

Lovia Twin

*Assicurazione temporanea per il caso di morte e per il caso di infortunio o malattia che determinino un'incapacità lavorativa specifica permanente, a capitale costante e a premio annuo
(tariffe 66__01NF: 16__12NF, 17__01NF - 66__01F: 16__12F, 17__01F)*

SCHEDA PRODOTTO

Descrizione

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

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

Il pagamento del capitale assicurato in caso di infortunio o malattia non preclude il successivo pagamento del capitale assicurato in caso di decesso, pertanto le due coperture sono da intendersi come aggiuntive. La durata del contratto deve essere compresa tra 1 e 20 anni, avuto riguardo all'età computabile dell'Assicurato alla scadenza contrattuale che non può essere maggiore di 80 anni. La durata della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia è pari alla durata contrattuale, a meno che l'età computabile dell'Assicurato alla scadenza contrattuale non sia maggiore di 67 anni. In tal caso la Garanzia Complementare Infortuni e Malattia terminerà alla ricorrenza annua di contratto in cui l'Assicurato compie 67 anni (età computabile).

L'entità del premio annuo varia a seconda dell'età alla decorrenza del contratto, del capitale relativo a ciascuna delle due componenti, della durata contrattuale, dello stato di salute, dello status tabagico, dell'attività professionale esercitata e delle eventuali attività sportive praticate assicurabili con Sovrapremio.

Versioni

Sono previste due macro-versioni tariffarie, in base allo stato tabagico. Ciascuna macro-versione include due sotto-tariffe: una relativa alla garanzia principale, l'altra relativa alla garanzia complementare aggiuntiva.

NON FUMATORI: 66__01NF

- Garanzia principale Caso Morte: 16__12NF
- Garanzia complementare aggiuntiva ILSP da Infortunio o Malattia: 17__01NF

FUMATORI: 66__01F

- Garanzia principale Caso Morte: 16__12F
- Garanzia complementare aggiuntiva ILSP da Infortunio o Malattia: 17__01F.

Prestazioni assicurate

Prestazione in caso di decesso dell'Assicurato (Garanzia principale)

L'Impresa si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente, in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, un importo liquidabile in un'unica soluzione ed in misura pari al capitale assicurato indicato in Proposta (tra 25.000,00 euro e 400.000,00 euro).

Il capitale assicurato in caso di decesso viene riconosciuto anche nel caso in cui, nel corso della durata contrattuale, l'Assicurato abbia già ottenuto la liquidazione della prestazione in caso di infortunio o malattia.

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

L'Impresa si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati dal Contraente, in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che ne determini, prima della scadenza della garanzia complementare, l'incapacità lavorativa specifica permanente ed a cui consegua la cessazione dell'attività professionale dichiarata in Proposta (o successivamente, in caso di variazioni), un importo liquidabile in un'unica soluzione ed in misura pari al capitale assicurato indicato in Proposta (minimo 25.000,00 euro, ma il capitale non può eccedere quello sottoscritto nella componente morte).

Per stato di incapacità lavorativa specifica permanente si intende il venir meno delle capacità fisiche e/o mentali dell'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, verificatisi durante il periodo di validità della copertura in oggetto al punto tale che lo stesso non è più in grado, e non lo sarà presumibilmente mai più, di svolgere le mansioni, materiali e sostanziali, attinenti alla propria specifica attività professionale

dichiarata all'atto della sottoscrizione della Proposta (o successivamente, in caso di variazioni). Ciò a prescindere dal grado di invalidità permanente accertato dell'Assicurato.

Le mansioni materiali e sostanziali sono quelle normalmente richieste per lo svolgimento dell'attività professionale dichiarata all'atto della sottoscrizione della Proposta (o successivamente, in caso di variazioni), che costituiscono una parte significativa e integrante dello svolgimento di essa, e che non possono essere ragionevolmente omesse o modificate.

Per attività professionale si intende il mestiere, la professione o il tipo di lavoro svolto dall'Assicurato, a scopo di lucro o retribuzione, al momento della sottoscrizione della Proposta e successivamente, nel caso in cui l'Assicurato cambi attività professionale e/o forma di lavoro in corso di contratto. Detta attività professionale, nella forma di lavoro in cui viene svolta (ad esempio, Architetto dipendente a tempo indeterminato, oppure Architetto iscritto alla Cassa Previdenziale e all'Albo professionale, etc.), deve essere dichiarata dall'Assicurato all'atto della sottoscrizione della Proposta e successivamente, nel caso in cui l'Assicurato cambi attività professionale e/o forma di lavoro in corso di contratto

Non sono Assicurabili i seguenti soggetti: i liberi professionisti e i lavoratori autonomi che esercitano professioni per le quali non esista una Cassa Previdenziale ed un Albo Professionale, i lavoratori con contratto che preveda un termine di durata, i lavoratori che svolgano una delle attività professionali non assicurabili (si veda la successiva sezione "Attività professionali non assicurabili"), i pensionati e i soggetti non esercitanti alcuna attività lavorativa, i lavoratori che non godano di buona salute in base alle risultanze del questionario sanitario o della visita medica, e le Persone Giuridiche.

Denuncia e documenti necessari per il riconoscimento del sinistro

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

In caso di decesso dell'Assicurato

- a) copia del certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- b) copia della relazione del medico curante (medico di famiglia) sull'Assicurato, che indichi nel dettaglio la causa del decesso e lo stato clinico dell'Assicurato, con le informazioni richieste dall'Impresa e che la stessa ritiene necessarie a verificare le dichiarazioni rese nel questionario sanitario all'atto della sottoscrizione della Proposta. Tale relazione potrà essere effettuata anche utilizzando l'apposito modulo predisposto dall'Impresa, riportato in calce alle Condizioni di assicurazione e reperibile presso la rete di vendita, per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie;
- c) qualora l'Assicurato coincida con il Contraente, copia della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata in Comune, dinanzi al Notaio o presso il Tribunale che specifichi se il Contraente ha lasciato o meno testamento e quali sono gli eredi legittimi, i loro dati anagrafici, il grado di parentela e capacità d'agire. In caso di esistenza di testamento, deve esserne consegnata copia del relativo verbale di pubblicazione e la suddetta dichiarazione sostitutiva deve riportarne gli estremi identificativi precisando altresì che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato, ed evidenziando quali siano gli eredi testamentari, i loro dati anagrafici e capacità di agire. Limitatamente ai casi in cui sussista la necessità di svolgere approfondimenti circa la legittimazione del Beneficiario e/o la corretta erogazione del dovuto, l'Impresa potrà richiedere, al posto della dichiarazione sostitutiva, la copia dell'atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale.

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

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

f) copia di eventuali referti di indagini tossicologiche.

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

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

*Accertamento dello
stato di incapacità
lavorativa specifica
permanente*

L'Assicurato deve possedere lo stato di lavoratore attivo al momento del Sinistro, ovvero:

- non essere in pensione;
- se libero professionista, risultare iscritto sia all'Albo professionale di pertinenza sia alla relativa Cassa professionale.

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

Dalla data di denuncia del Sinistro (corredata di tutta la documentazione indicata alla precedente sezione) decorre il periodo di accertamento dello stato di incapacità lavorativa specifica permanente da parte dell'Impresa, che in ogni caso non potrà essere superiore a quattro mesi.

Nel caso in cui dalla documentazione medico-sanitaria prodotta dovesse emergere in modo evidente lo stato di incapacità lavorativa specifica permanente, l'Impresa procederà alla liquidazione del capitale assicurato indicato in Proposta.

Nel caso in cui, invece, dalla documentazione medico-sanitaria prodotta dovesse emergere la necessità di ulteriori valutazioni, l'Impresa organizzerà una visita medica presso lo studio di un proprio medico fiduciario o a domicilio dell'Assicurato, qualora le condizioni di salute dell'Assicurato non gli consentissero di raggiungere lo studio medico del fiduciario incaricato dall'Impresa, per valutare lo stato di salute dell'Assicurato in funzione della sua capacità di svolgere la specifica attività professionale dichiarata in Proposta (o successivamente, in caso di variazioni).

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

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

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

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

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

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

Terminate le visite mediche, l'Impresa comunica per iscritto all'Assicurato o a chi per esso, il riconoscimento o meno dello stato di incapacità lavorativa specifica permanente, e si generano i seguenti effetti:

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

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

Nel caso in cui l'Assicurato deceda dopo la presentazione della denuncia di Sinistro e prima che sia stato comunicato per iscritto all'Assicurato o chi per esso il riconoscimento dello stato di incapacità lavorativa specifica permanente, l'Impresa riconoscerà ugualmente la prestazione relativa alla Garanzia Complementare Infortuni e Malattia a condizione che il processo di accertamento si concluda con esito positivo, unitamente al capitale per il caso Morte.

Nel caso in cui, invece, l'Assicurato deceda prima che venga presentata la denuncia di Sinistro, l'Impresa non riconoscerà la prestazione relativa alla Garanzia Complementare Infortuni e Malattia.

Limitazioni della prestazione (esclusioni)

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

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

- i) da eventi avvenuti in uno qualunque dei paesi per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere il viaggio. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it (o sito sostitutivo del Ministero degli Esteri). Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- j) dall'esercizio di un'attività professionale non assicurabile. Qualora alla sottoscrizione della Proposta l'Assicurato dichiari di esercitare un'attività professionale non assicurabile, anche come ulteriore attività esercitata, il rischio non sarà assumibile e pertanto non sarà possibile procedere con la sottoscrizione della Proposta. Le attività professionali non assicurabili sono quelle elencate alla successiva sezione "Attività professionali non assicurabili";
- k) dalla pratica di un'attività sportiva non assicurabile.

In aggiunta, è esclusa dalla sola Garanzia Complementare Infortuni e Malattia l'incapacità lavorativa specifica permanente - a cui consegua la cessazione dell'attività professionale dichiarata in Proposta (o successivamente, in caso di variazioni) - causata direttamente o indirettamente:

- l) da atto intenzionale dell'Assicurato, in particolare le conseguenze di un tentativo di suicidio;
- m) da atti compiuti dall'Assicurato quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- n) dallo stato di invalidità o inabilità preesistente alla data di decorrenza del contratto sottoscritto per dolo o colpa grave;
- o) da abuso di alcol inteso come assunzione continua e cronica di alcolici e/o superalcolici, o uso non terapeutico di sostanze stupefacenti, allucinogene, e simili;
- p) dallo stato di ubriachezza/ebbrezza qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada e l'incapacità lavorativa specifica permanente avviene in seguito ad un incidente mentre l'Assicurato è alla guida di un veicolo;
- q) da infortuni che avvengano durante lo svolgimento delle seguenti attività/mansioni professionali: lavoro manuale ad altezze superiori ai 10 metri, lavoro su tetti, ponti, tralicci, linee elettriche aeree, contatto con correnti elettriche superiori ai 420 Volt.

Ferme restando le esclusioni sopra riportate, nei casi in cui, dalla documentazione prodotta in sede di denuncia del sinistro relativo alla Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, dovesse emergere che la professione svolta dall'Assicurato al momento del sinistro, e/o la forma di lavoro con cui l'Assicurato svolge la propria professione, non coincide con quella precedentemente dichiarata all'Impresa, allora:

- nel caso in cui la professione e/o la forma di lavoro con cui l'Assicurato svolge la propria professione dovessero differire da quelle precedentemente dichiarate dall'Assicurato e dovessero rientrare tra quelle non assicurabili, l'Impresa non riconosce alcuna prestazione;
- nel caso in cui la professione dichiarata in sede di denuncia dovesse differire da quella precedentemente dichiarata dall'Assicurato all'Impresa e dovesse comportare un aggravio del rischio (o un abbattimento del rischio), una volta accertata la liquidabilità del sinistro, l'Impresa provvede a rideterminare l'importo della prestazione, con le modalità descritte nella sezione "Cambiamento di professione dell'Assicurato".

Attività professionali non assicurabili

- a) Sono considerate non assicurabili le seguenti attività professionali: Acrobata o artista circense, Addetto a lavori su piattaforme petrolifere, Addetto ad organi di informazioni in attività all'estero, Aeronautica militare - personale anche con mansioni operative, Alpinismo - istruttore/allenatore/guida alpina, Artificiere, Attività subacquee - istruttore/allenatore, Attore/comparsa/controfigura/tecnico cinematografico/teatrale/televisivo esposto a rischi speciali come incendi/presenza di belve/colluttazioni/acrobazie e simili, Autotrasportatore/autista di autocarro/autotreno/motocarro compreso trasporto di esplosivi/merci pericolose, Carabiniere - personale anche con mansioni operative, Cava/miniera/pozzi/gallerie - personale con lavoro manuale anche con uso di esplosivi, Collaudatore di veicoli/motoveicoli/aeromobili, Driver (corse al trotto)/fantino, Esercito - personale anche con mansioni operative, Forze armate (sommozzatore/reparti speciali) - personale anche con mansioni operative, Guardia del corpo, Guardia di finanza - personale anche con mansioni operative, Guardia giurata/notturna/metronotte, Guida sportiva - istruttore, Hydrospeed - istruttore/allenatore, Lavori subacquei (addetto)/sub professionista/palombaro, Marina militare - personale anche con mansioni operative (non sommozzatore), Paracadutismo/parapendio/deltaplano - istruttore/allenatore, Personale di bordo (steward, hostess di volo), Pilota aereo non di linea, Pilota di linea aerea, Polizia di stato - personale anche con mansioni operative, Rafting - istruttore/allenatore, Roccia - istruttore/allenatore, Sci/snowboard alpinismo - maestro/istruttore/allenatore, Soggetto con lavoro manuale che tratta sostanze asfissianti/corrosive/infettanti/tossiche/esplosive/pirotecniche/radioattive, Speleologia - istruttore/speleologo professionista, Sportivo professionista/semiprofessionista, Vigile del fuoco - personale anche con mansioni operative.
- b) Con riferimento alla sola Garanzia Complementare Infortuni e Malattia sono considerate non assicurabili, oltre a quelle sopra indicate alla precedente lettera a), anche le attività professionali ad

“elevata manualità”, ossia quelle che richiedono lo svolgimento di mansioni ad elevata manualità per più del 20% del totale del tempo lavorativo. Per mansioni ad elevata manualità si intendono:

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

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

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

- il decesso dell'Assicurato si sia verificato in conseguenza o in occasione dell'esercizio, comunque svolto dall'Assicurato, di una delle attività professionali elencate alla lettera a), esso non sarà considerato incluso nella Garanzia Principale e pertanto non sarà liquidata la relativa prestazione;
- l'infortunio o la malattia dell'Assicurato si sia verificato in conseguenza o in occasione dell'esercizio, comunque svolto dall'Assicurato, di una delle attività professionali elencate alla lettera a) o qualificabili come ad “elevata manualità” ai sensi della lettera b), esso non sarà considerato incluso nella Garanzia Complementare e pertanto non sarà liquidata la relativa prestazione.

Periodi di carenza

È facoltà dell'Assicurato decidere se sottoporsi o meno a visita medica (compreso test HIV) al fine di eliminare o meno il periodo di Carenza. Nel caso in cui il prodotto Lovia Twin venga sottoscritto senza visita medica e previa compilazione del questionario sanitario, viene applicato un periodo di Carenza di sei mesi dalla data di decorrenza del contratto, durante il quale l'Impresa non liquida il capitale assicurato in caso di decesso e quello assicurato in caso di infortunio o malattia ma si limita – al verificarsi dell'evento assicurato:

- in caso di decesso, a restituire i premi versati al netto delle imposte relative alla Garanzia Complementare Infortuni e Malattia;
- in caso di incapacità lavorativa specifica permanente dovuta a malattia, a restituire i premi versati relativi alla Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, al netto delle relative imposte.

Fanno eccezione a quanto sopra, per cui l'Impresa riconosce la liquidazione del capitale assicurato, il decesso e l'incapacità lavorativa specifica permanente conseguenti a:

- a) una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la decorrenza del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro - spinale, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b) shock anafilattico sopravvenuto dopo la decorrenza del contratto;
- c) infortunio sopravvenuto dopo la decorrenza del contratto.

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

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

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

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

Nel caso di cumulo dei capitali assicurati superiore a 400.000,00 (quattrocentomila) euro, l'Assicurato deve in ogni caso sottoporsi alla visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dall'Impresa e pertanto la copertura assicurativa è immediatamente operante (assenza di Carenza).

Ai fini della determinazione del cumulo dei capitali assicurati di cui sopra si deve considerare la somma dei capitali assicurati per lo stesso Assicurato con altre polizze vita caso morte e miste, collettive comprese, sottoscritte con Allianz S.p.A. e in vigore all'atto della sottoscrizione della Proposta. In caso di abbinamento della Garanzia Complementare, al fine di cui sopra, si deve considerare il capitale assicurato della Garanzia Principale.

Sfera di applicazione

La durata del contratto non può essere inferiore ad 1 anno né superiore a 20 anni, avuto riguardo all'Età computabile dell'Assicurato alla scadenza contrattuale che non può essere maggiore di 80 anni.

La durata della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia è pari alla durata contrattuale, a meno che l'Età computabile dell'Assicurato alla scadenza contrattuale non sia maggiore di 67 anni. In tal caso la Garanzia Complementare Infortuni e Malattia terminerà alla ricorrenza annua di contratto in cui l'Assicurato compie 67 anni (Età computabile).

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

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

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

È prevista la possibilità di sottoscrizione di più Contratti Lovia Twin in capo ad uno stesso Assicurato, tuttavia il cumulo dei capitali assicurabili per ciascuna delle due coperture non può superare i 400.000,00 (quattrocentomila) euro.

Status tabagico dell'Assicurato

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

Qualora nel corso della durata contrattuale l'Assicurato dichiaratosi "Non Fumatore" modifichi il proprio status tabagico in "Fumatore", il Contraente - o l'Assicurato, se persona diversa - è tenuto ad informarne immediatamente l'Impresa mediante comunicazione scritta. A seguito di tale comunicazione, l'Impresa effettuerà una nuova valutazione del rischio applicando la tariffa relativa all'Assicurato "Fumatore" e riservandosi di rideterminare il premio pattuito o il capitale assicurato. In caso di rideterminazione del premio, il premio aumentato sarà dovuto a partire dalla ricorrenza annuale del contratto successiva al ricevimento della comunicazione di modifica dello status tabagico. L'aumento del premio avverrà mantenendo inalterato il capitale assicurato. In caso di rideterminazione del capitale assicurato, questo verrà ridotto con effetto immediato, mantenendo inalterato il premio.

Nel caso in cui l'Assicurato, trovandosi nello status tabagico di "Fumatore", invii all'Impresa una dichiarazione attestante che ha smesso di fumare da almeno 12 mesi, l'Impresa - subordinatamente agli esiti degli esami medici eventualmente richiesti per accertare l'insorgenza di patologie derivanti dalla passata abitudine di fumo – applicherà la tariffa relativa all'Assicurato "Non Fumatore" con possibile riduzione del premio o aumento del capitale assicurato. La riduzione del premio mantenendo inalterato il capitale assicurato avrà effetto a partire dalla ricorrenza annuale del contratto successiva alla ricezione della comunicazione di modifica dello status tabagico, mentre l'aumento del capitale assicurato mantenendo inalterato il premio ha effetto immediato.

I costi degli accertamenti sanitari eventualmente richiesti saranno a carico dell'Assicurato.

	<p>In caso di mancata comunicazione della modifica dello status tabagico dell'Assicurato da "Non Fumatore" a "Fumatore", in caso di Sinistro, una volta verificato lo status di "Fumatore" sulla base dei riscontri derivanti dagli accertamenti sanitari, l'Impresa applicherà una riduzione del capitale assicurato sulla base della tariffa dedicata all'Assicurato "Fumatore".</p>
<i>Cambiamento di Professione dell'Assicurato</i>	<p>I cambiamenti dell'attività professionale dell'Assicurato, oltre che i cambiamenti in termini di forma di lavoro con cui l'Assicurato svolge la propria attività professionale, devono essere comunicati all'Impresa con lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata (PEC, all'indirizzo allianz.spa@pec.allianz.it) e l'Impresa, entro 15 giorni dalla ricezione della stessa, deve dichiarare gli eventuali effetti che tali cambiamenti hanno sul contratto.</p> <p>In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ qualora la nuova attività professionale rientri tra quelle non assicurabili elencate nella sezione "Attività professionali non assicurabili", l'assicurazione cessa di avere effetto e il contratto viene risolto, salvo il diritto dell'Impresa al premio relativo al periodo di assicurazione in corso; ▪ qualora la nuova attività professionale rientri tra quelle qualificabili come ad "elevata manualità" nella sezione "Attività professionali non assicurabili", ma non rientri tra quelle elencate all'articolo lettera a), l'assicurazione si risolve per la sola Garanzia Complementare Infortuni e Malattia mentre prosegue fino a scadenza per la Garanzia Principale Caso Morte. <p>Questo avviene anche nel caso in cui a variare sia la forma di lavoro qualora questa non rientri tra quelle assumibili. In tal caso, l'assicurazione si risolve per la sola Garanzia Complementare Infortuni e Malattia mentre prosegue fino a scadenza per la Garanzia Principale Caso Morte.</p> <p>Qualora invece il cambiamento di attività professionale dovesse comportare un aggravio del rischio della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, tale per cui, se il nuovo stato di cose fosse esistito all'atto della sottoscrizione della Proposta, l'Impresa avrebbe consentito l'assicurazione per un premio più elevato, il contratto rimane in vigore e l'Impresa provvede a rideterminare il capitale assicurato in caso di infortunio o malattia, riducendolo in proporzione del premio convenuto in confronto di quello che sarebbe stato dovuto, oppure aumentando l'importo di premio della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia.</p> <p>Qualora invece il cambiamento di attività professionale dovesse comportare una diminuzione del rischio della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, tale per cui, se il nuovo stato di cose fosse esistito all'atto della sottoscrizione della Proposta, l'Impresa avrebbe consentito l'assicurazione per un premio più basso, il Contratto rimane in vigore e l'Impresa provvede a rideterminare il capitale assicurato in caso di infortunio o malattia, incrementandolo in proporzione del premio convenuto in confronto di quello che sarebbe stato dovuto, oppure riducendo l'importo di premio della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia.</p> <p>Se l'Impresa dichiara di voler modificare il contratto (elevando il premio o riducendo il capitale assicurato della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia), il Contraente, entro 15 giorni dalla ricezione della comunicazione/dichiarazione dell'Impresa, deve dichiarare se intende accettare la Proposta. In caso di mancata accettazione, la Garanzia Complementare Infortuni e Malattia si risolve e il contratto resta in vigore fino a scadenza per la sola Garanzia Principale Caso Morte.</p> <p>La modifica del capitale assicurato ha effetto immediato, mentre la modifica del premio ha effetto a partire dalla ricorrenza annua immediatamente successiva alla ricezione della comunicazione di modifica della professione dell'Assicurato.</p> <p>Qualora l'Assicurato, oltre all'attività professionale dichiarata alla sottoscrizione della Proposta, inizi ad esercitare anche un'ulteriore attività professionale non assicurabile, tale ultima attività non sarà inclusa nella copertura assicurativa.</p>
<i>Retrodatazione del contratto</i>	<p>Ammissa solo se conveniente per il Contraente.</p>
<i>Basi tecniche</i>	<p>Base finanziaria: 0%</p> <p>Basi demografiche: differenziate per status fumatore/non fumatore.</p>
<i>Premi</i>	<p><u>Premio della garanzia Principale Caso Morte:</u></p> <p>Il Premio annuo della Garanzia Principale Caso Morte è fisso e costante per tutta la durata del contratto.</p> <p><u>Premio della garanzia Complementare Infortuni e Malattia</u></p> <p>Nel caso in cui la durata del contratto è minore o uguale a dieci anni, il Premio annuo della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia è fisso e costante per tutta la durata del contratto.</p> <p>Nel caso in cui la durata del contratto – o della Garanzia Complementare, se inferiore – è maggiore di dieci anni, il Premio annuo della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia è fisso e costante per i primi dieci anni. Dopodiché, in qualsiasi momento, nel caso in cui le analisi effettuate in conformità a dati oggettivamente verificabili, desunti da statistiche nazionali o internazionali o da rilevazioni condotte su portafogli assicurativi, dimostrino un effettivo incremento dei tassi di sinistrosità tali da richiedere una</p>

modifica delle basi statistiche sottostanti alla tariffa, l'Impresa si riserva la **facoltà di variare** il Premio annuo della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia applicato al contratto, senza necessità per l'Assicurato di compilare un nuovo questionario sanitario o di sottoporsi ad ulteriori accertamenti sanitari. La modifica del Premio annuo della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia applicato al contratto non può avvenire più di una volta nel corso del contratto.

Nel caso in cui, in base alle suindicate condizioni, si renda necessario aumentare il Premio annuo della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia applicato al contratto, l'Impresa ne dà comunicazione al Contraente una prima volta entro sei mesi dalla ricorrenza annua di contratto, ed una seconda volta entro un mese. Per i contratti la cui ricorrenza annua cade entro i sei mesi dalla data di comunicazione della variazione del Premio annuo della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, la ricorrenza annua in cui ha effetto tale variazione è la seconda successiva.

Il Contraente, entro 30 giorni antecedenti la ricorrenza annua del contratto in cui avrà effetto la variazione del Premio annuo della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, avrà la possibilità di:

- accettare l'adeguamento del capitale assicurato in caso di infortunio o malattia, fermo restando il Premio annuo della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia. Questa opzione è adottata anche in mancanza di una scelta esplicita da parte del Contraente;
- accettare l'adeguamento del Premio annuo della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, fermo restando il capitale assicurato in caso di infortunio o malattia;
- rifiutare il nuovo Premio annuo della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia. In tal caso, si genereranno i seguenti effetti:
 - la risoluzione della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia, con la conseguenza che non si fruirà più della relativa copertura;
 - il rimborso della differenza tra il Premio annuo pagato per la durata superiore pattuita in origine e il Premio annuo che avrebbe dovuto pagare per la durata di effettivo godimento della Garanzia Complementare Infortuni e Malattia;
 - per la durata contrattuale residua, il Contraente continuerà a pagare il Premio annuo della Garanzia Principale Caso Morte, per l'importo pattuito in origine, con la conseguenza che continuerà a beneficiare della relativa copertura.

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

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

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

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

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

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

Non sono ammesse modalità di pagamento diverse da quelle suddette.

Valuta

Euro.

Costi gravanti sul premio

DIRITTI

di emissione:

- per polizze "senza visita medica": non previsti;
- per polizze "con visita medica": 50 euro.

di quietanza: non previsti.

CARICAMENTI

- caricamento percentuale: 20% su ciascun premio (applicato alla Garanzia Principale e alla Complementare Infortuni e Malattia)
- caricamento fisso: 50€ su ciascun premio relativo alla Garanzia Principale Caso Morte

INTERESSI DI FRAZIONAMENTO

Il premio annuo può essere corrisposto dal Contraente con periodicità annuale, semestrale, trimestrale o mensile. Nel caso venga scelta una periodicità di pagamento diversa da quella annuale, il premio viene maggiorato mediante l'applicazione di un'addizionale di frazionamento come di seguito indicato:

Periodicità di pagamento	Addizionale di frazionamento
Semestrale	1,2%
Trimestrale*	1,8%
Mensile*	2,3%

* SDD obbligatorio

SPESE PER LA VISITA MEDICA

Nel caso in cui l'Assicurato desideri eliminare la carenza, è necessario che si sottoponga a visita medica. Ciò comporta la compilazione del rapporto di visita medica e l'effettuazione degli accertamenti sanitari richiesti dall'Impresa per l'assunzione del rischio, che variano a seconda dell'ammontare del cumulo del capitale assicurato e dell'età dell'Assicurato.

La visita medica e gli ulteriori accertamenti sanitari sono obbligatori anche nel caso in cui il capitale assicurato dal prodotto in questione e relativo alla garanzia principale Caso Morte faccia cumulo con altre coperture assicurative, stipulate con Allianz S.p.A., che includano garanzie caso morte, come miste, temporanee e a vita intera, stipulate sulla stessa testa assicurata e ancora in vigore, e tale cumulo sia superiore a 400.000 euro.

L'Assicurato può avvalersi di una piattaforma di medici e case di cura fiduciarie/convenzionate con presenza capillare sul territorio nazionale in collaborazione con Allianz Partners (AP), beneficiando dell'agevolazione sui costi derivanti dall'effettuazione della visita medica e degli accertamenti sanitari presso le strutture convenzionate, che saranno sostenuti interamente dall'Impresa. Nel caso in cui il Capitale Caso Morte del prodotto Lovia Twin sottoscritto faccia cumulo con altre polizze comprendenti una garanzia caso morte, stipulate sulla stessa testa assicurata e ancora in vigore, e detto cumulo sia minore o uguale a 750.000 euro, se l'Assicurato si sottopone agli accertamenti sanitari presso i centri convenzionati AP, non verrà richiesta la presentazione del test HIV, e conseguentemente la polizza verrà emessa con la previsione dell'apposita carenza di 5 anni relativa a tale esame ed alla patologia sopra citata. Qualora l'Assicurato intenda avvalersi del check up gratuito con l'effettuazione del test HIV, e abbia quindi barrato l'apposita sezione all'interno del Modulo di Proposta, dovrà provvedere personalmente al ritiro del referto e successivamente all'inoltro dello stesso in direzione.

Nel caso in cui l'Assicurato non effettui la visita medica presso le case di cura fiduciarie/convenzionate con Allianz Partners (AP), Allianz S.p.A. offre un contributo che varia a seconda dell'ammontare del cumulo del capitale assicurato, come indicato nella seguente tabella:

Cumulo capitale Caso Morte	Importi massimi
Fino a 400.000€	120€
Oltre 400.000€ e fino a 750.000€	275€
Oltre 750.000€	390€

Per poter usufruire del predetto contributo, le fatture relative alla visita medica devono essere presentate all'Impresa per il relativo pagamento.

	Il costo per la visita medica eccedente il contributo massimo offerto dall'Impresa e indicato nella tabella sopra riportata è a carico dell'Assicurato e viene imputato tramite incremento delle spese di emissione.
<i>Altre condizioni assuntive</i>	Se dalla valutazione dovessero emergere motivi di aumento della rischiosità, sarà necessario applicare un sovrappremio sanitario o sportivo o il rifiuto del rischio.
<i>Interruzione pagamento premi</i>	Il mancato pagamento di un solo premio (o di una sola rata di premio), dopo 30 giorni, determina la risoluzione del contratto (la riduzione delle prestazioni non è prevista). In tale caso i premi versati restano definitivamente acquisiti dall'Impresa. La riattivazione del contratto è ammessa, alle condizioni stabilite dall'Impresa, purché non siano trascorsi più di 24 mesi dalla scadenza del primo premio annuo o della prima rata di premio non pagata, sempreché l'Assicurato nel frattempo non abbia cambiato la propria attività lavorativa rispetto a quella dichiarata prima che il piano pagamento premi venisse interrotto.
<i>Riscatto e prestito</i>	Non previsti.
<i>Recesso</i>	È possibile esercitare il diritto di recesso entro trenta giorni dalla data di conclusione del contratto.
<i>Imposta sui premi</i> <i>Detraibilità fiscale dei premi</i> <i>Tassazione delle somme assicurate</i>	<u>Imposta sui premi</u> I premi pagati per la garanzia Principale Caso Morte non sono soggetti ad alcuna imposta. I premi pagati per la garanzia Complementare Infortuni e Malattia sono soggetti ad imposta nella misura del 2,5%. <u>Detraibilità fiscale dei premi</u> Sui premi pagati per la garanzia Principale Caso Morte nonché su quelli corrisposti per la garanzia Complementare Infortuni e Malattia per la parte relativa alla copertura del rischio di invalidità permanente non inferiore al 5% 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 massimo di premi pagati nell'anno pari a 530 euro (elevato a 750 euro nel caso in cui il beneficiario della copertura sia un familiare con disabilità grave definita dall'art. 3, comma 3, L. 5 febbraio 1992, n. 104 ed accertata con le modalità di cui all'art. 4 della medesima legge). Qualora le figure del Contraente e dell'Assicurato non coincidano, la detrazione fiscale compete alla persona rispetto al quale siano verificate una delle seguenti ipotesi: <ul style="list-style-type: none"> ▪ E' contraente e un suo familiare a carico è il soggetto assicurato; ▪ Un suo familiare a carico è sia contraente che soggetto assicurato; ▪ E' il soggetto assicurato e un suo familiare a carico è il contraente; ▪ Contraente ed assicurato sono due persone diverse entrambe a suo carico. Ai fini della detrazione d'imposta devono essere considerati tutti gli ulteriori premi che siano eventualmente corrisposti per coperture che diano accesso al descritto beneficio fiscale nonché, oltre a quelli ai premi pagati per le suddette coperture, anche eventuali premi pagati per le assicurazioni sulla vita o per le assicurazioni infortuni stipulate anteriormente al 1° gennaio 2001. Si ricorda infine che, fermo quanto fin qui detto, la detrazione è riconosciuta solo qualora il premio sia corrisposto attraverso metodi di pagamento tracciabili. <u>Tassazione delle somme assicurate</u> Le somme dovute dall'Impresa in dipendenza del contratto sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni. <u>Imposta di bollo</u> Il contratto non è soggetto all'imposta di bollo.

AVVERTENZE

Il presente documento è volto a supportare l'attività delle Agenzie di Allianz S.p.A.. I dati e le informazioni in esso contenuti sono da considerare pertanto ad esclusivo uso degli Agenti e dei loro collaboratori e ne sono vietate la consegna o la diffusione nei confronti di soggetti diversi da quelli indicati. Chiunque utilizzasse il presente documento in modo - anche parzialmente - diverso da quello consentito, sarà esclusivamente responsabile di ogni conseguenza derivante da tale utilizzo e dovrà altresì tenere Allianz manlevata ed indenne da ogni conseguenza pregiudizievole che essa dovesse subire.