Allianz

GeniaLife

Contratto di assicurazione temporanea per il caso di morte monoannuale a premio unico

SET INFORMATIVO

Edizione: maggio 2022
Tariffe: VS2LS 01 – Fumatori
VS2LS 02 – Non fumatori

Il presente Set informativo contenente:

a) DIP Vita
b) DIP Aggiuntivo Vita
c) Condizioni di assicurazione comprensive di Glossario
d) Modulo di Proposta

deve esser consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta

AVVERTENZA

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set informativo

Il prodotto è conferme alle Linee guida “Contratti Semplici e Chiari”

GeniaLife

Allianz Global Life dac – Sede secondaria di Trieste
Società del gruppo Allianz SE, autorizzata all’esercizio dell’assicurazione sulla vita dalla Central Bank of Ireland - Registrata al locale registro delle società con autorizzazione n. 458565 - Capitale emesso euro 45.100.000 - Capitale autorizzato euro 100.000.000 - Iscritta all’albo imprese di assicurazione n. I.00078 - Operante in Italia in regime di stabilimento nella assicurazione sulla vita - Sede secondaria di Trieste – CF, P. IVA e Registro imprese di Trieste n. 01155610320 - Largo Ugo Irneri, 1 – 34123 – Telefono +39 040 3175.660 - Fax +39 040 7781.819 - www.allianzgloballife.com/it

Allianz

Assicurazione temporanea per il caso di morte
Documento Informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi
(DIP Vita)

Impresa: Allianz Global Life dac **Prodotto: GenialLife**

Data di realizzazione: 31/05/2022 **Il presente DIP Vita è l'ultimo disponibile**

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

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione temporanea per il caso di morte, monoannuale e a premio unico, che prevede, in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, il pagamento ai Beneficiari del capitale assicurato indicato in Proposta.

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

a) **Prestazione di capitale in caso di decesso**

b) **Prestazioni assicurate dalle garanzie complementari**

- *Complementare Infortuni:* pagamento di un capitale aggiuntivo indicato in polizza in caso di decesso prima della scadenza contrattuale per infortunio da qualunque causa, oppure, in caso il decesso avvenga entro 12 mesi dall'infortunio e purché la causa del decesso sia provata come conseguente ad un infortunio che ha prodotto lesioni corporali obiettivamente constatabili;
- *Complementare Lui&Lei*: anticipazione di una percentuale del capitale principale, qualora nel periodo di copertura venga diagnosticato un cancro tra quelli previsti contrattualmente;
- *Complementare Malattie gravi*: anticipazione di una percentuale del capitale principale, qualora nel periodo di copertura venga diagnosticata una malattia terminale con una aspettativa di vita di meno di 12 mesi;
- *Complementare Invalidità totale e permanente*: pagamento di un capitale aggiuntivo indicato in polizza in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale;
- *Complementare Non autosufficienza*: pagamento di un capitale aggiuntivo di 50.000,00 euro in caso di non

Che cosa NON è assicurato?

- Non sono assicurabili i soggetti che, alla decorrenza del contratto, hanno un'età anagrafica inferiore a 18 anni e un'età computabile maggiore o uguale a 70 anni (60 anni per la sola garanzia complementare Lui&Lei, 61 anni per la garanzia complementare Invalidità totale e permanente e 66 anni per la garanzia complementare Non autosufficienza);
- Non sono assicurabili i soggetti che non superano positivamente il questionario sanitario online e, per stipule oltre i 65 anni, i soggetti che non superano la visita medica.

Ci sono limiti di copertura?

- **Carenza** - Viene applicato un periodo di carenza di 6 mesi dalla data di conclusione del contratto, durante il quale l'Impresa non garantisce le prestazioni assicurate, ma si limita - al verificarsi dell'evento assicurato - a restituire i premi versati al netto delle eventuali imposte e diritti. Tuttavia, anche nel periodo di carenza, l'Impresa corrisponde integralmente la prestazione assicurata nei casi indicati nel DIP aggiuntivo Vita nella sezione "Ci sono limiti di copertura?".
- **Esclusioni della garanzia principale -** Il rischio di morte è coperto per qualsiasi causa senza limiti territoriali eccetto i casi esclusi dalla garanzia ed indicati nella sezione "Che cosa NON è assicurato?" del DIP aggiuntivo Vita.
- **Esclusioni della garanzia complementare Infortuni-** Il rischio di morte derivante da

genialLife

autosufficienza dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale.

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

Per i maggiori dettagli si rinvia al DIP aggiuntivo Vita.

Infortunio è coperto per qualsiasi causa senza limiti territoriali eccetto i casi esclusi dalla garanzia ed indicati nella sezione "Che cosa NON è assicurato?" del DIP aggiuntivo Vita.

! **Esclusioni delle garanzie complementari Lui&Lei, Malattie gravi, Invalidità totale e permanente e Non autosufficienza** - Sono previsti casi di esclusione delle garanzie complementari indicati nella sezione "Che cosa NON è assicurato?" del DIP aggiuntivo Vita.

Dove vale la copertura?

✓ Tutte le coperture valgono senza alcun limite territoriale **fatta eccezione** per i decessi, le invalidità totali e permanenti o le non autosufficienze avvenuti in uno qualunque dei paesi per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere il viaggio oppure esistano zone di rischio ben definite. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.it o sito sostitutivo del Ministero degli Esteri.

Che obblighi ho?

Quando sottoscrive il contratto, il Contraente ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare.
Per ottenere la liquidazione gli aventi diritto dovranno preventivamente far pervenire all'Impresa (via posta raccomandata A/R, indirizzata a Allianz Global Life dac, Sede secondaria in Italia, Largo Ugo Irneri 1, 34123 Trieste, o Posta Elettronica Certificata (PEC) comunicazioni@pec.geniallife.it, eventualmente anticipate via e-mail) tutti i documenti necessari a verificare l'obbligo e a individuarli correttamente, indicati nel DIP aggiuntivo Vita nella sezione "Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?".

Quando e come devo pagare?

Il premio è determinato da garanzie prestate, ammontare del capitale assicurato, stato di salute, abitudini di vita, stato di fumatore/non fumatore ed età dell'Assicurato.
Il pagamento del premio unico può essere frazionato in rate mensili. Il premio relativo al primo anno, anche se frazionato, è dovuto per intero.
In caso di frazionamento del premio unico, le rate in cui viene suddiviso il premio sono maggiorate dell'addizionale di frazionamento pari al 3,5%.
Il pagamento del premio unico può avvenire tramite bonifico bancario o procedura di addebito diretto (SDD) da conto corrente intestato/cointestato al Contraente sul conto indicato nel modulo di Proposta oppure mediante carta di credito della quale il Contraente sia titolare.
Il pagamento del premio mensile, invece, può avvenire esclusivamente tramite procedura di addebito diretto (SDD) oppure mediante carta di credito. Non sono ammesse modalità di pagamento diverse da quelle suddette.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto si conclude con il pagamento del premio. L'assicurazione entra in vigore alle ore 24 della data di decorrenza indicata in Proposta, con i periodi di carenza previsti. Il contratto dura un anno e non prevede tacito rinnovo.

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

Revoca
Qualora, dopo trenta giorni dal giorno dell'emissione della proposta non sia stato effettuato il pagamento, la proposta stessa si intende revocata.
Recesso
Entro trenta giorni dalla data di conclusione del contratto, il Contraente potrà recedere dal contratto mediante comunicazione all'Impresa contenente gli elementi gli identificativi del contratto a mezzo Posta Elettronica Certificata (PEC) all'indirizzo comunicazioni@pec.geniallife.it o tramite raccomandata A/R all'indirizzo Allianz Global Life dac, Sede secondaria in Italia, Largo Ugo Irneri 1, 34123 Trieste.
Risoluzione
La sospensione del pagamento delle rate di premio, trascorsi trenta giorni dalla data pattuita per il pagamento della rata di premio dovuta, ha l'effetto di determinare lo scioglimento del contratto.
Trascorso un anno dalla decorrenza del contratto, se il Contraente ha optato per il pagamento del premio unico frazionato in rate mensili, può risolvere anticipatamente il contratto sospendendo il pagamento delle rate di premio.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☑ NO

Non è previsto l'esercizio del diritto di riscatto e la prestazione non può essere ridotta.
Il Contraente non ha la facoltà di riattivare il contratto in caso di interruzione del pagamento dei premi.

Allianz

Assicurazione temporanea per il caso di morte
Documento Informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi
(DIP aggiuntivo Vita)

Impresa: Allianz Global Life dac **Prodotto: GenialLife**

Data di aggiornamento: 31/05/2022 **Il presente DIP aggiuntivo Vita è l'ultimo disponibile**

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Impresa: Allianz Global Life designated activity company (dac) appartenente al 100% al gruppo assicurativo ALLIANZ SE
Sede legale: Maple House – Temple Road – Blackrock – Dublin – IRELAND
Recapito telefonico: +353 1 242 2300
Sito internet: www.allianzgloballife.com/it
Indirizzo e-mail: info-agl@allianz.com
Indirizzo PEC: agl@pec.allianz.it

Sede secondaria:
Indirizzo: Largo Irneri 1, I 34123 Trieste TS - Italia
Registrata al locale registro delle imprese con autorizzazione n. 458565
Iscritta all'albo imprese di assicurazione n. I.00078
Operante in Italia in regime di stabilimento nella assicurazione sulla vita
Autorità di Vigilanza competente: IVASS

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2021 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:
- il patrimonio netto dell'Impresa, pari a 128,2 milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale, pari a 45,1 milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali, pari a 83,1 milioni di euro.

Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SFCR), disponibile sul sito internet dell'Impresa www.allianzgloballife.com/it e si riportano di seguito gli importi (milioni di euro):
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 134,1;
- del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a 44,5;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 307,8;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR): pari a 307,8;

e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'Impresa, pari a 230%.

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

a) Prestazione in caso decesso

In caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, l'Impresa paga il capitale assicurato scelto dal Contraente alle persone designate (Beneficiari). **In caso di sopravvivenza** dell'Assicurato alla scadenza **non è prevista alcuna prestazione e i premi pagati restano acquisiti dall'Impresa.**

b) Prestazione assicurata dalla garanzia complementare Infortuni - valida solo se espressamente richiamata in Polizza

In caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale per infortunio da qualunque causa, oppure, in caso il decesso avvenga entro 12 mesi dall'infortunio e purché la causa del decesso sia provata come conseguente ad un infortunio che ha prodotto all'Assicurato lesioni corporali obiettivamente constatabili, l'Impresa garantisce ai Beneficiari il pagamento di un capitale aggiuntivo indicato in Polizza. **In caso di sopravvivenza** dell'Assicurato alla scadenza **non è prevista alcuna prestazione e i premi pagati restano acquisiti dall'Impresa.** Agli effetti di questa garanzia complementare, s'intende per Infortunio, un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna.

Sono compresi inoltre nella garanzia complementare Infortuni:

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

c) Prestazione assicurata dalla garanzia complementare Lui&Lei - valida solo se espressamente richiamata in Polizza

Qualora nel periodo di copertura venga diagnosticato un cancro tra quelli contrattualmente previsti, l'Impresa pagherà all'Assicurato la percentuale del capitale principale indicata in Polizza: in quel momento il capitale della garanzia principale viene ridotto della somma pagata. Il capitale assicurato residuo non si ricostituisce in caso di rinnovo.

Tipi di cancro previsti

Cancro è la prima diagnosi di un tumore maligno invasivo originato in uno dei seguenti siti:

- cancro femminile: nelle mammelle, nella cervice, nel corpo uterino (utero), nella vagina, nella vulva, nelle ovaie, nelle tube di Falloppio;
- cancro maschile: nella prostata, nei testicoli o nel pene.

La garanzia opera solo se il tumore è maligno e caratterizzato da crescita incontrollata e diffusione di cellule maligne, con invasione e distruzione del tessuto normale e necessita di intervento chirurgico, e/o radioterapia e/o chemioterapia. La diagnosi deve essere confermata da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo.

d) Prestazione assicurata dalla garanzia complementare Malattie gravi - valida solo se espressamente richiamata in Polizza

Qualora nel periodo di copertura venga diagnosticata una malattia terminale con aspettativa di vita di meno di 12 mesi, l'Impresa pagherà all'Assicurato la percentuale del capitale principale indicata in Polizza: in quel momento il capitale della garanzia principale viene ridotto della somma pagata. Il capitale assicurato residuo non si ricostituisce in caso di rinnovo.

Malattie terminali

È "malattia terminale" una malattia per la quale l'Assicurato ha un'aspettativa di vita inferiore a 12 mesi.
Ai fini dell'accertamento della malattia terminale dell'Assicurato è necessario che:

- un medico specialista diagnostichi la malattia basandosi su conclusioni e relazioni mediche, comunichi per iscritto all'Impresa di ritenere che l'Assicurato abbia un'aspettativa di vita inferiore a 12 mesi e dichiari di non essere parente, collega di lavoro, dipendente o datore di lavoro dell'Assicurato. L'Impresa sottoporrà alla propria consulenza medica tutta la documentazione prodotta dall'Assicurato;
- il medico sia residente ed autorizzato ad operare esclusivamente in uno dei seguenti Paesi: Unione Europea, Regno Unito, Stati Uniti d'America, Australia, Canada, Hong Kong, Islanda, Giappone, Nuova Zelanda, Norvegia, Arabia Saudita, Sud Africa, Svizzera, Turchia.

e) Prestazione assicurata dalla garanzia complementare Invalidità totale e permanente - valida solo se espressamente richiamata in Polizza

In caso di invalidità totale e permanente a seguito di Infortunio o Malattia dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, l'Impresa garantisce all'Assicurato il pagamento di un capitale aggiuntivo indicato in Polizza pari al 100% del capitale assicurato dalla garanzia principale.

Per invalidità totale e permanente si intende la perdita totale e permanente della capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro, quale che fosse la professione esercitata dall'assicurato purché proficua e remunerabile, e sempreché il grado di invalidità risulti pari o superiore al 66% a postumi stabilizzati. L'invalidità deve essere stata causata da una malattia organica o lesione fisica, oggettivamente accertabile ed indipendente dalla volontà dell'Assicurato.
Sono escluse dalla tutela assicurativa le inabilità derivanti da invalidità riconosciute o in corso di riconoscimento dai competenti organi pubblici e già note al Contraente e/o all'assicurato stesso all'atto della stipula della presente assicurazione.

f) Prestazione assicurata dalla garanzia complementare Non autosufficienza - valida solo se espressamente richiamata in Polizza

In caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato nel compimento di una serie di attività elementari della vita quotidiana prima della scadenza contrattuale, l'Impresa garantisce all'Assicurato il pagamento di un capitale aggiuntivo di 50.000,00 euro.
Si definisce in Stato di Non Autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute comporti l'impossibilità di compiere in autonomia, in modo permanente e presumibilmente irreversibile, almeno 4 delle 6 attività di vita quotidiana di seguito elencate:

1. **Lavarsi** – la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia);
2. **Vestirsi e Svestirsi** – la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento e, eventualmente, anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici senza l'assistenza di una terza persona;
3. **Andare al bagno ed usarlo** - la capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale (ad esempio lavarsi, radersi, pettinarsi, ecc.);
4. **Spostarsi** – la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e vice versa senza l'aiuto di una terza persona;
5. **Continenza** – la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente;
6. **Alimentarsi** – la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona.

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

Carenza
Viene applicato un **periodo di carenza di 6 mesi dalla data di conclusione del contratto, durante il quale l'Impresa non corrisponde le prestazioni assicurate,** ma si limita - al verificarsi dell'evento assicurato - a restituire i premi versati al netto delle eventuali imposte e diritti. Tuttavia, anche nel periodo

di carenza, l'Impresa corrisponde integralmente la prestazione assicurata solo nel caso in cui il decesso, l'invalidità totale e permanente o lo stato di non autosufficienza avvenga per conseguenza diretta:

a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la data di 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) di shock anafilattico sopravvenuto dopo la data di decorrenza del contratto;
c) di infortunio avvenuto dopo la data di decorrenza del contratto, fermo quanto disposto ai successivi paragrafi sulle Esclusioni.

Per la sola garanzia complementare Lui&Lei, la prestazione assicurata non opera se la diagnosi del cancro avviene durante il periodo di carenza o se in questo periodo l'Assicurato/a presentasse segni e/o sintomi oppure si sottoponesse ad accertamenti i cui risultati portino alla diagnosi:

- per l'Assicurato: di cancro alla prostata, ai testicoli o al pene;
- per l'Assicurata: di cancro alle mammelle, alla cervice, al corpo uterino (utero), alla vagina, alla vulva, alle ovaie, alle tube di Falloppio, indipendentemente dalla data di diagnosi.

Per la garanzia Malattie gravi, durante il periodo di carenza, l'Impresa non corrisponde la prestazione assicurata ad eccezione della diagnosi di malattia terminale con aspettativa di vita di meno di 12 mesi dovuta ad una delle malattie/infortunio sopra elencate nei punti a), b) e c).
Non è previsto alcun periodo di carenza nel caso in cui venga rinnovato espressamente il contratto.

Esclusioni della garanzia principale

Il rischio di morte è coperto per qualsiasi causa senza limiti territoriali **eccetto i seguenti casi** esclusi dalla garanzia:

a) dolo del Contraente o del Beneficiario o loro partecipazione attiva a delitti dolosi;
b) eventi avvenuti in uno qualunque dei paesi per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere il viaggio oppure esistano zone di rischio ben definite. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.it o sito sostitutivo del Ministero degli Esteri. Qualora l'indicazione venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel Paese segnalato, la garanzia è estesa per un massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione. Nel caso in cui l'indicazione del Ministero degli Esteri risulti vaga, non chiara o di difficile interpretazione e sia tale da generare dubbi al Contraente circa la validità della copertura, questi deve rivolgersi all'Impresa la quale valuterà la richiesta e confermerà o meno e a quali condizioni il rischio è assicurato;
c) incidente di volo se l'Assicurato viaggia come membro dell'equipaggio o se viaggia a bordo di aeromobile NON autorizzato al volo o con pilota NON Titolare di brevetto idoneo, o come passeggero di aeromobili di aeroclub o di apparecchi per il volo da diporto/sportivo come deltaplani, ultraleggeri, parapendio, etc.;
d) suicidio;
e) pratica delle seguenti attività sportive: Alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, Arrampicata libera (free climbing), Arti marziali nelle varie forme, Atletica pesante, Base o Bungee jumping, Canoa fluviale, Downhill, Football americano, 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 idroscì, Sci/Snowboard se acrobatico oppure estremo oppure alpinismo, Skeleton, Speedriding, Speleologia, Sport aerei in genere, Torrentismo (Canyoning), Tuffi da scogliere (cliff diving), Vela con traversate oceaniche;
f) pratica professionale di queste attività: lavori su impalcature o ponti, nel sottosuolo o in mare aperto, attività subacquea in genere, attività che comporti contatti con materie esplodenti, venefiche, chimiche o elettriche; esposizione a rischi speciali come incendi, presenza di animali feroci, colluttazioni, acrobazie e simili;
g) eventi avvenuti nell'esercizio dell'attività professionale, eccetto il normale lavoro d'ufficio, per soggetti che appartengono a Forze o Corpi Armati, Forze dell'ordine, Vigili del Fuoco, Protezione Civile, Guardie Giurate;
h) eventi causati da armi nucleari, trasmutazione del nucleo atomico e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche;
i) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è coperto il caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;

j) stati di ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
k) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, dichiarata o non dichiarata e guerra civile;
l) sindrome da immunodeficienza acquisita (HIV) o altra patologia ad essa collegata.

Nei predetti casi, ad eccezione di quanto indicato alla lettera a), per il quale secondo il Codice Civile non è prevista alcuna prestazione, l'Impresa si impegna a corrispondere ai Beneficiari il premio pagato dell'annualità in corso al netto di eventuali imposte e diritti.

Esclusioni della garanzia complementare Infortuni
Per la garanzia complementare Infortuni, valgono le esclusioni previste per la garanzia principale e, inoltre, la **garanzia non opera** qualora l'infortunio dipenda direttamente o indirettamente da:
- operazioni chirurgiche, accertamenti e trattamenti medici non resi necessari da un infortunio subito;
- insurrezioni o risse (salvo i casi di legittima difesa).

Esclusioni delle garanzie complementari Lui&Lei e Malattie gravi
La Polizza **non prevede il pagamento** di alcuna prestazione in caso di volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche e/o in relazione a malattie di cui l'Assicurato abbia sofferto o che siano state diagnosticate prima dell'inizio della copertura o, per la sola garanzia complementare Lui&Lei, durante il periodo di carenza. Per la garanzia Malattie gravi, durante il periodo di carenza, l'Impresa non corrisponde la prestazione assicurata ad eccezione della diagnosi di malattia terminale con aspettativa di vita di meno di 12 mesi dovuta ad una delle malattie/infortunio elencate nel soprariportato paragrafo "Carenza", punti a), b) e c). Inoltre, non è liquidabile alcuna prestazione se la malattia è direttamente o indirettamente conseguente a una condizione o malattia pregressa, in relazione cioè alla quale l'Assicurato abbia:
- presentato segni o sintomi;
- consultato un medico;
- assunto un trattamento medico o farmacologico;
- ricevuto esiti di esami clinico-strumentali anomali.

La Polizza **non prevede il pagamento** di alcuna prestazione in relazione a tumori che sono recidive o metastasi di tumori diagnosticati durante il periodo di carenza.
Inoltre **sono esclusi**:
- tutti i tumori istologicamente descritti come benigni, premaligni o maligni borderline a bassa potenzialità di malignità, non invasivi o qualsiasi grado di displasia;
- qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dalla classificazione TNM dell'AJCC settima edizione;
- solo per la garanzia complementare Lui&Lei, qualsiasi tumore originato in un sito o tessuto diverso da quelli indicati nella relativa definizione (di cancro maschile o cancro femminile);
- inoltre, si intendono esclusi:
  per il cancro femminile:
  - neoplasia cervicale intra-epiteliale (CIN);
  - mola idatiforme;

  per il cancro maschile:
  - tutti i tumori della prostata istologicamente descritti come T1a, T1b dalla Classificazione TNM dell'AJCC settima edizione e con un punteggio Gleason inferiore o uguale a 6;
  - qualsiasi grado di neoplasia intraepiteliale prostatica (PIN).

Esclusioni della garanzia complementare Invalidità totale e permanente
La Polizza **non prevede il pagamento** di alcuna prestazione in relazione al rischio di invalidità totale e permanente e la garanzia non è operante nei seguenti casi:
a) Dolo del Contraente o del Beneficiario;
b) Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
c) Partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
d) Contaminazione nucleare o chimica, partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato.
e) Incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzata al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
f) Atto intenzionale dell'Assicurato, in particolare le conseguenze di un tentativo di suicidio;
g) Atti compiuti dall'Assicurato quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
h) Esiti di infortuni che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;

i) Malattie o condizione patologiche pregresse precedenti la data di effetto delle garanzie sottaciute alla Società con dolo o colpa grave;
j) Stato di invalidità o di inabilità preesistente alla data di effetto delle garanzie;
k) Malattie/infortuni correlate all'abuso di alcool, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
l) Infortuni dovuti a stati di ubriachezza;
m) Negligenza, imprudenza e imperizia nell'osservare le prescrizioni mediche;
n) Sindrome da immunodeficienza acquisita (HIV) ovvero altre patologie ad essa collegate;
o) Malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e comportamentali;
p) Infortunio, malattia avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre il Contraente/Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
q) Infortunio avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 10 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane.
r) Guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, uso e guida di mezzi subacquei;
s) L'esercizio delle seguenti attività sportive: alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di persona esperta, pugilato, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico, bobsleigh (guidoslitta), skeleton (slittino), rugby, baseball, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere;
t) La pratica delle seguenti attività professionali pericolose: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere; palombari/sommozzatori; speleologi; paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea); addetti ad organi di informazioni in attività all'estero; addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico; collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili; antennisti, operai con lavoro su tetti o ponteggi con altezze superiori ai 10 metri, operaio con utilizzo di macchinari pesanti, elettricista di impianti industriali, guide alpine.

Esclusioni della garanzia complementare Non autosufficienza

In aggiunta alle casistiche di esclusione elencate in merito alla garanzia principale, la Polizza **non prevede il pagamento** di alcuna prestazione in relazione al rischio di non autosufficienza e la garanzia non è operante per le conseguenze:

m) di azioni dolose dell'Assicurato;
n) di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
o) di fatti volontari o intenzionali dell'Assicurato, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti non ordinati dal medico, uso di sostanze psicotrope ed uso di sostanze alcoliche;
p) di patologie derivanti da abuso cronico di alcol;
q) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
r) di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, le immersioni subacquee, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento dei suddetti sport, siano esse ufficiali o meno;
s) di patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi, ecc.).

Inoltre la Società **non pagherà** il capitale in caso di patologie preesistenti, ovvero qualora lo stato di non autosufficienza insorga nei primi 24 mesi di copertura, non sarà liquidabile alcuna prestazione se la perdita dell'autosufficienza è direttamente o indirettamente conseguente a una condizione o malattia pregressa in relazione alla quale l'Assicurato abbia:

- Presentato segni o sintomi;
- Consultato un medico;
- Ricevuto una terapia medica (es. radio/ chemioterapia, riabilitazione, psicoterapia, terapie palliative, ecc.), chirurgica e/o farmacologica;
- Ricevuto esiti di esami clinico strumentali anomali.

Allianz

Periodo di Franchigia
La prestazione verrà corrisposta, se perdura lo stato di non autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 giorni a partire dalla data di denuncia dello stato di non autosufficienza. Una volta accertato e riconosciuto lo stato di non autosufficienza, e il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia trascorso il periodo di Franchigia, la Compagnia inizia a corrispondere il capitale assicurato.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia di sinistro - Decesso

Per ottenere la liquidazione **gli aventi diritto dovranno preventivamente far pervenire all'Impresa** (via posta raccomandata A/R, indirizzata a Allianz Global Life dac, Sede secondaria in Italia, Largo Ugo Irneri 1, 34123 Trieste, o Posta Elettronica Certificata (PEC) comunicazioni@pec.geniallife.it, eventualmente anticipate via e-mail) tutti i seguenti documenti necessari a verificare l'obbligo e a individuarli correttamente:

a) originale o fotocopia fronte-retro riportante firma visibile di carta d'identità o passaporto o patente di guida del Contraente e di tutti i Beneficiari, oppure originale di un certificato d'anagrafe italiana;
b) richiesta di liquidazione **in originale** firmata da ciascun Beneficiario, o da coloro che ne hanno la rappresentanza legale, contenente gli estremi per l'accredito del pagamento;
c) copia del certificato di morte dell'Assicurato in originale, rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
d) copia della relazione del medico curante dell'Assicurato. Può essere utilizzato l'apposito modulo predisposto dall'Impresa per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie;
e) 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.
   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.
   Qualora la designazione dei beneficiari in polizza sia generica (ad esempio "gli eredi legittimi in parti uguali" oppure "gli eredi testamentari in parti uguali") e l'eventuale testamento non abbia modificato i beneficiari della polizza, la suddetta Dichiarazione sostitutiva deve specificare quali sono i Beneficiari, 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, l'Impresa potrà richiedere, al posto della dichiarazione sostitutiva, la copia dell'atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale;
f) qualora uno dei Beneficiari sia minore di età o incapace, copia del decreto del Giudice Tutelare contenente l'autorizzazione in capo al rappresentante legale dei minori o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero dell'Impresa da ogni responsabilità in ordine al pagamento;
g) autorizzazione del creditore pignoratizio nel caso la polizza sia stata costituita in pegno. In tal caso il creditore pignoratizio vanta diritti sul contratto fino al soddisfacimento della posizione debitoria dell'Assicurato;

h) dichiarazione in cui risulta il grado di parentela o di relazione tra i Beneficiari, ai quali la prestazione è destinata, e l'Assicurato/Contraente (solo se i Beneficiari sono stati modificati dopo la conclusione del contratto).

A fronte di eccezionali esigenze istruttorie per verificare l'esistenza dell'obbligazione di pagamento e l'individuazione degli aventi diritto, l'Impresa può richiedere ulteriore documentazione: a titolo esemplificativo e non esaustivo, decesso dell'Assicurato avvenuto al di fuori della Repubblica Italiana, discordanza tra i dati anagrafici del Beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, in caso di ricoveri subiti dall'Assicurato (cartelle cliniche), in caso di esami clinici (relativi referti). Il computo dei giorni per la liquidazione sarà sospeso fino al momento in cui l'Impresa riceverà quanto richiesto. Le spese per l'acquisizione e l'invio dei documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.

Denuncia di sinistro - Garanzie complementari

Al verificarsi dell'evento assicurato gli aventi diritto devono darne avviso all'Impresa a mezzo Posta Certificata all'indirizzo comunicazioni@pec.geniallife.it o tramite raccomandata A/R all'indirizzo Allianz Global Life dac, Sede secondaria in Italia, Largo Ugo Irneri 1, 34123 Trieste entro 15 giorni dall'evento o dal momento in cui ne abbiano avuto possibilità. La denuncia deve contenere:

a) *per le garanzie complementari Infortuni, fatta salva la documentazione citata nel paragrafo "Denuncia di sinistro - Decesso"*: indicazione del luogo, giorno, ora dell'evento, cause che lo hanno determinato, circostanze ed eventuali testimoni dell'infortunio, nonché comprovare che il decesso è conseguenza dell'infortunio stesso; se è intervenuto un medico, un suo certificato va aggiunto alla denuncia. Gli aventi diritto dovranno inoltre consentire all'Impresa lo svolgimento delle indagini ed autorizzare i medici, intervenuti dopo l'infortunio, a fornire le ulteriori informazioni che fossero richieste, autorizzandoli anche ai sensi della vigente disciplina sulla Privacy;
b) *per le garanzie complementari Lui&Lei e Malattie gravi*: la diagnosi confermata da medico specialista con valida relazione medica della patologia esistente;
c) *per la garanzia complementare Invalidità totale e permanente*:
   - copia della relazione del medico curante (medico specialista che ha in cura l'Assicurato) attestante le cause della sopraggiunta Invalidità totale e permanente. Tale relazione potrà essere effettuata preferibilmente utilizzando l'apposito modulo predisposto dall'Impresa;
   - copia conforme all'originale dell'accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS (o altro ente pubblico);
   - copia conforme all'originale della cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia.

   Dovranno inoltre essere inviati alla Compagnia anche i seguenti documenti se esistenti:
   - verbale del pronto soccorso;
   - verbale redatto dalle autorità intervenute;
d) *per la garanzia complementare Non autosufficienza*: copia della relazione del medico curante (medico specialista che ha in cura l'Assicurato) attestante lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato con indicazione sulle cause della perdita di autosufficienza. Tale relazione potrà essere effettuata preferibilmente utilizzando l'apposito modulo predisposto dall'Impresa.

Prescrizione:

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

Si richiama l'attenzione del contraente sui termini di prescrizione previsti dalla normativa vigente e sulle conseguenze in caso di omessa richiesta di

	liquidazione entro detti termini, anche avuto riguardo a quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni e integrazioni (obbligo di devoluzione delle somme prescritte al Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie).
	Liquidazione della prestazione: I pagamenti dovuti a seguito della morte dell'Assicurato vengono effettuati dall'Impresa entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa. A partire dal giorno lavorativo successivo a questo termine, agli aventi diritto sono dovuti gli interessi legali. L'Impresa pagherà quanto dovuto mediante accredito sul conto corrente bancario intestato o cointestato ai Beneficiari o con altre modalità da loro comunicata.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni del Contraente devono essere esatte e complete. In caso di dichiarazioni inesatte e reticenti relative a circostanze tali che l'Impresa non avrebbe dato il suo consenso, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, l'Impresa ha diritto (artt. 1892-1893 C.C.): a) nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave: • di rifiutare, in caso di sinistro e in ogni tempo, qualsiasi pagamento; • di contestare la validità del contratto entro tre mesi da quando ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; b) nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave: • di ridurre, in caso di sinistro, le somme assicurate in relazione al maggior rischio accertato; • di recedere dal contratto entro tre mesi da quando ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. In ogni caso, l'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta comunque in ogni caso la rettifica delle somme dovute in base alla data corretta per l'intera durata del contratto, compresi eventuali rinnovi intercorsi.

Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Rimborso	Il Contraente ha diritto di recedere entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto. Entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, l'Impresa rimborsa al Contraente il premio incassato al netto di eventuali imposte, della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, nonché delle spese sostenute dall'Impresa forfetariamente quantificate in 30 euro.
Sconti	L'Impresa si riserva di applicare sconti di premio.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.

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

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

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☑ NO

Valori di riscatto e riduzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Richiesta di informazioni	Non applicabile.

Allianz

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a chi - durante un determinato periodo di tempo - vuole:

- garantire ai beneficiari un capitale in caso di prematura scomparsa dell'Assicurato;
- garantirsi un capitale in caso di sopraggiunta invalidità totale e permanente;
- garantirsi un capitale in caso di perdita di autosufficienza;
- garantirsi un capitale in caso di diagnosi di cancro all'apparato riproduttore.

Ad esempio, un genitore può proteggere i figli fino al raggiungimento della maggiore età, con un capitale in caso di sua premorienza. Il prodotto può essere sottoscritto a partire dai 18 anni di età e fino ai 69 (59 per la sola garanzia complementare Lui&Lei, 60 per la garanzia complementare Invalidità totale e permanente e 65 per la garanzia complementare Non autosufficienza).

Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul premio

Diritti di emissione	0 (zero)*
Caricamento	
	Costo fisso: 30,00 euro
	Costo variabile: 19,0% del premio relativo alla garanzia principale, al netto del costo fisso di 30,00 euro. Nei casi in cui il premio totale abbia un importo inferiore a 50,00 euro, il caricamento percentuale viene incrementato fino al valore tale per cui il premio totale risulti pari a 50,00 euro
	costo variabile: 10,0% del premio relativo alla garanzia complementare Infortuni.
	costo variabile: 10,0% del premio relativo alla garanzia complementare Lui&Lei
	costo variabile: 10,0% del premio relativo alla garanzia complementare Invalidità totale e permanente
	costo variabile: 10,0% del premio relativo alla garanzia complementare Non autosufficienza
	costo variabile - addizionale di frazionamento: in caso di frazionamento del premio unico, le rate in cui viene suddiviso il premio sono maggiorate dell'addizionale di frazionamento (interesse di frazionamento) pari al 3,5%
Costi per comunicazioni	*Costo fisso*: 10,00 euro per chi non sceglie comunicazioni tutte digitali
Costi per visita medica	L'Impresa chiede una visita medica a spese del Contraente per stipule oltre i 65 anni.

* Le spese di gestione sono comprese nel caricamento applicato.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Tutti i reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, compresi quelli relativi alla determinazione della prestazione assicurativa, vanno inoltrati a GenialLife di Allianz Global Life dac, Pronto Allianz - Servizio Clienti, Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano, oppure compilati tramite Form dedicato alla presentazione di un reclamo sul sito www.geniallife.it. Al reclamo, che verrà riportato in apposito registro elettronico, sarà dato riscontro entro 45 giorni dalla ricezione dando precedenza ai reclami compilati tramite Form.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it secondo le modalità indicate su www.ivass.it corredando

	l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa e con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte dell'Impresa. In caso di reclamo inoltrato tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati vengano trasmessi in formato pdf. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla Sezione "PER I CONSUMATORI – RECLAMI - Guida", nonché sul sito dell'Impresa www.geniallife.it alla Sezione "Reclami", attraverso apposito link al sito di IVASS. I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono: - nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; - individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; - breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; - copia del reclamo presentato all' Impresa e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; - ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. Si ricorda tuttavia che in tutti casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (OBBLIGATORIA)	Può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito **www.giustizia.it** (Legge 9/8/2013 n.98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Nel caso di lite transfrontaliera, tra un contraente avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede in un altro stato membro, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito http://www.ec.europa.eu/fin-net), o - se il contraente ha domicilio in Italia - all'IVASS, che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	**Imposta sui premi** 0 (zero) sui premi pagati per la copertura caso morte e per le eventuali coperture complementari Lui&Lei e Malattie gravi; 2,5% sui premi pagati per le eventuali coperture complementari Infortuni, Invalidità totale e permanente e Non autosufficienza. **Detraibilità fiscale dei premi** Sui premi pagati per la copertura caso morte e per le eventuali coperture complementari Lui&Lei, Malattie gravi, Infortuni e Invalidità totale e permanente viene riconosciuta annualmente al Contraente, o al soggetto rispetto al quale il Contraente è fiscalmente a carico, una detrazione d'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) nella misura del 19% dei premi stessi fino ad un importo massimo di premi pagati nell'anno pari a 530 euro (che diventano 750 euro nel caso in cui il beneficiario di polizza sia un familiare con disabilità grave definita dall'art. 3, comma 3, l. 5 febbraio 1992, n. 104 ed accertata con le modalità di cui all'art. 4 della medesima legge). In caso di Assicurato diverso dal Contraente, per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato risulti fiscalmente a carico del Contraente stesso. Per la detrazione d'imposta devono essere considerati, oltre ai premi pagati per la copertura caso morte e per le eventuali coperture complementari

	Lui&Lei, Malattie gravi, Infortuni e Invalidità totale e permanente 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 prima dell'1/1/2001. **Tassazione delle somme assicurate** Le somme dovute dall'Impresa in dipendenza del contratto sono esenti dall'IRPEF e dall'imposta sulle successioni. *Il regime fiscale sopra descritto si riferisce alle norme in vigore alla data di redazione del presente documento e non intende fornire alcuna garanzia circa ogni diverso e/o ulteriore aspetto fiscale che potrebbe rilevare, direttamente o indirettamente, in relazione alla sottoscrizione del contratto*.

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

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

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

Allianz

Condizioni di assicurazione

Data ultimo aggiornamento: 31/05/2022

PAGINA DI PRESENTAZIONE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Pagina

Che cosa è assicurato? Qual' è la prestazione assicurata?
Art. 1 Prestazioni assicurate dalla garanzia principale 3
Art. 2 Prestazioni assicurate dalle garanzie complementari 3
Ci sono limiti di copertura?
Art. 3 Limitazioni delle prestazioni 5
Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?
Art. 4 Denuncia di sinistro 8
Art. 5 Denuncia dell'infortunio o della malattia e obblighi conseguenti 9
Art. 6 Pagamenti dell'Impresa 10
Art. 7 Dichiarazioni inesatte o reticenti 10
Quando e come devo pagare?
Art. 8 Premi 10
Quando comincia la copertura e quando finisce?
Art. 9 Assicurabilità e limiti di età 11
Art. 10 Conclusione del contratto 11
Art. 11 Durata 11
Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?
Art. 12 Revoca della Proposta e Diritto di recesso 12
Art. 13 Mancato pagamento del premio: risoluzione 12
Quali costi devo sostenere?
Art. 14 Costi gravanti sul premio 12
Sono previsti riscatti e riduzioni?
Art. 15 Riscatto e riduzione 12
Altre informazioni
Art. 16 Beneficiari 13
Art. 17 Revoca dei Beneficiari 13
Art. 18 Impignorabilità e insequestrabilità 13
Art. 19 Cessione 13
Art. 20 Tasse e imposte 13
Art. 21 Foro competente 13
Art. 22 Legislazione e lingua applicabile 13
Art. 23 Comunicazioni 13

GLOSSARIO

PAGINA DI PRESENTAZIONE

Gentile Contraente,
in questa pagina troverai una breve illustrazione del prodotto.

GenialLife è una Polizza vita temporanea caso morte, che garantisce un capitale ai beneficiari da te designati in caso di tua prematura scomparsa durante il periodo di validità della copertura. Puoi pagare la Polizza con un premio unico oppure puoi scegliere un pagamento mensile (premio mensile).

Il prodotto ti permette di decidere liberamente sia i beneficiari della Polizza che l'importo del capitale assicurato.

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

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

Hai la possibilità di aumentare la protezione, abbinando al contratto una:

- complementare Infortuni: che prevede il pagamento di un capitale in caso di decesso prima della scadenza contrattuale per infortunio da qualunque causa, oppure, in caso il decesso avvenga entro 12 mesi dall'infortunio e purché la causa del decesso sia provata come conseguente ad un infortunio che ha prodotto lesioni corporali obiettivamente constatabili;
- complementare Lui&Lei: che prevede un'anticipazione di una percentuale del capitale principale, qualora nel periodo di copertura venga diagnosticato un cancro tra quelli previsti contrattualmente;
- complementare Malattie gravi: che prevede un'anticipazione di una percentuale del capitale principale, qualora nel periodo di copertura venga diagnosticata una malattia terminale con una aspettativa di vita di meno di 12 mesi;
- complementare Invalidità totale e permanente: che prevede il pagamento di un capitale in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale;
- complementare Non autosufficienza: che prevede il pagamento di un capitale in caso di non autosufficienza dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale.

Ti segnaliamo che il contratto prevede, all'articolo 3 delle Condizioni di assicurazione, cause di esclusione e di limitazione della prestazione per il caso di decesso e, se prestate, delle prestazioni assicurate dalle garanzie complementari.

GenialLife può essere sottoscritto se il Contraente ha un'età anagrafica non inferiore a 18 anni e un'età computabile massima di anni:

Copertura	Alla decorrenza del contratto	Alla decorrenza di rinnovo
Decesso / infortuni / Malattie gravi	69	69
Lui&Lei	59	59
Invalidità totale e permanente	60	65
Non autosufficienza	65	69

L'Impresa chiede, infine, una visita medica a spese del Contraente per stipule oltre i 65 anni.

Richiamiamo, infine, la tua attenzione sul fatto che il presente contratto non prevede l'esercizio del diritto di riscatto e non riconosce un valore di riduzione.

Per qualsiasi richiesta contattaci, siamo a tua disposizione.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

Art. 1 Prestazioni assicurate dalla garanzia principale

GenialLife è un contratto di assicurazione sulla vita di puro rischio ("temporanea caso morte"). L'Impresa paga il capitale assicurato scelto dal Contraente alle persone designate (Beneficiari) se il decesso dell'Assicurato avviene prima della scadenza contrattuale. In caso di **sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza non è prevista alcuna prestazione e i premi pagati restano acquisiti.** I capitali assicurabili minimi e massimi sono indicati su www.geniallife.it.

In funzione del consumo di tabacco da parte dell'Assicurato, è prevista l'applicazione di una delle seguenti tariffe:
- tariffa VS2LS 01 (per soggetti Fumatori)
- tariffa VS2LS 02 (per soggetti Non Fumatori)

AVVERTENZA

L'Assicurato è definito non fumatore se:
- non ha mai fumato (sigarette, sigari, pipa o altro), neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della proposta di assicurazione e
- l'eventuale sospensione del fumo non è avvenuta in seguito a consiglio medico a fronte di patologia preesistente.

Se l'assicurato, dichiaratosi non fumatore, inizia o ricomincia a fumare, anche sporadicamente, lo stesso è tenuto a darne immediata comunicazione all'Impresa, a mezzo PEC, agli indirizzi a lui messi a disposizione.
L'Impresa si riserva di rivedere l'importo di premio a seguito del cambio di stato da non fumatore a fumatore e viceversa anche nel corso della durata contrattuale e non solo al momento del rinnovo.

Art. 2 Prestazioni assicurate dalle garanzie complementari

L'Impresa paga un capitale aggiuntivo (1)(3)(4) oppure anticipa una parte della prestazione principale (2a, 2b).

Complementare Infortuni (1) - valida solo se espressamente richiamata in Polizza

In caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale per infortunio da qualunque causa, oppure, in caso il decesso avvenga entro 12 mesi dall'infortunio e purché la causa del decesso sia provata come conseguente ad un infortunio che ha prodotto all'Assicurato lesioni corporali obiettivamente constatabili, l'Impresa garantisce ai Beneficiari il pagamento di un **capitale aggiuntivo** indicato in Polizza. **In caso di sopravvivenza** dell'Assicurato alla scadenza **non è prevista alcuna prestazione e i premi pagati restano acquisiti dall'Impresa**. Agli effetti di questa garanzia complementare, s'intende per **Infortunio**, un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna.
Sono compresi, inoltre, nella garanzia complementare Infortuni (1):
- l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori oppure non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da inalazione, ingestione e assorbimento, per errore, di sostanze venefiche, fatto salvo quanto previsto nelle esclusioni;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento, l'assideramento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore;
- infortunio causato da veicoli o mezzi meccanici in circolazione - esclusi quelli ferroviari - che avvenga su strade pubbliche/private nel ruolo di conducente, passeggero o pedone;
- gli infortuni conseguenti a stati di malore o di incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa nonché quelli sofferti dallo stesso - sempreché involontariamente coinvolto - in occasione di tumulti popolari, di aggressioni o di atti violenti, anche se dovuti a movente politico, sociale o sindacale;
- le infezioni che siano diretta conseguenza di un infortunio.

Complementare Lui&Lei (2a) e Malattie gravi (2b) - valide solo se espressamente richiamate in Polizza

Qualora nel periodo di copertura venga diagnosticata una malattia:
- per la garanzia complementare Lui&Lei: un cancro tra quelli contrattualmente previsti;

- per la garanzia complementare Malattie gravi: una malattia terminale con aspettativa di vita di meno di 12 mesi

l'Impresa pagherà all'Assicurato una o entrambe le percentuali del capitale principale indicate in Polizza: in quel momento il capitale della garanzia principale viene ridotto della somma pagata. Il capitale non si ricostituisce in caso di rinnovo.

Garanzia Lui&Lei: tipi di cancro previsti

Cancro è la prima diagnosi di un tumore maligno invasivo originato in uno dei seguenti siti:

- cancro femminile: nelle mammelle, nella cervice, nel corpo uterino (utero), nella vagina, nella vulva, nelle ovaie, nelle tube di Falloppio;
- cancro maschile: nella prostata, nei testicoli o nel pene.

La garanzia opera solo se il tumore è maligno e caratterizzato da crescita incontrollata e diffusione di cellule maligne, con invasione e distruzione del tessuto normale e necessita di intervento chirurgico, e/o radioterapia e/o chemioterapia. La diagnosi deve essere confermata da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo.

Garanzia Malattie gravi: malattie terminali

È "malattia terminale" una malattia per la quale l'Assicurato ha un'aspettativa di vita inferiore a 12 mesi.
Ai fini dell'accertamento della malattia terminale dell'Assicurato è necessario che:

- un medico specialista diagnostichi la malattia basandosi su conclusioni e relazioni mediche, comunichi per iscritto all'Impresa di ritenere che l'Assicurato abbia un'aspettativa di vita inferiore a 12 mesi e dichiari di non essere parente, collega di lavoro, dipendente o datore di lavoro dell'Assicurato. L'Impresa sottoporrà alla propria consulenza medica tutta la documentazione prodotta dall'Assicurato;
- il medico sia residente ed autorizzato ad operare esclusivamente in uno dei seguenti Paesi: Unione Europea, Regno Unito, Stati Uniti d'America, Australia, Canada, Hong Kong, Islanda, Giappone, Nuova Zelanda, Norvegia, Arabia Saudita, Sud Africa, Svizzera, Turchia.

Complementare Invalidità totale e permanente (3) - valida solo se espressamente richiamata in Polizza

In caso di invalidità totale e permanente a seguito di Infortunio o Malattia dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, l'Impresa garantisce all'Assicurato il pagamento di un **capitale aggiuntivo** indicato in Polizza pari al 100% del capitale assicurato dalla garanzia principale.

Per invalidità totale e permanente si intende la perdita totale e permanente della capacità lavorativa generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro, quale che fosse la professione esercitata dall'assicurato purché proficua e remunerabile, e sempreché il grado di invalidità risulti pari o superiore al 66% a postumi stabilizzati. L'invalidità deve essere stata causata da una malattia organica o lesione fisica, oggettivamente accertabile ed indipendente dalla volontà dell'Assicurato. Per la valutazione del grado percentuale di invalidità permanente si conviene di adottare la tabella allegata al DPR 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche.

Sono escluse dalla tutela assicurativa le inabilità derivanti da invalidità riconosciute o in corso di riconoscimento dai competenti organi pubblici e già note al Contraente e/o all'assicurato stesso all'atto della stipula della presente assicurazione.

La valutazione dell'Invalidità totale e permanente verrà effettuata da un medico legale incaricato dalla Compagnia.

Fermo che qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato prima che la Compagnia abbia accertato la stabilizzazione dei postumi invalidanti ed il decesso non sia indennizzabile a termini di Polizza, gli eredi dell'Assicurato potranno comunque dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea a provare lo stato di Invalidità totale e permanente

Complementare Non autosufficienza (4) - valida solo se espressamente richiamata in Polizza

In caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato nel compimento di una serie di attività elementari della vita quotidiana prima della scadenza contrattuale, l'Impresa garantisce all'Assicurato il pagamento di un **capitale aggiuntivo** di 50.000,00 euro.

Si definisce in Stato di Non Autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute comporti l'impossibilità di compiere in autonomia, in modo permanente e presumibilmente irreversibile, almeno 4 delle 6 attività di vita quotidiana di seguito elencate:

1. **Lavarsi** – la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia);

2. **Vestirsi e Svestirsi** – la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento e, eventualmente, anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici senza l'assistenza di una terza persona;
3. **Andare al bagno ed usarlo** - la capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale (ad esempio lavarsi, radersi, pettinarsi, ecc.);
4. **Spostarsi** – la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e vice versa senza l'aiuto di una terza persona;
5. **Continenza** – la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente;
6. **Alimentarsi** – la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona.

Ci sono limiti di copertura?

Art. 3 Limitazioni delle prestazioni

3.1 Esclusioni della garanzia principale e della garanzia complementare Infortuni (1)

Il rischio di morte è coperto per qualsiasi causa senza limiti territoriali **eccetto i seguenti casi** esclusi dalla garanzia:

a) dolo del Contraente o del Beneficiario o loro partecipazione attiva a delitti dolosi;
b) eventi avvenuti in uno qualunque dei paesi per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere il viaggio oppure esistano zone di rischio ben definite. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.it o sito sostitutivo del Ministero degli Esteri. Qualora l'indicazione venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel Paese segnalato, la garanzia è estesa per un massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione. Nel caso in cui l'indicazione del Ministero degli Esteri risulti vaga, non chiara o di difficile interpretazione e sia tale da generare dubbi al Contraente circa la validità della copertura, questi deve rivolgersi all'Impresa la quale valuterà la richiesta e confermerà o meno e a quali condizioni il rischio è assicurato;
c) incidente di volo se l'Assicurato viaggia come membro dell'equipaggio o se viaggia a bordo di aeromobile NON autorizzato al volo o con pilota NON Titolare di brevetto idoneo, o come passeggero di aeromobili di aeroclub o di apparecchi per il volo da diporto/sportivo come deltaplani, ultraleggeri, parapendio, etc.;
d) suicidio;
e) pratica delle seguenti attività sportive: Alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, Arrampicata libera (free climbing), Arti marziali nelle varie forme, Atletica pesante, Base o Bungee jumping, Canoa fluviale, Downhill, Football americano, 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 idroscì, Sci/Snowboard se acrobatico oppure estremo oppure alpinismo, Skeleton, Speedriding, Speleologia, Sport aerei in genere, Torrentismo (Canyoning), Tuffi da scogliere (cliff diving), Vela con traversate oceaniche;
f) pratica professionale di queste attività: lavori su impalcature o ponti, nel sottosuolo o in mare aperto, attività subacquea in genere, attività che comporti contatti con materie esplodenti, venefiche, chimiche o elettriche; esposizione a rischi speciali come incendi, presenza di animali feroci, colluttazioni, acrobazie e simili;
g) eventi avvenuti nell'esercizio dell'attività professionale, eccetto il normale lavoro d'ufficio, per soggetti che appartengono a Forze o Corpi Armati, Forze dell'ordine, Vigili del Fuoco, Protezione Civile, Guardie Giurate;
h) eventi causati da armi nucleari, trasmutazione del nucleo atomico e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche;
i) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; è coperto il caso di possesso di patente scaduta da non più di sei mesi;
j) stati di ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
k) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, dichiarata o non dichiarata e guerra civile;
l) sindrome da immunodeficienza acquisita (HIV) o altra patologia ad essa collegata.

Nei predetti casi, ad eccezione di quanto indicato alla lettera a), per il quale secondo il Codice Civile non è prevista alcuna prestazione, l'Impresa si impegna a corrispondere ai Beneficiari il premio pagato dell'annualità in corso al netto di eventuali imposte e diritti. Per la garanzia complementare Infortuni, oltre alle esclusioni citate, la **garanzia non opera** qualora l'infortunio dipenda direttamente o indirettamente da:

- operazioni chirurgiche, accertamenti e trattamenti medici non resi necessari da un infortunio subito;
- insurrezioni o risse (salvo i casi di legittima difesa).

3.2 Esclusioni delle garanzie complementari Lui&Lei (2a) e Malattie gravi (2b)

La Polizza **non prevede il pagamento** di alcuna prestazione in caso di volontario rifiuto di osservare prescrizioni mediche e/o in relazione a malattie di cui l'Assicurato abbia sofferto o che siano state diagnosticate prima dell'inizio della copertura o, per la sola garanzia complementare Lui&Lei, durante il periodo di carenza. Per la garanzia Malattie gravi, durante il periodo di carenza, l'Impresa non corrisponde la prestazione assicurata ad eccezione della diagnosi di malattia terminale con aspettativa di vita di meno di 12 mesi dovuta ad una delle malattie/infortunio elencate nel successivo art. 3.3, punti a), b) e c). Inoltre, non è liquidabile alcuna prestazione se la malattia è direttamente o indirettamente conseguente a una condizione o malattia pregressa, in relazione cioè alla quale l'Assicurato abbia:

- presentato segni o sintomi;
- consultato un medico;
- assunto un trattamento medico o farmacologico;
- ricevuto esiti di esami clinico-strumentali anomali.

La Polizza **non prevede il pagamento** di alcuna prestazione in relazione a tumori che sono recidive o metastasi di tumori diagnosticati durante il periodo di carenza.

Inoltre **sono esclusi:**

- tutti i tumori istologicamente descritti come benigni, premaligni o maligni borderline a bassa potenzialità di malignità, non invasivi o qualsiasi grado di displasia;
- qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dalla classificazione TNM dell'AJCC settima edizione;
- solo per la garanzia complementare Lui&Lei, qualsiasi tumore originato in un sito o tessuto diverso da quelli indicati nella relativa definizione (di cancro maschile o cancro femminile);
- inoltre, si intendono esclusi:
  per il cancro femminile:
  - neoplasia cervicale intra-epiteliale (CIN);
  - mola idatiforme;

  per il cancro maschile:
  - tutti i tumori della prostata istologicamente descritti come T1a, T1b dalla Classificazione TNM dell'AJCC settima edizione e con un punteggio Gleason inferiore o uguale a 6;
  - qualsiasi grado di neoplasia intraepiteliale prostatica (PIN).

3.3 Esclusioni della garanzia complementare Invalidità totale e permanente (3)

La Polizza **non prevede il pagamento** di alcuna prestazione in relazione al rischio di invalidità totale e permanente e la garanzia non è operante nei seguenti casi:

a) Dolo del Contraente o del Beneficiario;
b) Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
c) Partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
d) Contaminazione nucleare o chimica, partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato.
e) Incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzata al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
f) Atto intenzionale dell'Assicurato, in particolare le conseguenze di un tentativo di suicidio;
g) Atti compiuti dall'Assicurato quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
h) Esiti di infortuni che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami, diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;
i) Malattie o condizione patologiche pregresse precedenti la data di effetto delle garanzie sottaciute alla Società con dolo o colpa grave;
j) Stato di invalidità o di inabilità preesistente alla data di effetto delle garanzie;
k) Malattie/infortuni correlate all'abuso di alcool, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
l) Infortuni dovuti a stati di ubriachezza;
m) Negligenza, imprudenza e imperizia nell'osservare le prescrizioni mediche;

n) Sindrome da immunodeficienza acquisita (HIV) ovvero altre patologie ad essa collegate;
o) Malattie del sistema nervoso, disturbi mentali e comportamentali;
p) Infortunio, malattia avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre il Contraente/Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
q) Infortunio avvenuto in un qualunque paese in cui viene dichiarato lo stato di guerra, durante il periodo di soggiorno dell'Assicurato. La garanzia è estesa per un periodo massimo di 10 giorni, tempo necessario per l'evacuazione previsto dalle Autorità Italiane.
r) Guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, uso e guida di mezzi subacquei;
s) L'esercizio delle seguenti attività sportive: alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di persona esperta, pugilato, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico, bobsleigh (guidoslitta), skeleton (slittino), rugby, baseball, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere;
t) La pratica delle seguenti attività professionali pericolose: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere; palombari/sommozzatori; speleologi; paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea); addetti ad organi di informazioni in attività all'estero; addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico; collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili; antennisti, operai con lavoro su tetti o ponteggi con altezze superiori ai 10 metri, operaio con utilizzo di macchinari pesanti, elettricista di impianti industriali, guide alpine.

3.4 Esclusioni della garanzia complementare Non autosufficienza (4)

In aggiunta alle casistiche di esclusione elencate in merito alla garanzia principale, la Polizza **non prevede il pagamento** di alcuna prestazione in relazione al rischio di non autosufficienza e la garanzia non è operante per le conseguenze:

m) di azioni dolose dell'Assicurato;
n) di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'Assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti;
o) di fatti volontari o intenzionali dell'Assicurato, tentativo di suicidio, mutilazione, uso di stupefacenti non ordinati dal medico, uso di sostanze psicotrope ed uso di sostanze alcoliche;
p) di patologie derivanti da abuso cronico di alcol;
q) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
r) di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, le immersioni subacquee, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento dei suddetti sport, siano esse ufficiali o meno;
s) di patologie nervose o mentali non di causa organica (es. depressione, psicosi, ecc.).

Inoltre la Società **non pagherà** il capitale in caso di patologie preesistenti, ovvero qualora lo stato di non autosufficienza insorga nei primi 24 mesi di copertura, non sarà liquidabile alcuna prestazione se la perdita dell'autosufficienza è direttamente o indirettamente conseguente a una condizione o malattia pregressa in relazione alla quale l'Assicurato abbia:

- Presentato segni o sintomi;
- Consultato un medico;
- Ricevuto una terapia medica (es. radio/ chemioterapia, riabilitazione, psicoterapia, terapie palliative, ecc.), chirurgica e/o farmacologica;
- Ricevuto esiti di esami clinico strumentali anomali.

3.4.1 Periodo di Franchigia

La prestazione verrà corrisposta, se perdura lo stato di non autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 giorni a partire dalla data di denuncia dello stato di non autosufficienza. Una volta accertato e riconosciuto lo stato di non autosufficienza, e il diritto alla prestazione assicurata, e purché sia trascorso il periodo di Franchigia, la Compagnia inizia a corrispondere il capitale assicurato.

3.5 Carenza

Viene applicato un **periodo di carenza di 6 mesi dalla data di conclusione del contratto, durante il quale l'Impresa non corrisponde le prestazioni assicurate,** ma si limita - al verificarsi dell'evento assicurato - a restituire i premi versati al netto delle eventuali imposte e diritti. Tuttavia, anche nel periodo di carenza, l'Impresa corrisponde integralmente la prestazione assicurata solo nel caso in cui il decesso, l'invalidità totale e permanente o lo stato di non autosufficienza avvenga per conseguenza diretta:

a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto;
c) di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto fermo quanto disposto ai precedenti artt. 3.1, 3.2, 3.3 e 3.4.

Per la sola garanzia complementare Lui&Lei, la prestazione assicurata non opera se la diagnosi del cancro avviene durante il periodo di carenza o se in questo periodo l'assicurato/a presentasse segni e/o sintomi oppure si sottoponesse ad accertamenti i cui risultati portino alla diagnosi:

- per l'Assicurato: di cancro alla prostata, ai testicoli o al pene;
- per l'Assicurata: di cancro alle mammelle, alla cervice, al corpo uterino (utero), alla vagina, alla vulva, alle ovaie, alle tube di Falloppio, indipendentemente dalla data di diagnosi.

Per la garanzia Malattie gravi, durante il periodo di carenza, l'Impresa non corrisponde la prestazione assicurata ad eccezione della diagnosi di malattia terminale con aspettativa di vita di meno di 12 mesi dovuta ad una delle malattie/infortunio sopra elencate nei punti a), b) e c).

Non è previsto alcun periodo di carenza per i rinnovi annuali del contratto.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Art. 4 Denuncia di sinistro

Nel caso avvenga il decesso dell'Assicurato, per ottenere la liquidazione, gli aventi diritto **dovranno preventivamente far pervenire all'Impresa** (via posta raccomandata A/R, indirizzata a Allianz Global Life dac, Sede secondaria in Italia, Largo Ugo Irneri 1, 34123 Trieste, o Posta Elettronica Certificata (PEC) comunicazioni@pec.geniallife.it, eventualmente anticipate via e-mail) tutti i seguenti documenti necessari a verificare l'obbligo e a individuarli correttamente:

a) originale o fotocopia fronte-retro riportante firma visibile di carta d'identità o passaporto o patente di guida del Contraente e di tutti i Beneficiari, oppure originale di un certificato d'anagrafe italiana;
b) richiesta di liquidazione **in originale** firmata da ciascun Beneficiario, o da coloro che ne hanno la rappresentanza legale, contenente gli estremi per l'accredito del pagamento. Può essere utilizzato l'apposito modulo predisposto dall'Impresa per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie;
c) copia del certificato di morte dell'Assicurato in originale, rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
d) copia della relazione del medico curante dell'Assicurato. Può essere utilizzato l'apposito modulo predisposto dall'Impresa per essere facilitati nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie;
e) 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.
   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.
   Qualora la designazione dei beneficiari in polizza sia generica (ad esempio "gli eredi legittimi in parti uguali" oppure "gli eredi testamentari in parti uguali") e l'eventuale testamento non abbia modificato i beneficiari della polizza, la suddetta Dichiarazione sostitutiva deve specificare quali sono i Beneficiari, 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, l'Impresa potrà richiedere, al posto della dichiarazione sostitutiva, la copia dell'atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale;

f) qualora uno dei Beneficiari sia minore di età o incapace, copia del decreto del Giudice Tutelare contenente l'autorizzazione in capo al rappresentante legale dei minori o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero dell'Impresa da ogni responsabilità in ordine al pagamento;
g) autorizzazione del creditore pignoratizio nel caso la polizza sia stata messa a pegno. In tal caso il creditore pignoratizio vanta diritti sul contratto fino al soddisfacimento della posizione debitoria dell'Assicurato;
h) dichiarazione in cui risulta il grado di parentela o di relazione tra i Beneficiari, ai quali la prestazione è destinata, e l'Assicurato/Contraente (solo se i Beneficiari sono stati modificati dopo la conclusione del contratto).

A fronte di eccezionali esigenze istruttorie per verificare l'esistenza dell'obbligazione di pagamento e l'individuazione degli aventi diritto, l'Impresa può richiedere ulteriore documentazione: a titolo esemplificativo e non esaustivo, decesso dell'Assicurato avvenuto al di fuori della Repubblica Italiana, discordanza tra i dati anagrafici del Beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, in caso di ricoveri subiti dall'Assicurato (cartelle cliniche), in caso di esami clinici (relativi referti). Il computo dei giorni per la liquidazione sarà sospeso fino al momento in cui l'Impresa riceverà quanto richiesto.

Le spese per l'acquisizione e l'invio dei documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.

Art. 5 Denuncia dell'infortunio o della malattia e obblighi conseguenti

Al verificarsi dell'evento assicurato gli aventi diritto **devono darne avviso all'Impresa a mezzo Posta Certificata o raccomandata A/R** agli indirizzi indicati all'art. 23 **entro 15 giorni dall'evento o dal momento in cui ne abbiano avuto possibilità.** La denuncia deve contenere:

- per la garanzia complementare Infortuni, fatta salva la documentazione richiesta dall'art. 4: indicazione del luogo, giorno, ora dell'evento, cause che lo hanno determinato, circostanze ed eventuali testimoni dell'infortunio, nonché comprovare che il decesso è conseguenza dell'infortunio stesso; se è intervenuto un medico, un suo certificato va aggiunto alla denuncia. Gli aventi diritto dovranno inoltre consentire all'Impresa lo svolgimento delle indagini ed autorizzare i medici, intervenuti dopo l'infortunio, a fornire le ulteriori informazioni che fossero richieste, autorizzandoli anche ai sensi della vigente disciplina sulla Privacy;
- per le garanzie complementari Lui&Lei e Malattie gravi: la diagnosi confermata da medico specialista con valida relazione medica della patologia esistente;
- per la garanzia complementare Invalidità totale e permanente:
  - copia della relazione del medico curante (medico specialista che ha in cura l'Assicurato) attestante le cause della sopraggiunta Invalidità totale e permanente. Tale relazione potrà essere effettuata preferibilmente utilizzando l'apposito modulo predisposto dall'Impresa;
  - copia conforme all'originale dell'accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS (o altro ente pubblico);
  - copia conforme all'originale della cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia.

  Dovranno inoltre essere inviati alla Compagnia anche i seguenti documenti se esistenti:
  - verbale del pronto soccorso;
  - verbale redatto dalle autorità intervenute;
- per la garanzia complementare Non autosufficienza: copia della relazione del medico curante (medico specialista che ha in cura l'Assicurato) attestante lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato con indicazione sulle cause della perdita di autosufficienza. Tale relazione potrà essere effettuata preferibilmente utilizzando l'apposito modulo predisposto dall'Impresa.

Qui di seguito riportiamo un esempio di liquidazione della prestazione assicurata dalla garanzia complementare Lui&Lei.

Il caso riguarda la prima diagnosi di un tumore maligno invasivo originato alla prostata avvenuta 9 mesi dopo la decorrenza del contratto e, quindi, successivamente al periodo di carenza.

La denuncia, contenente la diagnosi, confermata da medico specialista con valida relazione medica ed inoltrata dagli aventi diritto all'Impresa entro 15 giorni dall'evento o dal momento in cui ne abbiano avuto possibilità, dà seguito alla liquidazione dell'anticipo di capitale indicato nel contratto quale prestazione assicurata dalla garanzia complementare Lui&Lei.

Da questo momento in poi, la prestazione caso morte - capitale assicurato della garanzia principale - sarà ricalcolata e ridotta della somma pagata per la prestazione assicurata dalla garanzia complementare Lui&Lei.

Il capitale assicurato residuo non si ricostituisce in caso di rinnovo, pertanto, nel computo del premio di rinnovo si terrà conto dell'avvenuta liquidazione della garanzia complementare Lui&Lei, scorporando da qui in seguito tale componente.

Art. 6 Pagamenti dell'Impresa

I pagamenti dovuti a seguito della morte dell'Assicurato vengono effettuati dall'Impresa entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa. A partire dal giorno lavorativo successivo a questo termine, agli aventi diritto sono dovuti gli interessi legali. L'Impresa pagherà quanto dovuto mediante accredito sul conto corrente bancario intestato o cointestato ai Beneficiari salvo il caso di pagamenti effettuati ai legali rappresentanti di beneficiari minori o incapaci.

Art. 7 Dichiarazioni inesatte o reticenti

Le dichiarazioni del Contraente devono essere esatte e complete.
In caso di dichiarazioni inesatte e reticenti relative a circostanze tali che l'Impresa non avrebbe dato il suo consenso, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, l'Impresa ha diritto (artt. 1892-1893 C.C.):

a) nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave:
- **di rifiutare, in caso di sinistro e in ogni tempo, qualsiasi pagamento;**
- **di contestare la validità del contratto entro tre mesi da quando ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;**

b) nel caso di dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave:
- **di ridurre, in caso di sinistro, le somme assicurate in relazione al maggior rischio accertato;**
- **di recedere dal contratto entro tre mesi da quando ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.**

In ogni caso, l'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta comunque in ogni caso la **rettifica delle somme dovute** in base alla data corretta per l'intera durata del contratto, compresi eventuali rinnovi intercorsi.

Qui di seguito riportiamo un esempio di riduzione della prestazione assicurata ai sensi dell'art. 1893 c.c.
Il caso riguarda il decesso dell'Assicurato avvenuto 7 mesi dopo la decorrenza del contratto a causa di infarto del miocardio. Dall'analisi della documentazione medica emerge che l'Assicurato soffriva di diabete mellito già 10 anni prima della decorrenza del contratto e che in sede di stipula e sottoscrizione del relativo questionario sanitario non denunciava la propria anamnesi patologica remota.
Qualora tali dati patologici pregressi fossero stati resi noti in sede di stipula contrattuale, avrebbero comportato una taratura sulla base dell'aggravamento del rischio; la prestazione caso morte, pertanto, sarà ricalcolata applicando una taratura ex post che tenga conto della patologia non dichiarata all'atto della sottoscrizione.

Quando e come devo pagare?

Art. 8 Premi

Il premio è determinato da garanzie prestate, ammontare del capitale assicurato, stato di salute, abitudini di vita e stato di fumatore/non fumatore dell'Assicurato rilevate attraverso la compilazione di dichiarazioni online, nonché dall'età raggiunta dallo stesso, pertanto, in caso di rinnovo, il premio non è costante. Il Contraente ha la facoltà di vedere i premi di rinnovo attesi sul sito www.geniallife.it, attraverso l'inserimento dell'età raggiunta e degli eventuali capitali assicurati aggiornati. Tali premi sono in vigore solo al momento in cui viene fatta l'interrogazione sul sito. Ad ogni rinnovo, l'Impresa comunicherà il premio da pagare al Contraente a mezzo lettera o e-mail. **Il premio minimo su base annuale, è di 50,00 euro.**
Il pagamento del premio unico può essere frazionato in rate mensili. Il premio relativo al primo anno, anche se frazionato, è dovuto per intero. **In caso di frazionamento, le rate vengono maggiorate di un interesse di frazionamento (addizionale). Si precisa che, in caso di frazionamento del premio, la durata del contratto rimane di un anno.**
Il pagamento del premio unico può avvenire tramite bonifico bancario o procedura di addebito diretto (SDD) da conto corrente intestato/cointestato al Contraente sul conto indicato nel modulo di Proposta oppure mediante carta di credito della quale il Contraente sia titolare.
Il pagamento del premio mensile, invece, può avvenire esclusivamente tramite procedura di addebito diretto (SDD) oppure mediante carta di credito.
Scegliendo la carta di credito o l'addebito diretto su conto corrente bancario (SDD) come modalità di pagamento, il Contraente acconsente esplicitamente all'addebito di tutti i **premi futuri, di rata e di rinnovo**,

sulla medesima carta di credito o sul medesimo conto corrente, fatta salva la Sua volontà di modificare la modalità di pagamento. Per ogni pagamento ricevuto, l'Impresa invia una Conferma a mezzo e-mail.
In caso di scelta della procedura di addebito diretto su conto corrente bancario (SDD) e di successiva chiusura del conto corrente o revoca dell'autorizzazione, sarà necessario fornire le nuove coordinate bancarie.

Non sono ammesse modalità di pagamento diverse da quelle suddette.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 9 Assicurabilità e limiti di età

Il contratto è offerto a persone fisiche, con codice fiscale italiano e residenza oppure domicilio in Italia[1], in altre parole, il rischio assicurabile deve essere ubicato in Italia; **se si perde questa qualifica, il contratto cessa alla prima scadenza**. L'Impresa si riserva di chiedere prova di domicilio. Il Contraente dev'essere l'Assicurato. Alla decorrenza del contratto e a ogni rinnovo l'Assicurato deve avere un'età anagrafica non inferiore a 18 anni e un'età computabile (cfr. Glossario) massima di anni:

Copertura	Alla decorrenza del contratto	Alla decorrenza di rinnovo
Decesso / infortuni / Malattie gravi	69	69
Lui&Lei	59	59
Invalidità totale e permanente	60	65
Non autosufficienza	65	69

L'Impresa chiede una visita medica a spese del Contraente per stipule oltre i 65 anni. Nella determinazione **del capitale massimo assicurabile** dalla sola garanzia principale, vanno considerati anche **i capitali assicurati con altre polizze caso morte** sottoscritte con l'Impresa e in vigore al momento della stipula o del rinnovo del presente contratto.

Art. 10 Conclusione del contratto

Il contratto si conclude con il pagamento del premio. L'assicurazione entra in vigore alle ore 24 della data di decorrenza indicata in Proposta, **con i periodi di carenza previsti dall'art. 3.5 - la carenza non opera al rinnovo di polizza. L'Impresa non pagherà sinistri avvenuti prima del pagamento del premio.** Entro un giorno lavorativo dalla conclusione, l'Impresa trasmetterà al Contraente email di conferma della Polizza. Il Contraente dovrà sottoscrivere e rinviare all'Impresa il Modulo di Proposta, qualora non firmato digitalmente, unitamente ai documenti in essa richiamati.

Art. 11 Durata

Il contratto dura un anno e non prevede tacito rinnovo. A **condizione che sia in regola con i pagamenti precedenti**, il Contraente ha facoltà, non obbligo, di rinnovarlo di anno in anno al **massimo 20 volte**, senza ulteriori accertamenti e senza compilare ulteriori dichiarazioni sanitarie. Per esercitare questa facoltà di rinnovo il Contraente deve pagare entro la data di scadenza e comunque non oltre 15 giorni, con le modalità richieste, il premio comunicato dall'Impresa per la nuova annualità. Prima di ogni rinnovo il Contraente ha facoltà di chiedere di aumentare o diminuire a sua scelta solo il capitale assicurato, entro i limiti in quel momento validi. In caso di aumento superiore al 10%, l'Impresa **può chiedere** di ricompilare le dichiarazioni sanitarie onde valutare se assumere il rischio. Per importi di premio soggetti alla vigente normativa antiriciclaggio, qualora il Contraente non ottemperi quanto ivi previsto, **l'Impresa non ha obblighi di stipula/rinnovo**. Fermo restando quanto sopra, qualora il Contraente non restituisca il contratto firmato, l'Impresa non consentirà in ogni caso l'esercizio dell'opzione di rinnovo.

L'Impresa si riserva il diritto di non accettare una nuova proposta da Contraenti che non abbiano pagato regolarmente tutte le rate di premio dei precedenti contratti.

[1] Art. 43 Codice Civile: "Il Domicilio di una persona è nel luogo in cui essa ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi. La Residenza è nel luogo in cui la persona ha la dimora abituale" *(La Residenza dev'essere certificabile dal Comune).*

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

Art. 12 Revoca della Proposta e Diritto di recesso

Qualora, dopo trenta giorni dal giorno dell'emissione della proposta, non sia stato effettuato il pagamento, la proposta stessa si intende revocata.

Entro 30 giorni dalla data di conclusione, il Contraente potrà recedere dal contratto ai sensi dell'art. 177 D.lgs. 209/05 mediante comunicazione all'Impresa contenente gli elementi gli identificativi del contratto a mezzo Posta Elettronica Certificata (PEC) o raccomandata A/R agli indirizzi indicati nell'art. 23. Il recesso ha l'effetto di liberare Contraente e Impresa da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto con decorrenza dalle ore 24 **del giorno di spedizione della raccomandata**, come risulta dal timbro postale o dall'invio della PEC. **Entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso l'Impresa rimborserà al Contraente, attraverso il medesimo mezzo di pagamento utilizzato da quest'ultimo, il premio al netto di eventuali imposte, della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto nonché delle spese sostenute dall'Impresa quantificate forfetariamente in 30,00 euro.**

Art. 13 Mancato pagamento del premio: risoluzione

La sospensione del pagamento delle rate di premio, trascorsi trenta giorni dalla data pattuita per il pagamento della rata di premio dovuta, ha l'effetto di determinare lo scioglimento del contratto.

L'Impresa non accetterà pagamenti effettuati dopo il trentesimo giorno dalla data pattuita per il pagamento del premio unico frazionato in rate mensili.

Trascorso un anno dalla decorrenza del contratto, se il Contraente ha optato per il pagamento del premio unico frazionato in rate mensili, può risolvere anticipatamente il contratto sospendendo il pagamento delle rate di premio.

A giustificazione del mancato pagamento del premio, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che l'Impresa non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio. **L'Impresa si riserva il diritto di non accettare una nuova proposta da Contraenti che abbiano sospeso il pagamento delle rate di premio dei precedenti contratti.**

Quali costi devo sostenere?

Art. 14 Costi gravanti sul premio

Diritti di emissione

- 0 (zero) euro. Le spese di gestione sono comprese nel caricamento applicato.

Caricamento

- costo fisso: 30,00 euro;
- costo variabile: 19,0% del premio relativo alla garanzia principale, al netto del costo fisso di 30,00 euro. Nei casi in cui il premio totale abbia un importo inferiore a 50,00 euro, il caricamento percentuale viene incrementato fino al valore tale per cui il premio totale risulti pari a 50,00 euro;
- costo variabile: 10,0% del premio relativo alla garanzia complementare Infortuni;
- costo variabile: 10,0% del premio relativo alla garanzia complementare Lui&Lei;
- costo variabile: 10,0% del premio relativo alla garanzia complementare Invalidità totale e permanente;
- costo variabile: 10,0% del premio relativo alla garanzia complementare Non autosufficienza;
- costo variabile - addizionale di frazionamento: in caso di frazionamento del premio unico, le rate in cui viene suddiviso il premio sono maggiorate dell'addizionale di frazionamento (interesse di frazionamento) pari al 3,5%;

Costi per visita medica

- L'Impresa chiede una visita medica a spese del Contraente per stipule oltre i 65 anni.

Sono previsti riscatti e riduzioni?

Art. 15 Riscatto e riduzione

Il contratto non prevede l'esercizio del diritto di riscatto.

Altre informazioni

Art. 16 Beneficiari
Il Contraente designa alla stipula i Beneficiari e può poi in qualunque momento revocarli o modificarli (art. 1921 C.C.). Per effetto della designazione, i Beneficiari acquistano un diritto proprio e autonomo sulle prestazioni assicurate (art. 1920 C.C.). Le prestazioni sono dovute soltanto ai Beneficiari designati; gli eredi dell'Assicurato, se non designati Beneficiari, non hanno alcun diritto sulle prestazioni assicurate in quanto tale importo non rientra nell'asse ereditario. **È onere del Contraente informare i Beneficiari dell'esistenza del contratto stesso**.

Art. 17 Revoca dei Beneficiari
Revoche e modifiche dei Beneficiari devono essere sottoscritte dal Contraente e comunicate all'Impresa. Revoche e modifiche sono efficaci anche se contenute nel testamento del Contraente purché la relativa clausola faccia espresso riferimento alle polizze vita o attribuisca specificamente le somme con tali polizze assicurate. **La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi** (art. 1921 C.C.):

- dopo che Contraente e Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto rispettivamente la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio; ogni operazione di vincolo di Polizza richiede l'assenso scritto dei Beneficiari;
- dopo la morte del Contraente;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto per la liquidazione delle prestazioni, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto all'Impresa di volersi avvalere del beneficio.

Art. 18 Impignorabilità e insequestrabilità
Le somme dovute dall'Impresa come prestazione non possono essere assoggettate ad azioni esecutive (pignoramenti), né azioni cautelari (sequestri) in base all'art. 1923, 1° comma, C.C. Riguardo ai premi pagati, sono salve le disposizioni relative alla revoca degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni in base all'art. 1923, 2° comma, C.C.

Art. 19 Cessione
Il contratto non è cedibile a terzi.

Art. 20 Tasse e imposte
Tasse e imposte attuali o future relative al contratto sono a carico del Contraente o Beneficiari aventi diritto.

Art. 21 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. 22 Legislazione e lingua applicabile
Il presente contratto, ogni documento allegato e le comunicazioni contrattuali sono in lingua italiana. È ammesso l'uso della lingua inglese per le comunicazioni non formali. La Legge Italiana è l'unica applicabile al contratto. Per quanto non espressamente regolato dal contratto valgono le norme di Legge.

Art. 23 Comunicazioni
Le comunicazioni contrattuali avvengono in forma digitale per e-mail all'indirizzo comunicazioni@pec.geniallife.it e all'indirizzo che il Contraente comunica al momento della stipula. Il Contraente **ha l'onere di comunicare** eventuali cambi del proprio indirizzo e-mail e l'Impresa l'onere di annotarlo. Il Contraente ha facoltà di chiedere la forma cartacea senza l'applicazione di costi aggiuntivi. Per le comunicazioni raccomandate l'indirizzo è Allianz Global Life dac, Sede secondaria in Italia, Largo Ugo Irneri 1, 34123 Trieste o Posta Elettronica Certificata (PEC) comunicazioni@pec.geniallife.it.

GLOSSARIO

Addizionale di frazionamento: maggiorazione del premio prevista a fronte della rateizzazione dello stesso.

Antiriciclaggio: insieme di adempimenti previsti dal D.lgs. 21/11/07 n. 231 e successive modificazioni ed integrazioni.

Appendice: documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne, da una certa data, alcuni aspetti in ogni caso concordati tra l'Impresa ed il Contraente.

Assicurato: persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto: in GenialLife coincide con il Contraente.

Beneficiario: in caso di vita, l'Assicurato; in caso di morte, la persona fisica o giuridica designata dal Contraente che riceve la prestazione prevista dal contratto.

Carenza: periodo durante il quale una garanzia di un contratto di assicurazione è sospesa e quindi non è efficacie. Qualora l'evento assicurato si verifichi in tale periodo l'Impresa non corrisponde la prestazione assicurata.

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

Condizioni di assicurazione (o Condizioni): insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Contraente*:* persona fisica che stipula il contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi all'Impresa.

Costi (o Spese): oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati.

Data di denuncia dello stato di non autosufficienza: data in cui l'Impresa riceve la documentazione completa relativa all'evento che ha comportato lo stato di non autosufficienza, e dalla quale decorre il periodo di franchigia dello stato di non autosufficienza da parte dell'Impresa.

Decorrenza: momento in cui il contratto produce i suoi effetti e le garanzie diventano efficaci.

Documento di polizza (o Polizza): documento probatorio del contratto di assicurazione ai sensi dell'art. 1888 C.C.

Durata contrattuale: periodo durante il quale il contratto è efficace.

Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni relative alle coperture assicurative prestate dall'Impresa.

Età computabile: età in anni interi determinata trascurando le frazioni d'anno fino a sei mesi e arrotondando per eccesso a un anno intero le frazioni d'anno superiori a sei mesi.

Fumatore: la persona che ha fumato (sigarette, sigari, pipa o altro), anche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della proposta di assicurazione e l'eventuale sospensione del fumo è avvenuta in seguito a consiglio medico a fronte di patologia preesistente.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di sorveglianza nei confronti delle imprese di assicurazioni, anche straniere, operanti in Italia; l'Impresa è inoltre sottoposta alla vigilanza dell'Autorità Irlandese.

Premio unico: importo che il Contraente corrisponde in soluzione unica all'Impresa al momento della sottoscrizione della Proposta di assicurazione a fronte delle prestazioni assicurate.

Premio unico frazionato: parte del premio unico complessivo risultante dalla suddivisione di questo in dodici rate da versare alle scadenze convenute.

Premio di rinnovo: importo che il Contraente può corrispondere all'Impresa, alle ricorrenze annuali successive alla decorrenza.

Proposta: modulo formato dal sistema informativo sulla base delle caratteristiche del rischio indicate dal Contraente sul sito www.geniallife.it, vincolante per l'Impresa per il periodo indicato, che unitamente alla email di conferma da parte dell'Impresa, costituisce la Polizza.

Recesso (o ripensamento): diritto del Contraente di far cessare gli effetti del contratto entro 30 gg dalla conclusione.

Scadenza: data in cui cessano gli effetti del contratto.

Sinistro: verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata.

Sovrappremio: maggiorazione di premio richiesta dall'Impresa nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute diverse da quelle medie (sovrappremio sanitario).

PROPOSTA n. [NumeroProposta] del [Data] decorrenza [DataDecorrenza]

CONTRAENTE/ASSICURATO

[Nome] [Cognome], [CodiceFiscale], sesso [Sesso], nato il [DataNascita] a [LuogoNascita] [Residente/Domiciliato] in Italia in [IndirizzoResidenzaDomicilio], indirizzo di corrispondenza [IndirizzoCorrispondenza], E-mail [IndirizzoEmail] (Il Contraente/Assicurato si impegna a comunicare ogni variazione di indirizzo).

DECORRENZA DEL CONTRATTO

Il contratto dura un anno dalle ore 24.00 (CET) del **[DataDecorrenza]** salvo buon fine del pagamento di **[Importo]** euro. Il premio unico, inclusivo di eventuali sovrappremi e/o sconti, è di [Importo] (di cui [Importo] euro per la garanzia Complementare Infortuni [Importo] euro per la garanzia Complementare Lui&Lei [Importo] euro per la garanzia Complementare Invalidità totale e permanente [Importo] euro per la garanzia Complementare Non autosufficienza).

BENEFICIARI

[se è stato designato un beneficiario in modo specifico]
[DATI DEL/I BENEFICIARIO/I SPECIFICO/I]

[se il Contraente ha scelto almeno un beneficiario nominativo e ha risposto [SI] alle comunicazioni ai Beneficiari]
Il Contraente consente l'invio di comunicazioni ai beneficiari designati nominativamente prima dell'evento.

[se il Contraente ha scelto almeno un beneficiario nominativo e ha risposto [NO] alle comunicazioni ai Beneficiari]
Il Contraente esclude l'invio di comunicazioni ai beneficiari designati nominativamente prima dell'evento.

Avvertenza: la modifica o revoca dei beneficiari deve essere comunicata all'Impresa di assicurazione.

[se è stato nominato un referente terzo]
Il Contraente ha manifestato esigenze specifiche di riservatezza e ha nominato il seguente referente terzo, diverso dal beneficiario, a cui l'Impresa può far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato:
[Nome Cognome] [---]

PERIODICITA' DEL PREMIO

Premio: [mensile]/[annuale].

PRESTAZIONE ASSICURATA

- Capitale assicurato in caso di decesso: euro _____
- Capitale assicurato aggiuntivo in caso di decesso per infortunio: euro _____
- Capitale assicurato anticipato in caso di cancro (Lui&Lei): euro _____
- Capitale assicurato anticipato in caso di malattia terminale (Malattie gravi): euro_____
- Capitale assicurato aggiuntivo in caso di invalidità totale e permanente: euro _____
- Capitale assicurato aggiuntivo in caso di non autosufficienza: euro _____

FAC-SIMILE

[HASH-CODE]

Allianz Global Life dac – Sede secondaria di Trieste
Società del gruppo Allianz SE, autorizzata all'esercizio dell'assicurazione sulla vita dalla Central Bank of Ireland - Registrata al locale registro delle società con autorizzazione n. 458565 - Capitale emesso euro 45.100.000 - Capitale autorizzato euro 100.000.000 - Iscritta all'albo imprese di assicurazione n. I.00078 - Operante in Italia in regime di stabilimento nella assicurazione sulla vita - Sede secondaria di Trieste – CF, P. IVA e Registro imprese di Trieste n. 01155610320 - Largo Ugo Irneri, 1 – 34123 – Telefono +39 040 3175.660 - Fax +39 040 7781.819 - www.allianzgloballife.com/it

FACOLTÀ DI RINNOVO

Il contratto cessa alla scadenza e non è tacitamente rinnovabile. Il Contraente ha la facoltà di prolungarlo di un anno senza visita medica o compilazione di ulteriori questionari pagando, entro la data di scadenza, l'importo che gli verrà comunicato in anticipo dall'Impresa, che in questo caso modificherà la data di scadenza e la comunicherà al Contraente. Questa facoltà può essere esercitata un massimo di 20 volte, ma fino ad un'età computabile minore di 70 anni ed a condizione che i ratei di premio siano stati regolarmente pagati.
L'Impresa si riserva il diritto di non accettare una nuova proposta da Contraenti che non abbiano pagato regolarmente tutte le rate di premio dei precedenti contratti.

DETRAIBILITÀ DEL PREMIO AI SENSI DELLA NORMATIVA FISCALE VIGENTE

L'Impresa 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.

DIRITTO DI RECESSO

Entro 30 giorni dalla decorrenza il Contraente può recedere dal contratto, estinguendone la validità, spedendo una PEC o raccomandata a Allianz Global Life dac, Sede secondaria in Italia, Largo Ugo Irneri 1, 34123 Trieste. Entro 15 giorni dal ricevimento, l'Impresa rimborserà al Contraente, attraverso il medesimo mezzo di pagamento utilizzato da quest'ultimo, il premio al netto di eventuali imposte, della parte di premio per il periodo di effetto del contratto e delle spese dell'Impresa quantificate forfetariamente in 30 euro.

AREA PERSONALE

La Proposta in oggetto vale un mese, dalla data di emissione, nell'Area Personale scelta dal Cliente con nome utente **[NomeUtente].**

COME STIPULARE IL CONTRATTO ENTRO E NON OLTRE IL [DataScadenzaProposta]

- Caricare copia di un documento d'identità (carta d'identità, passaporto oppure patente)
- Caricare un documento che provi il domicilio italiano (es. contratto di affitto o di lavoro, bollette di acqua, luce, gas, etc.)
- Caricare il Questionario di adeguata verifica della clientela datato e firmato
- Firmare digitalmente le pagine di questa proposta tramite codice usa e getta ("Codice Firma") ottenuto via SMS
- Effettuare il pagamento di <Importo> euro scegliendo:
    - **SDD – Addebito diretto su Conto Corrente** intestato o cointestato al Contraente ed acconsentendo all'addebito delle rate di rata e di rinnovo, dal sito www.geniallife.it a favore di Allianz Global Life. In questo caso sarà necessario caricare nell'Area Personale il Mandato di addebito diretto appositamente firmato
    - **Carta di Credito** (Visa, Mastercard) della quale il Contraente sia titolare ed acconsentendo all'addebito delle rate di rata e di rinnovo, dal sito www.geniallife.it
    - **Bonifico Bancario** da un conto corrente intestato o cointestato al Contraente con causale "GenialLife n. [NumeroProposta]" a favore di "Allianz Global Life IBAN: IT 54 T 02008 05351 000103892102".
- AVVERTENZE IMPORTANTI

a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
b) prima della sottoscrizione della proposta, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni relative al suo stato di salute ed alle sue abitudini di vita riportate nella presente proposta all'interno delle sezioni "QUESTIONARIO SANITARIO" e "QUESTIONARIO PROFESSIONALE E SPORTIVO";
c) L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

FAC-SIMILE

[HASH-CODE]

RIEPILOGO DEI BISOGNI E DELLE ESIGENZE DEL CLIENTE

Avere notizie e informazioni sulle richieste e sulle esigenze del Cliente è condizione indispensabile affinchè la Compagnia e i suoi distributori possano individuare il prodotto che soddisfi queste richieste.
Le chiediamo, quindi, di prestare particolare attenzione al presente documento, confermando i dati da Lei già forniti nel corso del flusso assuntivo e completandolo con le eventuali ulteriori informazioni richieste.
E' importante che le informazioni e i dati di seguito riepilogati siano completi, veritieri e aggiornati, dal momento che solo sulla base degli stessi potranno essere formulate proposte coerenti con le Sue richieste ed esigenze assicurative.
In assenza di informazioni complete, non saremmo in condizione di servirLa al meglio e di verificare l'effettiva corrispondenza tra le Sue necessità di natura assicurativa ed i prodotti che possiamo proporLe.
Al riguardo, le ricordiamo sin d'ora di prestare particolare attenzione ai massimali previsti per ciascuna garanzia, nonchè ad eventuali limitazioni alle coperture assicurative, esclusioni, franchigie e scoperti, verificando che siano conformi alle Sue aspettative.
Le rammentiamo, infine, che eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione della stessa assicurazione ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892 e 1893 C.C.

BISOGNO ASSICURATIVO PRINCIPALE

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

BISOGNI ASSICURATIVI ULTERIORI

Il Contraente dichiara altresì di voler garantire a uno o più soggetti (quali parenti o altre persone care) un capitale aggiuntivo (specificato in Polizza) in caso di decesso in conseguenza di infortunio (vale a dire causa fortuita, violenta ed esterna, che produca all'Assicurato lesioni fisiche oggettivamente constatabili).

Il Contraente dichiara altresì di volersi garantire un importo anticipato (specificato in Polizza) qualora, durante il periodo di copertura, venga diagnosticato un cancro tra quelli contrattualmente previsti.

Il Contraente dichiara altresì di volersi garantire un importo anticipato (specificato in Polizza) qualora, durante il periodo di copertura, gli venga diagnosticata una malattia da cui consegua un'aspettativa di vita minore di 12 mesi.

Il Contraente dichiara altresì di volersi garantire un importo aggiuntivo (specificato in Polizza) in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato.

Il Contraente dichiara altresì di volersi garantire un importo aggiuntivo (specificato in Polizza) in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato nel compimento di almeno 4 delle 6 attività elementari della vita quotidiana di seguito indicate: lavarsi, vestirsi e svestirsi, andare al bagno ed usarlo, spostarsi, continenza ed alimentarsi.

Le rammentiamo che la proposta che Le sarà formulata si baserà sulle informazioni da Lei fornite, come riepilogate nel presente documento. La invitiamo, dunque, a confermare la correttezza di quanto qui riportato, sottoscrivendo il presente modulo dopo attenta rilettura.

RIEPILOGO DELLE DICHIARAZIONI RESE DAL CONTRAENTE/ASSICURATO NELLA PROCEDURA SUL SITO WEB

QUESTIONARIO SANITARIO

- Altezza cm [**Altezza**], Peso kg [**Peso**].
- Ti sei mai sottoposto/a a terapia radiante/chemioterapia o hai mai ricevuto consulenza medica o ti è stato mai diagnosticato o hai mai avuto un trattamento per: malattie cardiache, dolore al petto, ipertensione, ictus, diabete, malattie neurologiche, cancro o tumore di qualsiasi tipo, malattie del fegato o epatite, l'HIV/AIDS, malattia dell'apparato respiratorio, malattia del sangue, malattie renali, malattia intestinale, disturbi relativi all'uso di droghe o alcool; qualsiasi disturbo fisico che ha richiesto negli ultimi 12 mesi almeno 2 settimane di assenza dal lavoro o trattamenti specifici. [**SI o NO**]
- Hai mai ricevuto una diagnosi o ti sei mai sottoposto a ricoveri, cure o esami, oppure è previsto un ricovero o intervento oppure visite/accertamenti per una delle seguenti malattie o disturbi:

FAC - SIMILE

[HASH-CODE]

- Qualsiasi tipo di cancro, qualsiasi tipo di tumore maligno o benigno, linfoma, malattia di Hodgkin, leucemia, sarcoma, melanoma o malattie linfonodali?
- Malattie o disturbi dell'apparato genitale?
- Malattie o disturbi alla prostata, valori di PSA sopra i limiti di laboratorio e/o che abbiano richiesto ulteriori approfondimenti diagnostici.

Hai mai ricevuto una diagnosi o ti sei mai sottoposta a ricoveri, cure o esami, oppure è previsto un ricovero o intervento oppure visite/accertamenti per una delle seguenti malattie o disturbi:

- Qualsiasi tipo di cancro, qualsiasi tipo di tumore maligno o benigno, linfoma, malattia di Hodgkin, leucemia, sarcoma, melanoma o malattie linfonodali?
- Malattie o disturbi degli organi riproduttivi?
- PAP test anomalo?
- Malattie o disturbi alle mammelle, e/o mammografia e/o ecografia al seno con esito fuori della norma e/o che ha richiesto ulteriori accertamenti?

[**SI o NO**]

- Fumi abitualmente? [**SI o NO**]
- Hai mai ricevuto una diagnosi, o si è mai sottoposto a ricoveri, cure o esami, per una delle seguenti malattie o disturbi:
  - Sclerosi multipla, epilessia, malattia di Alzheimer, malattia di Parkinson, Sclerosi Laterale Amiotrofica, malattia di Huntington, malattia dei motoneuroni, artrite reumatoide, artrite psorisiaca?
  - ictus, TIA (attacco ischemico transitorio), emorragia o aneurisma cerebrale?
  - paralisi, paraplegia, amputazione di arti, malattie dell'apparato muscolo-scheletrico, malattie sistemiche, del sistema nervoso, cecità, retinopatia, degenerazione maculare?

  [**SI o NO**]
- Sei invalido o titolare di una pensione di invalidità o inabilità o ha fatto richiesta per ottenerla? [**SI o NO**]
- Nella tua parentela consanguinea (Padre, Madre, fratelli e sorelle) ci sono stati casi di una o più delle seguenti malattie prima dell'età di 65 anni: Malattia di Alzheimer, Demenza, Morbo di Parkinson, Malattia di Huntington, Malattia dei motoneuroni, sclerosi multipla? [**SI o NO**]
- Necessita di ausili (quali sedia a rotelle, bastone, stampelle) o assistenza di una terza persona nello svolgimento di una o più delle attività quotidiane quali alzarsi dal letto e coricarsi, lavarsi, vestirsi, muoversi all'interno della casa, alimentarsi, andare in bagno, sedersi o alzarsi da una sedia, uscire a passeggio o fare la spesa? [**SI o NO**]

QUESTIONARIO PROFESSIONALE E SPORTIVO

- Nell'ambito della sua professione è esposto a particolari rischi? [**SI o NO**]
- Viaggi in paesi a rischio per situazione climatica, politico militare, o medico sanitaria? [**SI o NO**]
- Pratica una o più delle seguenti attività sportive: alpinismo, sport aerei, speleologia, immersioni subacquee, automobilismo, motociclismo, salti dal trampolino su sci o idroscì, arti marziali, rugby, pugilato? [**SI o NO**]
- Ha mai ottenuto un rifiuto o differimento di una richiesta di assicurazione sulla vita/invalidità oppure un'accettazione a condizioni particolari (sovrapremi, esclusioni)? [**SI o NO**]

ALTRE DICHIARAZIONI

- **DICHIARA** di essere stato informato dall'Impresa che il contratto risulta essere adeguato poiché possiede soggetti da tutelare e ritiene che essi non siano sufficientemente protetti ad es. da altre polizze: per questa ragione vuole stipulare il presente contratto GenialLife a copertura del rischio di decesso;
- **DICHIARA** di aver ricevuto copia del Set informativo di GenialLife [Edizione: maggio 2022] che afferma di conoscere e accettare quale parte integrante della presente Proposta;
- **DICHIARA** di aver ricevuto copia del documento "Informativa sul distributore" conforme all'allegato 3 del Regolamento IVASS n. 40/2018, copia del documento "Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP" conforme all'allegato 4 del Regolamento IVASS n. 40/2018 e copia del documento "Elenco delle regole di comportamento del distributore" conforme all'Allegato 4-ter del Regolamento IVASS n. 40/2018;
- [se almeno un beneficiario è nominativo] **DICHIARA** di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente proposta l'"Informativa Privacy (Informativa per il trattamento dei dati personali)" che si impegna a fornire a ciascun beneficiario designato nominativamente;
- [se è stato nominato il referente terzo] **DICHIARA** di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente proposta l'"Informativa Privacy (Informativa per il trattamento dei dati personali)" che si impegna a fornire al referente terzo designato nominativamente;
- [se almeno un beneficiario è nominativo ed è stato nominato un referente terzo] DICHIARA di aver ricevuto prima della sottoscrizione della presente proposta l'"Informativa Privacy (Informativa per il trattamento dei

FAC-SIMILE

[HASH-CODE]

dati personali)" che si impegna a fornire a ciascun beneficiario designato nominativamente e al referente terzo;

- **PRENDE ATTO** che i premi 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;
- **DICHIARA** di non essere residente/residente abituale in Irlanda, di NON aver trascorso più di 6 mesi nell'ultimo anno in Irlanda o Belgio e **SI IMPEGNA** a comunicare all'Impresa, in corso di contratto, qualsiasi variazione dello Stato di residenza;
- **DICHIARA** che il rapporto continuativo e le operazioni riconducibili ai rapporti continuativi instaurati con l'Impresa sono effettuate per suo conto, quale intestatario di tali rapporti;
- **DICHIARA** di [**essere**]/[**non essere**] Persona Politicamente Esposta[1], in quanto [relazione] [tipologia];

Data e firma del Contraente

I Rappresentanti Legali
Simon Dauber - Savino Dipasquale

_____

Il Contraente/Assicurato **DICHIARA** di approvare, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 C.C., l'art. 3 "Limitazioni delle prestazioni", l'art. 4 "Denuncia di sinistro", l'art. 5 "Denuncia dell'infortunio o della malattia e obblighi conseguenti" e l'art. 6 "Pagamenti dell'Impresa" delle Condizioni di assicurazione.

Data e firma del Contraente

_____

Il Contraente/Assicurato **DICHIARA** che il presente prodotto è adeguato rispetto alle esigenze assicurative sopra manifestate.

Data e firma del Contraente

_____

FAC-SIMILE

[HASH-CODE]

CONSENSO PER DATI PERSONALI

Il Contraente **DICHIARA** di aver letto l'Informativa Privacy (allegata al presente modulo di proposta) e **ACCONSENTE** al trattamento dei propri dati personali come di seguito indicato:

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI (INCLUSI I DATI RELATIVI ALLA SALUTE)

Per finalità elencate nei paragrafi 3.A, 3.B, 3.C dell'Informativa Privacy, il Contraente **ACCONSENTE** a quanto segue:

- al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute e all'ottenimento dei dati da terze parti di cui al paragrafo 4 dell'Informativa Privacy;
- alla trasmissione dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute, all'interno od all'esterno dell'Area Economica Europea (EEA), ai soggetti indicati al paragrafo 5 dell'Informativa Privacy;
- a manlevare tutte le persone fisiche presso AGL ed i soggetti indicati al paragrafo 5 dell'Informativa Privacy dagli obblighi di riservatezza cui sono tenuti relativi ai dati sulla salute ed altri dati personali sensibili che sono obbligati a trasferire ed utilizzare al fine di gestire il Contratto.

MARKETING E COMUNICAZIONI PROMOZIONALI

(Se consenso marketing prestato) Il Contraente **ACCONSENTE** al trattamento dei suoi dati personali da parte di AGL ed ai soggetti indicati nel paragrafo 5 dell'Informativa Privacy, a cui i dati verranno comunicati, per finalità di marketing e promozionali, mediante le seguenti tecniche di comunicazione tradizionali e/o a distanza: (e-mail, telefono ed ogni altra forma di comunicazione elettronica) così come descritto al paragrafo 3.D dell'Informativa Privacy.

(Se consenso marketing negato) Il Contraente **NON ACCONSENTE** al trattamento dei suoi dati personali da parte di AGL ed ai soggetti indicati nel paragrafo 5 dell'Informativa Privacy, a cui i dati verranno comunicati, per finalità di marketing e promozionali, mediante le seguenti tecniche di comunicazione tradizionali e/o a distanza: (e-mail, telefono ed ogni altra forma di comunicazione elettronica) così come descritto al paragrafo 3.D dell'Informativa Privacy.

COMUNICAZIONE ELETTRONICA

(Se comunicazioni Cartacee) Il Contraente chiede di ricevere la documentazione e tutte le comunicazioni da parte di AGL tramite posta ordinaria.

(Se comunicazioni Digitali) Il Contraente chiede di ricevere la documentazione e tutte le comunicazioni da parte di AGL in via digitale al proprio indirizzo email.

La preferenza espressa sopra può essere modificata in qualsiasi momento accedendo all'Area Personale del sito www.geniallife.it o contattando AGL (come descritto nell'Informativa Privacy).

Data e firma del Contraente

_____

FAC - SIMILE

[HASH-CODE]

[1]*Si considerano Persone Politicamente Esposte le persone fisiche residenti in Italia o in altri Stati esteri, che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami. 1) Per persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche s'intendono: a) Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri; b) deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri; c) membro degli organi direttivi centrali di partiti politici; d) giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri; e) membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti; f) ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri; g) componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitana e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti; h) direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale; i) direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgente funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali. 2) Per familiari di persone politicamente esposte s'intendono: a) i genitori; b) il coniuge o la persona legata alla persona politicamente esposta in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili; c) i figli e i loro coniugi; d) le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili. 3) Sono soggetti con i quali le persone*

politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami: a) le persone fisiche che detengono congiuntamente alla persona politicamente esposta la titolarità effettiva di enti giuridici, trust e istituti giuridici affini ovvero che intrattengono con la persona politicamente esposta stretti rapporti di affari; b) le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

FAC - SIMILE

[HASH-CODE]