

Assicurazione di rendita vitalizia rivalutabile in caso di perdita di autosufficienza

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti
assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi

(DIP aggiuntivo Vita)

Impresa: Alleanza Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: PERSEMPRE DI ALLEANZA

Data di aggiornamento del documento: 21/10/2024
(il DIP aggiuntivo Vita pubblicato è l'ultimo disponibile)



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

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

Alleanza Assicurazioni S.p.A. è una società appartenente al gruppo Generali; la sede legale è in Piazza Tre Torri, 1 – 20145 Milano (MI) - ITALIA; recapito telefonico: +39 02 40824111; sito internet: www.alleanza.it; indirizzo di posta elettronica: tutelaclienti@alleanza.it; indirizzo PEC: alleanza@pec.alleanza.it.

L'Impresa di assicurazione è autorizzata con provvedimento IVASS prot. n. 51-13-000294 e 51-13-000295 dell'17/09/2013 ed è iscritta al numero 1.00178 dell'Albo delle Imprese di Assicurazione.

Patrimonio netto al 31/12/2023: € 2.231.139.478 di cui € 210.000.000 relativi al capitale sociale e 2.021.139.478 al totale delle riserve patrimoniali. I dati sono riferiti all'ultimo bilancio approvato.

La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet www.alleanza.it.

Requisito patrimoniale di solvibilità: € 2.222.735.725.

Requisito patrimoniale minimo: € 910.601.523.

Fondi propri ammissibili: € 6.413.308.896.

Indice di solvibilità (solvency ratio): 289% (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri di base e l'ammontare del requisito patrimoniale di solvibilità richiesti dalla normativa Solvency 2 in vigore dal 01/01/2016).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

COPERTURA PRINCIPALE

Alleanza riconosce la perdita di autosufficienza in caso di:

- incapacità di svolgere anche parzialmente, senza l'assistenza di un'altra persona, i seguenti atti: 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 utilizzati nella fase di accertamento.
- 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. 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**.

Per Sempre 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.

La misura annua di rivalutazione si ottiene sottraendo al tasso annuo di rendimento lordo della gestione separata il rendimento annuo trattenuto e il tasso di interesse tecnico pari allo 0,5%, 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**.

Alleanza dichiara entro il 31 dicembre di ogni anno il tasso annuo di rendimento lordo delle gestioni separate, determinato come da Regolamento.

Ad ogni ricorrenza annuale di rivalutazione, che coincide con la ricorrenza annuale del contratto, la rendita assicurata è rivalutata sommando 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. Per calcolare la rendita annua assicurata rivalutata alle annualità successive, Alleanza somma la rendita annua assicurata rivalutata alla ricorrenza annuale precedente con il nuovo importo della rivalutazione da attribuire alla rendita, calcolato con le stesse modalità sopra descritte.

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.

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 precedente.

In fase di erogazione della rendita, a partire dalla data di denuncia della perdita di autosufficienza, la ricorrenza annuale di rivalutazione della prestazione coincide, invece, con la ricorrenza annuale della data di denuncia.

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 precedente.

COPERTURA COMPLEMENTARE MALATTIE GRAVI (facoltativa)

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

COPERTURA COMPLEMENTARE DECESSO (facoltativa)

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



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

ESCLUSIONI PER LA COPERTURA PRINCIPALE

È esclusa dalla copertura la perdita di autosufficienza causata da:

1. delitto doloso del Contraente o del Beneficiario;
2. partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
3. partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare, operazioni militari. Qualsiasi lesione subita dall'Assicurato arruolato in tempo di guerra o durante il suo servizio militare è considerata in ogni caso derivante da un atto di guerra;
4. partecipazione non attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, o guerra civile: a) se l'Assicurato si trova già nel territorio interessato dagli atti di guerra e la perdita di autosufficienza avviene dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità, o b) al momento dell'arrivo dell'Assicurato in un Paese dove c'è già una situazione di guerra o similari;
5. eventi causati da armi nucleari, incidenti nucleari o esposizione alle relative radiazioni;
6. 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;
7. malattie intenzionalmente procurate, alcolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci;
8. 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;
9. 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 sottoscrizione della proposta o successivamente;
10. tentato suicidio, o danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso;
11. infortuni verificatisi e malattie o stati patologici, conosciuti dall'Assicurato o diagnosticati prima della firma della proposta.

Nei casi di esclusione indicati ai numeri 1. e 11., 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.

ESCLUSIONI PER LA COPERTURA COMPLEMENTARE MALATTIE GRAVI (facoltativa)

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

ESCLUSIONI PER LA COPERTURA COMPLEMENTARE DECESSO (facoltativa)

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

LIMITAZIONI PER LA COPERTURA PRINCIPALE

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. Per infortunio si intende un 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 la perdita di autosufficienza.

Se la perdita di autosufficienza si verifica durante il periodo di carenza, Alleanza paga 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";
- di **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**.

LIMITAZIONI PER LE COPERTURE COMPLEMENTARI (facoltative)

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



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia di sinistro:

Tutte le richieste di pagamento devono essere inviate in forma scritta a Alleanza o presentate all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto e devono essere accompagnate dal documento di identità e dal codice fiscale di chi invia la richiesta (se non sono già stati presentati o sono scaduti) nonché dalle coordinate bancarie e l'intestazione del conto corrente del Beneficiario per la liquidazione.

Chi invia la richiesta deve inoltre presentare:

In caso di perdita di autosufficienza:

- 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.

In caso di malattia grave:

- 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;
- 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.

In caso di decesso:

- certificato di morte, o se i Beneficiari sono gli eredi, autocertificazione della morte dell'Assicurato firmata da un erede, in alternativa al certificato di morte;
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, da cui deve risultare: a) se il Contraente, quando è anche Assicurato, ha lasciato o meno testamento; b) che il testamento pubblicato è l'ultimo, è valido e non è stato impugnato; c) l'indicazione degli eredi legittimi e testamentari del Contraente, se i Beneficiari sono indicati in modo generico;
- 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.

Prescrizione:

i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono dopo 10 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui ciascun diritto si fonda; decorso inutilmente tale termine le somme maturate saranno devolute all'apposito fondo costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi di quanto previsto dalla legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive integrazioni e modificazioni.

Liquidazione della prestazione:

In caso di perdita di autosufficienza:

Alleanza paga all'Assicurato:

	<ul style="list-style-type: none"> • 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 denuncia); • 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. <p><u>In caso di malattia grave:</u></p> <p>Alleanza paga la prestazione all'Assicurato entro 30 giorni da quando riceve la documentazione completa.</p> <p><u>In caso di decesso:</u></p> <p>Alleanza paga la prestazione ai Beneficiari entro 30 giorni da quando riceve la documentazione completa.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Alleanza consente la copertura e determina il premio in base alle dichiarazioni del Contraente/Assicurato sui dati e le circostanze richiesti.</p> <p>Se il Contraente/Assicurato fornisce dati inesatti o parziali sulle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, si può determinare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la perdita in tutto o in parte del diritto alla prestazione, e • la cessazione dell'assicurazione. <p>Se l'età dell'Assicurato è indicata in modo inesatto, Alleanza può rettificare il 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.</p> <p>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.</p>

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Rimborso	Non sono previste forme di rimborso dei premi versati.
Sconti	Non sono previsti sconti.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Sospensione	Non prevista.

 Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?	
Revoca	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Recesso	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Risoluzione	Se il Contraente non ha versato il numero minimo di annualità di Premio richieste 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

 Sono previsti riscatti o riduzioni? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Valori di riscatto e riduzione	<p>Riscatto</p> <p>Non sono previsti valori di riscatto.</p> <p>Riattivazione</p> <p>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.</p> <p>Se sono trascorsi più di 6 mesi da tale scadenza, la riattivazione è possibile solo se il Contraente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • versa i premi arretrati; • presenta richiesta scritta di riattivazione. <p>Alleanza può richiedere nuovi accertamenti sanitari e decidere tenendo conto del loro esito.</p> <p>La riattivazione del contratto ripristina i valori contrattuali delle prestazioni previste dalla copertura principale e</p>

	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.
Richiesta di informazioni	Non essendo previsti riscatti o riduzioni non sono disponibili informazioni.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a un cliente retail che cerca una soluzione per il bisogno "protezione mia e dei miei cari"; si presta ad essere sottoscritto anche da clienti professionali con il medesimo bisogno.



Quali costi devo sostenere?

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 nella tabella seguente .

Percentuali di caricamento sul premio delle coperture complementari:

Età assicurativa all'ingresso	Malattie Gravi	Malattie Gravi	Malattie Gravi	Decesso	Decesso	Decesso
	Premio Annuale	Fraz. Mensile	Fraz. Semestrale	Premio Annuale	Fraz. Mensile	Fraz. Semestrale
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%

	Malattie Gravi	Malattie Gravi	Malattie Gravi	Decesso	Decesso	Decesso
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%

Qualora sia richiesto il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica, il relativo costo è a carico di 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 4,0%, il rendimento annuo trattenuto si incrementa di 3 centesimi di punto assoluto per ogni decimo di punto assoluto superiore al 4,0%.

Costi di intermediazione

La quota parte percepita in media dall'intermediario, con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari al 2%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami possono essere presentati alla Compagnia con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • con lettera inviata all'indirizzo: Alleanza Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Tutela Clienti - Piazza Tre Torri - 1 - 20145 Milano • tramite la pagina dedicata ai reclami nel sito web della Compagnia: www.alleanza.it/Reclami • via e-mail all'indirizzo: tutelaclienti@alleanza.it <p>La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Tutela Clienti.</p> <p>Il riscontro deve essere fornito entro 45 giorni. Il termine può essere sospeso per un massimo di 15 giorni per eventuali integrazioni istruttorie in caso di reclamo riferito al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it.</p> <p>Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per i consumatori – Reclami".</p> <p>I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 alla Compagnia o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito; Ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<p>Prima di rivolgersi all'Autorità giudiziaria è obbligatorio ricorrere alla mediazione, prevista dalla legge come condizione per le controversie in materia assicurativa.</p> <p>È possibile interpellare 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).</p>

Negoziatore assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato ad Alleanza Assicurazioni.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/index_en.htm).

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>Il contratto è soggetto alle imposte sulle assicurazioni in vigore in Italia, sulla base della dichiarazione di residenza/domicilio o sede in Italia fatta dal Contraente.</p> <p>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 a Alleanza, ad esempio a seguito di contestazioni fiscali da parte dello Stato di nuova residenza o domicilio.</p> <p>Si riporta di seguito il trattamento fiscale applicato al contratto che dipende dalla situazione individuale di ciascun Contraente (o Beneficiario, qualora diverso) e che può essere soggetto a modifiche future.</p> <p>Detrazione fiscale dei premi</p> <p>Il premio afferente al rischio di non autosufficienza e il premio della copertura complementare Decesso danno diritto ad una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal contraente. Per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'assicurato, se diverso dal contraente, risulti fiscalmente a carico di quest'ultimo.</p> <p>Tassazione delle prestazioni assicurate</p> <p>Le somme dovute da Alleanza sono esenti dall'IRPEF.</p> <p>Le somme dovute in caso di decesso dell'Assicurato (copertura complementare) sono esenti anche dall'imposta di successione; se corrisposte a persona giuridica, costituiscono reddito d'impresa.</p>

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

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

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