di contratto fino alla scadenza del piano di accumulo, il Contraente può chiedere alla Società di disinvestire, totalmente o parzialmente, le quote di un fondo interno per reinvestirle contestualmente in un altro fondo interno.

Successivamente alla scadenza del piano di accumulo, dopo il trasferimento automatico del capitale maturato nel fondo interno AZ BEST IN CLASS, è ammessa una sola operazione di switch. Quest'ultima potrà essere solo totale e potrà avvenire unicamente dal fondo interno AZ BEST IN CLASS al fondo interno AZ ORIZZONTE 10.

Il valore unitario delle quote utilizzato per il calcolo è quello della data di riferimento definita all'art. 7.

Condizioni di assicurazione

Il disinvestimento parziale è possibile a condizione che:

- le quote disinvestite del fondo abbiano un controvalore minimo di 500,00 euro;
- le quote residue del fondo abbiano un controvalore minimo di 3.000,00 euro.

Entrambi i controvalori sono calcolati in base all'ultima valorizzazione disponibile al momento della richiesta dell'operazione di switch.

Per ogni anno di contratto, la prima di tali operazioni è gratuita. Ogni switch successivo al primo, effettuato nel corso della stessa annualità contrattuale, prevede il pagamento di un costo fisso pari a **25,00 euro**, che viene detratto dal controvalore delle quote trasferite.

B. Switch dai fondi interni alla gestione separata

Non è possibile effettuare operazioni di switch dai fondi interni alla gestione separata.

C. Switch dalla gestione separata ai fondi interni

Non è possibile effettuare operazioni di switch dalla gestione separata ai fondi interni.

D. Switch dai fondi interni/gestione separata alla copertura caso morte e viceversa

Non è possibile effettuare operazioni di switch dai fondi interni o dalla gestione separata alla copertura caso morte e viceversa.

Art. 12. Riscatto e riduzione

Il Contraente può esercitare il diritto di riscatto o interrompere il pagamento dei premi mantenendo il contratto in vigore per un capitale ridotto, a condizione che siano stati interamente versati i premi relativi alle prime 3 annualità di contratto.

L'esercizio del diritto di riscatto avviene mediante richiesta scritta da formulare presso la rete di vendita della Società o inviare a Allianz S.p.A. - Ufficio Vita - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste.

Riscatto totale

Il valore di riscatto totale si ottiene sommando il:

- controvalore delle quote dei fondi interni assegnate al contratto, calcolato alla data di riferimento definita all'art. 7, e il
- capitale maturato nella gestione separata al 1° gennaio immediatamente precedente la data di richiesta di riscatto (corredata della documentazione di cui al successivo art. 19 delle presenti Condizioni di assicurazione) e le porzioni di capitale investito costituite a fronte di ogni premio versato nella gestione separata dal suddetto 1° gennaio alla data della richiesta di riscatto,

e diminuendo l'importo così ottenuto di una percentuale (costi per riscatto) che decresce in funzione delle annualità di premio interamente pagate, come indicato nella tabella di seguito riportata:

Annualità di premio interamente pagate	Costi per riscatto
3	6,0%
4	5,0%
5	4,0%
6	3,0%
7	2,0%
8	1,0%
da 9 in poi	0,0%

Se il contratto è già in riduzione non vengono applicati i costi per riscatto di cui sopra, essendo già state applicate le penali di riduzione.

In aggiunta, qualora il riscatto venga esercitato prima della scadenza del piano di accumulo, al capitale maturato nella gestione separata è applicato un costo aggiuntivo per riscatto pari all'**1,0%**, come indicato nella tabella di seguito riportata:

Condizioni di assicurazione

Periodo di tempo	Costo aggiuntivo per riscatto dalla gestione separata
prima della scadenza del piano di accumulo	1,0%
alla scadenza del piano di accumulo	0,0%

Se è stata attivata la copertura LTC (facoltativa) e si verifica un sinistro LTC prima della scadenza del piano di accumulo, il Contraente può riscattare il contratto senza applicazione di alcun costo per riscatto (“costi per riscatto” o “costo aggiuntivo per riscatto” di cui sopra).

Il riscatto totale comporta la risoluzione anticipata del contratto.

Riscatto parziale

Il Contraente può esercitare il riscatto parziale **solo** a partire dalla scadenza del piano di accumulo, **specificando l'ammontare del capitale che intende riscattare dai fondi interni e quello che intende riscattare dalla gestione separata**. E' possibile riscattare parzialmente il capitale solo dai fondi interni oppure solo dalla gestione separata.

Nel caso in cui il Contraente non specifichi da quale parte del contratto riscattare il capitale, si procederà al disinvestimento proporzionale del capitale dai fondi interni e dalla gestione separata.

Il valore di riscatto parziale si ottiene con le stesse modalità del riscatto totale, a condizione che il capitale residuo **non** risulti **inferiore a 5.000,00 euro**.

Riduzione

Il mancato pagamento del premio annuo o anche di una sola rata di premio annuo, trascorsi 30 giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina:

- la risoluzione del contratto, qualora **non** siano state pagate per intero le prime **tre** annualità di premio. In tal caso i premi già versati restano definitivamente acquisiti dalla Società;
- la riduzione del contratto e la risoluzione della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave), qualora siano state pagate per intero le prime **tre** annualità di premio. In tal caso il contratto rimane in vigore per un capitale che viene ridotto di una percentuale (penale di riduzione) in funzione delle annualità di premio interamente pagate, pari alla percentuale indicata nella tabella “Costi per riscatto” di cui sopra. La riduzione del contratto avviene allo scadere del 30° giorno dal mancato pagamento del premio, mediante:
 - prelievo di quote, in modo proporzionale, dai fondi interni detenuti dal Contraente in base al valore unitario delle quote rilevato il primo giovedì successivo alla data di riduzione del contratto;
 - diminuzione del capitale rivalutato al 1° gennaio immediatamente precedente la data di riduzione del contratto e delle quote di capitale costituite a fronte di ogni singolo premio versato nella gestione separata dal 1° gennaio precedente alla data di riduzione.

Qualora il Contraente, successivamente alla riduzione del contratto, chieda il riscatto del contratto, non vengono applicati i “Costi per riscatto” della tabella di cui sopra, essendo già state applicate le penale di riduzione, mentre viene applicato l'eventuale “Costo aggiuntivo per riscatto dalla gestione separata” della tabella di cui sopra.

Il Contraente ha la facoltà di riattivare il contratto secondo le modalità, i termini e le condizioni economiche previste all'art. 18.

Art. 13. Opzioni di contratto

Opzione Booster

In qualsiasi momento il Contraente può chiedere di attivare l'opzione Booster che prevede che il rendimento della gestione separata VITARIV attribuito al contratto al 1° gennaio di ogni anno venga automaticamente trasferito nel fondo interno AZ BEST IN CLASS.

Il valore unitario delle quote utilizzato per lo switch automatico è quello della data di riferimento definita all'art. 7.

L'attivazione/disattivazione dell'opzione Booster ha effetto a partire dal 1° gennaio successivo alla data della relativa richiesta, a condizione che la stessa pervenga alla Società almeno 30 giorni prima della ricorrenza di rivalutazione. In caso contrario, l'opzione Booster avrà effetto dal secondo 1° gennaio successivo alla data della richiesta.

Successivamente alla scadenza del piano di accumulo, l'opzione Booster si disattiva automaticamente in quanto l'intero capitale maturato viene trasferito automaticamente nel fondo interno AZ BEST IN CLASS.

Condizioni di assicurazione

Art. 14. Conclusione del contratto - Entrata in vigore del contratto

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

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

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

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

In caso di **mancata accettazione** della proposta di assicurazione, la Società ne darà comunque comunicazione al Contraente e provvederà entro 30 giorni alla restituzione delle somme versate.

Art. 15. Revoca della proposta

La proposta di assicurazione potrà essere revocata dal Contraente (ai sensi dell'art. 176 D. Lgs. 209/2005) **fino al ricevimento della comunicazione di avvenuta conclusione del contratto**, mediante comunicazione scritta alla Società contenente gli elementi identificativi della proposta e indicando le coordinate bancarie ove effettuare il rimborso, da inviarsi **a mezzo lettera raccomandata A.R.** indirizzata a: Allianz S.p.A. – Ufficio Vita - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste. Le somme versate dal Contraente verranno restituite dalla Società entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.

Art. 16. Diritto di recesso

Il Contraente ha diritto di recedere dal contratto **entro 30 giorni** dalla data di ricezione della comunicazione di avvenuta conclusione del contratto.

Per l'esercizio del recesso dal contratto il Contraente deve inviare una comunicazione scritta alla Società, mediante lettera raccomandata A.R. indirizzata a Allianz S.p.A. - Ufficio Vita - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste, 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 rimborsa al Contraente:

- per la parte investita nel fondo interno, il controvalore delle quote del fondo interno AZ Best in Class aggiunti i caricamenti, al netto de (i) l'imposta di bollo; (ii) l'imposta sull'eventuale rendimento. Qualora la richiesta di recesso pervenga entro il giorno lavorativo antecedente il giorno di conversione del premio in quote indicato all'art. 7, la Società rimborsa al Contraente i premi versati nei fondi interni, pari ai premi investiti aggiunti i caricamenti, al netto dell'imposta di bollo;
- per la parte investita nella gestione separata, i premi versati nella gestione separata;
- per la parte destinata alla copertura caso morte, alla copertura LTC (facoltativa) e alla copertura Malattia grave (facoltativa), i premi versati nelle suddette coperture al netto della parte dei premi relativa al periodo per il quale le coperture hanno avuto effetto.

Art. 17. Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi

Il mancato pagamento del premio annuo o anche di una sola rata di premio annuo, trascorsi 30 giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina:

- la risoluzione del contratto, qualora **non** siano state pagate per intero le prime **tre** annualità di premio. In tal caso i premi già versati restano definitivamente acquisiti dalla Società;
- la riduzione del contratto e la risoluzione della copertura caso morte e delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave), qualora siano state pagate per intero le prime **tre** annualità di premio. Per i dettagli sulla riduzione del contratto si rinvia al precedente art. 12.

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

Condizioni di assicurazione

Art. 18. Riattivazione del contratto

Entro 24 mesi dal mancato pagamento del premio e purché non sia ancora stato effettuato il trasferimento automatico dell'intero capitale maturato nel fondo interno AZ BEST IN CLASS previsto alla scadenza del piano di accumulo, il Contraente ha comunque facoltà di riattivare il contratto.

La riattivazione del contratto è possibile previa corresponsione di tutti i premi arretrati.

Qualora siano trascorsi 6 mesi dal mancato pagamento del premio, la riattivazione del contratto può avvenire solo dietro espressa richiesta scritta del Contraente, compilazione di un nuovo questionario sanitario da parte dell'Assicurato ed accettazione scritta della Società, che si riserva di decidere in merito alla possibilità di riattivazione.

La riattivazione del contratto, effettuata nei termini e secondo le modalità di cui sopra, determina:

- l'assegnazione di quote al contratto per un ammontare pari ai premi arretrati da destinare ai fondi interni al netto dei costi di caricamento, delle quote parti dei premi della copertura caso morte e delle quote parti dei premi delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave), in base al valore unitario delle quote rilevato il giovedì della settimana successiva a quella di pagamento dei premi arretrati e secondo le percentuali di ripartizione nei fondi interni in vigore per i premi arretrati. Al momento della riattivazione del contratto il Contraente non può modificare le percentuali di ripartizione nei fondi interni dei premi arretrati;
- l'incremento del capitale investito nella gestione separata per un ammontare pari ai premi arretrati da destinare alla gestione separata al netto dei costi di caricamento, delle quote parti dei premi della copertura caso morte e delle quote parti dei premi delle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave). Su tale incremento di capitale la rivalutazione sarà applicata a partire dalla data di pagamento dei premi arretrati;
- la restituzione al contratto di un importo pari alle penali di riduzione applicate, mediante:
 - assegnazione di quote al contratto, in base al valore unitario delle quote rilevato il giovedì della settimana successiva a quella di pagamento dei premi arretrati e secondo le percentuali di ripartizione nei fondi interni in vigore per i premi arretrati;
 - ripristino del capitale rivalutato al 1° gennaio immediatamente precedente la data di riduzione del contratto e delle quote di capitale costituite a fronte di ogni singolo premio versato nella gestione separata dal 1° gennaio precedente alla data di riduzione, al valore che era in vigore prima dell'applicazione della penale di riduzione;
- il ripristino del capitale assicurato della copertura caso morte e di quello della copertura Malattia grave (facoltativa) al valore che si sarebbe ottenuto qualora non si fosse verificata l'interruzione del pagamento dei premi;
- il ripristino della rendita vitalizia della copertura LTC (facoltativa) al valore che si sarebbe ottenuto qualora non si fosse verificata l'interruzione del pagamento dei premi.

La facoltà di riattivazione del contratto non è in ogni caso esercitabile trascorsi 24 mesi dal mancato pagamento del premio.

Art. 20. Definizione dello stato di non autosufficienza (copertura LTC)

Ai sensi del presente contratto, si definisce in stato di non autosufficienza l'Assicurato che non sia in grado di compiere, in **maniera presumibilmente definitiva**, almeno 4 su 6 delle ADL (Activities of Daily Living) sotto definite, neanche con l'aiuto di mezzi meccanici:

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

Condizioni di assicurazione

Il presente contratto copre la perdita di autosufficienza dell'Assicurato durante l'intera vita dell'Assicurato, salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carenza** indicati all'art. 2 delle Condizioni di assicurazione.

L'accertamento dello stato di non autosufficienza spetta alla Società e viene effettuato sulla base dell'esame della documentazione prevista dal successivo art. 22.

Art. 21. Soggetti non assicurabili dalla copertura in caso di non autosufficienza

Non sono assicurabili dalla copertura LTC le persone che, alla data di decorrenza del contratto, sono già beneficiarie di una rendita di invalidità o di inabilità al lavoro, prestata da qualsiasi soggetto pubblico o privato, né gli invalidi civili con grado di invalidità superiore al 50% (esclusi gli invalidi per menomazione della vista e i sordomuti).

Non sono inoltre assicurabili le persone già in stato di non autosufficienza, quelle affette da alcolismo e tossicodipendenza e quelle che hanno contratto il virus HIV (sieropositive).

Non è inoltre consentito sottoscrivere Allianz Hybrid Plan con attiva la copertura LTC in caso di altre coperture LTC in capo al medesimo Assicurato stipulate con la Società e in vigore all'atto della sottoscrizione del presente contratto.

Art. 22 Denuncia dello stato di non autosufficienza

Al verificarsi della presunta perdita permanente di autosufficienza, l'Assicurato o chi per esso deve darne avviso alla Società, con lettera raccomandata, indirizzata a Allianz S.p.A. - Ufficio Vita - Largo Ugo Imeri, 1 - 34123 Trieste e corredata dai seguenti documenti:

- relazione del medico curante (medico di famiglia) attestante lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato con relazione sulle cause della perdita di autosufficienza. Tale relazione potrà essere effettuata anche utilizzando l'apposito modulo predisposto dalla Società, riportato in calce alle presenti Condizioni di assicurazione e reperibile presso la rete di vendita, per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie;
- copia fronte-retro di un valido documento di identità dell'Assicurato riportante firma visibile, nonché del suo codice fiscale.

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

- sottoporsi agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari e controlli medici disposti dalla Società stessa, nonché produrre copia della cartella clinica completa;
- fornire alla Società ogni possibile informazione necessaria alla valutazione delle condizioni di non autosufficienza dell'Assicurato o della causa dello stato di non autosufficienza stesso.

La data di denuncia coincide con la data in cui la Società riceve la documentazione completa di cui sopra.

Art. 23 Accertamento dello stato di non autosufficienza

L'accertamento dello stato di non autosufficienza spetta alla Società.

Dalla data di denuncia, di cui al precedente articolo, decorre il periodo di accertamento da parte della Società, che in ogni caso non può superare i **4 mesi**.

La Società, ricevuta la documentazione completa, si riserva comunque di richiedere all'Assicurato, o a chi per esso, ulteriori informazioni sulle predette cause nonché ulteriore documentazione medica che risultasse necessaria per l'accertamento, con conseguente sospensione del suddetto termine temporale.

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

Qualora lo stato di non autosufficienza fosse correlato a disturbi mentali, comunque di origine organica, l'accertamento sarà effettuato da uno psichiatra o da un neurologo mediante l'uso del test "Mini Mental State Examination" di Folstein dal quale dovrà emergere un punteggio inferiore a 15.

In caso di controversia sullo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, la Società e il Contraente hanno la facoltà di risolvere la controversia secondo le modalità indicate dall'art. 38 delle presenti Condizioni di assicurazione.

La Società provvederà all'accertamento dello stato di non autosufficienza per non più di 2 denunce, complete della documentazione sopra indicata, avanzate per il medesimo evento.

Le spese relative alla produzione della documentazione richiesta dalla Società sono a carico dell'Assicurato.

Condizioni di assicurazione

Art. 24 Conseguenze del riconoscimento dello stato di non autosufficienza

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

- il diritto dell'Assicurato a percepire la rendita vitalizia LTC di cui all'art. 1 lett. c);
- l'estinzione dell'obbligo del Contraente di pagare il premio annuo della copertura LTC;
- la restituzione degli eventuali premi della copertura LTC pagati nel periodo compreso tra la data di denuncia dello stato di non autosufficienza e la data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza. La restituzione avverrà mediante incremento del capitale assicurato;
- il riconoscimento all'Assicurato, mediante incremento della prima rata di rendita LTC, dell'importo di rendita maturato nel periodo compreso tra la data di denuncia dello stato di non autosufficienza e la data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza.

Art. 25 Modifica dello stato di non autosufficienza

Qualora venga meno lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, quest'ultimo è tenuto, unitamente al Contraente, ad informarne la Società mediante comunicazione scritta, da inoltrarsi entro 30 giorni dal momento in cui tale stato è venuto meno. In ogni caso la Società si riserva la facoltà di eseguire periodicamente controlli sanitari sullo stato di salute dell'Assicurato, attraverso medici di propria fiducia, richiedendo a tal proposito la documentazione idonea a valutare la permanenza dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato stesso.

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

- la sospensione dell'erogazione della rendita vitalizia LTC di cui all'art. 1 lett. c);
- la riattivazione del pagamento del premio annuo della copertura LTC, se l'attestazione avviene prima della scadenza del piano di accumulo.

La Società si riserva il diritto di recuperare le eventuali rate di rendita vitalizia LTC corrisposte successivamente al venir meno dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

L'eventuale rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ai controlli sanitari periodici atti a valutare la permanenza del proprio stato di non autosufficienza comporterà l'immediata sospensione nell'erogazione della rendita vitalizia LTC nonché, qualora il suddetto rifiuto si verifichi prima della scadenza del piano di accumulo, la riattivazione del pagamento del premio annuo della copertura LTC.

Art. 26 Adempimenti periodici

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

In tale caso il suddetto documento dovrà essere indirizzato alla Società. Qualora la Società abbia iniziato a corrispondere la rendita vitalizia LTC, il rifiuto di esibire la documentazione suddetta comporterà la sospensione nell'erogazione della rendita vitalizia LTC.

In caso di decesso dell'Assicurato, dovrà essere indirizzata alla Società, entro 30 giorni, relativa comunicazione.

La Società si riserva il diritto di recuperare le eventuali rate di rendita vitalizia LTC corrisposte successivamente al decesso dell'Assicurato.

Art. 27. Definizione di malattia grave

Le malattie gravi coperte dal presente contratto, in caso di attivazione della relativa copertura (facoltativa) sono:

- età dell'Assicurato alla decorrenza **fino a 40 anni**
 - a) infarto;
 - b) ictus;
 - c) malattia dei motoneuroni (compresa la SLA);
 - d) cancro.
- età dell'Assicurato alla decorrenza **da 41 anni**
 - a) infarto;
 - b) ictus;
 - c) malattia dei motoneuroni (compresa la SLA).

Condizioni di assicurazione

a) infarto

L'infarto miocardico è la necrosi di una parte del muscolo miocardico risultante da insufficiente apporto sanguigno alla zona interessata conseguente a malattia coronarica. La diagnosi deve essere sostenuta da tutti e tre i seguenti criteri e ci deve essere diagnosi certa di un nuovo infarto miocardico acuto:

1. sintomatologia clinicamente costante con la diagnosi di infarto acuto del miocardio e
2. nuove alterazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla data di decorrenza del contratto e
3. tipica elevazione dei markers biochimici cardiaci specifici, ad esempio CK-MB o troponina cardiaca.

L'infarto che si verifica durante un intervento sulle arterie coronarie deve risultare in un livello di Troponina cardiaca di almeno 3 (tre) volte il valore di riferimento del laboratorio.

Angina e altre forme di sindrome coronaria acuto sono esclusi.

b) ictus

L'ictus è definito come accidente cerebrovascolare che provochi la morte irreversibile del tessuto del cervello a causa di una emorragia intra-cranica o a causa di embolia cerebrale o trombosi cerebrale in un vaso intra-cranico. Questo evento deve contribuire ad una compromissione permanente della funzione neurologica. Si devono riscontrare chiare ed evidenti anomalie delle funzioni sensoriali o motorie durante l'esame fisico eseguito da un neurologo dopo almeno 3 mesi della data di insorgenza dell'evento. La diagnosi deve essere anche confermata da tecniche ad immagini. Gli esami devono confermare l'insorgenza di un ictus nuovo.

Si intendono esclusi:

1. attacco ischemico transitorio (TIA);
2. danni cerebrali dovuti ad infortunio, infezione, vasculite, malattia infiammatoria o emicrania;
3. disturbi ai vasi sanguigni che coinvolgono gli occhi, ivi compreso infarto del nervo ottico o della retina;
4. disturbi ischemici del sistema vestibolare;
5. ictus silente asintomatico riscontrato solo tramite tecniche ad immagini.

c) malattia dei motoneuroni (compresa la SLA):

Diagnosi di malattia dei motoneuroni da parte di uno specialista neurologo (primario o aiuto) di clinica o Istituto universitario di neurologia come atrofia muscolare spinale, paralisi bulbare progressiva, sclerosi laterale amiotrofica o sclerosi laterale primaria. Vi deve essere degenerazione progressiva dei tratti corticospinali e delle cellule del corno anteriore o dei neuroni efferenti bulbari. Deve essere presente un danno neurologico funzionale permanente con evidenze obiettive di disfunzione motoria in forma persistente e continua per almeno 3 mesi.

d) cancro

Il cancro è un tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne, con l'invasione e la distruzione del tessuto normale. Il termine "cancro" include linfoma, sarcoma e la malattia di Hodgkin. Il cancro necessita di intervento chirurgico, e/o di radioterapia e/o di chemioterapia. E' necessario che la diagnosi sia confermata da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo. Dalla garanzia sono esclusi:

1. tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non-invasivi;
2. qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione;
3. tutti i tumori della pelle ad esclusione del melanoma maligno;
4. tutti i tumori della prostata classificati con un punteggio Gleason uguale o inferiore a 6 o istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio inferiore a T2N0M0;
5. melanomi uguali o inferiori a 1.0 mm e istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio uguale o inferiore a T1aN0M0;
6. tumori alla tiroide in stadio precoce che misurino meno di 2cm di diametro e istologicamente descritti come T1N0M0 dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione;
7. qualsiasi forma di cancro in presenza del virus di immunodeficienza HIV, compresi tra gli altri, linfoma o sarcoma di Kaposi;
8. tutti i tumori che sono recidivi o metastasi di tumori diagnosticati durante il periodo di carenza.

Il presente contratto copre le suddette malattie gravi qualora comportino **anche** un'invalidità permanente dell'Assicurato **superiore al 5%**.

Condizioni di assicurazione

Il presente contratto **non** copre le suddette malattie gravi qualora il decesso dell'Assicurato avvenga:

- nei primi 30 giorni successivi alla diagnosi della malattia grave, per quanto riguarda infarto, malattia dei motoneuroni (compresa la SLA) e cancro;
- nei primi 90 giorni successivi alla diagnosi della malattia grave, per quanto riguarda l'ictus.

Il presente contratto copre le suddette malattie gravi qualora siano diagnosticate nel corso del piano di accumulo, salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carenza** indicati all'art. 2 delle Condizioni di assicurazione.

Il riconoscimento della malattia da parte della Società viene effettuato sulla base dell'esame della documentazione prevista dal successivo art. 29.

Art. 28. Soggetti non assicurabili dalla copertura malattia grave

Non sono assicurabili dalla copertura Malattia grave le persone già affette da una malattia grave, quelle affette da alcolismo e tossicodipendenza e quelle che hanno contratto il virus HIV (sieropositive).

Non è inoltre consentito sottoscrivere Allianz Hybrid Plan con attiva la copertura Malattia grave in caso di altre coperture Malattia grave in capo al medesimo Assicurato stipulate con la Società e in vigore all'atto della sottoscrizione del presente contratto.

Art. 29 Denuncia di malattia grave

Nel momento in cui viene effettuata la diagnosi di malattia grave, sempre che la stessa venga diagnosticata nel corso del piano di accumulo e **a condizione che l'Assicurato sia in vita nei 30/90 giorni successivi all'evento**, l'Assicurato o chi per esso deve darne avviso alla Società, con lettera raccomandata, indirizzata a Allianz S.p.A. - Ufficio Vita - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste e corredata dai seguenti documenti:

- relazione del medico curante (medico di famiglia) attestante la malattia grave di cui soffre l'Assicurato. Tale relazione potrà essere effettuata anche utilizzando l'apposito modulo predisposto dalla Società, riportato in calce alle presenti Condizioni di assicurazione e reperibile presso la rete di vendita, per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie;
- esami clinici, radiologici, istologici e di laboratorio a supporto della diagnosi di malattia grave, come specificati nelle definizioni delle malattie gravi riportate all'art. 27;
- copia fronte-retro di un valido documento di identità dell'Assicurato riportante firma visibile, nonché del suo codice fiscale.

La data di denuncia coincide con la data in cui la Società riceve la documentazione completa di cui sopra.

Art. 30 Riconoscimento della malattia grave

Dalla data di denuncia, di cui al precedente articolo, decorre il periodo per il riconoscimento da parte della Società della malattia grave, che in ogni caso non può superare i **30 giorni**.

La Società, ricevuta la documentazione completa, si riserva comunque di richiedere all'Assicurato, o a chi per esso, ulteriori documentazione medica che risultasse necessaria per il riconoscimento, con conseguente sospensione del suddetto termine temporale.

Ultimati i controlli, la Società comunica per iscritto all'Assicurato o a chi per esso, entro e non oltre il periodo di 30 giorni sopra definito, il riconoscimento o meno della malattia grave.

In caso di controversia sul riconoscimento della malattia grave dell'Assicurato, la Società e il Contraente hanno la facoltà di risolvere la controversia secondo le modalità indicate dall'art. 38 delle presenti Condizioni di assicurazione.

Le spese relative alla produzione della documentazione richiesta dalla Società sono a carico dell'Assicurato.

Art. 31 Conseguenze del riconoscimento della malattia grave

Con il riconoscimento della malattia grave si generano i seguenti effetti:

- il diritto dell'Assicurato a percepire il capitale della copertura Malattia grave di cui all'art. 1 lett. d);
- l'estinzione dell'obbligo del Contraente di pagare il premio annuo della copertura Malattia grave;
- la restituzione degli eventuali premi della copertura Malattia grave pagati nel periodo compreso tra la data di denuncia della malattia grave e la data di riconoscimento della malattia grave. La restituzione avverrà mediante incremento del capitale assicurato.

Condizioni di assicurazione

Art. 32. Cessione, pegno e vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci solo nel momento in cui la Società ne faccia annotazione sul documento di polizza o su apposita appendice, che diviene parte integrante del contratto.

Nel caso di pegno o vincolo, le operazioni di riscatto richiedono l'assenso scritto del creditore o del vincolatario.

Art. 33. Beneficiari

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

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

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

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

In tali casi, le operazioni di riscatto, pegno o vincolo di polizza, richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

Ai sensi dell'art. 1920 del codice civile, i Beneficiari acquistano, per effetto della designazione, un diritto proprio nei confronti della Società. Ciò significa, in particolare, che le somme corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

Art. 34. Pagamenti della Società

Per i pagamenti effettuati dalla Società **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 - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste.

La documentazione da consegnare è la seguente:

a) in caso di riscatto, totale o parziale, o in caso di vita dell'Assicurato:

- richiesta di liquidazione sottoscritta dal Contraente o dal rappresentante legale pro tempore, se il Contraente non è una persona fisica, unitamente a copia fronte-retro di un loro valido documento di identità riportante firma visibile, nonché del loro codice fiscale e della documentazione attestante il conferimento dei poteri di firma e rappresentanza in capo al soggetto indicato quale rappresentante legale pro tempore. La richiesta di liquidazione deve contenere gli estremi per l'accredito del pagamento, formulata preferibilmente presso la rete di vendita della Società, per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie;
- qualora l'Assicurato sia persona diversa dal Contraente, documento attestante l'esistenza in vita dell'Assicurato (anche in forma di autocertificazione);

b) in caso di decesso dell'Assicurato:

- certificato di morte dell'Assicurato in originale, rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- richiesta di liquidazione sottoscritta dai Beneficiari o dal rappresentante legale pro tempore, se uno dei Beneficiari non è una persona fisica, unitamente a copia fronte-retro di un valido documento di identità di ciascuno di essi riportante firma visibile, nonché dei loro codici fiscali e della documentazione attestante il conferimento dei poteri di firma e rappresentanza in capo al soggetto indicato quale rappresentante legale pro tempore. La richiesta di liquidazione deve contenere gli estremi per l'accredito del pagamento, formulata preferibilmente presso la rete di vendita della Società, per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie;

Condizioni di assicurazione

- relazione del medico curante (medico di famiglia) sull'Assicurato, che indichi nel dettaglio le informazioni cliniche utili a sostenere la richiesta di liquidazione e ad illustrare la causa del decesso e lo stato clinico dell'Assicurato stesso. Tale relazione potrà essere effettuata anche utilizzando l'apposito modulo predisposto dalla Società, riportato in calce alle presenti Condizioni di assicurazione e reperibile presso la rete di vendita, per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie;

- qualora l'Assicurato coincida con il Contraente, dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà in originale con firma autenticata in Comune, dinanzi al Notaio o presso il Tribunale che specifichi se il Contraente ha lasciato o meno testamento. In caso di esistenza di testamento, deve esserne consegnata copia autenticata o relativo verbale di pubblicazione e la suddetta dichiarazione sostitutiva deve riportarne gli estremi identificativi precisando altresì che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato.

Qualora la designazione dei Beneficiari in polizza sia generica (ad esempio "gli eredi testamentari in parti uguali" oppure "gli eredi legittimi in parti uguali") e l'eventuale testamento non abbia modificato i Beneficiari della polizza, la suddetta dichiarazione sostitutiva deve specificare esattamente quali sono i Beneficiari indicati in polizza in modo generico, riportando i loro dati anagrafici, il grado di parentela e la capacità di agire.

Qualora l'eventuale testamento abbia modificato i Beneficiari della polizza, la suddetta dichiarazione sostitutiva deve specificare esattamente quali sono i nuovi Beneficiari della polizza, riportando i loro dati anagrafici, il grado di parentela e la capacità di agire.

Limitatamente ai casi in cui sussista la necessità di svolgere approfondimenti circa la legittimazione dell'avente diritto e/o la corretta erogazione del dovuto, la Società potrà richiedere, al posto della dichiarazione sostitutiva, l'atto di notorietà in originale o in copia autenticata redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale;

c) in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato:

- la documentazione indicata all'art. 22 "Denuncia dello stato di non autosufficienza";
- richiesta di liquidazione sottoscritta dall'Assicurato, unitamente a copia fronte-retro di un suo valido documento di identità riportante firma visibile nonché del suo codice fiscale. La richiesta di liquidazione deve contenere gli estremi per l'accredito del pagamento, formulata preferibilmente presso la rete di vendita della Società, per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie;
- documento attestante l'esistenza in vita dell'Assicurato (anche in forma di autocertificazione) da esibire con periodicità annuale;

d) in caso di malattia grave dell'Assicurato:

- la documentazione indicata all'art. 29 "Denuncia di malattia grave";
- richiesta di liquidazione sottoscritta dall'Assicurato, unitamente a copia fronte-retro di un suo valido documento di identità riportante firma visibile nonché del suo codice fiscale. La richiesta di liquidazione deve contenere gli estremi per l'accredito del pagamento, formulata preferibilmente presso la rete di vendita della Società, per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie.

Qualora il Contraente (in caso di riscatto o di vita dell'Assicurato), uno dei Beneficiari (in caso di decesso dell'Assicurato) o l'Assicurato (in caso di perdita di autosufficienza o di malattia grave) sia minore di età o incapace, decreto del Giudice Tutelare in originale o in copia autenticata contenente l'autorizzazione in capo al rappresentante legale dei minori o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero della Società da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa.

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

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

- entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione su indicata presso la propria sede (ovvero dalla data di ricevimento presso la rete di vendita, se anteriore), in caso di riscatto, in caso di vita o di decesso dell'Assicurato;
- entro 30 giorni dalla ricorrenza trimestrale della data di scadenza del piano di accumulo, per quanto riguarda il pagamento delle prestazioni periodiche ricorrenti;
- entro 30 giorni dalla ricorrenza trimestrale della data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza, per quanto riguarda il pagamento della rendita vitalizia LTC;

Condizioni di assicurazione

- entro 30 giorni dalla data di riconoscimento della malattia grave, per quanto riguarda il pagamento della capitale della copertura Malattia grave.

Decorso il termine dei 30 giorni sono dovuti gli interessi legali a favore degli aventi diritto. Gli interessi sono calcolati a partire dal giorno in cui la Società è entrata in possesso della documentazione completa, per quanto riguarda i pagamenti dovuti in caso di riscatto, vita o decesso dell'Assicurato, dalla ricorrenza trimestrale della data di scadenza del piano di accumulo, per quanto riguarda il pagamento delle prestazioni periodiche ricorrenti, dalla ricorrenza trimestrale della data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza per quanto riguarda il pagamento della rendita vitalizia LTC, dalla data di riconoscimento della malattia grave per quanto riguarda il pagamento della capitale della copertura Malattia grave.

Art. 35. Prescrizione

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

Qualora il Contraente o i Beneficiari omettano di richiedere gli importi dovuti entro il suddetto termine di prescrizione, questi ultimi sono devoluti 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. 36. Prestito

La Società non prevede la concessione di prestiti sul presente contratto.

Art. 37. Tasse e imposte

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

Art. 38 Collegio Arbitrale

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

Il ricorso al Collegio Arbitrale deve essere comunicato alla Società mediante lettera raccomandata.

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

Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza, entro un termine di 30 giorni, disponendo i necessari accertamenti sanitari. Ciascuna delle parti sostiene le spese e gli onorari del proprio medico, nonché la metà di quelle del terzo medico. Gli eventuali ulteriori oneri resteranno a carico della parte soccombente.

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

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

Art. 39. Foro competente

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

Art. 40. 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. 41. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

Pagina lasciata intenzionalmente bianca

RELAZIONE DEL MEDICO DR. SULLA CAUSA CHE DETERMINÒ IL DECESSO DELL'ASSICURATO E SULLE SUE CONDIZIONI SANITARIE PREGRESSE.

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

Cognome e nome dell'Assicurato Età: anni

Professione Stato civile

Luogo in cui si è verificato il decesso (Provincia di)

Data della morte / / ora

Evento che ha causato il decesso dell'Assicurato:

Diagnosi iniziale:

Successione morbosa:

Accidente terminale:.....

-
1. a) Lei è stato il medico abituale dell'Assicurato? SI' NO
- b) Da quale epoca?
-
2. a) Oltre a Lei o precedentemente a Lei, l'Assicurato è stato curato da altri medici? SI' NO
- b) Quali (indicare in quale epoca, per quali malattie e possibilmente anche il loro attuale domicilio)?
-
-
-
3. a) Quale è stata l'anamnesi patologica remota (indicare la data di insorgenza delle malattie)?.....
-
-
-
- b) Nel caso vi siano stati ricoveri precisare, anno, luogo delle eventuali degenze e relativa diagnosi
-
-
-
-

-
4. a) Quale è stata l'anamnesi patologica prossima (*indicare con precisione la data di insorgenza delle malattie e la loro sintomatologia*)?.....

 b) Sono state eseguite indagini diagnostiche? SI' NO
- c) Indicare *epoca, luogo, nominativo* della struttura medica e trascrivere i referti più significativi

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

 e) Se si sono resi necessari interventi chirurgici o trattamenti terapeutici, specificare il tipo di intervento e le cure effettuate.....

-
5. a) Da quando ha cominciato a curare l'Assicurato per la malattia che è stata poi la causa del decesso?.....

-
6. a) L'Assicurato è mai stato ricoverato per l'evento SI' NO
 che ha poi causato il suo decesso?
 b) Dove ed in quale epoca?

-
7. a) L'Assicurato conosceva la natura della malattia SI' NO
 per la quale è poi deceduto?
 b) Da quando?.....

-
8. a) E' stata effettuata l'autopsia? SI' (allegare il referto) NO
-
9. a) Nell'ipotesi che la causa di morte non sia ascrivibile a malattia, quali lesioni hanno provocato l'esito (allegare la relativa documentazione)?.....

-
10. a) L'Assicurato ha mai fatto uso di alcolici? SI' NO
 b) In quale misura e da quando?

-
11. a) L'Assicurato ha mai fumato? SI' NO
 b) In quale misura e da quando?

-
12. a) Per una migliore illustrazione del caso clinico può SI' NO
 aggiungere ulteriori notizie ed informazioni?
 b) Quali?

Nome e cognome del medico:
 Indirizzo:
 Comune: Prov.: C.A.P.
 Telefono email

Luogo e data..... Timbro e firma del medico

RELAZIONE DEL MEDICO DR. DI ATTESTAZIONE DELLO STATO
DI NON AUTOSUFFICIENZA PERMANENTE

La preghiamo di redigere la presente relazione fornendo tutte le notizie utili ad illustrare la causa della perdita di autosufficienza permanente dell'Assicurato. Qualora in possesso dei referti medici, si prega di allegarli.

Cognome e nome dell'Assicurato..... Età: anni

Professione Stato civile

1. a) Lei è medico abituale dell'Assicurato? SI NO
b) Da quale epoca?.....

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

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

4. a) Quale è stato l'evento che ha portato alla perdita di autosufficienza? (indicare con precisione la data di insorgenza delle malattie, la loro sintomatologia e il loro decorso)
.....
.....
.....

b) Sono state eseguite indagini diagnostiche? SI NO

c) Indicare epoca, luogo, nominativo della struttura medica e trascrivere i referti più significativi
.....
.....
.....

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

e) Se si sono resi necessari interventi chirurgici o trattamenti terapeutici, specificare il tipo di intervento e le cure effettuate
.....
.....
.....

f) Quali diagnosi sono state fatte? Quali patologie sono state riscontrate?
.....
.....
.....

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

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

Nome e cognome del medico:

Indirizzo:

Comune: Prov.: C.A.P.

Telefono email

Luogo e data Timbro e firma del medico

RELAZIONE DEL MEDICO DR. DI ATTESTAZIONE DELLA MALATTIA GRAVE

La preghiamo di redigere la presente relazione fornendo tutte le notizie utili ad illustrare l'inizio e il decorso della malattia grave, e di rispondere esattamente ad ogni domanda senza lasciare risposte in bianco. Qualora in possesso dei referti medici citati in seguito, si prega di allegarli.

Cognome e nome dell'Assicurato..... Età: anni
 Professione Stato civile

L'Assicurato soffre della seguente malattia grave:

INFARTO DEL MIOCARDIO:

L'infarto miocardico è la necrosi di una parte del muscolo miocardico risultante da insufficiente apporto sanguigno alla zona interessata conseguente a malattia coronarica. La diagnosi deve essere sostenuta da tutti e tre i seguenti criteri e ci deve essere diagnosi certa di un nuovo infarto miocardico acuto:

1. sintomatologia clinicamente costante con la diagnosi di infarto acuto del miocardio
2. nuove alterazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla data di decorrenza del contratto
3. tipica elevazione dei markers biochimici cardiaci specifici, ad esempio CK-MB o troponina cardiaca.

L'infarto che si verifica durante un intervento sulle arterie coronarie deve risultare in un livello di Troponina cardiaca di almeno 3 (tre) volte il valore di riferimento del laboratorio.

Angina e altre forme di sindrome coronaria acuto sono esclusi.

ICTUS:

L'ictus è definito come accidente cerebrovascolare che provochi la morte irreversibile del tessuto del cervello a causa di una emorragia intra-cranica o a causa di embolia cerebrale o trombosi cerebrale in un vaso intra-cranico. Questo evento deve contribuire ad una compromissione permanente della funzione neurologica. Si devono riscontrare chiare ed evidenti anomalie delle funzioni sensoriali o motorie durante l'esame fisico eseguito da un neurologo dopo almeno tre mesi della data di insorgenza dell'evento. La diagnosi deve essere anche confermata da tecniche ad immagini. Gli esami devono confermare l'insorgenza di un ictus nuovo.

Si intendono esclusi:

- attacco ischemico transitorio (TIA);
- danni cerebrali dovuti ad infortunio, infezione, vasculite, malattia infiammatoria o emicrania;
- disturbi ai vasi sanguigni che coinvolgono gli occhi, ivi compreso infarto del nervo ottico o della retina;
- disturbi ischemici del sistema vestibolare;
- ictus silente asintomatico riscontrato solo tramite tecniche ad immagini.

MALATTIA DEI MOTONEURONI (COMPRESA SLA):

Diagnosi di malattia dei motoneuroni da parte di uno specialista neurologo (primario o aiuto) di clinica o Istituto universitario di neurologia come atrofia muscolare spinale, paralisi bulbare progressiva, sclerosi laterale amiotrofica o sclerosi laterale primaria. Vi deve essere degenerazione progressiva dei tratti corticospinali e delle cellule del corno anteriore o dei neuroni efferenti bulbari. Deve essere presente un danno neurologico funzionale permanente con evidenze obiettive di disfunzione motoria in forma persistente e continua per almeno 3 mesi.

CANCRO:

Il cancro è un tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne, con l'invasione e la distruzione del tessuto normale. Il termine "cancro" include linfoma, sarcoma e la malattia di Hodgkin. Il cancro necessita di intervento chirurgico, e/o di radioterapia e/o di chemioterapia. E' necessario che la diagnosi sia confermata da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo. Dalla garanzia sono esclusi:

- tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non-invasivi;
- qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione;
- tutti i tumori della pelle ad esclusione del melanoma maligno;
- tutti i tumori della prostata classificati con un punteggio Gleason uguale o inferiore a 6 o istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio inferiore a T2N0M0;
- melanomi uguali o inferiori a 1.0 mm e istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio uguale o inferiore a T1aN0M0;
- tumori alla tiroide in stadio precoce che misurino meno di 2cm di diametro e istologicamente descritti come T1N0M0 dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione;
- qualsiasi forma di cancro in presenza del virus di immunodeficienza HIV, compresi tra gli altri, linfoma o sarcoma di Kaposi;
- tutti i tumori che sono recidivi o metastasi di tumori diagnosticati durante il periodo di carenza.

Allianz S.p.A.
 Sede legale
 Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste
 Telefono +39 040 7781.111
 Fax +39 040 7781.311
 allianz.spa@pec.allianz.it
 www.allianz.it

Uffici:
 Milano 20122 - Corso Italia, 23
 Torino 10121 - Via Vittorio Alfieri, 22
 Trieste 34123 - Largo Ugo Irneri, 1
 CF, P. IVA e Registro imprese
 di Trieste n. 05032630963
 Capitale sociale euro 403.000.000 i.v.

Iscritta all'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

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

.....

b) Sono state eseguite indagini diagnostiche? SI' NO

c) Indicare *epoca, luogo, nominativo* della struttura medica e trascrivere i referti più significativi

.....

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

.....

e) Se si sono resi necessari interventi chirurgici o trattamenti terapeutici, specificare il tipo di intervento e le cure effettuate.....

.....

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

.....

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

.....

3. a) L'Assicurato conosce la natura della malattia in oggetto? SI' NO

b) Da quando?.....

4. a) Per una migliore illustrazione del caso clinico può SI' NO
aggiungere ulteriori notizie ed informazioni?

b) Quali?

Nome e cognome del medico:

Indirizzo:

Comune: Prov.: C.A.P.

Telefono email

Luogo e data..... Timbro e firma del medico

REGOLAMENTO DEI FONDI INTERNI**1 - Istituzione e denominazione del fondo**

La Società ha istituito e gestisce, secondo le modalità previste dal presente Regolamento, i seguenti portafogli di valori mobiliari e di altre attività finanziarie denominati rispettivamente AZ Best in Class e AZ Orizzonte 10.

Ciascun fondo interno costituisce patrimonio separato rispetto al patrimonio della Società e a quello di ogni altro fondo dalla stessa gestito.

Il valore del patrimonio di ciascun fondo interno non può essere inferiore all'importo delle riserve matematiche costituite dalla Società per le assicurazioni sulla vita, le cui prestazioni sono espresse in quote del fondo stesso.

I fondi interni si suddividono in classi di quote denominate rispettivamente "AZ Best in Class" e "AZ Best in Class Cl. A"; "AZ Orizzonte 10", "AZ Orizzonte 10 Cl. A", "AZ Orizzonte 10 Cl. B" e "AZ Orizzonte 10 Cl. C".

Le classi di quote si distinguono per importo minimo del premio iniziale della polizza assicurativa collegata al fondo interno o per il periodo temporale in cui è stata sottoscritta la polizza assicurativa.

2 - Caratteristiche e scopo del fondo

Ciascun fondo interno è ripartito in quote di pari valore che vengono costituite e cancellate secondo le modalità indicate al punto 4 del presente Regolamento.

Scopo del fondo interno AZ Orizzonte 10 è di realizzare l'incremento di valore delle quote in base ai rendimenti dei titoli governativi dei paesi dell'area Euro e in misura residua (in media del 10%) in base all'andamento del mercato azionario europeo.

Scopo del fondo interno AZ Best in Class è di realizzare l'incremento di valore delle quote senza vincoli sulla composizione degli investimenti (comparto azionario/ obbligazionario).

La valuta di denominazione di ciascun fondo interno è l'euro.

3 - Profili di rischio del fondo interno

I rischi connessi a ciascun fondo interno sono quelli derivanti dalle oscillazioni del valore delle quote in cui è ripartito il fondo stesso, oscillazioni a loro volta riconducibili a quelle del valore corrente di mercato delle attività di pertinenza del fondo.

Il profilo di rischio a cui è esposto il fondo è:

Fondo interno	Profilo di rischio
AZ Orizzonte 10	Medio
AZ Best in Class	Medio-Alto

4 - Costituzione e cancellazione delle quote del fondo

La costituzione delle quote di ciascun fondo interno viene effettuata settimanalmente dalla Società in misura non inferiore agli impegni assunti con le assicurazioni sulla vita le cui prestazioni sono espresse in quote dello stesso fondo interno.

La costituzione delle quote comporta il contestuale incremento del patrimonio del fondo in misura pari al controvalore in euro delle quote costituite, in base al valore unitario delle quote stesse, quale rilevato il giorno della loro costituzione.

La cancellazione delle quote del fondo interno viene effettuata settimanalmente dalla Società in misura non superiore agli impegni venuti meno relativamente alle assicurazioni sulla vita le cui prestazioni sono espresse in quote del fondo stesso.

La cancellazione delle quote comporta il contestuale prelievo dal patrimonio del fondo del controvalore in euro delle quote cancellate, in base al valore unitario delle quote stesse, quale rilevato il giorno della loro cancellazione.

5 - Criteri degli investimenti

Gli attivi che costituiscono il patrimonio del fondo interno - valorizzati a valori correnti di mercato - sono selezionati dalla Società, nel rispetto dei principi fissati dalle disposizioni in materia di copertura delle riserve tecniche, secondo i criteri di seguito indicati.

Regolamento dei fondi interni

Per il fondo interno AZ Orizzonte 10 gli attivi che costituiscono il patrimonio del fondo sono investiti:

- in misura prevalente in **valori mobiliari** ed altre attività finanziarie oggetto di transazione sia sui mercati nazionali sia sui mercati internazionali;
- in misura non prevalente in **quote di uno o più Fondi Comuni di Investimento Mobiliare (OICR)** - sia di diritto italiano sia di diritto comunitario (che soddisfino le condizioni richieste dalla Direttiva CEE 85/611, così come successivamente modificata ed integrata) - che a loro volta investono le proprie disponibilità sia sui mercati nazionali sia sui mercati internazionali.

Per il fondo interno AZ Best in Class gli attivi che costituiscono il patrimonio del fondo sono investiti:

- in misura prevalente in **quote di uno o più Fondi Comuni di Investimento Mobiliare (OICR)** - sia di diritto italiano sia di diritto comunitario (che soddisfino le condizioni richieste dalla Direttiva CEE 85/611, così come successivamente modificata ed integrata) - che a loro volta investono le proprie disponibilità sia sui mercati nazionali sia sui mercati internazionali;
- in misura non prevalente in **valori mobiliari** ed altre attività finanziarie oggetto di transazione sia sui mercati nazionali sia sui mercati internazionali.

In ogni caso gli attivi del fondo interno, denominati principalmente in euro, sono investiti secondo la seguente ripartizione:

Fondo interno	Monetario (esclusi OICR monetari)		Obbligazionario (compresi OICR monetari e obbligazionari)		Azionario (compresi OICR azionari)	
	Minimo	Massimo	Minimo	Massimo	Minimo	Massimo
	AZ Orizzonte 10	0%	20%	60%	100%	0%
AZ Best in Class	0%	20%	0%	100%	0%	100%

Il fondo interno AZ Orizzonte 10 è un fondo **obbligazionario misti area euro** che investe in misura principale in titoli governativi dei paesi dell'area euro e in misura residua (in media del 10%) nel mercato azionario europeo.

Il fondo interno AZ Best in Class è un fondo **flexibile** che non ha vincoli sulla composizione degli investimenti (comparto azionario/obbligazionario). Il fondo è caratterizzato da una gestione attiva, finalizzata a trarre beneficio sia dalle capacità gestorie di alcuni dei migliori gestori al mondo quali Allianz Global Investors, BlackRock, Investitori Sgr, Morgan Stanley, Pictet e Pimco, sia dal momentum associato ai singoli OICR in cui il fondo investe.

In ogni caso il Contraente ha la facoltà di chiedere ulteriori informazioni su ciascun fondo interno.

Per le disponibilità del fondo interno investite in quote di Fondi Comuni di Investimento Mobiliare (OICR), questi ultimi potranno essere selezionati anche tra quelli gestiti da società di gestione del risparmio del gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A.

E' previsto l'investimento delle disponibilità del fondo in attivi non quotati entro i limiti definiti dalla normativa di settore.

Non è escluso, inoltre, il possibile impiego di **strumenti finanziari derivati** che verranno eventualmente utilizzati con lo scopo di ridurre il rischio di investimento o di pervenire ad una gestione efficace del portafoglio. L'impiego di tali strumenti finanziari derivati sarà comunque coerente con il profilo di rischio del fondo interno.

6 - Gestione del fondo interno

La gestione di ciascun fondo interno prevede, fra le altre, un'attività di selezione, acquisto, vendita e custodia delle attività in cui sono investite le disponibilità del fondo stesso, nonché la rendicontazione settimanale del patrimonio netto di quest'ultimo e la pubblicazione giornaliera del valore unitario delle quote in cui il fondo interno è ripartito.

La gestione di ciascun fondo interno **potrà essere delegata** a società specializzate nella gestione del risparmio, **anche del gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A.**, che cureranno direttamente le scelte di investimento delle attività di pertinenza del fondo nel rispetto del regolamento del fondo stesso e secondo le istruzioni impartite dalla Società, alla quale deve essere ricondotta l'esclusiva responsabilità della gestione stessa.

7 - Parametro oggettivo di riferimento (benchmark)

Come parametro oggettivo di riferimento, denominato "benchmark", per il fondo interno AZ Orizzonte 10, la Società utilizza i seguenti indici di mercato:

Regolamento dei fondi interni

Fondo interno	Benchmark del fondo
AZ Orizzonte 10	90% ML EMU Direct Government 1-3 years Index + 10% MSCI EMU Index

Per il fondo interno AZ Best in Class, in relazione allo stile di gestione adottato (**stile flessibile**), non è possibile individuare un benchmark rappresentativo della politica di gestione adottata. Una misura di rischio alternativa è rappresentata dalla **volatilità media annua attesa del fondo**, stimata attorno a:

Fondo interno	Volatilità media annua attesa
AZ Best in Class	7,00%

Di seguito viene riportata una breve descrizione degli indici utilizzati per la composizione del benchmark:

ML EMU Direct Government 1-3 years Index

L'indice ML EMU Direct Government 1-3 years Index è elaborato da Merrill Lynch ed è rappresentativo dell'andamento dei titoli governativi dei paesi dell'area Euro (EMU) con vita residua compresa tra 1 e 3 anni. L'indice viene calcolato su base giornaliera (codice bloomberg EG01, data-type Total Return).

MSCI EMU Index

L'indice MSCI EMU Index è elaborato da Morgan Stanley ed è rappresentativo dell'andamento dei titoli azionari quotati sui principali mercati azionari dei paesi dell'area Euro (EMU). È un indice a capitalizzazione basato sia sui prezzi delle azioni che sul reinvestimento dei relativi dividendi. L'indice viene calcolato su base giornaliera (ticker NDDUEMU, data-type Net Total Return).

8 – Valore unitario delle quote

Il valore unitario delle quote di ciascun fondo interno viene determinato settimanalmente dalla Società (il giovedì di ogni settimana). Detto valore unitario si ottiene dividendo il patrimonio netto del fondo rilevato il giorno precedente la data di valorizzazione per il numero delle quote in cui è ripartito, allo stesso giorno, il fondo interno.

Per i fondi interni che si suddividono in classi di quote, il valore unitario delle quote di ciascuna classe si ottiene dividendo il patrimonio netto del fondo attribuibile alla classe di quote, rilevato il giorno precedente la data di valorizzazione, per il numero delle quote in cui è ripartito, allo stesso giorno, il suddetto patrimonio. La metodologia di calcolo del valore unitario delle quote è tale da garantire a tutte le classi il medesimo risultato al lordo delle differenti commissioni di gestione o di performance.

Il patrimonio netto del fondo interno viene determinato in base alla valorizzazione – a valori correnti di mercato – di tutte le attività di pertinenza del fondo, al netto di tutte le passività, comprese le spese a carico del fondo, di cui al punto 9 del presente Regolamento, della commissione di gestione di cui al punto 10 del presente Regolamento e della commissione di performance di cui al punto 11 del presente Regolamento.

Sia le attività che le passività di pertinenza del fondo interno sono valorizzate a valori correnti di mercato riferiti al giorno precedente la data di valorizzazione della quota o – se non disponibile (ad esempio a seguito di decisioni degli Organi di Borsa o di eventi che provochino rilevanti turbative dei mercati) – al primo giorno utile antecedente: in particolare, la valutazione delle attività viene effettuata utilizzando il valore degli stessi alla chiusura delle Borse Valori nazionali e/o estere.

Le attività non quotate saranno valutate al prezzo di scambio rilevato dai circuiti telematici internazionali o, qualora mancante o non significativo, al costo di acquisto, quindi svalutate ovvero rivalutate al fine di ricondurre il costo di acquisto al presumibile valore di realizzo sul mercato, individuato su un'ampia base di elementi di informazione oggettivamente considerati dai responsabili organi della Società, concernenti sia la situazione dell'emittente e del suo Paese di residenza sia quella del mercato.

Le eventuali disponibilità liquide sono valorizzate in base al loro valore nominale.

Gli interessi e i dividendi generati dalle attività di pertinenza del fondo interno sono reinvestiti nel fondo stesso (fondo ad accumulazione dei proventi).

I crediti di imposta sono attribuiti al fondo interno al momento della loro esatta determinazione e loro utilizzo o rimborso.

Le commissioni di gestione retrocesse dai gestori di OICR nei quali il fondo interno abbia effettuato investimenti: ■ sono trattenute dalla Società, se l'investimento in OICR è posto a copertura delle riserve tecniche costituite per i contratti

Regolamento dei fondi interni

sottoscritti prima del 1° settembre 2005; ■ sono riconosciute al fondo stesso, se l'investimento in OICR è posto a copertura delle riserve tecniche costituite per i contratti sottoscritti dal 1° settembre 2005.

Il valore unitario delle quote, determinato come sopra, viene pubblicato giornalmente sul quotidiano "Il Sole 24 Ore" e sul sito internet della Società www.allianz.it.

Alla data di costituzione del fondo interno o della classe di quote del fondo interno, il valore unitario delle quote viene fissato convenzionalmente a 10 euro.

9 – Spese a carico del fondo interno

Le spese a carico di ciascun fondo interno, trattenute settimanalmente dalla Società, sono rappresentate da:

- oneri inerenti l'acquisizione e la dismissione delle attività del fondo;
- spese di amministrazione e custodia delle attività del fondo;
- spese di pubblicazione del valore unitario delle quote;
- compensi dovuti alla Società di Revisione per l'attività di cui al punto 14 del presente Regolamento;
- spese legali e giudiziarie sostenute nell'esclusivo interesse del fondo;
- oneri fiscali di pertinenza del fondo.

10 – Commissione di gestione

E' posta a carico di ciascun fondo interno o della classe di quote del fondo interno **una commissione di gestione, trattenuta settimanalmente dalla Società, in misura pari alla percentuale – su base annua indicata nella tabella sottostante** – delle attività di pertinenza del fondo interno o della classe di quote del fondo interno – valorizzate a valori correnti di mercato – al netto di tutte le passività, comprese le spese a carico del fondo interno, di cui al punto 9 del presente Regolamento.

Fondo interno	Commissione di gestione
AZ Orizzonte 10	
quote "AZ Orizzonte 10"	1,50%
quote "AZ Orizzonte 10 Cl. A"	1,40%
quote "AZ Orizzonte 10 Cl. B"	1,20%
quote "AZ Orizzonte 10 Cl. C"	1,00%
AZ Best in Class	
quote "AZ Best in Class"	2,00%
quote "AZ Best in Class Cl. A"	2,25%

Qualora gli attivi che costituiscono il patrimonio del fondo interno siano investiti in quote di OICR collegati, la commissione di gestione di cui sopra sarà applicata anche sulla porzione di patrimonio del fondo interno investita in quote di OICR collegati, nella misura di seguito indicata:

- al 100% per il fondo interno AZ Best in Class, in ragione del fatto che la Società svolge sulla medesima porzione di patrimonio un servizio di "asset allocation" e comunque in conseguenza del servizio di amministrazione dei contratti le cui prestazioni sono espresse in quote del fondo interno. In particolare, la suddetta commissione di gestione è imputabile per 1/3 al servizio di "asset allocation" e per 2/3 a quello di gestione amministrativa dei contratti;
- al 75% per il fondo interno AZ Orizzonte 10.

11 - Commissione di performance

E' posta a carico dei fondi interni AZ Orizzonte 10 e AZ Best in Class **una commissione di performance che viene applicata ad ogni data di valorizzazione** solo quando il valore della quota del fondo o della classe di quota del fondo raggiunge il suo valore storico massimo, ed è pari alla percentuale indicata nella tabella sottostante della differenza tra il valore raggiunto dalla quota o classe di quota ed il valore storico massimo precedente (c.d. "High Watermark"), moltiplicato per il numero delle quote in circolazione.

Regolamento dei fondi interni

Fondo interno	Commissione di performance
AZ Orizzonte 10	
quote "AZ Orizzonte 10"	15,00% secondo il meccanismo H.W.
quote "AZ Orizzonte 10 Cl. A"	10,00% secondo il meccanismo H.W.
quote "AZ Orizzonte 10 Cl. B"	10,00% secondo il meccanismo H.W.
AZ Best in Class	
quote "AZ Best in Class"	10,00% secondo il meccanismo H.W.
quote "AZ Best in Class Cl. A"	10,00% secondo il meccanismo H.W.

12 - Ulteriori spese a carico del fondo interno

Per le disponibilità del fondo interno investite in quote di Fondi Comuni di Investimento Mobiliare (OICR), ferma restando la commissione di gestione di cui al punto 10 del Regolamento trattenuta dalla Società a titolo di compenso per l'attività di selezione delle attività di pertinenza del fondo, nonché per l'amministrazione dei contratti le cui prestazioni sono espresse in quote del fondo medesimo, graveranno indirettamente sul fondo interno, oltre alle spese indicate al punto 9 del Regolamento, **le spese di gestione e gli oneri propri dei Fondi Comuni di Investimento Mobiliare (OICR)** in cui sono investite le relative disponibilità.

Più precisamente, **su ciascun Fondo Comune d'Investimento Mobiliare (OICR) gravano le spese** di pubblicazione del valore delle relative quote, gli oneri d'intermediazione per la compravendita mobiliare, le spese legali e fiscali, le commissioni fisse di gestione nonché ogni eventuale ulteriore commissione.

In particolare per il fondo interno AZ Best in Class che investe in misura prevalente in quote di OICR, **le commissioni di gestione applicate dagli OICR sottostanti** (al netto di quanto retrocesso al fondo interno dall'OICR stesso) **sono al massimo pari a 2,50% su base annua.**

Qualora le condizioni economiche di mercato varino sensibilmente, la Società potrà rivedere le aliquote massime di cui sopra, previa comunicazione ai contraenti e concedendo agli stessi il diritto di riscatto o di trasferimento ad altra gestione separata o fondo interno collegato alla polizza assicurativa, senza l'applicazione di alcun onere.

Resta inteso che, qualora gli attivi che costituiscono il patrimonio del fondo interno siano investiti in quote di OICR collegati, non saranno applicate e quindi non graveranno sul fondo interno spese o diritti di qualsiasi natura relativi alla sottoscrizione ed al rimborso delle quote dei suddetti Fondi Comuni di Investimento Mobiliare (OICR) collegati.

In ogni caso l'eventuale delega di gestione del fondo a società specializzate nella gestione del risparmio non comporterà alcun onere aggiuntivo rispetto a quelli sopra indicati.

13 - Fusione tra fondi interni

La Società, qualora ne ravvisasse l'opportunità in un'ottica di ricerca di maggiore efficienza anche in termini di costi gestionali e di adeguatezza dimensionale dei fondi, al fine di perseguire l'interesse dei contraenti e nel rispetto dei criteri e del profilo di investimento, potrà procedere alla fusione del fondo interno con altro fondo della Società avente sia analoghe caratteristiche, che omogenee politiche di investimento, senza che si verifichi soluzione di continuità nella gestione dei fondi oggetto di fusione e senza alcun onere o spesa per i contraenti.

La fusione di fondi interni potrà essere conseguente anche a operazioni di fusione tra imprese o a trasferimenti di portafoglio, perseguendo sempre l'interesse dei contraenti.

14 - Revisione contabile

Ciascun fondo interno è annualmente sottoposto a verifica contabile da parte di una Società di Revisione iscritta all'Albo di cui all'articolo 161 del D.Lgs. 24 febbraio 1998, n. 58 che ne attesta la rispondenza della gestione al presente Regolamento e certifica l'adeguatezza delle attività gestite rispetto agli impegni assunti sulla base delle riserve matematiche, nonché la corretta valorizzazione delle quote.

15 - Modifiche al Regolamento

La Società si riserva di modificare il Regolamento dei fondi interni a seguito di variazioni della legge e/o della normativa secondaria di attuazione (nonché di disposizioni impartite dalle Autorità di Vigilanza) oppure a fronte di mutati criteri gestionali, con esclusione delle modifiche meno favorevoli per i contraenti se non consentite dalla predetta normativa, dandone pronta comunicazione ai contraenti delle assicurazioni le cui prestazioni sono espresse in quote del fondo.

Pagina lasciata intenzionalmente bianca

REGOLAMENTO VITARIV

Allianz S.p.A. ha costituito una speciale forma di gestione degli investimenti, separata da quella delle altre attività della Società, caratterizzata dai seguenti elementi:

- a) la denominazione della gestione separata è VITARIV;
- b) la valuta di denominazione della gestione separata è l'Euro;
- c) il periodo di osservazione per la determinazione del tasso medio di rendimento della gestione separata è annuale e decorre dal 1° ottobre fino al 30 settembre dell'anno successivo.
All'interno del periodo di osservazione è prevista anche la determinazione di dodici tassi di rendimento mensili, ciascuno dei quali è calcolato con riferimento al periodo di tempo che decorre dal primo fino all'ultimo giorno del mese di calendario;
- d) l'obiettivo della gestione separata è di ottimizzare gli investimenti in coerenza con gli impegni contrattuali e di conseguire un rendimento annuo tendenzialmente stabile.
Le scelte di investimento sono effettuate sulla base delle previsioni sull'evoluzione dei tassi di interesse, considerando le opportunità di posizionamento sui diversi tratti della curva dei rendimenti e su diverse classi di attività, nonché sulla base dell'analisi dell'affidabilità degli emittenti, sempre nel rispetto degli impegni assunti da Allianz S.p.A. con riferimento ai contratti collegati alla gestione separata.
Le attività in cui vengono investite le risorse sono selezionate in coerenza con le disposizioni previste dalla normativa vigente in materia di attività a copertura delle riserve tecniche.
In particolare:
 - i. le risorse della gestione separata sono investite prevalentemente in strumenti finanziari di natura obbligazionaria (titoli obbligazionari e OICR armonizzati di tipo obbligazionario) anche fino al 100% del patrimonio della gestione stessa. I titoli obbligazionari sono selezionati prevalentemente tra quelli emessi da Stati sovrani, organismi internazionali ed emittenti di tipo societario con merito creditizio rientrante nel c.d. "investment grade", secondo le scale di valutazione attribuite da primarie agenzie di rating.
L'investimento in strumenti finanziari di natura azionaria (titoli azionari e OICR armonizzati di tipo azionario) è residuale, fino ad un massimo del 25% del patrimonio della gestione separata.
L'area geografica di riferimento è prevalentemente l'Area Euro.
L'investimento nel comparto immobiliare (diretto o tramite fondi immobiliari) non sarà superiore al 20% del patrimonio della gestione separata e gli investimenti c.d. alternativi, in fondi azionari e obbligazionari non armonizzati e in fondi speculativi, non saranno complessivamente superiori al 10% del patrimonio della gestione separata.
I depositi bancari rappresentano un investimento residuale non superiore al 10% della gestione;
 - ii. i limiti di investimento in strumenti finanziari o altri attivi emessi o gestiti da società del gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A. sono i seguenti:
 - OICR armonizzati istituiti, promossi o gestiti da società del gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A.: fino ad un massimo del 50% del patrimonio della gestione separata;
 - Obbligazioni, azioni ed altri attivi emessi da società del gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A.: fino ad un massimo del 30% del patrimonio della gestione separata.Per tutelare gli assicurati da possibili situazioni di conflitto di interesse, Allianz S.p.A. pone in essere operazioni infragruppo in coerenza con i principi di sana e prudente gestione, evitando di attuare operazioni che possano produrre effetti negativi per la sua solvibilità o che possano arrecare pregiudizio agli interessi degli assicurati o degli altri aventi diritto a prestazioni assicurative;
 - iii. le risorse della gestione separata possono essere investite in strumenti finanziari derivati con lo scopo di ridurre il rischio di investimento o di pervenire ad una gestione efficace del portafoglio;
- e) la gestione separata è aperta a tutte le tipologie di polizze a prestazioni rivalutabili e a tutti i segmenti di clientela;
- f) il valore delle attività della gestione separata non potrà essere inferiore alle riserve matematiche costituite per i contratti a prestazioni rivalutabili collegati ai rendimenti realizzati dalla gestione stessa;

Regolamento della gestione separata

- g) il presente Regolamento può essere modificato a seguito dell'adeguamento dello stesso alla normativa primaria e secondaria vigente oppure a fronte di mutati criteri gestionali con esclusione, in tale ultimo caso, di quelle meno favorevoli per l'assicurato;
- h) le spese che gravano sulla gestione separata sono unicamente quelle relative all'attività di verifica contabile effettuata dalla società di revisione e quelle effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività della gestione separata. Non sono consentite altre forme di prelievo, in qualsiasi modo effettuate;
- i) il rendimento della gestione separata beneficia di eventuali utili derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti da Allianz S.p.A. in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della gestione;
- j) il tasso medio di rendimento della gestione separata relativo al periodo di osservazione è determinato rapportando il risultato finanziario della gestione separata alla giacenza media delle attività della gestione stessa. Il risultato finanziario della gestione separata è costituito dai proventi finanziari di competenza conseguiti dalla gestione stessa, comprensivi degli scarti di emissione e di negoziazione di competenza, dagli utili realizzati e dalle perdite sofferte nel periodo di osservazione. Gli utili realizzati comprendono anche quelli derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti da Allianz S.p.A. in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della gestione separata. Le plusvalenze e le minusvalenze vanno prese in considerazione, nel calcolo del risultato finanziario, solo se effettivamente realizzate nel periodo di osservazione. Il risultato finanziario è calcolato al netto delle spese effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività, per l'attività di verifica contabile ed al lordo delle ritenute di acconto fiscale. Gli utili e le perdite da realizzo sono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nel libro mastro della gestione separata. Il valore di iscrizione nel libro mastro di una attività di nuova acquisizione è pari al prezzo di acquisto. La giacenza media delle attività della gestione separata è pari alla somma delle giacenze medie nel periodo di osservazione dei depositi in numerario, degli investimenti e di ogni altra attività della gestione separata. La giacenza media nel periodo di osservazione degli investimenti e delle altre attività è determinata in base al valore di iscrizione nel libro mastro della gestione separata. I criteri di valutazione impiegati ai fini del calcolo della giacenza media non possono essere modificati, salvo in casi eccezionali. In tale eventualità, il rendiconto riepilogativo della gestione separata è accompagnato da una nota illustrativa che riporta le motivazioni dei cambiamenti nei criteri di valutazione ed il loro impatto economico sul tasso medio di rendimento della gestione separata. Il tasso medio di rendimento della gestione separata relativo a ciascun periodo mensile all'interno del periodo di osservazione è calcolato con gli stessi criteri di cui sopra, ponendo come base temporale di calcolo lo specifico mese di calendario;
- k) la gestione separata è sottoposta alla verifica da parte di una società di revisione iscritta nell'apposito registro previsto dalla normativa vigente;
- l) Allianz S.p.A., qualora ne ravvisasse l'opportunità in un'ottica di ricerca di maggiore efficienza anche in termini di costi gestionali o di adeguatezza dimensionale della gestione separata, al fine di perseguire l'interesse dei contraenti e nel rispetto dei criteri e del profilo di investimento, potrà procedere alla scissione della gestione separata VITARIV o alla fusione della stessa con una o più gestioni separate istituite dalla Società aventi sia analoghe caratteristiche che omogenee politiche di investimento, senza alcun onere o spesa per i contraenti. In tali eventualità, la Società invierà ai contraenti delle polizze a prestazioni rivalutabili collegate ai rendimenti realizzati dalla gestione separata VITARIV una tempestiva comunicazione e, qualora sia necessario redigere un nuovo Regolamento, copia dello stesso;
- m) il presente Regolamento è parte integrante delle Condizioni di assicurazione.

Assicurato

Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto e può coincidere o meno con il Contraente, se quest'ultimo è una persona fisica. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione degli eventi attinenti alla sua vita.

Benchmark

Portafoglio di strumenti finanziari tipicamente determinato da soggetti terzi e valorizzato a valore di mercato, adottato come parametro di riferimento oggettivo per la definizione delle linee guida della politica di investimento di alcune tipologie di fondi interni e OICR.

Beneficiario

Persona fisica o giuridica designata dal Contraente, che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato. Può coincidere o meno con il Contraente stesso.

Capitale investito

Parte dell'importo versato che viene effettivamente investita dalla Società di assicurazione. Eventuali riscatti parziali diminuiscono l'importo del capitale investito.

Carenza

Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione sono sospese e quindi non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Società non corrisponde la prestazione assicurata.

Caricamenti

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

Codice delle Assicurazioni

Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209.

Condizioni di assicurazione

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione, contenute nel presente Fascicolo informativo.

Conflitto di interessi

Insieme delle situazioni in cui l'interesse della Società può collidere con quello del Contraente.

Consolidamento

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

Contraente

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

Contratto a prestazioni rivalutabili o con partecipazione agli utili

Contratto di assicurazione sulla durata della vita umana le cui prestazioni si incrementano in base al rendimento conseguito da una gestione separata di attivi.

Contratto unit linked

Contratto di assicurazione sulla durata della vita umana le cui prestazioni sono direttamente collegate al valore di attivi contenuti in un fondo interno detenuto dalla Società oppure al valore delle quote di OICR.

Controvalore delle quote

L'importo in euro ottenuto moltiplicando il valore unitario delle quote dei fondi interni per il numero delle quote attribuite al contratto ad una determinata data.

Glossario

Costi (o spese)

Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati, sulle rivalutazioni delle prestazioni o sul capitale da liquidare.

Decorrenza

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

Documento di polizza (o Polizza)

Documento che se sottoscritto dalla Società e dal Contraente attesta l'esistenza del contratto di assicurazione.

Durata contrattuale

Periodo durante il quale il contratto è efficace.

Estratto conto annuale

Riepilogo annuale dei dati relativi alla situazione del contratto, che contiene l'aggiornamento annuale delle informazioni relative al contratto, quali i premi versati, il numero e il valore delle quote assegnate e di quelle eventualmente rimborsate a seguito di riscatto parziale. L'Estratto conto annuale verrà dettagliato in modo distinto per la gestione separata e per ciascun fondo interno in cui è stato investito il premio.

Età computabile

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

Età in anni interi

Età in anni interi determinata arrotondando per difetto le frazioni d'anno.

Fondo interno

Fondo d'investimento costituito all'interno della Società e gestito separatamente dalle altre attività della Società stessa, in cui è consentito l'investimento del premio, che viene convertito in quote (unit) del fondo stesso.

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.

Giorno di valorizzazione

Giorno in cui si calcola il valore unitario delle quote del fondo. La valorizzazione delle quote dei fondi interni sottostanti il presente contratto è settimanale.

Grado di rischio

Indicatore sintetico qualitativo del profilo di rischio del fondo interno in termini di grado di variabilità dei rendimenti degli strumenti finanziari in cui è allocato il capitale investito. Il grado di rischio varia in una scala qualitativa tra basso, medio-basso, medio, medio-alto, alto e molto alto.

IVASS

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

Lettera di conferma di investimento dei premi

Lettera con cui la Società comunica al Contraente l'ammontare del premio lordo versato e di quello investito, la data di decorrenza del contratto (o di pagamento del premio), il numero delle quote attribuite al contratto, il loro valore unitario, nonché il giorno cui tale valore si riferisce (data di valorizzazione delle quote).

OICR

Organismi di Investimento Collettivo del Risparmio, in cui sono compresi i Fondi comuni d'investimento e le SICAV.

Glossario

Premio

Importo che il Contraente versa alla Società quale corrispettivo delle prestazioni previste dal contratto.

Premio investito

Premio, al netto dei caricamenti e del premio della copertura caso morte, investito nel fondo interno e nella gestione separata.

Prodotto

Allianz Hybrid Plan, caratterizzato dalla combinazione di un prodotto assicurativo con partecipazione agli utili (Ramo I), un prodotto finanziario-assicurativo di tipo unit linked (Ramo III) e un prodotto assicurativo di puro rischio (Ramo I).

Proposta

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

Quota

Unità di misura del fondo interno. Rappresenta la "quota" parte in cui è suddiviso il patrimonio del fondo interno. Quando si sottoscrive un fondo interno si acquista un certo numero di quote (tutte aventi il medesimo valore unitario) ad un determinato prezzo.

Ramo

Un insieme omogeneo di rischi o operazioni che descrive l'attività che l'impresa può esercitare al rilascio dell'autorizzazione.

Recesso (o ripensamento)

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

Regolamento del fondo

Documento che riporta la disciplina contrattuale del fondo, e che include informazioni sull'attività di gestione, la politica d'investimento, la denominazione e la durata del fondo ed altre caratteristiche relative al fondo.

Revoca

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

Ricorrenza annuale del contratto

Giorno e mese di ogni anno corrispondenti alla data di decorrenza del contratto.

Riscatto

Facoltà del Contraente di chiedere la liquidazione totale o parziale del capitale maturato nella gestione separata VITARIV o del controvalore delle quote dei fondi interni assegnate al contratto.

Rischio demografico

Rischio di un evento futuro ed incerto relativo alla vita dell'Assicurato al verificarsi del quale la Società si impegna ad erogare le prestazioni assicurative previste dal contratto.

Riserva matematica

Importo che deve essere accantonato dalla Società per fare fronte agli impegni nei confronti degli assicurati assunti contrattualmente secondo la normativa vigente.

Sinistro

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

Glossario

Scadenza

Data in cui cessano gli effetti del contratto.

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.

Società di gestione del risparmio (SGR)

Società di diritto italiano autorizzate cui è riservata la prestazione del servizio di gestione collettiva del risparmio e degli investimenti.

Switch

Operazione con cui il Contraente effettua il disinvestimento del premio dalla gestione separata e/o delle quote dei fondi interni e il contestuale reinvestimento di quanto ricevuto nella gestione separata e/o in quote di altri fondi interni.

Tasso di interesse legale

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

Tasso di interesse (o di rendimento) minimo garantito

Rendimento minimo finanziario, annuo e composto, che la Società riconosce alle prestazioni assicurate secondo le modalità previste dalle Condizioni di assicurazione.

Valore delle quote

Il valore unitario della quota di un fondo interno, determinato dividendo il valore del patrimonio netto del fondo interno per il numero delle quote in circolazione alla data di riferimento della valorizzazione

Allianz Hybrid Plan

Nuove prospettive per i tuoi investimenti e per chi ami

La tua proposta

Numero: [numero]
Contraente: [contraente]

La tua agenzia

Agenzia principale di [CITTÀ]
[VIA] - [CAP] [CITTÀ] [(PR)]
Telefono: [numero]
Fax: [numero]
Email: [mail]
www.sitoagenzia.it

Il sito internet

www.allianz.it/areapersonale
Per consultare le informazioni relative
alla tua posizione assicurativa

Servizio Clienti

Pronto Allianz
800-68-68-68

Per qualsiasi informazione, chiarimento o supporto

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 

Elenco documenti

Si consegnano al cliente i seguenti documenti

- Fascicolo informativo
- Comunicazione informativa (modello 7A)
- Informazioni da rendere al Contraente (modello 7B)
- Proposta

La presente copertina non costituisce parte della proposta.

FAC - SIMILE

Allianz per te

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

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

Proposta

Data ultimo aggiornamento: 01/09/2016

Il sottoscritto Contraente formula la seguente proposta di assicurazione sulla vita multiramo: unit linked, con partecipazione agli utili e di puro rischio.
 Lo scopo prevalente del rapporto è di risparmio/investimento e protezione.

Contraente

Nome Cognome: [Contraente] oppure Ragione Sociale: [Contraente]
 Codice fiscale o Partita IVA: [CF_contr_PI]
 Residenza: [ind_res] oppure Sede legale: [sede_leg]
 C.A.P.: [cap_res] Città: [citta_res] ([Prov_res])
 Recapito di corrispondenza:
 ■ l'indirizzo di residenza

Assicurato

Nome Cognome: [Assicurato]
 Codice fiscale: [CF_ass] Data di nascita: gg/mm/aaaa Età computabile: __

Durata

Decorrenza: dalle ore 24:00 del gg/mm/aaaa* Scadenza del piano di accumulo: gg/mm/aaaa
 Durata delle prestazioni periodiche ricorrenti: fino all'esaurimento delle quote del fondo interno AZ Best in Class (o AZ Orizzonte 10) assegnate al contratto o fino al decesso dell'Assicurato, se precedente.
 Durata della copertura caso morte: __ anni → pari alla durata del piano di accumulo
 Durata della copertura LTC (Long Term Care): a vita intera → eventuale
 Durata della copertura Malattia grave (Critical illness): __ anni → pari alla durata del piano di accumulo (eventuale)
 * L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato a condizione che sia stato corrisposto il premio e la Società accetti la presente proposta, come disciplinato nella sezione "Conclusione del contratto" e nel relativo articolo delle Condizioni di assicurazione.

La presente proposta è disciplinata dagli articoli delle Condizioni di assicurazione contenute nel Fascicolo informativo del prodotto Allianz Hybrid Plan Edizione settembre 2016.

Dettaglio premi (importi espressi in euro)

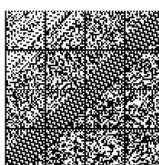
Scomposizione premio	Premio annuo
Vita	____,____ euro
Morte	____,____ euro
LTC (Long Term Care) → eventuale	____,____ euro
Malattia grave (Critical illness) → eventuale	____,____ euro
Totale	____,____ euro

Premio

Premio annuo: ____ euro
 Periodicità del pagamento: _____ Prossima data di pagamento: gg/mm/aaaa
 Spese di emissione: 0,00 euro
 Importo pagato alla firma (premio di perfezionamento): ____ euro
 Il caricamento applicato è pari al 4,00% del premio annuo al netto della parte di premio relativa alla copertura Morte, alla copertura LTC (facoltativa) e alla copertura Malattia grave (facoltativa).

Per i premi versati nel primo anno di contratto, il caricamento applicato è pari al __, __% dei premi versati al netto della parte dei premi relativa alla copertura Morte, alla copertura LTC (facoltativa) e alla copertura Malattia grave (facoltativa).

Il **mancato pagamento** delle prime 3 annualità di premio determina la **risoluzione** del contratto e i premi già versati restano acquisiti dalla Società.



[BAR CODE di archiviazione]



Proposta n. [numero]

Proposta

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

1. assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'Impresa di assicurazione oppure all'agente (persona fisica o giuridica) in qualità di Agente dell'Impresa di assicurazione;
2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati nel precedente punto 1;
3. reinvestimenti di capitali provenienti da contratti Vita preesistenti;

fermo restando che per specifiche esigenze procedurali la Società si riserva di richiedere che il pagamento venga effettuato tramite bonifico bancario, o sistema di pagamento elettronico, su conto corrente intestato all'Impresa di assicurazione.

L'SDD (Sepa Direct Debit) su conto corrente intestato all'Impresa di assicurazione è obbligatorio in caso di frazionamento mensile o trimestrale del premio annuo. L'obbligatorietà dell'SDD si applica ai pagamenti successivi al primo e potrà essere estesa a frazionamenti diversi dal mensile o trimestrale subordinatamente a specifiche disposizioni impartite agli intermediari preposti alla vendita.

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

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

Destinazione del premio versato

___,___% Fondo interno: AZ Best in Class

___,___% Gestione separata: VITARIV

Una parte del premio versato è destinata anche alla copertura caso morte e alle eventuali coperture facoltative (LTC e/o Malattia grave).

Prestazione in caso di vita dell'Assicurato

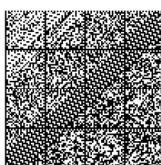
In caso di vita dell'Assicurato alla scadenza del piano di accumulo gg/mm/aaaa è prevista la corresponsione al Contraente di **prestazioni periodiche ricorrenti**, a cadenza trimestrale, di importo fisso pari all'1% del cumulo dei premi versati, erogate a partire da [data erogazione] fino all'esaurimento delle quote del fondo interno AZ BEST IN CLASS (o AZ ORIZZONTE 10) assegnate al contratto o fino al decesso dell'Assicurato, se precedente. L'erogazione al Contraente delle prestazioni periodiche ricorrenti avviene tramite riduzione del numero di quote del fondo interno AZ BEST IN CLASS (o AZ ORIZZONTE 10) assegnate al contratto. Prima della data del gg/mm/aaaa viene effettuato un trasferimento automatico dell'intero capitale assicurato nel fondo interno AZ BEST IN CLASS. Successivamente al trasferimento automatico, il Contraente può chiedere che l'intero capitale assicurato venga trasferito nel fondo interno AZ ORIZZONTE 10.

Alla scadenza del piano di accumulo inoltre, nel caso in cui il contratto sia in regola con il pagamento dei premi e non si sia verificato un sinistro LTC, viene riconosciuto al Contraente un Bonus Fedeltà, liquidato sotto forma di cedola, pari alla somma dei premi versati per la copertura caso morte.

Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato

In caso di decesso dell'Assicurato è prevista la liquidazione di un capitale pari:

- per la parte investita nei fondi interni, al controvalore delle quote dei fondi interni assegnate al contratto, maggiorato, qualora il decesso avvenga **trascorso almeno un anno** dalla decorrenza del contratto, dell'1%, 0,5% o 0,1% a seconda dell'età dell'Assicurato al momento del decesso, **senza alcuna garanzia di capitale**;
- per la parte investita nella gestione separata, al capitale rivalutato di anno in anno fino alla data del decesso in base al rendimento della gestione separata VITARIV attribuito al contratto, con una garanzia di conservazione del capitale;
- per la parte destinata alla copertura caso morte, sempre che il decesso dell'Assicurato avvenga durante il periodo di copertura e salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carezza** indicati all'art. 2 delle Condizioni di assicurazione, al capitale assicurato della copertura caso morte, pari inizialmente al cumulo di premi del piano (con un tetto massimo di 100.000,00 euro) e che decresce nel corso del tempo fino ad annullarsi alla scadenza del piano.



Proposta n. [numero]

Proposta

Prestazione in caso di perdita di autosufficienza eventuale, se attivata la copertura LTC

In caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana, salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carezza** indicati all'art. 2 delle Condizioni di assicurazione, è prevista la corresponsione all'Assicurato di una **rendita vitalizia LTC**, a cadenza trimestrale, di importo iniziale pari a __._____,__ euro (pari all'1% del cumulo dei premi pattuiti del piano), che si rivaluta annualmente, erogata a partire dal terzo mese successivo al riconoscimento dello stato di non autosufficienza fino a che l'Assicurato è in vita e non autosufficiente.

Inoltre è previsto anche l'**esonero** dal pagamento dei premi annui residui del piano di accumulo. In ogni caso il premio annuo della copertura LTC non è più dovuto.

Prestazione in caso di malattia grave eventuale, se attivata la copertura Critical illness

Nel momento in cui viene effettuata la diagnosi di malattia grave dell'Assicurato, sempre che la stessa venga diagnosticata durante il periodo di copertura e salvo i casi di **esclusione** e i periodi di **carezza** indicati all'art. 2 delle Condizioni di assicurazione, è prevista la corresponsione all'Assicurato di un **capitale** pari a __._____,__ euro (pari al 50% del cumulo dei premi pattuiti del piano con un tetto massimo di 50.000,00 euro).

Prestazioni di assistenza Allianz Global Assistance

Con la sottoscrizione del presente contratto sono messe gratuitamente a disposizione dell'Assicurato le prestazioni di assistenza di Allianz Global Assistance tramite la Centrale Operativa di AWP Service Italia S.c.a.r.l. - Piazzale Lodi 3, CAP 20137, Milano ITALIA - Recapito Telefonico: 02/23.695.1 - Sito Internet: www.allianz-global-assistance.it - Indirizzo e-mail: info@allianz-assistance.it, alle condizioni e secondo le modalità indicate nelle "Condizioni di assicurazione delle prestazioni di Assistenza Allianz Global Assistance" a cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Beneficiari

Beneficiari in caso di decesso dell'Assicurato

[Beneficiario]

_____%

Altri estremi contrattuali

Proposta: nuova

Prodotto: Allianz Hybrid Plan

Opzioni: Opzione Booster attiva/non attiva [se attiva ↓]

Al 1° gennaio di ogni anno il rendimento della gestione separata VITARIV attribuito al contratto verrà automaticamente trasferito nel fondo interno AZ Best in Class.

Alla scadenza del piano di accumulo, l'opzione Booster si disattiva automaticamente in quanto l'intero capitale assicurato viene trasferito automaticamente nel fondo interno AZ Best in Class.

Condizioni particolari di proposta:

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

Avvertenze relative alla compilazione del questionario sanitario

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

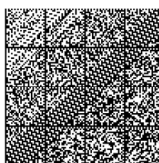
Profilo sanitario

L'Assicurato dichiara che:

Presenta il seguente valore di statura (cm): _____

Presenta il seguente valore di peso (Kg): _____

Ha mai ricevuto una diagnosi, o si è mai sottoposto a ricoveri, cure o esami, per una delle seguenti malattie: a. Cancro, tumori, neoplasie, leucemia, linfomi; b. Infarto miocardico, angina pectoris, difetti valvolari, ipertensione non controllata o qualsiasi altra malattia cardiovascolare; c. Ictus o attacco ischemico transitorio (TIA), aneurisma o emorragia cerebrale; d.



Proposta n. [numero]

Proposta

Diabete; e. Epatite B o C, cirrosi epatica; f. Insufficienza renale, malattia renale richiedente dialisi; g. Insufficienza respiratoria; h. Paralisi o paraplegia, quadriplegia, amputazione di arti; i. Sclerosi multipla, epilessia, malattia di Alzheimer, malattia di Parkinson, Sclerosi Laterale Amiotrofica, malattia di Huntington, malattia dei motoneuroni; j. Artrite reumatoide; k. Trapianto d'organo; l. HIV o malattie HIV-correlate; m. Abuso di alcool, droghe o sostanze stupefacenti; n. Cecità, retinopatia, cataratte bilaterali, degenerazione maculare? No

Negli ultimi 8 anni ha subito interventi chirurgici diversi da quelli indicati nell'elenco di seguito riportato o è attualmente in lista di attesa/le è stato programmato un intervento diverso da quelli presenti nel seguente elenco: appendicectomia, adenoidectomia, tonsillectomia, safenectomia, varicectomia degli arti inferiori, varicocele, fimosi, ernie/erniectomie addominali/inguinali, emorroidectomia, settoplastica nasale, correzione alluce valgo, meniscectomia, rottura/recisione legamenti o frattura degli arti, parto senza complicanze, estrazione dentale o chirurgia estetica? No

Negli ultimi 12 mesi si è sottoposto ad esami diagnostici o esami specialistici che abbiano rilevato situazioni anomale o è in attesa di effettuare esami diagnostici particolari (ad es ecografie, radiografie, risonanza magnetica, TAC, scintigrafie, biopsie, colonscopie, mammografie, coronarografie ad eccezione di esami per infortuni senza postumi, ernia al disco, meniscopatia, lesioni ai legamenti)? No

Assume farmaci salvavita (farmaci di fascia A)? No

Fuma/ha mai fumato più di 20 sigarette al giorno? No

Gode di pensioni di invalidità o ha in corso o intende avviare pratiche per il riconoscimento dell'invalidità stessa? No LTC o CI

Ai suoi genitori o fratelli sono stati riscontrati: due o più casi della stessa malattia prima dell'età di 60 anni? cancro o tumori, infarto, innesto di bypass, ictus? e/o uno o più casi di malattia dei motoneuroni (compresa SLA) prima dell'età di 60 anni? No CI

Riesce a svolgere le attività quotidiane, ricreative e/o sportive solo in maniera limitata o, comunque, solo con l'aiuto di altre persone o di sussidi, ad esempio deambulatori, durante lo svolgimento della vita quotidiana (ad es per spostarsi in casa, uscire, vestirsi o spogliarsi)? No LTC

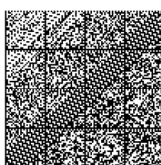
Soffre di qualche disturbo che non è stato ancora sottoposto ad approfondimento diagnostico? No LTC

Profilo professionale

L'Assicurato dichiara di essere consapevole che il decesso dovuto allo svolgimento di una delle attività professionali considerate a rischio, sotto riportate, non è coperto.

Le attività professionali considerate a rischio sono le seguenti:

Acrobata, Aeronautica militare - personale anche con mansioni operative (per i soli rischi a terra), Aeronautica militare - personale con sole mansioni amministrative o d'ufficio (per i soli rischi a terra), Agente di custodia/guardia carceraria/secondino, Alpinismo - istruttore/allenatore, Artificiere, Artista circense, Attività subacquee - istruttore/allenatore, Attore esposto a rischi speciali come incendi/presenza di belve/colluttazioni/acrobazie e simili, Autotrasportatore/autista di autocarro/autotreno/motocarro con trasporto di esplosivi/merci pericolose, Bob - istruttore/allenatore, Buttafuori, Carabiniere (non sommozzatore), Cava - addetto/operaio anche con uso di esplosivi, Cava - titolare/imprenditore/dirigente/amministratore con lavoro manuale anche con uso di esplosivi, Chimico che tratta anche sostanze radioattive o esplosive, Collaudatore di veicoli/motoveicoli, Comparsa esposta a rischi speciali come incendi/presenza di belve/colluttazioni/acrobazie e simili, Controfigura, Corazziere, Deltaplano - istruttore, Dirigente/amministratore d'industria con lavoro manuale che tratta sostanze esplosive/radioattive, Doganiere/agente doganale, Driver (corse al trotto), Esercito - personale anche con mansioni operative, Esercito - personale con sole mansioni amministrative o d'ufficio, Fantino, Fisico che tratta anche sostanze radioattive o esplosive, Forze armate (sommozzatore/reparti speciali), Guardia del corpo, Guardia di finanza (non sommozzatore), Guardia di finanza (sommozzatore/reparti speciali), Guardia giurata/notturna/metronotte, Guida alpina, Guida sportiva - istruttore, Hydrospeed - istruttore/allenatore, Imprenditore/titolare d'industria con lavoro manuale che tratta sostanze esplosive/radioattive, Lavori subacquei (addetto)/sub professionista/palombaro, Magazziniere che tratta anche esplosivi o merci pericolose, Marina militare - personale anche con mansioni operative (non sommozzatore), Marina militare - personale con sole mansioni amministrative o d'ufficio, Miniera - addetto/operaio anche con uso di esplosivi, Miniera - titolare/imprenditore/dirigente/amministratore con lavoro manuale anche con uso di esplosivi, Operaio che tratta sostanze asfissianti/corrosive/infettanti/tossiche, Operaio che tratta sostanze esplosive/radioattive, Paracadutismo - istruttore/allenatore, Parapendio - istruttore/allenatore, Perito in energia nucleare che tratta anche sostanze esplosive/radioattive, Polizia di Stato - personale anche con mansioni operative, Polizia di Stato - personale con sole mansioni amministrative o d'ufficio, Polizia locale/municipale - agente motociclista, Polizia locale/municipale - agente non motociclista, Rafting - istruttore/allenatore, Regista/aiuto regista esposto a rischi speciali come incendi/presenza di belve/colluttazioni/acrobazie e simili, Roccia - istruttore/allenatore, Salto dal trampolino con gli sci - istruttore/allenatore, Sci/snowboard acrobatico - maestro/istruttore/allenatore, Sci/snowboard alpinismo - maestro/istruttore/allenatore, Slittino - istruttore/allenatore, Sopravvivenza (corsi) - istruttore, Speleologia - istruttore, Speleologo, Sportivo professionista, Sportivo semiprofessionista, Stunt-man/cascatore, Tecnico cinematografico/teatrale/televisivo esposto a rischi speciali come incendi/presenza di belve/colluttazioni/acrobazie e simili, Tecnico d'industria che tratta sostanze



Proposta n. [numero]

Proposta

asfissianti/corrosive/infettanti/tossiche, Tecnico d'industria che tratta sostanze esplosive/radioattive, Vigile del fuoco sommozzatore.

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

Profilo sportivo

L'Assicurato dichiara di essere consapevole che il decesso dovuto allo svolgimento di una delle attività sportive considerate a rischio, sotto riportate, non è coperto.

Le attività sportive considerate a rischio sono le seguenti:

Alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, Arrampicata libera (free climbing), Arti marziali nelle sue varie forme, Atletica pesante, Bungee jumping, Canoa fluviale, Football americano, Guidoslitta (bob), Hockey, Hydrospeed, Immersioni con autorespiratore, Kayak, Kitesurf, Lotta nelle sue varie forme, Paracadutismo, Pilota o passeggero di veicoli/natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e relative prove, Pugilato, Qualsiasi sport esercitato professionalmente, Rafting, Rugby, Salto dal trampolino con sci o idrosci, Sci/Snowboard acrobatico, Sci/Snowboard alpinismo, Sci/Snowboard estremo, Skeleton, Sollevamento pesi, Speedriding, Speleologia, Sport aerei in genere, Torrentismo, Tuffi da scogliere (cliff diving), Vela con traversate oceaniche.

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

Conclusione del contratto

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

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

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

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

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

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

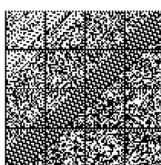
Revocabilità della proposta

La presente proposta potrà essere revocata dal Contraente (ai sensi dell'art. 176 D. Lgs. 209/2005) **fino al ricevimento della comunicazione di avvenuta conclusione del contratto**, mediante comunicazione scritta alla Società contenente gli elementi identificativi della proposta, da inviarsi **a mezzo lettera raccomandata A.R.** indirizzata a: Allianz S.p.A. – Ufficio Vita - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste.

Somme versate dal Contraente

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

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



Proposta n. [numero]

Proposta

Diritto di recesso

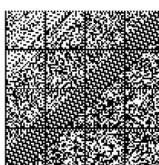
Entro 30 giorni dalla data di ricezione della comunicazione di avvenuta conclusione del contratto, il Contraente potrà recedere dal contratto medesimo (ai sensi dell'art. 177 D. Lgs. 209/2005), mediante comunicazione scritta alla Società contenente gli elementi identificativi del contratto e indicando le coordinate bancarie ove effettuare il rimborso, da inviarsi a mezzo lettera raccomandata A.R. indirizzata a: Allianz S.p.A. - Ufficio Vita - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste.

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:

- per la parte investita nel fondo interno, il controvalore delle quote del fondo interno AZ Best in Class aggiunti i caricamenti, al netto de (i) l'imposta di bollo; (ii) l'imposta sull'eventuale rendimento. Qualora la richiesta di recesso pervenga entro il giorno lavorativo antecedente il giorno di conversione del premio in quote, la Società rimborsa al Contraente i premi versati nel fondo interno, pari ai premi investiti aggiunti i caricamenti, al netto dell'imposta di bollo;
- per la parte investita nella gestione separata, i premi versati nella gestione separata;
- per la parte destinata alla copertura caso morte, alla copertura LTC (facoltativa) e alla copertura Malattia grave (facoltativa), i premi versati nelle suddette coperture al netto della parte dei premi relativa al periodo per il quale le coperture hanno avuto effetto.

FAC - SIMILE



Proposta

Sottoscrizioni

Il sottoscritto Contraente dichiara:

- di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente proposta:
 - il Fascicolo informativo del prodotto Allianz Hybrid Plan Edizione settembre 2016 - composto da Scheda sintetica, Nota informativa, Condizioni di assicurazione comprensive del Regolamento dei fondi interni e del Regolamento della gestione separata, Glossario e Proposta in versione fac-simile - che dichiara di conoscere e di accettare quale parte integrante della presente proposta;
 - copia del documento "Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti" conforme al modello 7A del Regolamento Isvap 5/2006;
 - copia del documento "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta" conforme al modello 7B del Regolamento Isvap 5/2006;
- di essere consapevole che, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile, le informazioni ed i dati forniti sono essenziali per la validità e l'efficacia della presente proposta e che l'Impresa presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio anche in base ad essi. Il Contraente dichiara inoltre che la presente proposta non contiene cancellature o rettifiche;
- <se Contraente = Assicurato> di prosciogliere dal segreto professionale e da ogni obbligo legale di riservatezza i medici che lo hanno o lo avranno curato o visitato, nonché gli enti ed ogni altro soggetto ai quali il beneficiario caso morte si rivolgesse, anche dopo il verificarsi dell'evento, per acquisire informazioni e documentazione, riconoscendo che tali informazioni e documentazione sono essenziali ai fini della valutazione del rischio e dell'esecuzione degli obblighi derivanti dal contratto assicurativo, di cui la presente dichiarazione costituisce parte essenziale ed integrante;
- <se proposta adeguata> di essere stato informato dall'Intermediario che la presente proposta è adeguata rispetto alle sue esigenze assicurative o previdenziali;
- di prendere atto che gli importi di premio si intenderanno incassati salvo buon fine del mezzo di pagamento e dei controlli antiriciclaggio e di prevenzione del finanziamento del terrorismo, in ottemperanza agli adempimenti di cui ai D.Lgs. 231/2007 e D.Lgs 109/2007, nonché delle verifiche richieste dalla vigente normativa fiscale, anche internazionale;
- di prendere atto che Allianz S.p.A. ha stipulato una polizza con AWP P&C S.A., Rappresentanza generale per l'Italia che prevede l'erogazione di una serie di prestazioni di assistenza, a favore dell'Assicurato del presente contratto; di aver ricevuto le condizioni di assicurazione delle Prestazioni di assistenza Allianz Global Assistance mod. HP01 Edizione maggio 2016 e di avere altresì preso atto delle limitazioni ed esclusioni relative alle garanzie prestate da AWP P&C S.A., Rappresentanza generale per l'Italia che eroga le sue prestazioni tramite la Centrale Operativa di AWP Service Italia S.c.a.r.l. - Piazzale Lodi 3, CAP 20137, Milano ITALIA;
- che il rapporto continuativo e le operazioni riconducibili ai rapporti continuativi instaurati con la Società sono effettuate per suo conto, quale intestatario di tali rapporti. Il Contraente, nel caso in cui il rapporto sia instaurato per conto di terzi, si impegna a fornire alla Società tutte le indicazioni necessarie all'identificazione del titolare effettivo del rapporto. Nel caso di contraente società fiduciaria, la stessa indica in modo riservato alla Società le informazioni complete sul fiduciante a cui ricondurre il rapporto continuativo.

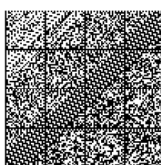
Sottoscritto il _____, in _____

Firma del Contraente/Legale Rappresentante _____

- di approvare, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del codice civile, le seguenti disposizioni delle Condizioni di assicurazione:
 - Art. 1. Prestazioni assicurative, per la parte statuente i casi di esclusione e i periodi di carenza
 - Art. 2. Limitazioni della copertura caso morte, LTC (facoltativa) e Malattia grave (facoltativa)

Firma del Contraente/Legale Rappresentante _____

- <se rifiuto a rispondere al questionario> di essere consapevole che l'Intermediario - in ragione del rifiuto del sottoscritto a fornire le informazioni richieste - non ha potuto effettuare la valutazione di adeguatezza della presente proposta rispetto alle esigenze assicurative o previdenziali del sottoscritto.



[BAR CODE di archiviazione]



Proposta n. [numero]

Proposta

Firma del Contraente/Legale Rappresentante _____

- <se proposta inadeguata> di essere stato informato dall'Intermediario che, per i motivi dallo stesso rilevati e sotto riportati, la presente proposta è inadeguata rispetto alle sue esigenze assicurative o previdenziali.
[motivi inadeguatezza]

Firma dell'Intermediario _____

Firma del Contraente/Legale Rappresentante _____

Il sottoscritto Assicurato: → se Assicurato ≠ Contraente

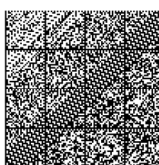
- esprime il consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita, ai sensi dell'art. 1919 del codice civile;
- proscioglie dal segreto professionale e da ogni obbligo legale di riservatezza i medici che lo hanno o lo avranno curato o visitato, nonché gli enti ed ogni altro soggetto ai quali il beneficiario caso morte si rivolgesse, anche dopo il verificarsi dell'evento, per acquisire informazioni e documentazione, riconoscendo che tali informazioni e documentazione sono essenziali ai fini della valutazione del rischio e dell'esecuzione degli obblighi derivanti dal contratto assicurativo, di cui la presente dichiarazione costituisce parte essenziale ed integrante.

Firma dell'Assicurato _____

Io sottoscritto [COGNOME_NOME_ACQUISITORE] attesto che l'identificazione e la rilevazione dei dati dei firmatari della presente proposta sono state effettuate in mia presenza, ai sensi della normativa antiriciclaggio e relativi regolamenti attuativi vigenti.

Firma dell'Agente (o del suo incaricato) _____

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



**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA
ALLIANZ GLOBAL ASSISTANCE
Polizza Collettiva n° 202012 abbinata alla Polizza Allianz Hybrid Plan di Allianz S.p.A.**

NORMATIVA COMUNE A TUTTE LE GARANZIE

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Il Contraente Allianz S.p.A. stipula l'assicurazione con Allianz Global Assistance per conto degli assicurati. Allianz Global Assistance si obbliga nei confronti degli Assicurati e del Contraente a prestare i servizi di assistenza e/o le garanzie assicurative, nei limiti e alle condizioni stabiliti al paragrafo "ESCLUSIONI E LIMITAZIONI comuni a tutte le garanzie", così come definite nei punti:

- a) Assistenza medico-sanitaria telefonica
- b) Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione
- c) Informazioni burocratiche ed amministrative su invalidità e non-autosufficienza
- d) Informazioni legali

Il Contraente in ogni caso resta esonerato da ogni e qualsiasi responsabilità in ordine all'esecuzione delle prestazioni previste nel presente contratto per le obbligazioni che l'Impresa assume nei confronti dei singoli assicurati.

2. PERSONE ASSICURABILI

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione è la persona fisica sulla cui vita è stipulato il contratto di assicurazione Allianz Hybrid Plan con Allianz S.p.A.

3. DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE

A condizione che sia intervenuta la conclusione del contratto di assicurazione Allianz Hybrid Plan, le prestazioni di assistenza Allianz Global Assistance entrano in vigore dalle ore 24 del giorno indicato nella proposta di assicurazione di Allianz Hybrid Plan quale data di decorrenza.

Le prestazioni di cui alle presenti condizioni si intendono operative per tutta la durata delle prestazioni periodiche ricorrenti di Allianz Hybrid Plan. L'Assicurazione cessa comunque, anche prima della scadenza sopra indicata, dalle ore 24 del giorno in cui si verifica il primo dei seguenti eventi:

- a) risoluzione del contratto Allianz Hybrid Plan a seguito di mancato pagamento dei premi;
- b) liquidazione del contratto Allianz Hybrid Plan in caso di decesso dell'Assicurato o di riscatto.

4. VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione, salvo eventuali limitazioni indicate all'interno delle singole garanzie, vale per il territorio degli Stati dell'Unione Europea, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino, nonché per il territorio della Norvegia, dell'Islanda, della Svizzera, del Principato di Monaco e di Andorra.

La copertura assicurativa non è operativa nei casi in cui le garanzie contrattualmente previste debbano essere prestate in condizioni tali da violare una qualsiasi legge che possa comportare sanzioni ai sensi delle norme e dei Regolamenti emanati dalle Nazioni Unite, dall'Unione Europea o da qualsiasi altra normativa applicabile.

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

Allianz Global Assistance:	il marchio che identifica AWP P&C S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia.
Assicurato:	la persona fisica sulla cui vita è stipulato il contratto di assicurazione vita.
Assicurazione:	il contratto di assicurazione.
Autosufficienza:	la capacità di attendere autonomamente alla cura della propria persona ed al disbrigo delle normali attività quotidiane.
Centrale Operativa:	la struttura organizzativa di AWP Service Italia S.c.a.r.l. che, in conformità al Regolamento Isvap nr. 12 del 9 gennaio 2008, provvede 24 ore su 24 tutto l'anno, al contatto telefonico con l'Assicurato, organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza.
Contraente:	Allianz S.p.A. ossia il soggetto che stipula l'assicurazione con Allianz Global Assistance.
Domicilio:	il luogo in cui l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi.
Estero:	tutti i Paesi che non rientrano nella definizione di Italia.
Evento:	l'accadimento che ha generato, direttamente o indirettamente, uno o più sinistri.
Impresa:	AWP P&C S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, P.le Lodi 3, Milano di seguito anche denominata con il suo marchio Allianz Global Assistance.
Inabilità Temporanea:	la condizione di incapacità fisica, totale o parziale, a compiere i normali atti quotidiani per una durata limitata nel tempo.
Infortunio:	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.
Invalidità permanente:	perdita o diminuzione definitiva irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Istituto di Cura:	struttura sanitaria pubblica o casa di cura privata regolarmente autorizzata ai sensi di legge all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono considerati convenzionalmente Istituti di Cura: stabilimenti termali, strutture per anziani, case di cura per lungo-degenze o convalescenza, strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative.
Italia:	il territorio della Repubblica Italiana, la Città del Vaticano, la Repubblica di San Marino.
Malattia:	l'alterazione del proprio stato di salute constatato da un'autorità medica competente non dipendente da infortunio.
Residenza:	il luogo in cui l'Assicurato ha la sua dimora abituale.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro.
Sinistro:	il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

ESCLUSIONI E LIMITAZIONI comuni a tutte le garanzie**Esclusioni comuni a tutte le garanzie**

Sono **esclusi** dall'assicurazione ogni indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

- a) danni causati da, accaduti attraverso o in conseguenza di guerre, incidenti dovuti a ordigni di guerra, invasioni, azioni di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o no), guerra civile, situazioni di conflitto armato, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, ammutinamento, legge marziale, potere militare o usurpato o tentativo di usurpazione di potere;
- b) scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- c) coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio;
- d) confisca, nazionalizzazione, sequestro, disposizioni restrittive, detenzione, appropriazione, requisizione per proprio titolo od uso da parte o su ordine di qualsiasi Governo (sia esso civile, militare o "de facto") o altra autorità nazionale o locale;
- e) atti di terrorismo, intendendosi per atto di terrorismo un qualsivoglia atto che includa ma non sia limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano da sole o dietro o in collegamento con qualsiasi organizzatore o governo commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa;
- f) viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
- g) trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura;
- h) esplosioni nucleari e, anche solo parzialmente, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari o da scorie nucleari o da armamenti nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari o sue componenti;
- i) materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico;
- j) inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;
- k) dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere;
- l) atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo;
- m) abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- n) infermità mentali, schizofrenia, forme maniacodepressive, psicosi, depressione maggiore in fase acuta;
- o) suicidio o tentativo di suicidio;
- p) Virus da Immunodeficienza Umana (HIV), Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) e patologie sessualmente trasmissibili;
- q) guida di veicoli per i quali è prescritta una patente di categoria superiore alla B e di natanti a motore per uso non privato;
- r) epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo;
- s) quarantene.

Le prestazioni di assistenza non sono previste per:

- t) infermità derivante da situazioni patologiche preesistenti;
- u) interruzione volontaria della gravidanza, patologie inerenti lo stato di gravidanza oltre il 180° giorno, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni;
- v) cure ortodontiche e di paraodontopatie di protesi dentarie;

- w) cure ed interventi per l'eliminazione di difetti fisici, di malformazioni congenite, cure riabilitative, infermieristiche, dimagranti o termali, applicazioni di carattere estetico e di protesi in genere;
- x) espianto/trapianto di organi.

Disposizioni e Limitazioni di responsabilità

- a) la Centrale Operativa si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione di prestazioni di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge;
- b) la Centrale Operativa non è tenuta a pagare indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute;
- c) nei casi in cui l'Assicurato benefici di prestazioni di assistenza analoghe e richieda l'intervento di un'altra Compagnia di Assicurazioni, le prestazioni previste dalla presente copertura sono operanti esclusivamente quale rimborso degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Compagnia di Assicurazione che ha erogato direttamente la prestazione.
In ogni caso, i costi verranno risarciti complessivamente una volta sola;
- d) la Centrale Operativa tiene a proprio carico il costo delle prestazioni fino al capitale stabilito nelle singole garanzie. Eventuali eccedenze rispetto al massimale restano a carico dell'Assicurato;
- e) il diritto alle prestazioni di assistenze decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa al verificarsi del sinistro;

La Centrale Operativa non potrà essere ritenuta responsabile di:

- f) ritardi conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da caso fortuito o da causa di forza maggiore;
- g) errori dovuti ad inesatte comunicazioni ricevute dall'Assicurato.

Il servizio fornito dalla centrale Operativa non è sostitutivo, né alternativo, al servizio pubblico di pronto intervento sanitario, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze sanitarie.

NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA IN PARTICOLARE**PACCHETTO ASSISTENZA ABBINATO AL PRODOTTO ALLIANZ "Allianz Hybrid Plan"****a) Assistenza medico-sanitaria telefonica**

L'Assicurato, contattando la Centrale Operativa, può usufruire di un servizio di assistenza medica, qualora necessiti di informazioni e/o consigli medico-generici.

Si precisa che tale prestazione non fornisce diagnosi ed è basata su informazioni fornite a distanza dall'Assicurato. Sulla base delle informazioni acquisite e delle diagnosi del medico curante, la Centrale Operativa valuterà l'erogazione delle prestazioni di assistenza contrattualmente previste.

L'Assicurato che necessiti di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e all'Estero, può usufruire del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa per reperire le informazioni necessarie.

b) Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia, l'Assicurato o il suo medico curante desiderino effettuare il riesame della documentazione clinica in loro possesso c/o un centro medico ritenuto internazionalmente di riferimento per la patologia clinica di cui soffre l'Assicurato.

Entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta e della documentazione medica in possesso dell'Assicurato, la Centrale Operativa acquisisce e verifica tutta la documentazione clinica e diagnostica in possesso dell'Assicurato, ricerca ed identifica a livello internazionale il centro medico ritenuto eccellente per la specifica patologia dell'Assicurato e vi si rivolgerà per ottenerne la Second Opinion scientifico-specialistica fornendo altresì all'Assicurato, tramite il servizio di assistenza medica della Centrale Operativa o i propri medici convenzionati, il necessario ed adeguato supporto medico specialistico, anche per ciò che riguarda un primo sostegno psicologico per l'Assicurato e/o per i suoi familiari conviventi, tenendone a proprio carico i relativi costi.

Se necessario, la Centrale Operativa provvede alla traduzione (in inglese, francese, spagnolo o tedesco) di tutta la documentazione medica necessaria ad ottenere la refertazione scientifico-specialistica e della successiva relativa refertazione, sempre tenendo a proprio carico i relativi costi.

Tale garanzia è operante nel rispetto del Testo Unico sulla Privacy (TUP), pertanto l'Assicurato dovrà fornire una liberatoria nei confronti della Centrale Operativa, onde permettere la diffusione dei dati sensibili inerenti il suo stato di salute.

c) Informazioni burocratiche ed amministrative su invalidità e non-autosufficienza

In caso di necessità, la Centrale Operativa mette a disposizione la propria équipe medica ed i propri consulenti per fornire indicazioni ed informazioni utili all'Assicurato che si trovi in una condizione di non-autosufficienza, inabilità temporanea o invalidità permanente quali ad esempio:

- iter burocratico ed amministrativo per l'accertamento dell'invalidità civile;
- diritti del cittadino a cui sia stato riconosciuto lo stato d'invalidità civile, secondo le percentuali accertate;
- uffici competenti sul territorio nazionale;
- assegno di accompagnamento: come e quando viene concesso.

Il servizio di consulenza non fornisce diagnosi o prescrizioni e non può in ogni caso sostituirsi alle comunicazioni ufficiali rilasciate dagli Enti competenti.

d) Informazioni legali

Servizio gratuito di informazioni legali telefoniche "di prima necessità" che consente all'Assicurato di ottenere indicazioni e chiarimenti di natura giuridica relativamente a leggi e normative su fatti e situazioni della vita privata, quali a titolo esemplificativo, proprietà della casa o dell'auto, problemi condominiali, famiglia ed eredità, lavoro dipendente, circolazione stradale, responsabilità civile e penale verso terzi, tutela dei consumatori, diritto all'assistenza sanitaria.

L'Assicurato, per fruire della prestazione, deve telefonare alla Centrale Operativa che provvede ad organizzare il servizio individuando il consulente più indicato in materia che contatterà il soggetto richiedente entro il giorno feriale successivo alla richiesta.

Il servizio è operativo dalle ore 9:00 alle ore 18:00.

ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Per permetterne l'intervento immediato l'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa tramite:

- Numero verde: **800 562 265**
- Telefono (anche per chiamate dall'estero): **+39 02 26609 616**
- Fax: **+39 02 2662 4035**

indicando con precisione:

- tipo di Assistenza di cui necessita;
- nome e cognome;
- indirizzo e luogo da cui chiama;
- eventuale recapito telefonico;
- numero polizza **202012**

La richiesta di rimborso delle spese sostenute, sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa, dovrà essere inoltrata accompagnata dai documenti giustificativi in originale a:

AWP P&C S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Piazzale Lodi 3
20137 MILANO (MI)

Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno rimborsate.

Inoltre l'Assicurato dovrà:

- farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla sua richiesta di Assistenza il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo;
- comunicare, insieme alla documentazione del danno, il numero di conto corrente presso la propria Banca con il relativo codice IBAN e Codice Fiscale.

NOTA INFORMATIVA SINTETICA E INFORMATIVA PRIVACY

Per ogni ulteriore dettaglio si rinvia alla Nota Informativa Sintetica, riportata in calce alle presenti Condizioni di assicurazione delle prestazioni di assistenza Allianz Global Assistance, unitamente all'Informativa Privacy.

Nota Informativa Sintetica - predisposto ai sensi dell'art.185 D. Lgs. 7.9.2005 N. 209 ed in conformità con quanto disposto dal Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010

La presente "Nota Informativa Sintetica" ha lo scopo di fornire al Contraente (persona fisica o giuridica che sottoscrive il contratto di assicurazione vita Allianz Hybrid Plan), all'Assicurato (persona fisica sulla cui vita è stipulato il contratto di assicurazione vita Allianz Hybrid Plan) e a tutti i soggetti portatori di un interesse alla copertura assicurativa tutte le informazioni preliminari necessarie al fine di pervenire ad un fondato giudizio sui diritti e gli obblighi contrattuali, in conformità all'art. 185 D.Lgs. 7.9.2005 n. 209. La presente nota è redatta in Italia in lingua italiana, salva la facoltà del Contraente di richiederne la redazione in altra lingua.

1) Informazioni Relative alla Società**❑ Denominazione Sociale e forma giuridica della Società (Impresa Assicuratrice)**

L'Impresa Assicuratrice è **AWP P&C S.A.**

Sede Legale

7, Dora Maar, 93400 Saint-Ouen - France

Registro delle Imprese e delle Società Francesi nr. 519490080

Capitale Sociale sottoscritto € 17.287.285

❑ Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni dall'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) il 1 febbraio 2010

❑ Rappresentanza Generale per l'Italia

Piazzale Lodi 3, CAP 20137, Milano ITALIA

Codice Fiscale, Partita IVA e iscrizione al Registro delle Imprese di Milano nr. 07235560963 - Rea 1945496

❑ Recapito Telefonico – Sito Internet – Indirizzo e-mail

02/23.695.1 - www.allianz-global-assistance.it – info@allianz-assistance.it

❑ Abilitazione all'esercizio delle assicurazioni

Società abilitata all'esercizio dell'attività Assicurativa in Italia in regime di stabilimento, iscritta il 3 novembre 2010, al nr. I.00090, all'appendice dell'albo Imprese Assicurative, Elenco I

2) Informazioni Relative al Contratto**❑ Legislazione applicabile al contratto**

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana; le Parti hanno comunque la facoltà prima della conclusione del contratto stesso, di scegliere una legislazione diversa.

La Società propone di scegliere la legislazione italiana.

Resta comunque ferma l'applicazione di norme imperative del diritto italiano.

❑ Prescrizioni dei diritti derivanti dal contratto

Ogni diritto dell'Assicurato nei confronti di **AWP P&C S.A.** - Rappresentanza generale per l'Italia derivante dal presente contratto si prescrive in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto, ai sensi dell'art. 2952 del C.C.

❑ Reclami in merito al contratto

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto (posta, fax ed e-mail) alla Società:

Servizio Qualità

AWP P&C S.A. - RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA

P.le Lodi 3 - 20137 MILANO (Italia)

fax: +39 02 26 624 008

e-mail: Quality@allianz-assistance.it

Qualora l'esponente non sia soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro entro 45 giorni, potrà rivolgersi all'**IVASS**, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma (RM), corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Per la presentazione di reclami ad IVASS occorre utilizzare l'apposito modello reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "[Per il Consumatore - Come presentare un reclamo](#)".

Per controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità è competente esclusivamente l'Autorità Giudiziaria. Prima di adire all'Autorità Giudiziaria è tuttavia possibile, e in alcuni casi necessario, cercare un accordo amichevole mediante sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

- Mediazione (L. 9/8/2013, n.98): può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero di Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it.
- Negoziazione assistita (L. 10/11/2014, n.162): può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.

Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente per l'attivazione della procedura FIN-NET, mediante accesso al [seguente sito internet: http://ec.europa.eu/finance/fin-net/](http://ec.europa.eu/finance/fin-net/)

3) Informazioni in Corso di Contratto

Qualora nel corso della durata contrattuale dovessero intervenire variazioni inerenti alle informazioni relative alla Società e/o quella relativa al contratto, la Società si impegna a comunicarle tempestivamente al Contraente, nonché fornire ogni necessaria precisazione.

Informativa privacy sulle Tecniche di comunicazione a distanza (ex D.Lgs. n. 196 del 30/6/03)

Per rispettare la legge sulla privacy La informiamo sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti¹.

La nostra azienda deve acquisire (o già detiene) alcuni dati che La riguardano in virtù dell'assicurazione sulla vita Allianz Hybrid Plan da Lei stipulata con Allianz SpA, che ha previsto a suo favore un polizza con prestazioni assistenza con l'impresa scrivente. I dati forniti da Lei stesso o da altri soggetti² sono utilizzati, al fine di gestire i dati assicurativi anche con l'obiettivo della lotta alle frodi, da **AWP P&C S.A.** – Rappresentanza Generale per l'Italia, titolare del trattamento, da società del medesimo gruppo in Italia e da terzi a cui essi verranno comunicati al fine di fornirLe le informazioni, da Lei richieste, anche mediante l'uso di fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza. Qualora per l'erogazione delle prestazioni previste nella Sua polizza dovessimo acquisire dati sensibili, Le chiederemo esplicito consenso per il trattamento degli stessi, senza i Suoi dati, non potremmo fornirLe il servizio in tutto o in parte.

I Suoi dati personali saranno utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornirLe le prestazioni e le informazioni da Lei eventualmente richieste. Utilizziamo le tecniche di comunicazione a distanza sopracitate anche quando comunichiamo, per i fini previsti dalla polizza, taluni 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.

Per erogare taluni servizi, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica ed organizzativa, operanti in Italia, nell'Unione Europea e al di fuori dell'Unione europea.

Alcuni di questi soggetti sono nostri diretti collaboratori e svolgono la funzione del responsabile del nostro trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia quali fornitori esterni e risultano distinti titolari del trattamento dati.

Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del gruppo Allianz S.E.: in Italia, società di servizi cui sono affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione in Paesi dell'Unione Europea; società di servizi postali.

L'elenco di tutti i soggetti suddetti è costantemente aggiornato e può conoscerlo agevolmente e gratuitamente chiedendolo a **AWP P&C S.A.** – Rappresentanza Generale per l'Italia - Servizio Privacy – P.le Lodi 3, 20137 Milano o al numero fax 02 26624019 e-mail: privacy@allianz-assistance.it ove potrà conoscere anche la lista dei Responsabili in essere. La comunichiamo, pertanto, che la presente informativa comprende anche la trasmissione a queste categorie ed il trattamento dei dati da parte loro ed è necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura delle prestazioni. Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati e come essi vengono utilizzati. Ha anche il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento³.

Per l'esercizio dei suoi diritti può rivolgersi a **AWP P&C S.A.** – Rappresentanza Generale per l'Italia, Servizio Privacy, P.le Lodi 3, 20137 Milano, fax 02 26624019, e-mail privacy@allianz-assistance.it.

¹ Art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n. 196/2003).

² Altri soggetti che effettuano operazioni che La riguardano o che, per soddisfare una Sua richiesta forniscono alla azienda informazioni commerciali, finanziarie, professionali ecc.

³ Questi diritti sono previsti dall'art. 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali. La cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale commerciale e pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo