

Assicurazione a vita intera caso morte

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo
per i prodotti d'investimento assicurativi
(DIP aggiuntivo IBIP)

Azimut Life dac 

Prodotto AZIMUT UNIVERSAL
Contratto UNIT LINKED (Ramo III)

Data di realizzazione: 31 Dicembre 2022

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle presenti nel documento contenente le informazioni chiave per i prodotti di investimento assicurativi (KID) per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Azimut Life dac Rappresentanza Generale in Italia, Via Cusani 4; CAP 20121; città Milano; tel. +39 02 88984001; sito internet: www.azimutlife.ie; e-mail: info@azimutlife.ie; PEC: azimutlife@legalmail.it.

Azimut Life dac è una Società di assicurazione sulla vita, appartenente al Gruppo Azimut (facente capo alla Azimut Holding SpA), con sede legale in Irlanda in 1st Floor, Block 5, Irish Life Centre, Abbey Street Lower, Dublin 1, D01 P767.

Recapito telefonico: +353 1 872 68 16/7.

Indirizzo internet: www.azimutlife.ie.

e-mail: info@azimutlife.ie.

PEC: azimutlife@legalmail.it.

La Società è stata autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in Irlanda dalla Central Bank of Ireland – autorità che controlla l'attività della Società – con provvedimento del 13 Gennaio 2004 ed è stata registrata con il numero 367005 il 6/02/2003.

La Società opera in Italia in regime di stabilimento, avendo costituito la propria Rappresentanza Generale in Milano, Via Cusani 4, 20121 ed essendo stata a ciò autorizzata con provvedimento IVASS dell'11/03/2004 registrato con protocollo n. 17-04-401556.

Telefono: +39 02 88984001

Le norme osservate in materia di investimenti sono quelle della Repubblica d'Irlanda.

Con riferimento al bilancio d'esercizio relativo all'anno 2021, redatto ai sensi dei principi contabili internazionali (IFRS), Azimut Life dac ha un patrimonio netto di 194,38 milioni di Euro di cui 10 milioni di Euro di capitale sociale e di contribuzioni e 121,6 milioni di Euro di riserve patrimoniali.

Si specifica che al 31.12.2021, Azimut Life dac possiede un requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) di 241,52 milioni di Euro, un requisito patrimoniale minimo (MCR) di 60,38 milioni di Euro, dei fondi propri ammissibili per la loro copertura (Own Funds) di 414,25 milioni di Euro e un indice di solvibilità (solvency ratio) del 171,5%. Per maggiori dettagli rinviamo alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito internet della Compagnia www.azimutlife.ie.

Al contratto si applica la legge italiana.



Quali sono le prestazioni?

Prestazioni principali:

a) prestazioni direttamente collegate al valore di attivi contenuti in un Fondo Interno Dedicato detenuto dall'impresa di assicurazione (unit-linked). Il Contratto prevede la facoltà da parte del Contraente di richiedere il riscatto parziale (anche in forma programmata) o totale delle quote detenute in qualsiasi momento successivo alla data di conclusione e decorrenza. In tale circostanza, la prestazione è pari al controvalore del riscatto calcolato moltiplicando il numero delle quote da riscattare, detenute nel Fondo Interno Dedicato, per il relativo valore unitario del quinto giorno di mercati aperti¹ successivo alla data di ricevimento della richiesta di riscatto e della documentazione necessaria per la Società ai fini del disinvestimento;

b) prestazioni in caso di decesso.

In particolare il prodotto prevede, in caso di decesso dell'Assicurato, la corresponsione ai beneficiari designati di un capitale assicurato rappresentato dal controvalore delle quote del Fondo Interno Dedicato incrementato:

- a partire dal giorno di conclusione e decorrenza del contratto, di una "maggiorazione minima" dello 0,05%;
- a partire dal primo giorno del mese successivo alla chiusura del processo di valutazione sullo stato di salute, di una "maggiorazione standard" qualora:

¹ Giorni lavorativi bancari completi/interi in Irlanda e in Italia che siano anche giorni di Borse Nazionali aperte in Irlanda e in Italia.

- l'età dell'Assicurato alla data di conclusione del contratto non sia superiore a 90 anni (calcolata come da condizioni di contratto);
- la Società - sulla base della valutazione del rischio dell'Assicurato effettuata acquisendo informazioni sul suo stato di salute, sull'attività professionale svolta e su eventuali sport dal medesimo praticati (a tal fine la Compagnia ha delegato una società specializzata terza per la raccolta delle informazioni necessarie alla valutazione del rischio) tramite contatto telefonico - non abbia comunicato per iscritto di non poter corrispondere tale maggiorazione. Ai fini della valutazione del rischio, la Società può richiedere approfondimenti sullo stato di salute dell'Assicurato e, se il rischio viene considerato aggravato, proporre una maggiorazione al costo della copertura assicurativa di cui sopra. Il contraente potrà accettare la maggiorazione di tasso oppure rifiutarla, in questo caso sarà applicata la "maggiorazione minima".

Prestazioni accessorie e/o complementari:

Il prodotto prevede prestazioni in caso di decesso accessorie e/o complementari se selezionate dal cliente. Le Coperture Aggiuntive (definite "Mosaico") sono selezionabili sia singolarmente che in maniera multipla.

L'età massima per accedere e sottoscrivere le Coperture Aggiuntive è di 80 anni. Le Coperture Aggiuntive sottoscritte rimangono in vigore fino a 85 anni; una volta raggiunti gli 85 anni di età, tutte le coperture aggiuntive ed i relativi addebiti verranno automaticamente sospesi.

La Compagnia, effettuata la valutazione del rischio come sopra descritto, comunicherà all'Assicurato, in base all'esito degli accertamenti sanitari, il diniego o l'accettazione della/e Copertura/e Aggiuntiva/e. Nel caso in cui, completato l'esame del rischio, questo risulti accettabile a condizioni normali dalla Compagnia, verrà dato avvio alle coperture aggiuntive selezionate che saranno efficaci dal primo giorno del mese successivo alla valutazione.

Le Coperture Mosaico selezionabili sono:

- **Copertura Capitale Sicuro**

Questa copertura prevede il pagamento da parte della Compagnia di un capitale ulteriore, in aggiunta alle prestazioni principali, se, in caso di morte dell'Assicurato, la differenza tra il controvalore della polizza alla data della liquidazione e il controvalore dei premi residui (somma di tutti i premi versati inclusi quelli aggiuntivi al netto di eventuali riscatti parziali proporzionati al valore della polizza alla data di ciascun riscatto), presenti un valore negativo.

- **Copertura Capitale Costante**

Questa copertura prevede il pagamento da parte della Compagnia di un capitale ulteriore, fisso e predeterminato, in aggiunta alle prestazioni principali, in caso di decesso dell'Assicurato. Il capitale fisso e predeterminato è modificabile nel tempo.

Il capitale minimo assicurabile per la Copertura Capitale Costante è di € 10.000.

- **Copertura Capitale Decrescente**

Questa copertura prevede, in caso di decesso dell'Assicurato, il pagamento da parte della Compagnia ai beneficiari designati di un capitale iniziale, ridotto linearmente sulla base della durata e della frequenza indicata dal Contraente. Il pagamento da parte della Compagnia di tale capitale è da considerarsi aggiuntivo rispetto al capitale caso morte derivante dalla maggiorazione standard/minima.

La durata della copertura non può eccedere l'età massima fissata per la permanenza delle coperture aggiuntive, mentre la frequenza di decrescita può essere annuale, semestrale, trimestrale o mensile.

Il capitale minimo iniziale assicurabile per la Copertura Capitale Decrescente è di 10.000€, il capitale minimo non può scendere al di sotto di 1.000€. Nel caso in cui il capitale assicurato scenda sotto i 1.000€, la Compagnia considererà 1.000€ come capitale assicurato.

- **Copertura Capitale Massimo**

Questa copertura prevede il pagamento da parte della Compagnia di un capitale ulteriore, in aggiunta alle prestazioni principali, se, in caso di morte dell'Assicurato, la differenza tra il massimo storico raggiunto dal controvalore della polizza dal momento di attivazione della copertura, ridotto di eventuali riscatti parziali proporzionati al valore della polizza alla data di ciascun riscatto, ed il controvalore della polizza alla data della liquidazione, presenti un valore positivo, nei limiti del massimale previsto.

L'Impresa mette a disposizione il regolamento del Fondo Interno Dedicato, riportato in allegato alle condizioni di contratto, sul sito www.azimutlife.ie.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Il prodotto non copre rischi diversi dal decesso.



Ci sono limiti di copertura?

Si riportano di seguito gli importi massimi della "maggiorazione standard". Qualora siano presenti più contratti AZIMUT UNIVERSAL con medesimo Assicurato, il massimale si riferisce all'Assicurato e non al singolo contratto AZIMUT UNIVERSAL.

	Decesso non derivante da infortunio	Decesso derivante da infortunio
Età dell'Assicurato alla data del decesso	Massimale per Assicurato	Massimale per Assicurato
Fino a 65 anni	€ 200.000	€ 400.000
Da 66 a 70 anni	€ 100.000	€ 200.000
Da 71 a 90 anni	€ 50.000	€ 50.000
Oltre 90 anni	€ 25.000	€ 25.000

Per le Coperture "Mosaico", i limiti corrispondono ai massimali, alla data del decesso, selezionati su ogni singola Copertura e con il massimo complessivo di 1.000.000€, estendibile a 5.000.000€ fino a 75 anni dell'Assicurato, a partire dal 76 anni e fino al limite di validità delle coperture "Mosaico", ovvero 85 anni, tale limite massimo complessivo è ridotto a 500.000€. Tali limiti si applicano con riferimento all'Assicurato e considerando eventuali ulteriori Coperture "Mosaico" attivate su altri contratti di polizza emessi da Azimut Life.

In caso di decesso dell'Assicurato, la "maggiorazione standard" non verrà tuttavia riconosciuta:

- nel caso in cui l'Assicurato abbia reso dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti sul proprio stato di salute;
- nei casi espressamente di seguito elencati in relazione alle cause di esclusione.

CAUSE DI ESCLUSIONE

La Società non corrisponderà al/i Beneficiario/i Designato/i la "maggiorazione standard" ma il controvalore delle quote esclusivamente incrementato della "maggiorazione minima" qualora:

A. il decesso dell'Assicurato derivi - direttamente o indirettamente – dalle seguenti cause:

A.1. DECESSO NON DERIVANTE DA INFORTUNIO

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- frode da parte del Contraente o dell'Assicurato nei confronti della Compagnia;
- abuso di sostanze alcoliche o uso di sostanze stupefacenti se non prescritte da un medico abilitato alla professione;
- partecipazione attiva dell'assicurato a delitti dolosi, scioperi, insurrezioni e sommosse;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data in cui la Società riconosce la "maggiorazione standard" o, trascorso questo periodo, nei primi 180 giorni dalla data di versamento di ogni eventuale premio aggiuntivo;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad azioni di guerra, fatte salve quelle derivanti dall'adempimento degli obblighi richiesti dalla legge italiana, nel cui caso una copertura speciale può essere fornita su richiesta del Contraente alle condizioni stabilite dal Ministero competente;
- radiazioni, reazioni nucleari o contaminazione radioattiva;
- incidente di volo, se l'assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- infezione da virus HIV o da sindrome o stato di immunodeficienza acquisita o da sindrome o stati assimilabili se avviene nei primi cinque anni dalla data in cui la Società riconosce la "maggiorazione standard";
- malattie e infortuni preesistenti, stati patologici e lesioni dell'assicurato già diagnosticati all'assicurato stesso (o a lui noti) dalla data in cui la Società riconosce la "maggiorazione standard";
- malattie e/o infortuni, contratti al di fuori dei limiti geografici dell'Unione Europea, se direttamente o indirettamente correlati allo svolgimento di missioni umanitarie, sia militari sia civili;
- pratica dei seguenti sport: paracadutismo, volo con deltaplani o ultraleggeri, arrampicata libera, alpinismo o sci alpinismo con scalate di rocce oltre il terzo grado (scala U.I.A.A.), arti marziali (con partecipazione a gare), canoa estrema, bob, slittino e skeleton, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, sci fuori pista, competizioni/prove di veicoli e/o natanti a motore, bungee jumping, base jumping, tuffi dalle grandi altezze, canoa fluviale oltre il terzo grado, discesa di rapide di corsi d'acqua (rafting), wakeboard, regata d'altura, hydrospeed, immersione profonda oltre 40m, immersioni in apnea, speleologia e guida di mezzi subacquei in genere.

A.2. DECESSO DERIVANTE DA INFORTUNIO

Oltre alle cause di esclusione elencate al precedente punto A.1., in caso di atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere, dallo stesso procurato, la Società corrisponderà al/i Beneficiario/i Designato/i la "maggiorazione standard" prevista per il decesso non derivante da infortunio.

B. il decesso dell'Assicurato si verifichi nei primi 180 giorni dalla data in cui la Società riconosce la "maggiorazione standard" o dalla data del versamento degli eventuali premi aggiuntivi (Periodo di Carenza).

Tuttavia il Periodo di Carenza non troverà applicazione nel caso in cui il decesso sia conseguenza diretta:

- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la data in cui la Società riconosce la "maggiorazione standard": tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- di shock anafilattico sopravvenuto dopo la data in cui la Società riconosce la "maggiorazione standard";
- di infortunio avvenuto dopo la data in cui la Società riconosce la "maggiorazione standard".

In caso di decesso dell'Assicurato, il capitale caso morte derivante dalle Coperture "Mosaico" non verrà tuttavia riconosciuto:

- se l'età dell'Assicurato alla data di decesso è superiore a 85 anni;
- nel caso in cui l'Assicurato abbia reso dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti sul proprio stato di salute;
- nei casi espressamente elencati sopra nella sezione A in relazione alle cause di esclusione.

Oltre alle casistiche regolate sopra nella sezione A, la Società non corrisponderà al/i Beneficiario/i Designato/i il capitale assicurato derivante dalle Coperture "Mosaico" se il decesso dell'Assicurato si verifichi nei primi 180 giorni dalla data, relativamente a ciascuna delle Coperture "Mosaico", in cui la Società riconosce le coperture "Mosaico", o dalla data del versamento degli eventuali premi aggiuntivi (solo per la copertura capitale sicuro), o dalla data di incremento di capitale assicurato a seguito di apposita variazione (Periodo di Carenza) ed opera solo per il maggior capitale sotto rischio.

Tuttavia, il Periodo di Carenza non troverà applicazione nel caso in cui il decesso sia conseguenza diretta delle casistiche elencate sopra nella sezione B.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

<p>Cosa fare in caso di evento?</p>	<p>Denuncia: in caso di decesso dell'Assicurato la richiesta di liquidazione deve essere sempre accompagnata dalla seguente documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice; - nel caso in cui l'Assicurato godeva della "maggiorazione standard", una relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo. Nei casi in cui la relazione medica non fosse sufficiente ai fini della valutazione del sinistro, la Compagnia ha la facoltà di richiedere documentazione aggiuntiva; - nel caso in cui l'Assicurato godeva della "maggiorazione standard" e nel solo caso di decesso per infortunio, documento riportante l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato. Nei casi in cui la documentazione ricevuta non fosse sufficiente ai fini della valutazione del sinistro per decesso da infortunio, la Compagnia ha la facoltà di richiedere documentazione aggiuntiva; - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà o atto notorio, ove si dichiara se il defunto abbia lasciato o meno testamento e l'indicazione di eventuali eredi legittimi; - se l'Assicurato non ha lasciato testamento: atto di notorietà ovvero dichiarazione autenticata sostitutiva dell'atto notorio, autenticata da notaio, cancelliere, autorità comunali o altro pubblico ufficiale a ciò autorizzato, da cui risulti la morte ab intestato dell'Assicurato e nel quale siano indicati i suoi eredi legittimi, la capacità di agire, il grado di parentela con l'Assicurato con la specifica che tali eredi legittimi sono gli unici e non esistono altri eredi oltre a quelli indicati; - in presenza di testamento, copia autenticata dello stesso da notaio, cancelliere, autorità comunali o altro pubblico ufficiale a ciò autorizzato, pubblicato a termini di legge nel quale sono indicati gli eredi ed in cui risulti che il testamento in questione è l'ultimo da ritenersi valido; - decreto del Giudice Tutelare che autorizzi il tutore degli eventuali minori od incapaci, a riscuotere la somma dovuta, con esonero della Società da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa e da cui risulti indicato il numero di polizza, l'importo che dovrà essere liquidato e le modalità di reimpiego di tale importo. Il decreto può essere anche in copia autenticata. <p>Ciascuno dei beneficiari designati o degli eventuali tutori dovrà inviare alla Società anche la seguente documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - copia di un valido documento d'identità; - copia del codice fiscale; - dichiarazione dei beneficiari con l'indicazione degli estremi bancari; - documentazione, messa a disposizione dal Soggetto Distributore, relativa all'acquisizione di dati riferibili ai beneficiari al fine dell'adempimento degli obblighi imposti dalla disciplina fiscale ed antiriciclaggio. In particolare, scheda FATCA/CRS e scheda AML sottoscritte e compilate in ogni parte dal soggetto interessato; - ogni altro documento che possa ragionevolmente essere richiesto dalla Compagnia, in applicazione della legislazione di tempo in tempo vigente e dell'esigenza da parte della Compagnia di procedere al corretto pagamento delle somme dovute. <p>Per la documentazione da presentare negli altri casi previsti oltre il decesso si rimanda alle condizioni di contratto, così come per le modalità di trasmissione.</p> <p>Prescrizione: ai sensi dell'art. 2952, comma II, del Codice Civile, i diritti derivanti dal prodotto si prescrivono in 10 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto. Le prestazioni assicurative non richieste dagli aventi diritto entro tale termine dovranno essere comunicate e devolute dall'impresa di assicurazione all'apposito Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie previsto dall'art. 1, comma 343 legge n. 266/2005, istituito e gestito presso la Consap (Fondo Polizze Dormienti) ai sensi dell'art. 5 DPR 22 giugno 2007, n. 116.</p> <p>Erogazione della prestazione: le liquidazioni vengono effettuate, per il tramite del Soggetto Distributore, entro 20 giorni dalla data di ricevimento della richiesta di liquidazione, corredata da tutta la documentazione necessaria. I 20 giorni decorrono dal momento in cui la Rappresentanza Generale riceve tutta la documentazione inviata a mezzo raccomandata.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Nel caso in cui l'Assicurato abbia reso dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti sul proprio stato di salute, non verrà riconosciuta la "maggiorazione standard" né ogni eventuale capitale derivante dalle Coperture "Mosaico" ma verrà riconosciuta esclusivamente la "maggiorazione minima".</p>



Quando e come devo pagare?

<p>Premio</p>	<p>Il Contratto prevede il pagamento di un premio unico iniziale di importo non inferiore a Euro 2.000.000,00. L'importo del premio unico iniziale e degli eventuali premi aggiuntivi, al netto dei costi, viene investito in un Fondo Interno Dedicato dal cui valore dipendono le prestazioni finanziarie e assicurative previste dal Contratto. Nel Fondo Interno Dedicato è possibile selezionare una o più linee, il cui investimento iniziale è variabile, con un minimo di Euro 50.000,00.</p> <p>Il premio unico iniziale viene ripartito – sulla base delle indicazioni fornite dal contraente in fase di sottoscrizione della proposta o anche successivamente – in una o più linee di investimento tra quelle messe a disposizione della Compagnia per il Profilo Discretionary (si vedano le condizioni di contratto).</p>
----------------------	--

	<p>Per premi unici iniziali il cui importo è pari ad almeno Euro 10.000.000,00 la scelta della linea di investimento in cui è possibile ripartire il premio, in fase di sottoscrizione iniziale o anche successivamente, è limitata a quelle messe a disposizione della Compagnia per il Profilo Exclusive (si vedano le condizioni di contratto).</p> <p>Il Contraente in qualsiasi momento ha la facoltà di versare premi aggiuntivi di importo non inferiore a Euro 50.000,00.</p> <p>Ciascun premio è investito, al netto dei costi, nel Fondo Interno Dedicato collegato alla polizza (c.d. conversione del premio in quote del fondo) e non è direttamente influenzato da fattori di rischio attuariali (quali, ad esempio, durata delle prestazioni ed ammontare, età e sesso dell'assicurato ecc.).</p> <p>Il premio unico iniziale e gli eventuali premi aggiuntivi devono essere corrisposti con le modalità indicate nelle condizioni di contratto e sul modulo di proposta.</p> <p>Il premio relativo alla "maggiorazione standard" in caso di decesso, pari allo 0,10% su base annua del controvalore delle quote attribuite al Contratto, viene applicato mediante prelievi mensili (sino ad un importo massimo di Euro 150,00), in via anticipata, il primo giorno lavorativo di ciascun mese solare tramite annullamento di un corrispondente numero di quote.</p> <p>Il premio relativo alla "maggiorazione standard" è determinato per garantire un equilibrio attuariale tra il rischio derivante dalla popolazione assicurata e le relative prestazioni, che variano in funzione dell'età dell'assicurato al decesso. Il premio pagato relativamente alla "maggiorazione standard" non viene differenziato per sesso o età.</p> <p>Il premio relativo alle Coperture "Mosaico" è determinato per garantire un equilibrio attuariale tra il rischio derivante dalla popolazione assicurata e le relative prestazioni, che variano su base individuale. Il premio pagato relativamente alle Coperture "Mosaico" non viene differenziato per sesso ma viene differenziato per età. La Compagnia ha la possibilità di richiedere un sovrappremio, ovvero una maggiorazione del premio qualora l'Assicurato superi i normali livelli di rischio, in relazione alle proprie condizioni di salute (sovrappremio sanitario) e/o in relazione alle attività professionali o sportive che svolge (sovrappremio professionale o sportivo). I premi versati non sono soggetti ad alcuna imposta sulle assicurazioni.</p> <p>Si rimanda alle condizioni di contratto per i dettagli relativi alle modalità di corresponsione del premio.</p>
Rimborso	Il Contraente ha diritto al rimborso dell'intero premio versato prima della data di conclusione del Contratto (revoca).
Sconti	Non sono previsti sconti di premio.



Quando comincia la copertura e quando finisce?


Durata	<p>Il presente Contratto non ha una durata prefissata. Il Contratto si estingue in caso di riscatto totale, di recesso o con il decesso dell'Assicurato.</p> <p>La "maggiorazione minima" gratuita comincia dal giorno di conclusione e decorrenza del contratto e finisce con l'estinzione del Contratto.</p> <p>La "maggiorazione standard" viene riconosciuta dal primo giorno del mese successivo alla conclusione del contratto, previo ricevimento della Lettera di Conferma della stessa e finisce con l'estinzione del Contratto, come riportato nelle condizioni di contratto.</p> <p>In base all'esito degli accertamenti sanitari, le Coperture "Mosaico" iniziano a seguito della comunicazione da parte della Compagnia all'Assicurato dell'accettazione delle Coperture "Mosaico", con eventuale applicazione di un "sovrappremio". In caso di richiesta di sovrappremio, le Coperture "Mosaico" iniziano dal primo giorno del mese successivo in cui la Compagnia riceve l'accettazione del sovrappremio. Tutte le Coperture "Mosaico" finiscono al raggiungimento degli 85 anni dell'Assicurato, come riportato nelle condizioni di contratto. Specificatamente per la Copertura Capitale Decrescente, oltre a quanto riportato sopra, la copertura si interrompe al raggiungimento della durata selezionata dal Contraente.</p>
Sospensione	<p>La copertura assicurativa "Standard" non può essere sospesa su richiesta del Contraente.</p> <p>Le Coperture "Mosaico" possono essere interrotte trascorso almeno un anno dalla data di attivazione delle stesse.</p>





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

Revoca	Il Contraente ha la facoltà, così come previsto dalla normativa vigente, di revocare la Proposta prima della data di conclusione del Contratto, mediante comunicazione scritta da inviare alla Rappresentanza Generale con lettera raccomandata. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca, la Società - per il tramite del Soggetto Distributore - restituirà al Contraente l'intero premio corrisposto. Laddove il versamento del premio sia effettuato anche mediante trasferimento di strumenti finanziari, tale parte di premio sarà restituita al Contraente nei tempi tecnici necessari.
Recesso	Il Contraente ha la facoltà di recedere dal Contratto entro 45 giorni dalla data di conclusione dello stesso. Al fine di esercitare tale diritto, il Contraente deve inviare, entro il suddetto termine, una richiesta scritta alla Rappresentanza Generale mediante lettera raccomandata. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, la Società - per il tramite del Soggetto Distributore - rimborserà al Contraente un importo ottenuto moltiplicando il numero delle quote del Fondo

	<p><i>Interno Dedicato complessivamente attribuite al Contratto per il valore unitario delle stesse rilevato il GIORNO DI RIMBORSO e maggiorato dei costi pagati di cui all'articolo 10.1.3 pari a Euro 50,00, maggiorato delle "spese di emissione" e degli eventuali "costi di caricamento" pagati ed al netto del "costo di recesso" pari a 50,00 Euro.</i></p> <p><i>Il GIORNO DI RIMBORSO è il quinto giorno di mercati aperti² successivo alla data di ricevimento della richiesta di recesso da parte della Società. Resta tuttavia inteso che, qualora parte degli attivi del Fondo Interno Dedicato siano rappresentati da strumenti finanziari con tempistiche di rimborso tali per cui non sia possibile il loro disinvestimento entro tale giorno, il GIORNO DI RIMBORSO sarà il giorno dell'avvenuta liquidazione totale di detti attivi.</i></p> <p><i>Resta inteso che, laddove il versamento del premio sia stato effettuato anche mediante trasferimento di strumenti finanziari, l'eventuale parte di premio non ancora convertita in quote sarà corrisposta nei tempi tecnici necessari.</i></p>
Risoluzione	La risoluzione del contratto non trova applicazione in questa tipologia di prodotto.

 Sono previsti riscatti o riduzioni? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Valori di riscatto e riduzione	<p><i>Il Contratto prevede la facoltà da parte del Contraente di richiedere il riscatto parziale o totale delle quote detenute in qualsiasi momento successivo alla data di conclusione e decorrenza del Contratto. Relativamente al solo riscatto parziale, questo può essere richiesto a condizione che il controvalore residuo delle quote detenute sia almeno pari a Euro 2.000.000,00 per il "Profilo Discretionary" e almeno pari a Euro 10.000.000 per il "Profilo Exclusive".</i></p> <p><i>Al ricevimento della richiesta, la Società provvede - nei tempi tecnici necessari - a disinvestire tutti gli strumenti finanziari detenuti dal Fondo Interno Dedicato. Il controvalore del riscatto viene determinato moltiplicando il numero complessivo delle quote detenute nel Fondo Interno Dedicato per il valore unitario delle stesse il GIORNO DI RIMBORSO.</i></p> <p><i>Il GIORNO DI RIMBORSO è il quinto giorno di mercati aperti³ successivo alla data di ricevimento della richiesta di rimborso da parte della Società. Resta tuttavia inteso che qualora parte degli attivi del Fondo Interno Dedicato siano rappresentati da strumenti finanziari con tempistiche di rimborso tali per cui non sia possibile il loro disinvestimento entro tale giorno, il GIORNO DI RIMBORSO sarà il giorno dell'avvenuta liquidazione totale di detti attivi.</i></p> <p><i>Il Contratto non fornisce alcuna garanzia di capitale o di rendimento minimo dell'investimento finanziario. Il Contraente si assume il rischio connesso all'andamento negativo del valore delle quote del Fondo Interno Dedicato. Vi è pertanto la possibilità che il Contraente ottenga, al momento del rimborso, un ammontare inferiore ai premi versati.</i></p> <p><i>Il Contraente non ha la facoltà di riattivare il contratto.</i></p>
Richiesta di informazioni	<p><i>Il Contraente può in qualunque momento chiedere alla Società informazioni relative al valore di riscatto, rivolgendosi ad Azimut Life dac – Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Cusani 4, 20121 Milano; numero di telefono 02 8898 4001, numero di fax 02 8898 4000, indirizzo e-mail info@azimutlife.it.</i></p>

 A chi è rivolto questo prodotto ?	
<p><i>Il prodotto è destinato ad investitori Retail, Professionali e Controparti Qualificate e risponde alle esigenze di ottimizzazione fiscale tipiche delle polizze vita, di trasmissione della ricchezza e di passaggio generazionale, abbinando vantaggi giuridici ed economici previdenziali e di protezione a favore dei beneficiari designati.</i></p> <p><i>Il prodotto è destinato ad investitori caratterizzati da qualsiasi livello di conoscenza ed esperienza su prodotti finanziari/assicurativi e da qualsiasi capacità di sostenere le perdite sul capitale.</i></p>	

 Quali costi devo sostenere?	
<p><i>Per un'informazione dettagliata sui costi si rimanda alle indicazioni del KID e alle Condizioni di contratto. In aggiunta rispetto alle informazioni del KID, si evidenziano i seguenti costi a carico del Contraente.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - tabella sui costi per riscatto <i>Non sono previsti costi per il riscatto.</i> - tabella sui costi per l'erogazione della rendita <i>Il prodotto non prevede la possibilità di poter disporre di una rendita.</i> - costi per l'esercizio delle opzioni <i>Non sono previste opzioni.</i> - costi di intermediazione <i>La quota parte percepita dall'intermediario con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari a 44,7%. La quota parte è stimata sulla base di quanto stabilito dalle convenzioni di collocamento.</i> 	

^{2,3} Cfr Nota 1.



Quali sono i rischi e qual è il potenziale rendimento?

Investimento nel Fondo Interno Dedicato

Il Contratto non fornisce alcuna garanzia di capitale o di rendimento minimo dell'investimento finanziario. Il Contraente si assume il rischio connesso all'andamento negativo del valore delle quote del Fondo Interno Dedicato. Vi è pertanto la possibilità che il Contraente ottenga, al momento del rimborso ovvero in caso di decesso dell'Assicurato, un ammontare inferiore all'investimento finanziario.

Per ulteriori dettagli si rimanda alle informazioni riportate nel "documento contenente le informazioni specifiche" redatto per ciascuna opzione di investimento nelle sezioni "Indicatori di rischio" e "Scenari di performance".

Investimenti sostenibili

Il "rischio di sostenibilità" (di seguito anche "rischio ESG") è inteso come un evento o una condizione attinente a fattori di tipo ambientale, sociale o di governance (in seguito "ESG") che, se si verificasse, potrebbe provocare un impatto negativo significativo sul valore degli attivi, sulla redditività. In via esemplificativa, possono ricomprendersi tra i rischi ESG i rischi legati al cambiamento climatico, alla perdita di biodiversità, alla violazione dei diritti dei lavoratori ed alla corruzione.

Ai fini dell'integrazione dei rischi di sostenibilità nei processi decisionali relativi agli investimenti, Azimut Life:

- Prevede, all'interno della propria offerta commerciale, uno o più linee orientate alla tematica ESG.*
- Ha adottato specifiche procedure che descrivono l'integrazione del rischio di sostenibilità nei processi decisionali relativi agli investimenti. Nella costruzione di portafoglio delle linee "ESG", in particolare, il gestore considera i rischi e le opportunità ESG in aggiunta alle tradizionali analisi finanziarie volte a stimare il rischio e rendimento atteso di un investimento.*
- Prevede, come principio della propria Policy ESG, che a parità di altri fattori, investimenti sottostanti che presentino un migliore livello ESG sulla base degli strumenti disponibili siano privilegiati nella selezione.*

Attualmente, non si può escludere che alcuni investimenti sottostanti siano allineati ai criteri del Regolamento Tassonomia per quanto concerne le attività economiche ecosostenibili.

Sebbene il prodotto promuova caratteristiche ambientali e/o sociali, i suoi investimenti sottostanti non contribuiscono agli obiettivi ambientali della mitigazione dei cambiamenti climatici e/o dell'adattamento ai cambiamenti climatici di cui al Regolamento (UE) 2020/852.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'IVASS

Nel caso in cui il reclamo presentato all'impresa assicuratrice abbia esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.

*È anche possibile ricorrere alla seguente autorità irlandese:
the Irish Financial Services and Pensions Ombudsman (FSPO)
3rd Floor, Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, D02 VH29.
Lo Call: 1890 88 20 90
Tel: +353 (0)1 567 7000
Email: info@fsp.ie
www.fspo.ie*

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

Mediazione

Esperando la procedura di mediazione prevista dal D. Lgs. 28/2010. Ciò avviene 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)

L'esperimento del tentativo di mediazione è una scelta del cliente interessato. L'esperimento del tentativo di mediazione costituisce tuttavia condizione pregiudiziale obbligatoria per accedere all'eventuale successivo giudizio nel caso in cui la controversia insorga in materia di contratti assicurativi e finanziari (art. 5, co. 1, D. Lgs. 28/2010).

Negoziazione assistita

Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

*Il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema EU competente per l'attivazione della procedura FIN NET, mediante accesso al sito internet all'indirizzo http://ec.europa.eu/finance/finservices-retail/redress/index_en.htm
Il reclamo in tal caso può essere presentato sia in lingua italiana che inglese.*

REGIME FISCALE

<p>Trattamento fiscale applicabile al contratto</p>	<p>Imposta sui premi <i>I premi versati in relazione alla polizza sono esenti dall'imposta sui premi prevista dalla Legge n. 1216 del 29 ottobre 1961.</i></p> <p>Detrazione fiscale dei premi <i>Sui premi versati non spetta il diritto alla detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche. Nel caso sia riconosciuta la "maggiorazione standard" e l'eventuale attivazione delle Coperture "Mosaico", quanto versato dal Contraente per coprire il rischio di morte è detraibile dall'imposta sul reddito delle persone fisiche in base alla normativa vigente.</i></p> <p>Tassazione delle somme percepite <i>Le somme dovute dalla Società in dipendenza dell'assicurazione sulla vita qui descritta, se corrisposte in caso di decesso dell'assicurato, sono esenti:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - dall'applicazione dell'IRPEF - ai sensi dell'art. 34 u.c. del D.P.R. 29/09/73 n. 601, come modificato della Legge di Stabilità 2015 - esclusivamente per le somme corrisposte a copertura del "rischio demografico" (rischio di mortalità). Pertanto, in caso di decesso dell'Assicurato le prestazioni pagate dalla Compagnia ai Beneficiari saranno imponibili ai fini IRPEF - fatta salva l'esenzione di cui sopra - per la quota parte di rivalutazione del Premio versato; - dall'imposta sulle successioni, per la loro totalità. <p><i>Se corrisposte in forma di capitale, le somme liquidate per riscatto sono soggette ad imposta a titolo di ritenuta definitiva nella misura del 26% nominale sulla differenza (plusvalenza) tra il capitale maturato e l'ammontare dei premi versati (al netto dei riscatti parziali).</i></p> <p><i>Tale aliquota verrà applicata su una base imponibile eventualmente ridotta per tenere conto del periodo di maturazione dei redditi di capitale effettivamente conseguiti dal Contraente.</i></p> <p><i>Inoltre qualora il Fondo Interno Dedicato sia investito, anche in via indiretta, in titoli pubblici italiani e in titoli obbligazionari equiparati emessi dagli Stati inclusi nella lista di cui al Decreto emanato ai sensi dell'art. 168-bis del Decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986 n. 917, viene riconosciuta una minore tassazione attraverso la riduzione della base imponibile determinata in funzione della percentuale dell'attivo investito nei suddetti titoli rispetto al totale dell'attivo del Fondo Interno Dedicato, secondo le modalità individuate nel Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze avente data 13 dicembre 2011 e successive modificazioni.</i></p> <p><i>L'imposta a titolo di ritenuta definitiva sulla base imponibile è applicata dalla Società tramite la propria Sede Secondaria ai sensi dell'art. 26/TER del D.P.R. 29/09/1973 n. 600.</i></p> <p><i>La Sede Secondaria, in quanto stabile organizzazione della Società in Italia, si qualifica come intermediario finanziario residente ai fini della disciplina sul monitoraggio fiscale ai sensi dell'art. 1, comma 1 del Decreto Legge 28/06/1990 n. 167 e del richiamato art. 11, comma 1, lett. n) del Decreto Legislativo 21/11/2007 n. 231. L'intervento nella conclusione del contratto di polizza da parte della Sede Secondaria e del soggetto incaricato del collocamento adempie le condizioni di cui all'art. 4, comma 3 del Decreto Legge 28/06/1990 n. 167 e, pertanto, il Contraente è esonerato dall'obbligo di compilazione del quadro RW.</i></p> <p>Tassazione per le imprese <i>Le prestazioni erogate a soggetti svolgenti attività di impresa costituiscono componenti positive del reddito di impresa e su di esse la Società non applica alcuna imposta.</i></p> <p><i>Se i proventi corrisposti a persone fisiche o a enti non commerciali sono relativi a contratti stipulati nell'ambito dell'attività commerciale, al fine di non applicare alcuna tassazione, l'impresa di assicurazione deve acquisire una dichiarazione da parte degli interessati riguardo alla sussistenza di tale circostanza.</i></p> <p>Imposta di bollo <i>Le imprese di assicurazione sono tenute all'applicazione dell'imposta di bollo, ai sensi delle disposizioni dell'art. 13, comma 2-ter, della Tariffa, parte prima, allegata al D.P.R. n. 642 del 1972, e successive modifiche ed integrazioni.</i></p> <p><i>L'imposta è dovuta nella misura del 2 per mille annuo. L'imposta è comunque dovuta nella misura minima annua di euro 34,20 e nella misura massima annua di euro 14.000 se il contraente è soggetto diverso da persona fisica.</i></p> <p><i>Per le polizze di assicurazione vita di cui al ramo III si assume, quale valore cui applicare l'imposta, il valore di riscatto della polizza al 31 dicembre di ciascun anno, ovvero per la frazione dell'anno in cui la polizza viene riscattata o liquidata, il valore effettivo, rispettivamente, di riscatto o liquidazione.</i></p> <p><i>In caso di modifiche alle norme sopra richiamate si farà riferimento a quelle di volta in volta vigenti.</i></p>
--	--

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO IL 31 MAGGIO DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO O SOTTOPORTI AD INTERVISTA TELEFONICA PER LA RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

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