LINEA PROTEZIONE

PERSEMPRE
di Alleanza

Contratto di assicurazione di rendita vitalizia in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Aggiornamento al 19 ottobre 2026

Le presenti condizioni di assicurazione, unitamente al Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), al documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita) devono essere consegnate al Contraente prima della firma della proposta di assicurazione.

Il contratto è realizzato secondo le Linee Guida del Tavolo Tecnico "Contratti Semplici e Chiari" coordinato dall'ANIA, aggiornate in base alle "Linee Guida per contratti chiari e comprensibili 2024".

Alleanza Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: Piazza Tre Torri 1 - 20145 Milano - Tel. +39 02 40824111
www.alleanza.it

Capitale Sociale Euro 210.000.000,00 i.v. - Codice Fiscale e iscrizione Registro Imprese di Milano Monza Brianza Lodi n. 10908160012 - Partita IVA n. 01333550323 - Pec: alleanza@pec.alleanza.it - Società iscritta all'Albo Imprese IVASS n. 1.00178, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.

GENERALI

ALLEANZA ASSICURAZIONI

INDICE

PRESENTAZIONE DEL PRODOTTO 3

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 5

DEFINIZIONI 5

CHE COSA È ASSICURATO/QUALI SONO LE PRESTAZIONI? 7

Art. 1 - Oggetto del contratto 7

COPERTURA PRINCIPALE

Art. 2 - Rendita Mensile 7

Art. 3 - Clausola di rivalutazione della rendita 8

COPERTURE COMPLEMENTARI FACOLTATIVE

Art. 4 - Malattie Gravi 12

Art. 5 - Decesso 13

CHE COSA NON È ASSICURATO? 13

Art. 6 - Persone non assicurabili 13

CI SONO LIMITI DI COPERTURA? 13

Art. 7 - Esclusioni e limitazioni 13

Art. 7.1 - Rendita Mensile 13

Art. 7. 2 - Malattie Gravi 15

Art. 7.3 - Decesso 15

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA? 15

Art. 8 - Dichiarazioni e accertamenti sanitari 15

Art. 9 - Denuncia, accertamento e riconoscimento della perdita di autosufficienza 16

Art. 10 - Arbitrato in caso di controversie 18

Art. 11 - Denuncia, accertamento e riconoscimento di una malattia grave 18

Art. 12 - Denuncia e riconoscimento del Decesso 19

QUANDO E COME DEVO PAGARE? 20

Art. 13 - Piano di versamento dei Premi 20

Art. 14 - Mezzi di versamento dei Premi 20

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE? 21

Art. 15 - Durata 21

Art. 16 - Conclusione ed entrata in vigore del contratto 21

COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO? 21

Art. 17 - Recesso 21

QUALI COSTI DEVO SOSTENERE? 22

Art. 18 - Costi 22

SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI? ☒ **SI** ☐ **NO** 23
Art. 19 - Riscatto 23
Art. 20 - Interruzione del versamento dei Premi: Rendita ridotta 23
Art. 21 - Ripresa del versamento dei Premi: riattivazione 24

ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI AL CONTRATTO 24
Art. 22 - Beneficiario 24
Art. 23 - Non pignorabilità e non sequestrabilità 25
Art. 24 - Foro competente 25
Art. 25 - Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni internazionali 25
Art. 26 - Rinvio alle norme di legge 25

ALLEGATO 1 ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO NELLA FASE DI ACCERTAMENTO DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA 26

ALLEGATO 2 REGOLAMENTO DELLA GESTIONE SEPARATA “FONDO EURO SAN GIORGIO” 28

ALLEGATO 3 REGOLAMENTO DELLA GESTIONE SEPARATA “ALLERENDITA” 30

ALLEGATO 4 CARICAMENTI SUL PREMIO DELLE COPERTURE COMPLEMENTARI 32

ALLEGATO “PARTE II – Condizioni di Assicurazione Mod. 20050”

PRESENTAZIONE DEL PRODOTTO

PERSEMPRE di Alleanza è una soluzione assicurativa di protezione che prevede una o più delle seguenti coperture:

- **Rendita Mensile:** pagamento di una rendita mensile all'Assicurato in caso di **perdita di autosufficienza** (copertura principale);
- **Malattie Gravi:** pagamento di un capitale all'Assicurato e servizi di assistenza in caso di malattia grave (copertura complementare facoltativa);
- **Decesso:** pagamento di un capitale ai Beneficiari in caso di decesso dell'Assicurato (copertura complementare facoltativa).

Alla firma della Proposta, il Contraente può scegliere tra le versioni Base, Light e Full a seconda dell'attivazione o meno delle coperture complementari facoltative.

Dettaglio coperture per ciascuna versione del prodotto

Coperture	versione Base	versione Light	versione Full
Rendita Mensile	Copertura Principale	Copertura Principale	Copertura Principale
Malattie Gravi	Non prevista	Copertura Complementare Facoltativa	Copertura Complementare Facoltativa
Decesso	Non prevista	Non prevista	Copertura Complementare Facoltativa

AVVERTENZE

Per facilitare la lettura delle Condizioni di assicurazione, sono utilizzati i seguenti strumenti grafici:

- **carattere grassetto:** per dare maggior risalto ai concetti principali e al testo che bisogna leggere con maggiore attenzione;
- lettera Iniziale Maiuscola: per indicare che la parola è presente e ha il significato descritto nelle definizioni;
- (→ art. XX): per rinviare da un articolo delle Condizioni, dove un concetto è nominato, a un altro articolo, dove lo stesso concetto è spiegato più ampiamente; questa evidenza grafica è data solo la prima volta che il concetto è nominato nel testo di ciascun articolo.
- box con esempi:

per aiutare a comprendere, con un esempio pratico, il contenuto o il funzionamento della prestazione o alcuni passaggi più complessi.

AREA CLIENTI E CONTATTI UTILI

Il Contraente può registrarsi e accedere gratuitamente all'Area Clienti dal sito internet www.alleanza.it o dall'app "Alleanza". Tramite l'Area Clienti è possibile, ad esempio:

- verificare i contratti attivi e la documentazione dei contratti non attivi;
- verificare lo stato dei versamenti dei Premi e le relative scadenze;
- effettuare il versamento dei Premi successivi al primo;

continua

- visualizzare e scaricare la documentazione contrattuale;
- verificare i contatti dell'Agenzia di riferimento;
- consultare e aggiornare i dati personali e i consensi privacy;
- generare il riepilogo polizza.

Per qualsiasi chiarimento sul prodotto o ulteriore informazione è possibile contattare l'Agenzia di riferimento.

Di seguito sono indicati i contatti di Alleanza Assicurazioni S.p.A.:

Alleanza Assicurazioni S.p.A.
Piazza Tre Torri, 1 - 20145 Milano
Sito Internet: www.alleanza.it
E-mail: tutelaclienti@alleanza.it
PEC: alleanza@pec.alleanza.it
Recapito telefonico: +39 02 40824111

Nel testo delle Condizioni, Alleanza Assicurazioni S.p.A. è indicata come Alleanza.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

DEFINIZIONI

I termini di seguito indicati hanno il significato qui precisato e sono sempre riportati nel testo delle condizioni con lettera iniziale maiuscola.

Assicurato
Persona fisica sulla cui vita è stipulata l'assicurazione: il calcolo delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione è determinato in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi che si verificano durante la sua vita.

Può essere una persona diversa dal Contraente. In tal caso l'assicurazione per il caso di decesso, se viene scelta la garanzia ralativa, è valida solo se l'Assicurato dà il suo consenso scritto.

Beneficiario
Persona fisica o giuridica a cui sono pagate le prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

Contraente
Persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione e si impegna a versare il relativo Premio.

Costi
Oneri a carico del Contraente gravanti sui Premi versati.

Data di decorrenza
Data indicata in Polizza come data di inizio per il calcolo delle prestazioni previste dal contratto di assicurazione.

Diritto di recesso
Diritto del Contraente di far cessare gli effetti del contratto.

Età assicurativa
Età espressa in anni interi. Le frazioni di anno inferiori a sei mesi sono trascurate mentre quelle pari o superiori sono considerate come anno compiuto (ad esempio: 34 anni e 6 mesi = 35 anni; 43 anni e 5 mesi = 43 anni). Tale età viene determinata alla firma del contratto.

Gestione separata
Portafoglio di investimenti gestito separatamente dagli altri attivi detenuti da Alleanza. Le prestazioni del contratto si rivalutano in funzione del suo rendimento.

IMC o BMI
Indice di Massa Corporea, in inglese Body Mass Index, è il valore che si ottiene dividendo il peso corporeo (in chilogrammi) per la statura (in metri) elevata al quadrato. Tanto più l'indice è alto, tanto più la persona tende al sovrappeso con aumento dei rischi per la salute.

Infortunio
Evento, dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna (indipendente dalla volontà dell'Assicurato), il quale produce lesioni corporali oggettivamente constatabili che hanno come conseguenza il decesso. Al concetto di Infortunio non sono riconducibili ictus e infarto.

IVASS
Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Polizza
Documento che prova il contratto di assicurazione.

Premio
Importo che il Contraente versa ad Alleanza.

Proposta
Modulo firmato dal Contraente, con il quale egli manifesta ad Alleanza la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche e alle condizioni in esso indicate.

Ricorrenza annuale del contratto
Anniversario della Data di decorrenza.

Ricorrenza annuale di rivalutazione
La ricorrenza annuale di rivalutazione della rendita assicurata coincide con la Ricorrenza annuale del contratto.

Se Alleanza accerta la perdita di autosufficienza dell'Assicurato, la Ricorrenza annuale di rivalutazione della rendita pagata coincide invece con la ricorrenza annuale della data di denuncia.

Tasso di interesse tecnico
Il rendimento finanziario annuo che Alleanza utilizza come parametro per determinare l'importo del Premio che deve versare il Contraente in funzione dell'Età assicurativa dell'Assicurato al momento della firma della Proposta, dell'importo di rendita e del frazionamento scelti.

Questionario Sanitario
Sezione della Proposta contenente domande sullo stato di salute dell'Assicurato, che Alleanza utilizza per valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

CHE COSA È ASSICURATO/QUALI SONO LE PRESTAZIONI?

Art. 1 - Oggetto del contratto

Il Contraente versa ad Alleanza un Premio e in caso di perdita di autosufficienza presumibilmente permanente e irreversibile (→ art. 2), Alleanza paga all'Assicurato una prestazione in euro in forma di rendita vitalizia. La rendita è pagata in rate anticipate e determinata sulla base della rivalutazione delle somme investite in Gestione separata.

Il Contraente può integrare tale copertura con una o più **coperture facoltative**, che prevedono **prestazioni complementari** in caso di malattia grave (→ art. 4) o decesso (→ art. 5) dell'Assicurato.

COPERTURA PRINCIPALE

Art. 2 - Rendita Mensile

Prestazione

In caso di perdita di autosufficienza permanente dell'Assicurato, Alleanza paga in rate anticipate una **rendita mensile rivalutabile annualmente**, finché l'Assicurato è in vita. L'ultima rata dovuta è pertanto quella in scadenza prima del decesso.

Esempio:

Se Alleanza paga la rendita il 15 di ogni mese e il decesso dell'Assicurato avviene il 29 luglio, l'ultima rata dovuta è quella del 15 luglio.

L'assicurazione è prestata per l'importo di rendita indicato in Polizza, scelto dal Contraente alla firma della Proposta.

La **rendita assicurabile minima** è pari a **€ 500**, quella **massima** è pari a **€ 3.000**. L'importo scelto deve essere un multiplo di **€ 250**.

La rendita massima assicurabile si calcola come somma tra la rendita assicurata di Proposta e le rendite assicurate di eventuali altri contratti PERSEMPRE di Alleanza precedentemente stipulati con lo stesso Assicurato.

Evento coperto: perdita di autosufficienza

La perdita di autosufficienza deve essere **presumibilmente permanente e irreversibile**.

Alleanza riconosce la perdita di autosufficienza dell'Assicurato nei seguenti casi:

a. Perdita di autosufficienza nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana
b. Perdita delle capacità mentali

Perdita di autosufficienza nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana

Avviene se l'Assicurato è incapace di svolgere anche parzialmente, senza l'assistenza di un'altra persona, gli atti sottoindicati:

- farsi il bagno o la doccia
- vestirsi e svestirsi
- andare in bagno e mantenere un'adeguata igiene del corpo
- bere e mangiare
- alzarsi e camminare
- controllare le funzioni urinarie e intestinali

Alleanza riconosce la perdita permanente di autosufficienza se l'Assicurato raggiunge il punteggio di **almeno 40 punti su un totale massimo di 60 punti**, in base ai criteri indicati nell'Allegato 1.

Perdita delle capacità mentali

Avviene se l'Assicurato riceve la diagnosi di una **malattia neurologica**, **nervosa o mentale** dovuta a causa organica (per esempio: malattia di Alzheimer, morbo di Parkinson, demenza), che provoca la **perdita delle capacità mentali**.

Per capacità mentali si intendono la capacità di pensare, capire, ragionare o ricordare. La perdita si manifesta con l'incapacità di badare a sé stessi senza il controllo continuo di un'altra persona.

Il grado di incapacità mentale deve essere verificato attraverso il test neuropsicologico denominato "**Mini Mental State Examination**" (M.M.S.E. di Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R.). In questo caso Alleanza riconosce la perdita di autosufficienza se l'Assicurato ottiene un **punteggio minore o uguale a 13**.

Art. 3 - Clausola di rivalutazione della rendita

PERSEMPRE di Alleanza prevede la **rivalutazione annuale della rendita assicurata**.

A tal fine, Alleanza versa nella Gestione separata "**Fondo Euro San Giorgio**" i Premi versati (al netto dei caricamenti), che si rivalutano in base alla misura annua di rivalutazione della Gestione stessa, secondo i criteri indicati di seguito e nel Regolamento della medesima Gestione disponibile nell'Allegato 2 e sul sito www.alleanza.it.

Se Alleanza riconosce la perdita di autosufficienza dell'Assicurato, **durante l'erogazione la rendita si rivaluta** in base alla misura annua di rivalutazione della Gestione separata "**AlleRendita**", secondo i criteri indicati di seguito e nel Regolamento della medesima Gestione disponibile nell'Allegato 3 e sul sito www.alleanza.it.

Tasso annuo di rendimento lordo delle Gestioni separate

Alleanza dichiara entro il 31 dicembre di ogni anno il tasso annuo di rendimento lordo delle Gestioni separate, determinato come da Regolamento. Il periodo di osservazione per determinare il tasso annuo lordo di rendimento decorre dal 1° novembre al 31 ottobre di ogni anno.

Esempio:

Per tutti i contratti con data decorrenza 2026, alla relativa ricorrenza 2027 viene riconosciuto il tasso di rendimento relativo al periodo di osservazione dal 01/11/2025 al 31/10/2026.

Contratto con decorrenza il 01/03/2026

Alla prima Ricorrenza annuale del contratto (01/03/2027) Alleanza riconosce un tasso annuo di rendimento realizzato nel periodo di osservazione che va dal 01/11/2025 al 31/10/2026.

Misura annua di rivalutazione

La misura annua di rivalutazione si ottiene sottraendo al tasso annuo di rendimento lordo della Gestione separata il rendimento annuo trattenuto (→ art. 18) e il Tasso di interesse tecnico pari allo 0,50%, e dividendo tale differenza per il Tasso di interesse tecnico aumentato di 1. La rivalutazione attribuita alla rendita **non può in ogni caso essere negativa**.

$$\textbf{Misura annua di rivalutazione} = \text{maggiore tra 0 (zero) e } \frac{\text{tasso annuo di rendimento lordo-rendimento annuo trattenuto-Tasso di interesse tecnico}}{1 + \text{Tasso di interesse tecnico}}$$

Esempio:

Tasso annuo di rendimento lordo della Gestione separata:	3,00%
Rendimento annuo trattenuto:	1,20%
Tasso di interesse tecnico:	0,50%
Misura annua di rivalutazione = maggiore tra 0 (zero) e (3,00% - 1,20% - 0,50%) / (1+ 0,50%) =	1,29%

ATTENZIONE: i valori sopra ipotizzati sono solo indicativi e non impegnano in alcun modo Alleanza.

Rivalutazione annuale della rendita assicurata

Ad ogni Ricorrenza annuale di rivalutazione, che coincide con la Ricorrenza annuale del contratto, la rendita assicurata è rivalutata come segue.

La rendita annua assicurata rivalutata alla prima Ricorrenza annuale di rivalutazione è pari alla somma tra la rendita annua assicurata iniziale e l'importo della rivalutazione da attribuire alla rendita.

L'importo della rivalutazione da attribuire alla rendita è ottenuto moltiplicando:

- la misura annua di rivalutazione
- per l'importo della rendita annua assicurata iniziale, riproporzionato in base al rapporto tra il numero degli anni trascorsi dalla Data di decorrenza e la durata del piano di versamento dei Premi (in anni). Se il Premio annuo è frazionato in più rate, il numero degli anni trascorsi viene diminuito delle seguenti frazioni di anno:
  - 0,250 se le rate sono 2 (in caso di frazionamento semestrale)
  - 0,458 se le rate sono 12 (in caso di frazionamento mensile)

  tenuto conto del minor periodo a disposizione di Alleanza per investire nella Gestione separata le rate di Premio successive alla prima.

Per calcolare la rendita annua assicurata rivalutata alle annualità successive, Alleanza somma la rendita annua assicurata rivalutata alla Ricorrenza annuale di rivalutazione precedente con il nuovo importo della rivalutazione da attribuire alla rendita, calcolato con le stesse modalità sopra descritte.

Esempi:

Calcolo della rendita assicurata rivalutata alla prima Ricorrenza annuale di rivalutazione

Data di decorrenza:	01/03/2026
Rendita annua assicurata iniziale:	€ 6.000
Età assicurativa dell'Assicurato:	40 anni
Durata del piano di versamento dei Premi:	25 anni
Frazionamento Premio:	mensile (12 rate di Premio annuali)
Numero anni trascorsi dalla decorrenza:	1
Misura annua di rivalutazione 2027:	1,30%

Rivalutazione da attribuire alla rendita =

$$1{,}30\% \times \left(€ \, 6.000 \times \frac{1 - 0{,}458}{25} \right) = € \, 1{,}69$$

Rendita annua rivalutata alla prima Ricorrenza annuale di rivalutazione:
€ 6.001,69 = € 6.000 + € 1,69

Calcolo della rendita assicurata rivalutata alla seconda Ricorrenza annuale di rivalutazione

Rendita assicurata rivalutata alla Ricorrenza annuale di rivalutazione precedente:	€ 6.001,69
Misura annua di rivalutazione 2028:	1,40%
Numero anni trascorsi dalla decorrenza:	2

Rivalutazione da attribuire alla rendita =

$$1{,}40\% \times \left(€ \, 6.000 \times \frac{2 - 0{,}458}{25} + € \, 1{,}69 \right) = € \, 5{,}20$$

Rendita annua rivalutata alla seconda Ricorrenza annuale di rivalutazione:
€ 6.006,89 = € 6.001,69 + € 5,20

Calcolo della rendita assicurata rivalutata alla terza Ricorrenza annuale di rivalutazione

Rendita assicurata rivalutata alla Ricorrenza annuale di rivalutazione precedente:	€ 6.006,89
Misura annua di rivalutazione 2029:	1,20%
Numero anni trascorsi dalla decorrenza:	3

Rivalutazione da attribuire alla rendita =

$$1{,}20\% \times \left(€ \, 6.000 \times \frac{3 - 0{,}458}{25} + (€ \, 1{,}69 + € \, 5{,}20) \right) = € \, 7{,}40$$

Rendita annua rivalutata alla terza Ricorrenza annuale di rivalutazione:
€ 6.014,29 = € 6.006,89 + € 7,40

ATTENZIONE: i valori sopra ipotizzati sono solo indicativi e non impegnano in alcun modo Alleanza.

A partire dal termine del Piano di versamento dei Premi, ad ogni Ricorrenza annuale di rivalutazione successiva, la rendita assicurata è invece rivalutata applicando la misura annua di rivalutazione alla rendita annua rivalutata alla Ricorrenza annuale precedente.

Esempio:

Data di decorrenza:	01/03/2026
Rendita annua assicurata iniziale	€ 6.000
Età assicurativa dell'Assicurato:	40 anni
Durata del piano di versamento dei Premi:	25 anni
Rendita annua rivalutata al termine del piano di versamento dei Premi:	€ 6.500
Ricorrenza annuale di rivalutazione successiva al termine del piano di versamento dei Premi:	01/03/2052
Misura annua di rivalutazione 2052:	1,30%
Rendita annua rivalutata:	€ 6.584,50 = € 6.500 x (1+ 1,30%)

ATTENZIONE: i valori sopra ipotizzati sono solo indicativi e non impegnano in alcun modo Alleanza.

In caso di interruzione del piano di versamento dei Premi, se il Contraente ha versato il numero minimo di annualità richieste per avere diritto alla rendita ridotta, ad ogni Ricorrenza annuale di rivalutazione successiva, la rendita annua ridotta è invece rivalutata applicando la misura annua di rivalutazione alla rendita annua rivalutata ridotta alla Ricorrenza annuale di rivalutazione precedente.

Esempio:

Data di decorrenza:	01/03/2026
Età assicurativa dell'Assicurato:	40 anni
Durata del piano di versamento dei Premi:	25 anni
Numero di annualità di Premio versate:	12
Rendita annua rivalutata ridotta alla Ricorrenza annuale di rivalutazione precedente (01/03/2038):	€ 3.380
Misura annua di rivalutazione 2039:	1,30%
Rendita annua ridotta rivalutata:	€ 3.423,94 = € 3.380 x (1+1,30%)

ATTENZIONE: i valori sopra ipotizzati sono solo indicativi e non impegnano in alcun modo Alleanza.

Rivalutazione annuale della rendita in fase di erogazione

In caso di accertamento della non autosufficienza dell'Assicurato, la rendita annua che Alleanza paga in rate mensili anticipate è determinata rivalutando la rendita annua assicurata, rivalutata all'ultima Ricorrenza annuale di rivalutazione precedente la data di denuncia del sinistro, in misura proporzionale al tempo trascorso dall'ultima Ricorrenza annuale di rivalutazione alla data di denuncia.

Ad ogni Ricorrenza annuale di rivalutazione successiva alla data di denuncia del sinistro, la rendita annua è invece rivalutata applicando la misura annua di rivalutazione alla rendita annua rivalutata alla Ricorrenza annuale di rivalutazione precedente.

Esempio:

Calcolo della rendita annua rivalutata alla data di denuncia del sinistro

Data di decorrenza:	01/03/2026
Rendita annua assicurata iniziale:	€ 6.000
Età assicurativa dell'Assicurato:	40 anni
Durata del piano di versamento dei Premi:	25 anni
Data di denuncia del sinistro:	03/07/2036
Rendita annua rivalutata all'ultima Ricorrenza annuale di rivalutazione precedente la data di denuncia (01/03/2036):	€ 6.500
Tempo trascorso dall'ultima Ricorrenza annuale di rivalutazione precedente la data di denuncia (01/03/2035) alla data di denuncia:	122 giorni
Misura annua di rivalutazione 2036:	1,30%
Rendita annua rivalutata alla data di denuncia:	€ 6.528,51= € 6.500 x (1+1,30%)^(122/360)

Calcolo della rendita annua rivalutata a partire dalla Ricorrenza annuale di rivalutazione successiva alla data di denuncia del sinistro

Prima Ricorrenza annuale di rivalutazione successiva alla data di denuncia:	03/07/2037
Misura annua di rivalutazione 2037:	1,10%
Rendita annua rivalutata alla prima Ricorrenza annuale di rivalutazione successiva alla data di denuncia:	€ 6.593,80 = € 6.528,51 x (1+1,10%)

ATTENZIONE: i valori sopra ipotizzati sono solo indicativi e non impegnano in alcun modo Alleanza.

COPERTURE COMPLEMENTARI FACOLTATIVE

Art. 4 - Malattie Gravi

Il Contraente, alla firma della Proposta, può integrare la copertura principale per perdita di autosufficienza (→ art. 2) con una **copertura complementare facoltativa** per malattia grave dell'Assicurato.

Prestazione

In caso di diagnosi di una delle seguenti malattie gravi nel corso della durata della copertura complementare (→ art. 15), Alleanza paga all'Assicurato un capitale di **€ 5.000**.

Evento coperto: malattia grave

Le malattie gravi coperte sono:

- malattia di Alzheimer
- morbo di Parkinson
- SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica) e malattie del motoneurone
- insufficienza renale cronica di terzo e quarto grado (velocità di filtrazione glomerulare < 60ml/min/1,73m2)
- cardiopatie di classe III e IV secondo la classificazione NYHA (New York Heart Association)
- ictus emorragico e ischemico

Assistenza

A seguito della diagnosi di una malattia grave, l'Assicurato può chiedere le **prestazioni di assistenza** (Care Manager e Assistenza Domiciliare Integrata) fornite attraverso apposita polizza di assicurazione assistenza (polizza n° 38665Q) stipulata da Alleanza con Redion Italy Insurance S.p.A..

Le prestazioni sono descritte nell'Allegato "PARTE II – Condizioni di Assicurazione Mod. 20050".

Art. 5 - Decesso

Il Contraente, alla firma della Proposta, può integrare la copertura principale per perdita di autosufficienza (→ art. 2) e la copertura complementare per malattia grave (→ art. 4) con una ulteriore **copertura complementare facoltativa** per decesso dell'Assicurato.

Prestazione

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata della copertura complementare (→ art. 15), Alleanza paga al Beneficiario caso morte (→ art. 22) un capitale pari alla **somma dei Premi versati** dal Contraente per la copertura principale e per le coperture complementari fino alla data dell'evento.

CHE COSA NON È ASSICURATO?

Art. 6 - Persone non assicurabili

Non può essere assicurato chi alla firma della Proposta ha un'Età assicurativa inferiore a 30 anni o superiore a 60 anni.

Esempi:

Se il soggetto ha un'Età anagrafica di 29 anni e 7 mesi, è assicurabile perché la sua Età assicurativa è pari a 30 anni.

Se il soggetto ha un'Età anagrafica di 60 anni e 6 mesi, non è assicurabile perché la sua Età assicurativa è pari a 61 anni.

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Art. 7 - Esclusioni e limitazioni

Art. 7.1 - Rendita Mensile

Esclusioni

È esclusa dalla copertura la perdita di autosufficienza causata da:

a. delitto doloso del Contraente o del Beneficiario;
b. partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
c. partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, disordine civile, tumulto popolare, operazioni militari;

continua

d. partecipazione non attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, o guerra civile, se:
   - l'Assicurato si trova già nel territorio interessato dagli atti di guerra e il decesso avviene dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità;
   - al momento dell'arrivo dell'Assicurato in un Paese, c'è già una situazione di guerra o similari;

e. eventi causati da armi nucleari, incidenti nucleari o esposizione alle relative radiazioni;

f. guida di veicoli e natanti a motore senza patente specifica; l'assicurazione è attiva se la patente è scaduta da non più di 6 mesi;

g. malattie intenzionalmente procurate, alcolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci;

h. negligenza, imprudenza e imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che Alleanza non paga la prestazione se è comprovato che l'Assicurato non ha consultato medici per sua volontà, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;

i. incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di mezzi non autorizzati al volo o con pilota senza specifico brevetto, o se è membro dell'equipaggio e non lo ha dichiarato in sede di firma della Proposta o successivamente;

j. tentato suicidio o danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso;

k. infortuni verificatisi e malattie o stati patologici, conosciuti dall'Assicurato o diagnosticati prima della firma della Proposta.

Nei casi di esclusione indicati alle lettere a) e k), Alleanza non paga alcuna prestazione.

Negli altri casi di esclusione, Alleanza paga all'Assicurato una somma pari ai Premi versati per le coperture (principale e complementari) acquistate, invece della prestazione assicurata.

Limitazioni

La copertura per perdita di autosufficienza è sospesa per un **periodo di carenza** di:

- **36 mesi** dall'entrata in vigore del contratto, se la perdita di autosufficienza è causata da malattie neurologiche, nervose o mentali dovute a causa organica;
- **12 mesi** dall'entrata in vigore del contratto, se la perdita di autosufficienza avviene per altre malattie.

Il periodo di carenza non si applica e quindi la copertura è operante, se la perdita di autosufficienza avviene per conseguenza diretta ed esclusiva di un infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto.

Se la perdita di autosufficienza si verifica durante il periodo di carenza, Alleanza paga all'Assicurato una prestazione pari alla somma dei Premi versati per la copertura principale.

L'Assicurato può chiedere la copertura assicurativa **senza il periodo di carenza**.

Per eliminare il periodo di carenza di:

- **36 mesi**, l'Assicurato si deve sottoporre al test neuropsicologico "Mini Mental State Examination";
- **12 mesi**, l'Assicurato si deve sottoporre a visita medica.

In questi casi, l'Assicurato deve accettare le modalità del test o della visita e gli oneri eventualmente derivanti.

Per contratti che prevedono un importo di **rendita mensile superiore a € 2.000**, la copertura per perdita di autosufficienza opera solo se l'Assicurato si è sottoposto a **visita medica** e agli eventuali **ulteriori accertamenti sanitari** richiesti da Alleanza. In questo caso, **non si applica alcun periodo di carenza**.

Ai fini degli accertamenti sanitari da richiedere, l'importo della rendita considerato **include anche le eventuali ulteriori rendite assicurate** di altri contratti PERSEMPRE di Alleanza precedentemente stipulati con lo stesso Assicurato.

In ogni caso, Alleanza può richiedere all'Assicurato di sottoporsi a visita medica e a ulteriori accertamenti sanitari in conseguenza delle dichiarazioni rese dall'Assicurato in risposta alle domande del Questionario Sanitario in Proposta. Anche in questo caso, **non si applica alcun periodo di carenza**.

Art. 7. 2 - Malattie Gravi

Esclusioni

Le esclusioni previste per la copertura principale (→ art. 7.1) valgono anche per la copertura complementare Malattie Gravi. Inoltre, è esclusa dalla copertura la grave malattia causata da:

l. svolgimento di un'attività sportiva non dichiarata come praticata alla data della firma della Proposta o successivamente;

m. svolgimento di un'attività professionale pericolosa non dichiarata come praticata alla data della firma della Proposta o successivamente.

In questi casi, la copertura complementare Malattie Gravi e, se acquistata, la copertura complementare Decesso si estinguono e Alleanza paga all'Assicurato la somma dei Premi versati per tali coperture, invece della prestazione assicurata. La copertura principale rimane in vigore.

Limitazioni

La copertura complementare Malattie Gravi non prevede alcun periodo di carenza.

Art. 7.3 - Decesso

Esclusione

È escluso dalla copertura il decesso causato da delitto doloso del Contraente o del Beneficiario.

In questo caso, Alleanza non paga alcuna prestazione.

Limitazioni

La copertura complementare Decesso non prevede alcun periodo di carenza.

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

Art. 8 - Dichiarazioni e accertamenti sanitari

Prima della firma della Proposta da parte del Contraente, l'Assicurato deve compilare il **Questionario Sanitario**.

In base alle risposte fornite al Questionario Sanitario, Alleanza può richiedere all'Assicurato di sottoporsi a **visita medica** e a **ulteriori accertamenti sanitari**.

L'Assicurato deve sempre sottoporsi a visita medica e a ulteriori accertamenti sanitari, se l'importo della rendita mensile è superiore a € 2.000.

Ai fini degli accertamenti sanitari da richiedere, l'importo della rendita considerato **include anche le eventuali ulteriori rendite assicurate** di altri contratti PERSEMPRE di Alleanza precedentemente stipulati con lo stesso Assicurato.

Alleanza consente la copertura e determina il Premio in base alle dichiarazioni del Contraente/Assicurato sui dati e le circostanze richiesti.

Il Contraente/Assicurato deve fornire ad Alleanza informazioni precise e complete che possono influire sulla valutazione del rischio.

Se il Contraente/Assicurato fornisce dati inesatti o parziali sulle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, si può determinare:

- la perdita in tutto o in parte del diritto alla prestazione, e
- la cessazione dell'assicurazione(1).

Se l'età dell'Assicurato è indicata in modo inesatto, Alleanza può rettificare il Premio o la prestazione, ossia ricalcolarli sulla base dell'età corretta. Se in base all'età effettiva la persona risulta non assicurabile, Alleanza può risolvere il contratto.

Per i contratti che prevedono anche la copertura complementare Malattie Gravi, se l'Assicurato inizia a praticare nuove attività sportive o professionali pericolose non dichiarate nella Proposta, lo stesso o il Contraente sono tenuti a darne immediata comunicazione scritta ad Alleanza. Entro 30 giorni da quando riceve la comunicazione, Alleanza informa il Contraente se intende escludere dalla copertura complementare l'attività dichiarata(2).

Il contratto è soggetto alle imposte sulle assicurazioni in vigore in Italia, sulla base della dichiarazione di residenza/domicilio o di sede in Italia fatta dal Contraente.

Il Contraente si impegna a comunicare entro 30 giorni ad Alleanza lo spostamento di residenza, domicilio o di sede in un altro Stato dell'Unione Europea. Se il Contraente non effettua la comunicazione, è responsabile per ogni eventuale danno causato ad Alleanza, ad esempio a seguito di contestazioni fiscali da parte dello Stato di nuova residenza o domicilio.

Art. 9 - Denuncia, accertamento e riconoscimento della perdita di autosufficienza

Denuncia

La richiesta di pagamento della rendita vitalizia mensile per perdita di autosufficienza dell'Assicurato deve essere:

- inviata in forma scritta ad Alleanza Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri 1 - 20145 Milano;

o

- presentata all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.

L'Assicurato può utilizzare l'apposito modulo ("Domanda di liquidazione") disponibile in tutte le Agenzie e sul sito www.alleanza.it.

La richiesta deve essere accompagnata da:

- documento di identità e codice fiscale di chi invia la richiesta (se non sono già stati presentati o sono scaduti);
- coordinate bancarie e intestazione del conto corrente del Beneficiario per la liquidazione;
- decreto del giudice tutelare se l'Assicurato è in condizioni di incapacità;
- relazione del medico curante o del medico di base che certifica la perdita di autosufficienza e le relative cause, o un suo aggravamento per cause sopravvenute rispetto a precedenti richieste non riconosciute da Alleanza. La relazione può essere redatta su apposito modulo messo a disposizione presso tutte le Agenzie;
- altra documentazione se il caso specifico presenta particolari esigenze di verifica, come per esempio:
  - cartelle cliniche di ricoveri per un periodo compatibile con il normale decorso della patologia rilevata dal medico curante;

continua

(1) Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

(2) In deroga a quanto previsto dall'Art. 1926 del Codice Civile.

- esami clinici e strumentali;
- verbale del Servizio di Emergenza-Urgenza Sanitaria (ad esempio 118);
- Test M.M.S.E. (in caso di perdita di autosufficienza derivante da patologie neurologiche, nervose o mentali);
- se la perdita di autosufficienza è avvenuta per una causa diversa da malattia: verbale dell'autorità competente giunta sul luogo dell'evento e, in caso di procedimento penale, copia degli atti più significativi.

Accertamento e riconoscimento

Alleanza accerta e riconosce o meno la perdita di autosufficienza e ne dà comunicazione scritta all'Assicurato entro 90 giorni dalla data in cui riceve la documentazione completa (**periodo di accertamento**).

Il Contraente deve versare i Premi durante il periodo di accertamento e fino al riconoscimento della perdita di autosufficienza.

Se Alleanza accerta la perdita di autosufficienza, paga all'Assicurato:

- la prima rata della rendita, entro il primo giorno successivo al periodo di accertamento (vale a dire entro il 91° giorno dalla data in cui Alleanza riceve la documentazione completa);
- le rate successive, con cadenza mensile;
- quale ultima rata mensile, quella in scadenza prima del decesso dell'Assicurato; eventuali rate scadute e pagate successivamente al decesso devono essere restituite ad Alleanza.

L'Assicurato (o altra persona che lo rappresenta, munita delle necessarie autorizzazioni) riceve la rendita e, solo se il pagamento non avviene con bonifico, ne dà quietanza. Se la rendita è incassata da una persona diversa dall'Assicurato oppure è pagata con bonifico bancario, almeno una volta all'anno, Alleanza deve ricevere l'autocertificazione di esistenza in vita dell'Assicurato e copia del documento di identità in corso di validità (se è scaduto il documento già presentato).

Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

L'Assicurato è tenuto a comunicare ad Alleanza, entro 60 giorni da quando ne è venuto a conoscenza, il recupero dello stato di autosufficienza.

Inoltre, nel periodo di erogazione della rendita, Alleanza ha il diritto di effettuare successivi accertamenti sullo stato di non autosufficienza dell'Assicurato:

- non più di una volta **ogni 3 anni**;

o

- in qualsiasi momento, se viene a conoscenza di modifiche significative dello stato di salute dell'Assicurato.

In occasione dell'accertamento, Alleanza richiede all'Assicurato il certificato del medico curante che attesta la permanenza dello stato di non autosufficienza e ulteriore documentazione medica se necessaria ai fini della valutazione. Se l'Assicurato si rifiuta di fornire la documentazione richiesta, Alleanza può sospendere il pagamento della rendita fino all'avvenuto accertamento.

Se dagli accertamenti risulta che l'Assicurato ha recuperato lo stato di autosufficienza, Alleanza cessa immediatamente di pagare la rendita. In questo caso:

- il contratto rimane **in vigore per la sola copertura principale**, per l'eventualità che l'Assicurato perda nuovamente l'autosufficienza;
- le coperture complementari non si riattivano;
- non sono dovuti ulteriori versamenti di Premi.

Art. 10 - Arbitrato in caso di controversie

In caso di controversie di natura medica sullo stato di non autosufficienza, ciascuna delle parti (Alleanza e l'Assicurato o un suo legale rappresentante) può demandare per iscritto la decisione a un confronto tra un medico fiduciario di Alleanza e un medico nominato dall'Assicurato. L'accordo è vincolante per le parti. In caso di disaccordo sui punti controversi, i due medici possono nominarne un terzo con il consenso delle parti. Se i due medici non si accordano sulla nomina del terzo, tale nomina, anche su istanza di una sola delle parti, è demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e le competenze del medico da essa nominato. Inoltre, contribuisce per metà alle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico (composto dai tre medici) sono prese a maggioranza dei voti, con esonero da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti. Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, che deve essere prodotto in doppio originale, uno per ciascuna delle parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale. Tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 11 - Denuncia, accertamento e riconoscimento di una malattia grave

La richiesta di pagamento del capitale per malattia grave dell'Assicurato deve essere:

- inviata in forma scritta ad Alleanza Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri 1 - 20145 Milano;

o

- presentata all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto

entro 60 giorni dalla diagnosi della malattia.

Trascorso questo termine, Alleanza si riserva il diritto di non pagare il capitale assicurato in caso di malattia grave e le coperture complementari Malattie Gravi e Decesso si estinguono. In questo caso, Alleanza paga all'Assicurato la somma dei Premi versati per tali coperture.

L'Assicurato può utilizzare l'apposito modulo ("Domanda di liquidazione") disponibile in tutte le Agenzie e sul sito www.alleanza.it.

La richiesta deve essere accompagnata da:

- documento di identità e codice fiscale di chi invia la richiesta (se non sono già stati presentati o sono scaduti);
- coordinate bancarie e l'intestazione del conto corrente del Beneficiario per la liquidazione;
- decreto del giudice tutelare se l'Assicurato è in condizioni di incapacità;
- relazione del medico curante che certifica la malattia, le relative cause e la data di diagnosi, nonché la storia clinica dell'Assicurato. La relazione può essere redatta su apposito modulo messo a disposizione presso tutte le Agenzie;
- copia integrale della cartella clinica relativa al ricovero subito dall'Assicurato in ospedale, in clinica o in casa di cura, durante il quale è stata diagnosticata la malattia grave;
- altra documentazione sanitaria se il caso specifico presenta particolari esigenze di verifica, come per esempio:
    - cartelle cliniche relative a ricoveri, per un periodo compatibile con il normale decorso della malattia rilevata dal medico curante;

continua

- esami clinici e strumentali;
- referti di visite specialistiche;
- verbale del Servizio di Emergenza-Urgenza Sanitaria (ad esempio 118).

Accertamento e riconoscimento

Se la malattia grave rientra nell'elenco di quelle assicurate (→ art. 4) Alleanza paga all'Assicurato l'importo di € 5.000 entro 30 giorni da quando riceve la documentazione completa. Dopo tale termine, Alleanza deve pagare anche gli interessi legali.

L'Assicurato (o altra persona che lo rappresenta munita delle necessarie autorizzazioni) riceve l'importo e, solo se il pagamento non avviene con bonifico, ne dà quietanza.

Se l'Assicurato decede a seguito di una delle malattie gravi previste dall'art. 4, Alleanza paga il capitale agli eredi.

Le richieste incomplete possono comportare un rallentamento dei tempi di pagamento.

Art. 12 - Denuncia e riconoscimento del Decesso

Denuncia

La richiesta di pagamento della prestazione in caso di decesso dell'Assicurato deve essere:

- inviata in forma scritta ad Alleanza Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri 1 - 20145 Milano;

o

- presentata all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.

La richiesta deve essere accompagnata da:

- documento di identità e codice fiscale di chi invia la richiesta (se non sono già stati presentati o sono scaduti);
- certificato di morte, o se i Beneficiari sono gli eredi, autocertificazione della morte dell'Assicurato firmata da un erede(3), in alternativa al certificato di morte;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà(4), da cui deve risultare:
  - se il Contraente, quando è anche Assicurato, ha lasciato o meno testamento;
  - che il testamento pubblicato è l'ultimo, è valido e non è stato impugnato;
  - l'indicazione degli eredi legittimi e testamentari del Contraente, se i Beneficiari sono indicati in modo generico (ad esempio "Gli eredi legittimi dell'Assicurato in parti uguali");
- copia conforme del verbale di pubblicazione del testamento olografo o dell'atto di registrazione del testamento pubblico.

Alleanza può richiedere ulteriore documentazione se il caso specifico presenta particolari esigenze di verifica, ad esempio:

- dichiarazione dell'Autorità Giudiziaria sulla dinamica dell'incidente;
- eventuale giornale che riporti notizia dell'incidente;
- risultanze di eventuali indagini giudiziarie;
- scheda ISTAT (certificato cause di morte).

Riconoscimento

Alleanza paga la prestazione ai Beneficiari entro 30 giorni da quando riceve la documentazione completa. Dopo tale termine Alleanza deve anche pagare gli interessi legali.

---

(3) L'autocertificazione deve contenere l'autorizzazione ad Alleanza a effettuare le opportune verifiche presso la Pubblica Amministrazione.

(4) Redatta in conformità all'Art. 21 c. 2 del D.P.R. 445/2000, cioè con firma autenticata da un pubblico ufficiale.

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Art. 13 - Piano di versamento dei Premi

PERSEMPRE di Alleanza prevede, per la copertura principale e per le eventuali coperture complementari, il versamento di **Premi annui di importo costante**, il primo alla conclusione del contratto e i successivi a ogni Ricorrenza annuale del contratto (o infrannuale se il Premio è frazionato in più rate) fino alla scadenza del piano di versamento dei Premi.

La **durata del piano di versamento dei Premi** dipende dall'Età assicurativa dell'Assicurato al momento della firma della Proposta. È calcolata con la seguente formula: 65 – Età assicurativa dell'Assicurato.

Esempio:

Età anagrafica dell'Assicurato alla firma della Proposta:
50 anni e 7 mesi (pari a 51 anni di Età assicurativa)

Durata del piano di versamento dei Premi: 65 - 51 = 14 anni

Il piano di versamento dei Premi si interrompe prima della sua scadenza in caso di:

- decesso dell'Assicurato;
- riconoscimento della perdita di autosufficienza da parte di Alleanza;
- diagnosi di una delle malattie gravi indicate nelle Condizioni di assicurazione. In questo caso, si interrompe il piano di versamento dei Premi delle sole coperture complementari.

I Premi possono essere versati annualmente, o **nella rateazione semestrale o mensile** scelta dal Contraente. Il primo Premio annuo, anche se frazionato in più rate, **è dovuto per intero**.

Il Premio della copertura principale è determinato in funzione dell'Età assicurativa dell'Assicurato al momento della firma della Proposta, dell'importo di rendita e del frazionamento scelti.

Il Premio della copertura complementare Malattie Gravi è sempre pari a € 10 e non dipende dall'Età assicurativa dell'Assicurato.

Il Premio della copertura complementare Decesso è pari al 10% dei Premi versati dal Contraente per le coperture Rendita Mensile e Malattie Gravi.

Art. 14 - Mezzi di versamento dei Premi

I Premi possono essere versati presso il domicilio del Contraente o presso l'Agenzia che gestisce il contratto. Il versamento del Premio può avvenire con:

- assegno bancario non trasferibile intestato a Alleanza Assicurazioni S.p.A.;
- bonifico bancario su conto corrente intestato ad Alleanza Assicurazioni S.p.A.;
- P.O.S. o altri mezzi di pagamento elettronico disponibili in Agenzia, o in Area Clienti (dal sito internet www.alleanza.it o dall'app Alleanza) per i Premi successivi al primo;
- autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (Sepa Direct Debit).

Alleanza si riserva di aggiungere ulteriori modalità di versamento o di eliminarne alcune, dandone comunicazione al Contraente.

Se il Contraente sceglie la **rateazione mensile**, deve versare i Premi con autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (Sepa Direct Debit).

In caso di modifica del rapporto contrattuale sul quale opera la procedura SDD, il Contraente si impegna a darne immediata comunicazione ad Alleanza.

Non è possibile versare i Premi in contanti.

Alleanza rilascia quietanza in caso di versamento del Premio con assegno.

Inoltre, il Documento Unico di Rendicontazione riporta i versamenti effettuati.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Art. 15 - Durata

Copertura Principale

Il contratto è "**a vita intera**", cioè la sua durata va dalla Data di decorrenza indicata in Polizza al decesso dell'Assicurato.

La copertura principale non ha più effetto e i relativi Premi versati restano acquisiti da Alleanza in caso di:

- decesso dell'Assicurato;
- interruzione del piano di versamento dei Premi, se il Contraente non ha versato il numero minimo di annualità richieste per ottenere il diritto alla rendita ridotta (→ art. 20).

Coperture complementari

La durata delle coperture complementari Malattie Gravi e Decesso è pari alla durata del **piano di versamento dei Premi**.

Le coperture complementari non hanno più effetto e i relativi Premi versati restano acquisiti da Alleanza in caso di:

- prima diagnosi di una grave malattia tra quelle indicate all'art. 4;
- riconoscimento della perdita di autosufficienza, anche se Alleanza interrompe il pagamento della rendita a seguito del successivo recupero dello stato di autosufficienza (→ art. 9);
- interruzione del piano di versamento dei Premi;
- decesso dell'Assicurato (se il Contraente non ha attivato la copertura complementare Decesso, la quale prevede il pagamento di una prestazione pari ai Premi versati).

Art. 16 - Conclusione ed entrata in vigore del contratto

Conclusione

Il contratto è concluso quando Alleanza ha rilasciato al Contraente la Polizza, che attesta l'accettazione della Proposta.

Entrata in vigore

Il contratto entra in vigore, se è stato versato il Premio, alle ore 24 della Data di decorrenza indicata in Polizza.

COME POSSO RECEDERE DAL CONTRATTO?

Art. 17 - Recesso

Il Contraente può recedere (Diritto di recesso) **entro 30 giorni** dalla conclusione del contratto. Per recedere, deve inviare una raccomandata con ricevuta di ritorno ad Alleanza Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri 1 - 20145 Milano, o all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto, indicando "Recesso" sulla busta.

Dalla data di ricevimento della lettera raccomandata, il Contraente e Alleanza sono liberi da ogni obbligo contrattuale. Alleanza rimborsa al Contraente il Premio versato, entro 30 giorni dalla comunicazione di recesso, dopo che il Contraente ha consegnato l'originale del contratto con le eventuali Appendici.

QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

Art. 18 - Costi

Costi sul Premio

Diritti	
di emissione	Non previsti
di quietanza	Non previsti

Caricamenti	
Cifra fissa	Non previsti
Costi percentuali (copertura principale)	30% del Premio versato per la copertura principale
Costi percentuali (coperture complementari)	% del Premio versato per le coperture complementari, variabile in funzione dell'Età assicurativa dell'Assicurato al momento della firma della Proposta e del frazionamento scelto. Questi Costi sono indicati in dettaglio nell'Allegato 4.

Costi per accertamenti medici

Se è necessario il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica, il relativo costo è sostenuto da Alleanza; restano però a carico del Contraente i costi degli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti da Alleanza.

Costi sul rendimento delle Gestioni separate

Alleanza trattiene l'1,20% dal tasso annuo di rendimento lordo delle Gestioni separate.

Se il rendimento lordo della Gestione è superiore al 4,00%, il rendimento annuo trattenuto si incrementa di 3 centesimi di punto assoluto per ogni decimo di punto assoluto superiore al 4,00%.

Esempi:

Rendimento annuo della Gestione separata:	4,00%
Rendimento annuo trattenuto:	1,20%
Rendimento annuo della Gestione separata:	4,05%
Rendimento annuo trattenuto:	1,20%
Rendimento annuo della Gestione separata:	4,10%
Rendimento annuo trattenuto:	1,23%

SONO PREVISTI RISCATTI O RIDUZIONI? ☒ SI ☐ NO

Art. 19 - Riscatto

Non sono previsti valori di riscatto.

Art. 20 - Interruzione del versamento dei Premi: Rendita ridotta

Se il Contraente non ha versato il numero minimo di annualità di Premio richiesto per ottenere il diritto alla rendita ridotta, trascorsi 30 giorni dalla data di scadenza della prima rata non versata, il contratto si risolve e le rate di Premio versate dal Contraente sono acquisite da Alleanza.

Se il Contraente ha versato il numero minimo di annualità di Premio, trascorsi 30 giorni dalla data di scadenza della prima rata non versata, la copertura principale resta in vigore per la rendita assicurata ridotta. Le coperture complementari si risolvono e i relativi Premi versati sono acquisiti da Alleanza.

A giustificazione del mancato versamento del Premio il Contraente non può, in nessun caso, opporre che Alleanza non gli ha inviato avvisi di scadenza.

Il **numero minimo di annualità di Premio**, da versare per ottenere il diritto alla rendita ridotta in caso di perdita di autosufficienza, si determina secondo le seguenti regole:

- se il numero di anni di durata del piano di versamento dei Premi è pari, il numero minimo di annualità di Premio è pari al minore tra:
  - 10,

  e
  - la metà del numero di anni di durata del piano di versamento dei Premi;
- se il numero di anni di durata del piano di versamento dei Premi è dispari: il numero minimo di annualità di Premio è pari al minore tra:
  - 10,

  e
  - la metà del numero che si ottiene sottraendo 1 al numero di anni di durata del piano di versamento dei Premi.

Alleanza determina l'**importo della rendita ridotta** come segue.

Alleanza moltiplica:

- l'importo della rendita assicurata iniziale su base annua,

per

- il rapporto tra il numero dei Premi annui versati, con eventuali frazioni, e il numero di anni di durata del piano di versamento dei Premi.

All'importo così ottenuto, Alleanza aggiunge la rivalutazione maturata, calcolata come differenza tra la rendita rivalutata alla Ricorrenza annuale di rivalutazione che precede la scadenza della prima rata di Premio non versata e la rendita assicurata iniziale su base annua.

Alleanza paga l'importo della rendita annua ridotta in rate mensili anticipate.

Esempio:

Età assicurativa dell'Assicurato alla sottoscrizione:	40 anni
Durata del piano di versamento dei Premi:	65 - 40 = 25 anni
Premi annui versati:	12
Rendita assicurata iniziale su base annua:	€ 6.000
Ipotesi di rendita rivalutata su base annua alla Ricorrenza annuale di rivalutazione che precede la scadenza della prima rata di Premio non versata:	€ 6.500

L'Assicurato ha maturato il diritto a ricevere la rendita ridotta?

Per ottenere il diritto alla rendita ridotta, il Contraente deve versare un numero di annualità di Premio almeno pari a 10, ossia il minore tra

- 10,

e

- (25-1) / 2= 12

In questo caso, il Contraente ha versato 12 annualità di Premio e l'Assicurato ha diritto alla rendita ridotta in caso di perdita di autosufficienza.

Qual è l'importo della rendita ridotta?

Importo rendita annua ridotta:

[€ 6.000 x (12/25)] + (€ 6.500 – € 6.000) = € 2.880 + € 500 = € 3.380

Alleanza paga la rendita annua ridotta in rate mensili anticipate di € 281,67.

ATTENZIONE: i valori sopra ipotizzati sono solo indicativi e non impegnano in alcun modo Alleanza.

Art. 21 - Ripresa del versamento dei Premi: riattivazione

Se il Contraente interrompe il piano di versamento dei Premi, **il contratto può essere riattivato entro un anno** dalla scadenza della prima rata non versata.

Se sono trascorsi più di 6 mesi da tale scadenza, la riattivazione è possibile solo se il Contraente:

- versa i Premi arretrati;
- presenta richiesta scritta di riattivazione.

Alleanza può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere tenendo conto del loro esito.

La riattivazione del contratto ripristina i valori contrattuali delle prestazioni previste dalla copertura principale e dalle coperture complementari, se sottoscritte, come se il piano di versamento dei Premi non fosse stato interrotto.

La riattivazione ha effetto dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente versa i Premi dovuti.

ALTRE DISPOSIZIONI APPLICABILI AL CONTRATTO

Art. 22 - Beneficiario

Beneficiario della prestazione principale in caso di perdita di autosufficienza è l'**Assicurato**.
Beneficiario della prestazione complementare Malattie Gravi è l'**Assicurato**.

Per la copertura complementare Decesso, il Contraente indica il Beneficiario. Può modificare l'indicazione in ogni momento, scrivendo ad Alleanza Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri 1 - 20145 Milano, o all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto, o per testamento.

In caso di pluralità di Beneficiari, salvo diversa disposizione del Contraente, il beneficio si intende attribuito in parti uguali.

Il Beneficiario non può essere modificato:

- dopo che il Contraente ha dichiarato in forma scritta ad Alleanza di rinunciare al potere di revoca e il Beneficiario ha dichiarato in forma scritta ad Alleanza di accettare il beneficio;
- dopo il decesso del Contraente;
- dopo che l'Assicurato è deceduto e il Beneficiario ha comunicato in forma scritta ad Alleanza di volersi avvalere del beneficio.

In questi casi è necessario l'assenso scritto del Beneficiario per ogni variazione del contratto (ad esempio la modifica di beneficio) che influisce sui suoi diritti.

Diritto proprio del Beneficiario

Il Beneficiario acquista un diritto proprio alle prestazioni dell'assicurazione(5). Le prestazioni pagate al Beneficiario a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario dell'Assicurato stesso.

Art. 23 - Non pignorabilità e non sequestrabilità

Nei limiti di legge(6), le somme dovute da Alleanza al Contraente o al Beneficiario non possono essere pignorate né sequestrate.

Art. 24 - Foro competente

Per le controversie relative al contratto, il Foro competente può essere solo quello della sede, o del luogo di residenza o di domicilio del Contraente o del Beneficiario o di loro aventi causa (cioè chi acquisisce un diritto che prima spettava ad altri).

Per queste controversie, l'azione giudiziale è possibile dopo aver tentato la mediazione depositando un'istanza presso un organismo di mediazione nel luogo del giudice competente per territorio(7).

Le istanze di mediazione nei confronti di Alleanza devono essere inoltrate per iscritto a:

Alleanza Assicurazioni S.p.A.
Piazza Tre Torri, 1 - 20145 Milano
E-mail: alleanza@pec.alleanza.it

In alternativa alla mediazione, è possibile ricorrere all'Arbitro Assicurativo (www.arbitroassicurativo.org).

Art. 25 - Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni internazionali

Alleanza non è obbligata a garantire una copertura assicurativa e non è tenuta a pagare una prestazione o a riconoscere un beneficio in applicazione di questo contratto, se il fatto di garantire la copertura assicurativa, pagare una prestazione o riconoscere un beneficio espone Alleanza a sanzioni anche finanziarie o commerciali, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America o dell'Italia.

Art. 26 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

---

(5) Art. 1920 del Codice Civile
(6) Art. 1923 del Codice Civile
(7) Artt. 4 e 5 del D.Lgs.n.28/2010, così come modificato dalla Legge n. 98/2013

ALLEGATO 1

ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO NELLA FASE DI ACCERTAMENTO DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA

Farsi il bagno		
1° grado	L'Assicurato è in grado di farsi il bagno o la doccia in modo completamente autonomo.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella o uscire dalla vasca da bagno.	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno.	Punteggio 10
Vestirsi e svestirsi		
1° grado	L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo.	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo.	Punteggio 10
Igiene del corpo		
1° grado	L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati da (1), (2) e (3): • (1) andare al bagno; • (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi; • (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato al bagno.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3).	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3).	Punteggio 10
Mobilità		
1° grado	L'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza da parte di terzi.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come, ad esempio, la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto.	Punteggio 5
3° grado	L' Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi.	Punteggio 10
Continenza		
1° grado	L'Assicurato è completamente continente.	Punteggio 0
2° grado	L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno.	Punteggio 5
3° grado	L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come il catetere o colostomia.	Punteggio 10

continua

Bere e mangiare		
1° grado	L’Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti.	Punteggio 0
2° grado	L’Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: • sminuzzare/tagliare il cibo; • sbucciare la frutta; • aprire un contenitore/una scatola; • versare bevande nel bicchiere.	Punteggio 5
3° grado	L’Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l’alimentazione artificiale.	Punteggio 10

ALLEGATO 2

REGOLAMENTO DELLA GESTIONE SEPARATA "FONDO EURO SAN GIORGIO"

1. Il presente Regolamento disciplina il portafoglio di investimenti, gestito separatamente dagli altri attivi detenuti dalla Società, denominato FONDO EURO SAN GIORGIO (la Gestione separata).
2. La Gestione separata è denominata in euro.
3. Il periodo di osservazione per la determinazione del tasso medio di rendimento decorre dal 1° novembre al 31 ottobre di ogni anno.
4. La Società, nella gestione del portafoglio, attua una politica d'investimento prudente orientata verso titoli mobiliari di tipo obbligazionario che mira a massimizzare il rendimento nel medio e lungo termine mantenendo costantemente un basso livello di rischiosità del portafoglio e perseguendo la stabilità dei rendimenti nel corso del tempo. La scelta degli investimenti è determinata sulla base della struttura degli impegni assunti nell'ambito dei contratti assicurativi collegati alla Gestione e dall'analisi degli scenari economici e dei mercati di investimento. Nel breve termine, e nel rispetto di tali criteri, è comunque possibile cogliere eventuali opportunità di rendimento. Le principali tipologie di investimento in cui vengono investite le risorse sono: obbligazionario, immobiliare e azionario, come di seguito specificato; l'investimento potrà anche essere indiretto attraverso l'utilizzo di OICR armonizzati.

   Investimenti obbligazionari
   L'investimento in strumenti obbligazionari, prevalentemente con rating investment grade, punta ad una diversificazione per settori, emittenti, scadenze, e a garantire un adeguato grado di liquidabilità. In questo ambito sono ricompresi anche strumenti di breve e brevissimo termine quali depositi bancari, pronti contro termine o fondi monetari.

   Investimenti immobiliari
   La gestione degli investimenti potrà comprendere attività del comparto immobiliare, inclusi i fondi comuni di investimento, le azioni e le quote di società del medesimo settore.

   Investimenti azionari
   Gli investimenti in strumenti finanziari di tipo azionario sono effettuati prevalentemente in titoli quotati nei mercati ufficiali o regolamentati, riconosciuti e regolarmente funzionanti. La selezione dei singoli titoli azionari è basata sia sull'analisi di dati macroeconomici (tra i quali ciclo economico, andamento dei tassi di interesse e delle valute, politiche monetarie e fiscali) sia sullo studio dei fondamentali delle singole società (dati reddituali, potenzialità di crescita e posizionamento nel mercato).

   Vi è anche la possibilità di investire in altri strumenti finanziari.

   Nella gestione degli investimenti, la Società si attiene ai seguenti limiti:

Investimenti obbligazionari	massimo 100%
Investimenti immobiliari	massimo 40%
Investimenti azionari	massimo 35%
Investimenti altri strumenti finanziari	massimo 10%

   Possono essere effettuati, inoltre, investimenti in strumenti finanziari derivati nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa di settore. Possono infine essere effettuati investimenti in attivi emessi dalle controparti di cui all'art. 5 del Regolamento IVASS 27 maggio 2008, n. 25 nel limite complessivo massimo del 20% dell'attivo della Gestione Separata. In tale limite non rientrano gli investimenti in strumenti collettivi di investimento mobiliare o immobiliare istituiti, promossi o gestiti dalle controparti sopra citate per i quali la normativa di riferimento o i relativi

regolamenti di gestione non consentano di effettuare operazioni potenzialmente suscettibili di generare conflitti di interesse con società del gruppo di appartenenza della SGR oltre il limite del 20% del patrimonio dell'OICR. L'euro è la principale valuta dei titoli presenti nella Gestione separata. Nel rispetto dei criteri previsti dalla normativa di settore è possibile l'utilizzo di titoli in altre valute, mantenendo un basso livello di rischiosità.

5. Il valore delle attività della Gestione separata non potrà essere inferiore alle riserve matematiche costituite per i contratti a prestazioni rivalutabili in base ai rendimenti realizzati dalla Gestione stessa.
6. Sulla Gestione separata possono gravare unicamente le spese relative all'attività di verifica contabile effettuata dalla società di revisione e quelle effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività della Gestione separata.
7. Il rendimento della Gestione separata beneficia di eventuali utili derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti dalla Società in virtù di accordi con soggetti terzi riconducibili al patrimonio della Gestione separata.
8. Il tasso medio di rendimento della Gestione separata, relativo al periodo di osservazione annuale, è determinato rapportando il risultato finanziario della Gestione separata alla giacenza media delle attività della Gestione separata stessa. Il risultato finanziario della Gestione separata è costituito dai proventi finanziari di competenza conseguiti dalla Gestione stessa, comprensivi degli scarti di emissione e di negoziazione di competenza, dagli utili realizzati e dalle perdite sofferte nel periodo di osservazione, oltre che dagli utili e dai proventi di cui al precedente paragrafo 7. Il risultato finanziario è calcolato al netto delle spese di cui al precedente paragrafo 6 effettivamente sostenute ed al lordo delle ritenute di acconto fiscale. Gli utili e le perdite da realizzo sono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nel libro mastro della gestione separata. Il valore di iscrizione nel libro mastro di una attività di nuova acquisizione è pari al prezzo di acquisto. La giacenza media delle attività della Gestione separata è pari alla somma della giacenza media nel periodo di osservazione dei depositi in numerario, degli investimenti e di ogni altra attività della Gestione separata. La giacenza media è determinata in base al valore di iscrizione delle attività nel libro mastro della Gestione separata.
9. La Gestione separata è annualmente sottoposta a certificazione da parte di una società di revisione iscritta nell'apposito registro previsto dalla normativa vigente.
10. Il presente Regolamento potrà essere modificato per essere adeguato alla normativa primaria e secondaria vigente oppure a fronte di mutati criteri gestionali con esclusione, in tale ultimo caso, di modifiche meno favorevoli per il Contraente.
11. La Gestione separata potrà essere oggetto di fusione o scissione con altre gestioni separate costituite dalla Società aventi caratteristiche similari e politiche di investimento omogenee. La eventuale fusione o la scissione perseguirà in ogni caso l'interesse dei Contraenti e non comporterà oneri aggiuntivi a carico di questi ultimi.
12. Il presente Regolamento è parte integrante delle Condizioni di assicurazione.

ALLEGATO 3

REGOLAMENTO DELLA GESTIONE SEPARATA "ALLERENDITA"

1. Il presente Regolamento disciplina il portafoglio di investimenti, gestito separatamente dagli altri attivi detenuti dalla Società, denominato ALLERENDITA (la Gestione Separata).
2. La Gestione Separata è denominata in Euro.
3. Il periodo di osservazione per la determinazione del tasso medio di rendimento decorre dal 1° novembre al 31 ottobre di ogni anno.
4. Alleanza Assicurazioni, nella gestione del portafoglio, attua una politica d'investimento prudente orientata verso titoli mobiliari di tipo obbligazionario che mira a massimizzare il rendimento nel medio e lungo termine mantenendo costantemente un basso livello di rischiosità del portafoglio e perseguendo la stabilità dei rendimenti nel corso del tempo. La scelta degli investimenti è determinata sulla base della struttura degli impegni assunti nell'ambito dei contratti assicurativi collegati alla gestione e dall'analisi degli scenari economici e dei mercati di investimento. Nel breve termine, e nel rispetto di tali criteri, è comunque possibile cogliere eventuali opportunità di rendimento.

   Le principali tipologie di investimento in cui vengono investite le risorse sono: obbligazionario, immobiliare e azionario, come di seguito specificato; l'investimento potrà anche essere indiretto attraverso l'utilizzo di OICR armonizzati.

   Investimenti obbligazionari
   L'investimento in strumenti obbligazionari, prevalentemente con rating investment grade, punta ad una diversificazione per settori, emittenti, scadenze, e a garantire un adeguato grado di liquidabilità. In questo ambito sono ricompresi anche strumenti di breve e brevissimo termine quali depositi bancari, pronti contro termine o fondi monetari.

   Investimenti immobiliari
   La gestione degli investimenti potrà comprendere attività del comparto immobiliare, inclusi i fondi comuni di investimento, le azioni e le quote di società del medesimo settore.

   Investimenti azionari
   Gli investimenti in strumenti finanziari di tipo azionario sono effettuati prevalentemente in titoli quotati nei mercati ufficiali o regolamentati, riconosciuti e regolarmente funzionanti. La selezione dei singoli titoli azionari è basata sia sull'analisi di dati macroeconomici (tra i quali ciclo economico, andamento dei tassi di interesse e delle valute, politiche monetarie e fiscali) sia sullo studio dei fondamentali delle singole società (dati reddituali, potenzialità di crescita e posizionamento nel mercato).

   Vi è anche la possibilità di investire in altri strumenti finanziari.

   Nella gestione degli investimenti, la Società si attiene ai seguenti limiti:

Investimenti obbligazionari	massimo 100%
Investimenti immobiliari	massimo 40%
Investimenti azionari	massimo 35%
Investimenti altri strumenti finanziari	massimo 10%

   Possono essere effettuati, inoltre, investimenti in strumenti finanziari derivati nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa di settore.

   Possono infine essere effettuati investimenti in attivi emessi dalle controparti di cui all'art. 5 del Regolamento ISVAP 27 maggio 2008, n. 25 nel limite complessivo massimo del 20% dell'attivo della Gestione Separata. In tale limite non rientrano gli investimenti in strumenti collettivi di investimento mobiliare o immobiliare istituiti, promossi o gestiti dalle controparti sopra citate

per i quali la normativa di riferimento o i relativi regolamenti di gestione non consentano di effettuare operazioni potenzialmente suscettibili di generare conflitti di interesse con società del gruppo di appartenenza della SGR oltre il limite del 20% del patrimonio dell'OICR.

L'Euro è la principale valuta dei titoli presenti nella Gestione Separata. Nel rispetto dei criteri previsti dalla normativa di settore è possibile l'utilizzo di titoli in altre valute, mantenendo un basso livello di rischiosità.

5. Il valore delle attività della Gestione Separata non potrà essere inferiore alle riserve matematiche costituite per i contratti a prestazioni rivalutabili in base ai rendimenti realizzati dalla gestione stessa.
6. Sulla Gestione Separata possono gravare unicamente le spese relative all'attività di verifica contabile effettuata dalla società di revisione e quelle effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività della Gestione Separata.
7. Il rendimento della Gestione Separata beneficia di eventuali utili derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti dalla Società in virtù di accordi con soggetti terzi riconducibili al patrimonio della Gestione Separata.
8. Il tasso medio di rendimento della Gestione Separata, relativo al periodo di osservazione annuale, è determinato rapportando il risultato finanziario della Gestione Separata alla giacenza media delle attività della Gestione Separata stessa.

   Il risultato finanziario della Gestione Separata è costituito dai proventi finanziari di competenza conseguiti dalla Gestione stessa, comprensivi degli scarti di emissione e di negoziazione di competenza, dagli utili realizzati e dalle perdite sofferte nel periodo di osservazione, oltre che dagli utili e dai proventi di cui al precedente paragrafo 7. Il risultato finanziario è calcolato al netto delle spese di cui al precedente paragrafo 6 effettivamente sostenute ed al lordo delle ritenute di acconto fiscale. Gli utili e le perdite da realizzo sono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nel libro mastro della Gestione Separata. Il valore di iscrizione nel libro mastro di una attività di nuova acquisizione è pari al prezzo di acquisto.

   La giacenza media delle attività della Gestione Separata è pari alla somma della giacenza media nel periodo di osservazione dei depositi in numerario, degli investimenti e di ogni altra attività della Gestione Separata. La giacenza media è determinata in base al valore di iscrizione delle attività nel libro mastro della Gestione Separata.
9. La Gestione Separata è annualmente sottoposta a certificazione da parte di una società di revisione iscritta nell'apposito registro previsto dalla normativa vigente.
10. Il presente Regolamento potrà essere modificato per essere adeguato alla normativa primaria e secondaria vigente oppure a fronte di mutati criteri gestionali con esclusione, in tale ultimo caso, di modifiche meno favorevoli per l'Aderente.
11. La Gestione Separata potrà essere oggetto di fusione o scissione con altre gestioni separate costituite da Alleanza Assicurazioni aventi caratteristiche similari e politiche di investimento omogenee. La eventuale fusione o la scissione perseguirà in ogni caso l'interesse degli Aderenti e non comporterà oneri aggiuntivi a carico di questi ultimi.
12. Il presente Regolamento è parte integrante delle Condizioni generali di contratto.

ALLEGATO 4

CARICAMENTI SUL PREMIO DELLE COPERTURE COMPLEMENTARI

Percentuali di caricamento sul Premio versato, variabili in funzione dell'Età assicurativa dell'Assicurato al momento della firma della Proposta e in funzione del frazionamento scelto.

% DI CARICAMENTO SUL PREMIO						
Età assicurativa all'ingresso	Malattie Gravi			Decesso		
	Frequenza di versamento del Premio					
	Annuale	Semestrale	Mensile	Annuale	Semestrale	Mensile
30	73,2%	73,1%	73,0%	6,6%	6,4%	6,2%
31	72,4%	72,3%	72,2%	7,5%	7,3%	7,2%
32	71,6%	71,5%	71,4%	8,5%	8,3%	8,2%
33	70,7%	70,6%	70,5%	9,6%	9,4%	9,2%
34	69,8%	69,7%	69,6%	10,6%	10,4%	10,3%
35	68,8%	68,7%	68,6%	11,8%	11,6%	11,4%
36	67,7%	67,6%	67,5%	12,9%	12,7%	12,6%
37	66,6%	66,4%	66,3%	14,2%	14,0%	13,8%
38	65,3%	65,2%	65,1%	15,4%	15,2%	15,1%
39	64,0%	63,8%	63,7%	16,8%	16,6%	16,4%
40	62,5%	62,3%	62,2%	18,2%	18,0%	17,8%
41	60,9%	60,7%	60,6%	19,7%	19,5%	19,3%
42	60,2%	60,0%	59,8%	21,2%	21,0%	20,9%
43	59,4%	59,2%	59,1%	22,8%	22,7%	22,5%
44	58,5%	58,3%	58,2%	24,5%	24,4%	24,2%
45	57,6%	57,4%	57,2%	26,3%	26,1%	26,0%
46	56,5%	56,3%	56,1%	28,2%	28,0%	27,9%
47	55,4%	55,1%	54,9%	30,2%	30,0%	29,8%
48	54,0%	53,8%	53,6%	32,2%	32,1%	31,9%
49	52,5%	52,3%	52,1%	34,4%	34,2%	34,1%
50	50,8%	50,6%	50,4%	36,7%	36,5%	36,4%
51	48,9%	48,6%	48,4%	39,1%	38,9%	38,8%
52	46,6%	46,3%	46,1%	41,7%	41,5%	41,4%
53	44,0%	43,6%	43,4%	44,4%	44,2%	44,1%
54	40,8%	40,4%	40,1%	47,2%	47,1%	46,9%
55	37,0%	36,6%	36,2%	50,3%	50,1%	50,0%
56	32,3%	31,8%	31,4%	53,6%	53,4%	53,3%
57	32,3%	31,8%	31,4%	57,0%	56,9%	56,8%
58	32,3%	31,8%	31,4%	60,7%	60,6%	60,5%
59	32,3%	31,8%	31,4%	64,7%	64,5%	64,4%
60	32,3%	31,8%	31,4%	68,8%	68,7%	68,6%

Redion Italy Insurance S.p.A.

A Generali Company

“Alleanza Assicurazioni S.p.A.”

Condizioni di Assicurazione relative alla Polizza stipulata tra

Redion Italy Insurance S.p.A. con sede in Via del Mulino, n. 4 - 20057 Assago (MI) – Impresa autorizzata all’esercizio delle assicurazioni, con decreto del Ministero dell’Industria del Commercio e dell’Artigianato n. 19569 del 2 giugno 1993 (Gazzetta Ufficiale del 1° luglio 1993 n. 152) – Iscritta alla sezione I dell’Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00108 – Società appartenente al Gruppo Generali, iscritto all’Albo dei Gruppi assicurativi – Società unipersonale soggetta alla direzione e al coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A.

(di seguito per brevità - Redion)

e

Alleanza Assicurazioni S.p.A. con sede in Milano, Piazza Tre Torri n. 1 – C.F. e Iscrizione Registro Imprese di Milano 10908160012 - P.I.V.A. 01333550323

(di seguito per brevità – Contraente)

a favore clienti della Contraente

Edizione 19.10.2026

Condizioni di Assicurazione Mod. 20050

INDICE

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE PER L'ASSICURATO 2

SEZIONE I – DESCRIZIONE DELLE GARANZIE 4

SEZIONE II – ESCLUSIONI E LIMITAZIONI 7

SEZIONE III – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO E DELLA COMPAGNIA 9

COME RICHIEDERE ASSISTENZA 11

RECLAMI 12

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI 15

ALLEGATO A – GLOSSARIO 23

Redion

Condizioni di Assicurazione Mod. 20050

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE PER L'ASSICURATO

Art. 1. - ALTRE ASSICURAZIONI

Per lo stesso Rischio puoi essere assicurato con diverse compagnie di assicurazione.

Se si verifica un Sinistro, devi informare tutte le compagnie di assicurazione con cui sei assicurato sullo stesso Rischio e, tra queste, Redion, dell'esistenza delle altre compagnie di assicurazione che coprono lo stesso Rischio. In questo caso si applica l'art. 1910 del Codice Civile.

> L'art. 1910 del Codice Civile italiano vuole evitare il caso in cui l'Assicurato, che ha più assicurazioni per lo stesso Rischio con diverse compagnie, riceva complessivamente una somma superiore al danno che ha subito. Per questo motivo l'Assicurato, in caso di sinistro, deve informare ogni compagnia di tutte le assicurazioni sottoscritte con le altre, per lo stesso Rischio.

Art. 2. - LEGGE REGOLATRICE E GIURISDIZIONE

Le Condizioni di Assicurazione sono regolate dalla legge italiana.

Per tutto quello che non è previsto dalle Condizioni di Assicurazione e per tutte le regole di giurisdizione e/o competenza del giudice, si applica la legge italiana.

Art. 3. - TERMINI DI PRESCRIZIONE

Ogni tuo diritto nei confronti di Redion si prescrive entro il termine di due anni dal giorno del Sinistro. Nell'assicurazione della responsabilità civile i due anni iniziano dal giorno in cui la persona danneggiata ti ha fatto causa per ottenere il risarcimento o te lo ha chiesto senza farti causa. In questo caso si applica l'art. 2952 del Codice Civile.

In caso di apertura del sinistro hai l'obbligo di interrompere i termini prescrizionali in forma scritta.

> Es: se l'Assicurato denuncia un Sinistro oltre il termine massimo di due anni stabiliti dal Codice Civile, non avrà diritto all'Indennizzo.

Art. 4. - VALUTA DI PAGAMENTO

In Italia ricevi l'Indennizzo in Euro. Se chiedi l'Indennizzo di spese avute in paesi che non fanno parte dell'Unione Europea o appartenenti all'Unione Europea, ma che non hanno l'Euro come moneta, Redion calcola il rimborso convertendo in Euro l'importo delle spese che hai avuto. Redion calcola l'indennizzo in base al valore dell'Euro in rapporto alla moneta del paese in cui hai sostenuto le spese nel giorno di emissione della fattura.

Art. 5. - TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Redion quando ti fornisce le Prestazioni/Garanzie potrebbe venire a conoscenza e utilizzare i dati personali di altre persone. Devi far conoscere a queste persone l'Informativa sul trattamento dei dati e farti dare il loro consenso scritto al trattamento dei loro dati, ivi inclusi eventuali dati relativi alla salute, per finalità assicurative. Puoi usare la seguente formula di consenso: "Ho letto l'Informativa sul trattamento dei dati e acconsento al trattamento dei miei dati personali, ivi inclusi eventuali dati relativi alla salute, necessari alla gestione della Polizza da parte di Redion Italy Insurance e dei soggetti indicati nell'informativa".

Art. 6. - SEGRETO PROFESSIONALE

Devi liberare dal segreto professionale nei confronti di Redion, i medici che devono esaminare il tuo sinistro per il quale deve essere valutato il tuo stato di salute.

SEZIONE I – DESCRIZIONE DELLE GARANZIE

Che cosa è assicurato?

Art. 7. - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

GARANZIA ASSISTENZA

La Garanzia Assistenza è operativa solo quando si verifica una delle gravi malattie tra quelle elencate nella assicurazione complementare facoltativa "gravi malattie" della polizza "PERSEMPRE" di Alleanza Assicurazioni, che comporta la denuncia di Sinistro per l'accertamento della perdita di autosufficienza sulla stessa polizza. Le prestazioni di Assistenza di seguito descritte possono essere richieste solo una volta per ciascun tipo durante il periodo in cui rimani assicurato con Alleanza assicurazioni.

PRESTAZIONI

1. CARE MANAGER

(Prestazione fornita dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00)

Se hai bisogno di una consulenza socio assistenziale, puoi telefonare alla Struttura Organizzativa che attiva il Care Manager. Il Care Manager, dopo un approfondito colloquio telefonico con te e, in caso di impossibilità, con i tuoi familiari, valuta le diverse esigenze di Cura.

Al termine delle sue valutazioni, il Care Manager, ti restituisce per iscritto e mediante colloquio telefonico:

- un piano di cura personalizzato sulla base della situazione riscontrata con l'indicazione delle figure professionali necessarie e la programmazione oraria/giornaliera degli interventi;
- indicazione di eventuali modifiche alla logistica della tua abitazione con evidenza delle eventuali barriere architettoniche o pericoli da rimuovere;
- Indicazione dei parametri da monitorare;
- Indicazioni su dove reperire gli ausili e i presidi necessari;

- indicazioni su come ottenere i servizi sanitari /sociali presso le strutture presenti sul territorio con indicazioni degli uffici ai quali rivolgersi;
- Indicazione su come ottenere le risorse messe a disposizione dal SSN.

Se lo ritiene necessario, il Care Manager, organizza un sopraluogo presso la tua Abitazione e può richiedere eventuale documentazione medica a supporto della sua valutazione.

2. ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (A.D.I.)

Ospedalizzazione Domiciliare

La Struttura Organizzativa, su valutazione del Care Manager, organizza e gestisce il tuo ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico **per un massimo di 120 giorni continuativi e non frazionabili**.

La modalità per l'accesso ed erogazione della Prestazione, accertata la necessità della stessa, sono definite dal Care Manager che provvede, insieme al servizio medico della Struttura Organizzativa, ad attivare quanto necessario.

Servizi Sanitari

Se hai bisogno di eseguire presso la tua abitazione prelievi del sangue, ecografie, elettrocardiogrammi **non urgenti**, di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti. la Struttura Organizzativa in accordo con il Care Manager, accertata la necessità della Prestazione, provvede ad organizzarla **per un massimo di 120 giorni continuativi e non frazionabili**.

Servizi Non Sanitari

Se non puoi lasciare la tua abitazione, la Struttura Organizzativa, provvede ad inviare presso la tua abitazione personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori.

la Struttura Organizzativa in accordo con il Care Manager, accertata la necessità della Prestazione, provvede ad organizzarla **per un massimo di 120 giorni continuativi e non frazionabili**.

Servizi Socio Assistenziali

La Struttura Organizzativa sulla base della tue necessità di assistenza individua il personale più idoneo, Operatore Socio Sanitario e/o socio assistenziale (Badante). La Struttura Organizzativa accertata la necessità della prestazione, provvede ad inviare un Operatore Socio sanitario e/o segnalare la società in grado di inviare il personale socio assistenziale (badante), secondo le disponibilità **Redion tiene a proprio carico i costi per un massimo di 120 giorni consecutivi e non frazionabili.**

Dove valgono le garanzie?

Art. 8. - ESTENSIONE TERRITORIALE

Ad eccezione di quanto riportato nell'art. "**Effetto delle sanzioni internazionali sulla copertura assicurativa**" le Garanzie valgono in Italia, Repubblica di San Marino, Stato Città del Vaticano.

Quando cominciano le coperture e quando finiscono?

Art. 9. - DECORRENZA E DURATA

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24:00 del giorno in cui paghi il premio dell'assicurazione complementare facoltativa "Gravi malattie" unitamente a quello dell'assicurazione principale della polizza "PERSEMPRE", che sottoscrivi con la Contraente e ha una durata di 365 giorni dalla data di decorrenza. In seguito la copertura assicurativa, si rinnoverà di anno in anno fino a che rimarrai assicurato con la polizza "PERSEMPRE" di Alleanza.

La copertura assicurativa termina al raggiungimento dei 75 anni e 6 mesi di età o qualora tu abbia già richiesto una delle Prestazioni di Assistenza previste dalla presente Polizza.

SEZIONE II – ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLE GARANZIE

Che cosa non è assicurato?

Art. 10. - ESCLUSIONI

GARANZIA ASSISTENZA

Sono esclusi:

a. **il dolo;**
b. **la negligenza, l'imprudenza ed imperizia nel seguire i consigli medici;**
c. **gli infortuni, le malattie, le malformazioni, i difetti fisici e gli stati patologici diagnosticati anteriormente alla sottoscrizione della polizza "PERSEMPRE" di Alleanza Assicurazioni o esclusi dalla stessa;**
d. **gli stati patologici correlati alle infezioni da HIV;**
e. **le malattie intenzionalmente procurate;**
f. **le malattie conseguenti all'abuso di alcolici, all'uso di allucinogeni e all'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;**
g. **le conseguenze di guerre e insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e inondazioni;**
h. **le conseguenze di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);**
i. **lo svolgimento di attività sportiva non dichiarata come praticata alla data di sottoscrizione della Polizza "PERSEMPRE" di Alleanza Assicurazioni o successivamente;**
j. **lo svolgimento di attività professionale pericolosa non dichiarata come praticata alla data della sottoscrizione della Polizza "PERSEMPRE" di Alleanza Assicurazioni o successivamente.**

Ci sono limiti di copertura?

Art. 11. - SANZIONI INTERNAZIONALI

Redion non è tenuta a:

- fornire la copertura assicurativa,

- pagare i sinistri

se questo la espone a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione che provengono da "SANZIONI INTERNAZIONALI".

Le "SANZIONI INTERNAZIONALI" sono misure restrittive, ossia limitazioni o divieti imposti delle disposizioni nazionali e/o internazionali. Sono applicabili a individui, gruppi o entità.

A titolo esemplificativo e non esaustivo le sanzioni internazionali possono essere adottate da ONU, Unione Europea, Stati Uniti d'America, Regno Unito, singole Nazioni.

Questo articolo prevarrà su qualsiasi altro articolo eventualmente contenuto in queste Condizioni di Assicurazione.

Verifica in ogni caso l'elenco aggiornato dei paesi sanzionati al link:
https://www.redion.it/contenuti-utili/international-regulatory-information-links

Se sei una "United States Person" e sei a Cuba o in Venezuela, per beneficiare della copertura assicurativa devi dimostrare a Redion di essere a Cuba o in Venezuela rispettando le leggi USA.
Senza l'autorizzazione al tuo soggiorno a Cuba o in Venezuela, Redion non può fornire la copertura assicurativa.

Art. 12. - LIMITAZIONI DELLE GARANZIE

GARANZIA ASSISTENZA

- **LIMITAZIONE DI RESPONSABILITA'**

  Redion non è responsabile dei danni:

  - **causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza;**

- **conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita e imprevedibile.**

Si precisa inoltre che l'operatività delle prestazioni è comunque soggetta alle limitazioni e ai provvedimenti imposti dalle Autorità governative, locali e sanitarie.

- **LIMITI DI ETA'**

La Garanzia Assistenza è valida fino a quando raggiungi i 75 anni e 6 mesi di età.

SEZIONE III – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO E DI REDION

Che obblighi hai e che obblighi ha l'impresa?

Art. 13. - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

GARANZIA ASSISTENZA

In caso di Sinistro, devi telefonare subito alla Struttura Organizzativa ai numeri:

800.04.66.94 valido per telefonate dall'Italia
02.58.24.60.26 valido per telefonate dall'Italia e dall'estero

Se non puoi telefonare subito alla Struttura Organizzativa perché non ne hai la possibilità, devi chiamare appena possibile **e comunque sempre prima di prendere qualsiasi iniziativa personale**.

Se non chiami la Struttura Organizzativa, Redion può decidere di non fornirti le Prestazioni di assistenza. In questo caso si applica l'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 1915 Codice Civile italiano: l'articolo spiega cosa succede all'Assicurato se non denuncia il sinistro al suo assicuratore nei tempi in cui lo ha richiesto.
L'assicuratore è tenuto a indennizzare l'Assicurato di una somma pari al danno che l'Assicurato ha subito.

Se l'Assicurato si comporta volutamente in modo da causare o aggravare il danno, l'assicuratore può non pagarlo.

Se l'Assicurato causa o aggrava involontariamente il danno, l'assicuratore può pagarlo di meno.

COME RICHIEDERE ASSISTENZA

Per ricevere le prestazioni di Assistenza, puoi telefonare alla Struttura Organizzativa di Redion che è in funzione 24 ore su 24, La Struttura Organizzativa ti darà tutte le informazioni per intervenire o ti indicherà le procedure più idonee per risolvere nel migliore dei modi qualsiasi tipo di problema oltre ad autorizzare eventuali spese.

IMPORTANTE: non prendere alcuna iniziativa senza avere prima interpellato telefonicamente la Struttura Organizzativa al numero:

800.04.66.94 - 02.58.24.60.26

Dovrai dare le seguenti informazioni:

- Tipo di prestazione richiesta;
- nome e cognome;
- indirizzo del luogo in cui ci si trova;
- recapito telefonico.

Se non puoi telefonare alla Struttura Organizzativa, puoi inviare: un fax al numero 02.58477201

Redion per poter fornire le Garanzie previste nelle Condizioni di Assicurazione deve trattare i tuoi dati e per questo ha bisogno del tuo consenso, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati personali. Telefonando o scrivendo o facendo telefonare o scrivere a Redion fornisci liberamente il tuo consenso al trattamento dei dati personali. Quando è necessario il consenso potrà riguardare anche l'utilizzo dei dati relativi allo stato di salute o i reati e le condanne penali, come indicato nell'Informativa sul trattamento dei dati che hai ricevuto.

Condizioni di Assicurazione Mod. 20050

Ai sensi del Provvedimento IVASS n. 7 del 16 luglio 2013 La informiamo che, a partire dal 1 Novembre 2013, è possibile attraverso l'accesso all'area riservata nel sito internet di Redion Italy Insurance S.p.A. consultare le Sue coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali sottoscritte, lo stato di pagamento dei premi e le relative scadenze.

L'accesso all'area riservata può avvenire in qualsiasi momento previa registrazione, qualora non ancora effettuata, nell'area clienti del sito internet https://www.redion.it

Per qualsiasi informazione è possibile contattare il numero verde 800.01.35.29 dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00, festivi esclusi.

RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto includendo una descrizione dettagliata degli eventi, il numero della polizza o del sinistro in questione e qualsiasi informazione che possa aiutare a identificare il contraente o l'assicurato (come codice fiscale, nome, cognome, contatti, ecc.) a: Redion Italy Insurance S.p.A. – Ufficio Reclami – Via del Mulino, 4 – 20057 Assago (MI); fax: 02.58.47.71.28 – pec: reclami@pec.redion.it (abilitata a ricevere messaggi solo da caselle di Posta Elettronica Certificata - PEC) - e-mail: ufficio.reclami.it@redion.com
Se non sei soddisfatto dell'esito del reclamo o se non ricevi riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrai rivolgerti all'IVASS (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni) - Servizio Tutela del Consumatore - via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax: 06.42.13.32.06, pec: ivass@pec.ivass.it, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato da Redion. In questi casi e per i reclami che riguardano l'osservanza della normativa di settore da presentarsi direttamente all'IVASS, nel reclamo devi indicare:

- 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 a Redion Italy Insurance e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Il modulo per la presentazione del reclamo ad IVASS può essere scaricato dal sito www.ivass.it.

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

- **Arbitro Assicurativo:** presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile;
- **Mediazione:** Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
- **Negoziazione assistita:** tramite richiesta del proprio avvocato a Redion Italy Insurance S.p.A.

Controversie in materia assicurativa sulla determinazione e stima dei danni nell'ambito delle polizze contro il rischio di danno (ove previsto dalle Condizioni di Assicurazione).

In caso di controversie relative alla determinazione e stima dei danni, è necessario ricorrere alla perizia contrattuale ove prevista dalle Condizioni di Assicurazione per la risoluzione di tale tipologia di controversie. La domanda di attivazione della perizia contrattuale o di arbitrato dovrà essere indirizzata a: Ufficio Liquidazione Sinistri – Via del Mulino, 4 – 20057 Assago (MI), a mezzo Raccomandata A.R. oppure pec: all'indirizzo sinistri@pec.redion.it

Se si tratta di controversie nell'ambito di polizze contro il rischio di danno nelle quali sia già stata espletata la perizia contrattuale oppure non attinenti alla determinazione e stima dei danni, la legge prevede la mediazione obbligatoria, che costituisce condizione di procedibilità, con facoltà di ricorrere preventivamente alla negoziazione assistita.

Controversie in materia assicurativa su questioni mediche (ove previsto dalle Condizioni di Assicurazione).

In caso di controversie relative a questioni mediche relative a polizze infortuni o malattie, è necessario ricorrere all'arbitrato ove previsto dalle Condizioni di Assicurazione per la risoluzione di tale tipologia di controversie. La domanda di attivazione della perizia contrattuale o di arbitrato dovrà essere indirizzata a: Ufficio Liquidazione Sinistri – Via del Mulino, 4 – 20057 Assago (MI), a mezzo Raccomandata A.R. oppure pec: all'indirizzo sinistri@pec.redion.it. L'arbitrato si svolgerà presso la sede dell'Istituto di medicina legale più vicino al tuo luogo di residenza.

Se si tratta di controversie nell'ambito di polizze contro gli infortuni o malattie nelle quali sia già stato espletato l'arbitrato oppure non attinenti a questioni mediche, la legge prevede la mediazione obbligatoria, che costituisce condizione di procedibilità, con facoltà di ricorrere preventivamente alla negoziazione assistita.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere puoi presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net/make-complaint-about-financial-service-provider-another-eea-country_it).

INFORMATIVA PRIVACY

COSA SONO I DATI PERSONALI E COME VENGONO UTILIZZATI DA REDION ITALY INSURANCE S.P.A.

Informativa sul trattamento dei dati per finalità assicurative

(ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali)

I Dati personali sono le informazioni che riguardano una persona e che permettono di riconoscerla tra altre persone. Sono Dati personali, ad esempio, il nome e cognome, il numero di carta di identità o di passaporto, le informazioni relative allo stato di salute, come la malattia o l'infortunio, le informazioni relative a reati e condanne penali.

Il Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali (GDPR) e la normativa italiana proteggono i Dati personali per evitare utilizzi non corretti.

Redion Italy Insurance SpA, in qualità di Titolare del Trattamento, rispetta la normativa vigente e, anche per questo motivo, desidera informarti su come tratta i Tuoi Dati personali.

Nel testo, per brevità, Redion Italy Insurance SpA viene indicata anche come Titolare del trattamento o Compagnia.

Se quanto è descritto in questa Informativa non è sufficiente o desideri far valere un diritto previsto dalla normativa, puoi scrivere al Responsabile della protezione dei dati presso Redion Italy Insurance SpA - Ufficio Protezione Dati – Via del Mulino n.4 20057 Assago (MI) o via mail a ufficioprotezionedati.it@redion.com

INFORMATIVA PRIVACY

Redion Italy Insurance utilizza i Tuoi Dati personali, se necessario anche quelli relativi allo stato di salute o relativi a reati e condanne penali, per le seguenti finalità assicurative:

- svolgere l'attività che è prevista dalla polizza ovvero per fornire le PRESTAZIONI e le GARANZIE; svolgere l'attività assicurativa ovvero, ad esempio, proporre e gestire la polizza, raccogliere i premi gestendo i relativi pagamenti, riassicurarsi, fare attività di controllo e statistiche: i Tuoi Dati, inclusi gli eventuali dati relativi alla tua posizione (geolocalizzazione) o quelli relativi allo stato di salute vengono trattati per adempimento contrattuale (articolo 6 comma 1 lettera b del GDPR. In alcuni processi di gestione di PRESTAZIONI e GARANZIE vengono usati processi decisionali automatizzati ovvero processi in cui sistemi informatici, talvolta tramite intelligenza artificiale, prendono o supportano decisioni in modo automatico, rendendo più rapida la gestione delle attività. Per i processi decisionali automatizzati, puoi comunque sempre richiedere l'intervento di un operatore:
  - per la gestione delle **Prestazioni** (ad esempio l'erogazione di auto in sostituzione), contattando la **Struttura Organizzativa**;
  - per le **Garanzie** ovvero per la valutazione dei sinistri, scrivendo alla **Liquidazione Sinistri**.

I recapiti delle differenti strutture sono indicati sul sito https://www.redion.it e all'interno della Polizza.

In relazione alla valutazione sinistri, ed in particolare quale supporto del processo decisionale, viene utilizzato un sistema di intelligenza artificiale. Tale sistema riconosce e classifica alcune tipologie di documenti ricorrenti (ad esempio certificato medico, cartella clinica, documentazione giudiziaria ove prevista) ed estrae le informazioni necessarie alla gestione (ad esempio dati identificativi, date, costi) e le confronta con i requisiti previsti dalle condizioni contrattuali. Il sistema è basato su regole deterministiche costruite sulla base delle esigenze operative e delle condizioni contrattuali.

INFORMATIVA PRIVACY

Ti informiamo che per tutti coloro che non sono parte del contratto assicurativo, ma i cui dati personali vengono trattati dalla Compagnia in adempimento al contratto stesso, viene richiesto all'Assicurato di farsi parte attiva per la messa a disposizione della presente informativa e l'acquisizione del relativo consenso nella formulazione riportata nelle condizioni di polizza. Il trattamento dei dati personali relativo a detti soggetti avviene su base giuridica consenso.

- svolgere l'attività assicurativa, prevenire e individuare le frodi, intraprendere azioni legali e comunicare alle Autorità possibili reati, recuperare i crediti, effettuare comunicazioni infragruppo, tutelare la sicurezza degli edifici e degli strumenti informatici, sviluppare soluzioni informatiche, processi e prodotti, anche istruendo sistemi di intelligenza artificiale, i tuoi Dati, vengono trattati per interesse legittimo della Compagnia e di terzi;
- svolgere l'attività che è prevista dalla legge, ad esempio: conservare i documenti di polizza e di sinistro; rispondere alle richieste delle Autorità, dell'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS), effettuare le verifiche antiriciclaggio o dovute in base alla normativa sulle sanzioni internazionali. I tuoi Dati, vengono trattati per adempimento di legge o regolamentare.

Come Redion Italy Insurance utilizza i Tuoi Dati personali e a chi li comunica

Redion Italy Insurance attraverso dipendenti, collaboratori ed anche soggetti esterni, utilizza i Dati personali che ha ottenuto da Te o da altri soggetti (come, ad esempio, dal contraente di polizza, da un tuo parente o dal medico che ti ha curato, da un compagno di viaggio o da un fornitore) con strumenti manuali, informatici o automatizzati. I soggetti esterni che intervengono nelle attività di trattamento e a cui vengono comunicati i dati rivestono il ruolo di responsabili del trattamento laddove compiano attività di trattamento per conto del Titolare oppure operano quali titolari laddove determinino finalità e modalità proprie: questi soggetti svolgono compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa.

Sono ad esempio: il Contraente della convenzione, agenti, subagenti ed altri collaboratori di agenzia, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, legali e medici fiduciari, consulenti tecnici, soccorritori stradali,

periti, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli o di noleggio, strutture sanitarie, medici, operatori sanitari, aziende di trasporto, società di liquidazione sinistri ed altri erogatori convenzionati di servizi, Compagnie del Gruppo Generali ed altre Società che svolgono servizi di gestione dei contratti e delle prestazioni, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi. I Dati potranno essere comunicati all'Autorità Giudiziaria o di Vigilanza Assicurativa laddove ne faccia richiesta nonché a legali in occasione di contenziosi.

Redion Italy Insurance, in particolare in processi legati alla gestione delle Prestazioni e Garanzie, dei sistemi informatici e a controlli di secondo livello in relazione alla lotta al crimine organizzato e al riciclaggio di denaro, tratta, direttamente e/o per tramite di propri fornitori, i Tuoi Dati personali in Italia e all'estero, anche in paesi che si trovano al di fuori dell'Unione Europea. Il trasferimento dei Tuoi Dati personali verso soggetti al di fuori dell'Unione Europea avviene con le opportune ed adeguate garanzie in base alla legge applicabile. Hai il diritto di ottenere le informazioni e, se opportuno, una copia delle garanzie adottate per trasferire i Tuoi Dati personali fuori dalla Unione Europea contattando l'Ufficio Protezione Dati.

Redion Italy Insurance non renderà accessibili al pubblico i Tuoi Dati personali.

Per alcuni prodotti Redion Italy Insurance mette a disposizione anche il canale WhatsApp come modalità di comunicazione. L'utilizzo di WhatsApp è facoltativo ed è possibile solo dopo che hai espresso uno specifico consenso. Il canale è utilizzato esclusivamente per comunicare con Te durante l'assistenza o in occasione, sempre previo Tuo consenso, della liquidazione del sinistro. Per garantire un adeguato livello di protezione dei Tuoi Dati, Ti invitiamo a **non** trasmettere tramite WhatsApp dati relativi alla salute, dati finanziari, documenti di identità o altre informazioni sensibili. Il Titolare non richiede né tratta tali categorie di dati direttamente tramite WhatsApp, ma ti fornisce link ad ambienti informatici sicuri a cui Ti invitiamo a fare esclusivo riferimento.

Per quanto tempo Redion Italy Insurance conserva i Tuoi Dati personali

Redion Italy Insurance conserva i Tuoi Dati personali per tutto il tempo necessario alla gestione delle finalità sopra indicate secondo quanto previsto dalla normativa o, se mancante, in base ai tempi che di seguito vengono riportati:

- I Dati personali contenuti nei contratti di assicurazione, trattati di assicurazione e contratti di coassicurazione, fascicoli di sinistro e contenzioso, vengono conservati per 10 anni dall'ultima registrazione ai sensi delle disposizioni del Codice Civile o per ulteriori 5 anni ai sensi delle disposizioni regolamentari assicurative. Si precisa che le attività di cancellazione hanno luogo nel corso dell'undicesimo anno solare successivo all'ultima registrazione.
- I Dati personali raccolti a seguito dell'esercizio dei diritti degli interessati vengono conservati per 10 anni dall'ultima registrazione ai sensi delle disposizioni del Codice Civile. Si precisa che le attività di cancellazione hanno luogo nel corso dell'undicesimo anno solare successivo alla ultima registrazione.
- I Dati personali di soggetti che hanno frodato o tentato di frodare vengono conservati anche oltre il termine di 10 anni.

In generale, per tutto quanto non espressamente specificato, si applica il termine di conservazione decennale previsto dall'articolo 2220 del Codice Civile o altro specifico termine previsto dalla normativa in vigore.

Quali sono i Tuoi diritti a tutela dei Tuoi Dati personali

In relazione al trattamento dei Tuoi Dati personali hai i seguenti diritti:

- **Accesso**: potrai richiedere di accedere ai Tuoi dati personali per sapere, ad esempio, quali dati il Titolare sta trattando.
- **Rettifica**: potrai richiedere di correggere i Tuoi dati personali che risultino imprecisi o incompleti.
- **Cancellazione**: potrai richiedere di cancellare i Tuoi dati personali al ricorrere di una delle

seguenti circostanze:

- I dati personali non sono più necessari in relazione alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati;
- È stato revocato il consenso al trattamento dei dati personali e non sussistono altri presupposti che legittimino il trattamento;
- Ti sei opposto al trattamento in forma automatizzata dei dati personali e non sussistono altri presupposti che legittimino il trattamento;
- I dati personali sono stati trattati in maniera illegittima;
- I dati personali devono essere cancellati in conformità ad un obbligo di legge dell'Unione Europea o italiano a cui il Titolare è soggetto;
- I dati personali sono stati raccolti in relazione all'offerta di servizi di società dell'informazione.

  - **Limitazione:** potrai richiedere di limitare il trattamento dei Tuoi dati personali alla sola conservazione, al ricorrere di una delle seguenti circostanze:

    - Hai contestato l'esattezza dei dati personali e chiedi di limitare il trattamento per il periodo necessario a consentire di verificare la correttezza dei Tuoi dati personali;
    - Il trattamento è illegittimo e, anziché cancellare i dati personali, richiedi di limitare il trattamento dei Tuoi dati personali
    - Il Titolare non ha più la necessità di trattare i Tuoi dati personali per le finalità sopra indicate, ma tali dati personali sono necessari per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di diritti in sede giudiziaria;
    - Ti sei opposto al trattamento dei Tuoi dati personali e richiedi di limitare il trattamento per il periodo in cui il Titolare verifica che non sussistono interessi prevalenti al trattamento dei Tuoi dati personali.

Hai contestato l'esattezza dei dati personali e chiedi di limitare il trattamento per il periodo

necessario a consentire di verificare la correttezza dei Tuoi dati personali;

- Il trattamento è illegittimo e, anziché cancellare i dati personali, richiedi di limitare il trattamento dei Tuoi dati personali
- Il Titolare non ha più la necessità di trattare i Tuoi dati personali per le finalità sopra indicate, ma tali dati personali sono necessari per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di diritti in sede giudiziaria;
- Ti sei opposto al trattamento dei Tuoi dati personali e richiedi di limitare il trattamento per il periodo in cui il Titolare verifica che non sussistono interessi prevalenti al trattamento dei Tuoi dati personali.

- **Portabilità**: potrai richiedere di trasferire ad altre società o organizzazioni i dati personali che hai fornito e/o di ricevere i Tuoi dati personali in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico.
- **Opposizione al trattamento dei Tuoi dati personali:** qualora il trattamento dei Tuoi dati personali si basi sul legittimo interesse del Titolare, hai il diritto di opporti al trattamento dei dati personali e di chiederne la cessazione, salvo che non sussistano motivi legittimi per il Titolare di continuare il trattamento ai sensi dell'articolo 21 del GDPR.
- **Revoca del consenso:** qualora il trattamento dei Tuoi dati personali si basi sul Tuo consenso, potrai in ogni momento revocarlo, fermo restando che la revoca del consenso precedentemente prestato non toglie liceità al trattamento effettuato prima della revoca.

Tu hai il diritto di presentare un reclamo al Garante per la Protezione dei dati personali e puoi trovare maggiori informazioni sul sito www.garanteprivacy.it.

Come puoi fare per far valere i Tuoi diritti a tutela dei Tuoi dati personali

- Per conoscere quali sono i Tuoi Dati personali trattati da Redion Italy Insurance (diritto di accesso);
- per chiedere di rettificare (aggiornare, modificare) o, se possibile, cancellare, limitare ed esercitare il diritto di portabilità sui Tuoi Dati personali trattati presso Redion Italy Insurance;

- per opporti al trattamento dei Tuoi Dati personali basato sull'interesse legittimo del Titolare o di un terzo salvo che il titolare o il terzo dimostri la prevalenza di detti interessi legittimi rispetto ai Tuoi oppure tale trattamento sia necessario per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria; per opporti al trattamento dei Tuoi Dati personali per finalità di marketing diretto;
- se il trattamento che ha posto in essere il Titolare si basa sul Tuo consenso, per revocare il consenso prestato in qualunque momento, fermo restando che la revoca del consenso precedentemente prestato non toglie liceità al trattamento effettuato con il Tuo consenso prima della revoca;

puoi scrivere a:

Ufficio Protezione Dati – Redion Italy Insurance SpA - Via del Mulino 4 - 20057 Assago (MI),

anche via mail: ufficioprotezionedati.it@redion.com

Modifiche e aggiornamenti dell'Informativa

Anche in considerazione di futuri cambiamenti che potranno intervenire sulla normativa privacy applicabile, Redion Italy Insurance SpA potrà integrare e/o aggiornare, in tutto o in parte, la presente Informativa. Resta inteso che qualsiasi modifica, integrazione o aggiornamento sarà comunicato in conformità alla normativa vigente anche a mezzo di pubblicazione sul sito internet https://www.redion.it dove potrai anche trovare maggiori informazioni sulle politiche in materia di protezione dei dati personali adottate da Redion Italy Insurance SpA.

ALLEGATO A - GLOSSARIO

ALLEGATO A – GLOSSARIO

ASSICURATO: la persona fisica titolare della Polizza "PERSEMPRE" sottoscritta con la Contraente. Tale polizza è comprensiva dell'assicurazione complementare facoltativa "Gravi malattie"

ETA' ASSICURATIVA: Età espressa in anni interi per cui le frazioni di anno inferiori a 6 mesi sono trascurate mentre quelle pari o superiori sono considerate come anno compiuto (es. 34 anni e 6 mesi = 35 anni; 43 anni e 5 mesi = 43 anni). Tale età viene determinata alla decorrenza del contratto e si incrementa in funzione del tempo trascorso

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE: clausole della Polizza che contengono: le Condizioni Generali di Assicurazione per l'Assicurato, la descrizione delle Garanzie, le esclusioni e le limitazioni delle Garanzie e gli obblighi dell'Assicurato e di Redion.

CONTRAENTE: **Alleanza S.p.A.** con sede in Piazza Tre Torri 1, 20145 Milano, Codice Fiscale e iscrizione Registro Imprese di Milano n. 10908160012 - P.I.V.A. 01333550323 che ha sottoscritto con Redion la Polizza a favore dei propri clienti.

GARANZIA: la copertura assicurativa descritta nelle Condizioni di Assicurazione.

INDENNIZZO: somma di denaro dovuta da Redion all'Assicurato in caso di sinistro.

MASSIMALE: somma massima che Redion paga in caso di sinistro.

POLIZZA: il contratto assicurativo tra Redion e la Contraente, stipulato a favore dei clienti della Contraente e avente per oggetto le Garanzie descritte nelle Condizioni di Assicurazione. La Polizza è composta dalle Condizioni generali di Assicurazione per la Contraente e dalle Condizioni di Assicurazione.

PRESTAZIONE: l'aiuto materiale dato all'Assicurato nel momento del bisogno dalla Struttura Organizzativa di Redion per un sinistro previsto dalla Garanzia assistenza.

REDION: Redion Italy Insurance S.p.A. con sede in Via del Mulino, n. 4 - 20057 Assago (MI) – Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni, con decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato n. 19569 del 2 giugno 1993 (Gazzetta Ufficiale del 1° luglio 1993 n. 152) – Iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00108 – Società appartenente

ALLEGATO A - GLOSSARIO

al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi – Società unipersonale soggetta alla direzione e al coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A.

RISCHIO: la probabilità che si verifichi il sinistro.

SINISTRO: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA: la struttura di Redion Italy Insurance S.p.A.. - P.zza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle Prestazioni di assistenza previste nelle Condizioni di Assicurazione.

UNITED STATES PERSON: si intendono:

- i cittadini statunitensi e residenti permanenti, indipendentemente da dove si trovino,
- tutte le persone e le società all'interno degli Stati Uniti d'America,
- tutte le società incorporate negli Stati Uniti d'America e le loro filiali ovunque si trovino;

che devono agire in piena conformità con le sanzioni finanziarie degli Stati Uniti d'America.
Si precisa che anche le subsidiaries estere possedute o controllate da società statunitensi e gli stranieri in possesso di beni di origine statunitensi in alcuni casi devono rispettare le sanzioni degli Stati Uniti d'America.