

Assicurazione temporanea caso morte, malattia grave e non autosufficienza

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)

Impresa che realizza il prodotto: AXA Assicurazioni S.p.A.



Prodotto: AXA Assicurazioni Tutta la Vita

Data ultima edizione: gennaio 2019

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

Che tipo di assicurazione è?

AXA Assicurazioni Tutta la Vita è un **Contratto assicurativo di puro rischio multigaranzia**. Il Contraente può scegliere liberamente di aderire ad una o più delle seguenti garanzie: garanzia in caso di decesso, garanzia in caso di malattia grave, garanzia in caso di perdita dell'Autosufficienza.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

- a) **Prestazione in caso di decesso:** erogazione a favore dei Beneficiari di un capitale in caso di morte dell'Assicurato nei limiti della durata scelta per la specifica garanzia al momento della sottoscrizione. Tale capitale è indicato in polizza, non può essere inferiore a € 35.000 o superiore a € 200.000. In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza contrattuale, nulla sarà dovuto dalla Compagnia.
- b) **Prestazione in caso di malattia grave:** corresponsione ai Beneficiari di un capitale qualora, nel corso della durata scelta per la specifica garanzia, sia diagnosticata all'Assicurato una malattia grave esclusivamente tra: infarto, cancro, ictus, chirurgia di by-pass aorto-coronarico (CABS), cecità, insufficienza renale, trapianto degli organi principali, perdita combinata di due organi tra mani, piedi e occhi. Tale capitale è indicato in polizza, non può essere inferiore a € 35.000. In caso di diagnosi di una seconda malattia grave, la garanzia non sarà operante, mentre il Contratto rimane in vigore solo per le coperture scelte rimanenti.
- c) **Prestazione in caso di perdita di Autosufficienza:** erogazione a favore dell'Assicurato di una rendita vitalizia mensile di importo minimo pari a € 500 e massimo pari a € 2.500 nel caso in cui l'Assicurato stesso si trovi in uno stato di non Autosufficienza e di un capitale iniziale pari a tre volte l'importo della rendita mensile prescelta alla sottoscrizione del Contratto. La prestazione di rendita verrà corrisposta dopo che siano trascorsi 90 giorni a partire dalla data di non Autosufficienza. Qualora gli accertamenti per lo stato di non Autosufficienza necessitino di più di 90 giorni, all'atto dell'accertamento verranno erogate le eventuali rate di rendita arretrate e non erogate. Una volta accertato e riconosciuto lo stato di non Autosufficienza e il diritto alla prestazione assicurata, la Compagnia inizia a corrispondere la rendita mensile assicurata. Qualora l'Assicurato dovesse riacquistare l'Autosufficienza, cessa l'erogazione della prestazione prevista ed il Contratto rimane in vigore solo per le coperture scelte rimanenti.



Che cosa NON è assicurato?

Tutte le prestazioni

- × partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, guerra, ribellioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- × incidenti di volo su mezzo non autorizzato;
- × guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato;
- × alcoolismo, psicofarmaci e stupefacenti;
- × trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo.

Prestazione in caso di decesso

- × dolo del Contraente o del Beneficiario;
- × suicidio, nei primi due anni dalla decorrenza, o comunque nei primi dodici mesi dopo l'eventuale riattivazione dell'assicurazione.

Caso di malattia grave o perdita di Autosufficienza

- × certificato medico prodotto in un Paese non previsto;
- × attività dolosa o autolesionismo dell'Assicurato;
- × malattie intenzionalmente procurate, tentato suicidio;
- × negligenza, imprudenza erogata;
- × malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni verificatisi prima della data di decorrenza.



Ci sono limiti di copertura?

Prestazione in caso di decesso

- ! Senza visita medica: carenza di 6 mesi per tutti i casi; 5 anni per sindrome HIV; nessuna carenza per malattie infettive acute, shock anafilattico, infortunio
- ! Con visita medica: carenza di 7 anni per HIV e altre patologie collegate, in assenza di esami clinici

Prestazione in caso di malattia grave

- ! In caso di cancro, infarto, ictus e CABS: carenza di 6 mesi senza visita medica, di 3 mesi con visita medica

Prestazione in caso di perdita di Autosufficienza

- ! Carenza di 3 anni per malattie nervose o mentali dovute a causa organica; carenza di 1 anno per le altre patologie; nessuna carenza in caso di infortunio
- ! Franchigia di 90 giorni dalla data di denuncia dello stato di non Autosufficienza



Dove vale la copertura?

- ✓ Il Contratto di assicurazione non prevede limiti territoriali. Tuttavia, è escluso dalla garanzia il decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiasesicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il Contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e il dovere di comunicare, nel corso del Contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute. In qualità di Contraente, devi comunicare all'Impresa le modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di Contratto, nonché inoltrare per iscritto all'Impresa eventuali comunicazioni inerenti modifiche dell'indirizzo, variazione di residenza e variazioni degli estremi di conto corrente bancario.
- In caso di richiesta di liquidazione della prestazione, deve essere consegnata la seguente documentazione:
Decesso: certificato di morte, informativa e consenso privacy, relazione del medico curante, copia del testamento pubblicato o in assenza atto notorio, decreto del giudice tutelare nel caso di beneficiari minorenni o interdetti, copia di codice fiscale o documento d'identità dei Beneficiari, coordinate IBAN e intestazione del C/C dei Beneficiari, adeguata verifica per il censimento dei Beneficiari alle prestazioni;
Malattia grave o stato di non Autosufficienza: informativa e consenso privacy, certificato del medico curante o del medico ospedaliero che riporti la diagnosi della malattia grave/lo stato di non Autosufficienza, con la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.



Quando e come devo pagare?

- Devi versare il premio annuo in via anticipata alla sottoscrizione e alle ricorrenze stabilite, e comunque non oltre la morte dell'Assicurato. Il premio annuo da te pagato è costituito dalla somma delle componenti di premio dovuto per le singole prestazioni scelte. Qualora una o due delle garanzie scelte decadano perché si è verificato il sinistro ovvero per sopraggiunta scadenza della durata prefissata o dei limiti massimi di età contrattualmente previsti, il nuovo premio da corrispondere sarà dato dalla somma dei premi relativi alle garanzie rimaste in essere. Il premio annuo è determinato in base alla prestazione assicurata, all'età, alla professione, all'eventuale attività sportiva svolta, allo stato di salute, allo stato di fumatore o non fumatore dell'assicurato nonché in base alla durata contrattuale delle garanzie scelte.
- Il premio annuo può essere corrisposto anche in rate mensili, trimestrali o semestrali. In tal caso è prevista una maggiorazione di costo rispettivamente del 3,0%, del 2,0% o del 1,0%. Nel caso di frazionamento mensile del premio, alla sottoscrizione dovrai corrispondere le prime tre mensilità.
- Devi versare il premio tramite: assegno o vaglia; bonifico; bollettino postale; moneta elettronica (carta di credito, carta di debito, POS-bancomat); SDD (SEPA Direct Debt) per i premi successivi al primo.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- Potrai scegliere la durata contrattuale alla sottoscrizione della proposta, variabile da 5 a 25 anni per le garanzie in caso di decesso o malattia grave, a vita intera per la garanzia in caso di perdita dell'Autosufficienza.
- Le coperture assicurative decorrono dalle ore 24.00 de giorno in cui il Contratto è concluso, ossia dopo l'accettazione della proposta da parte della Compagnia.



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

- Puoi revocare la proposta di assicurazione prima della conclusione del Contratto, o recedere dal Contratto entro trenta giorni dalla data di conclusione dello stesso. Entro 30 giorni il premio versato viene rimborsato. Qualora il prodotto sia venduto in abbinamento ad un finanziamento, potrai recedere entro 60 giorni.
- Hai la facoltà di risolvere il Contratto sospendendo il pagamento dei premi, con conseguente scioglimento del Contratto. Le garanzie assicurative decadono e i premi pagati rimangono acquisiti dalla Compagnia.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Decesso: Il Contratto non prevede il diritto di riscatto né di riduzione. **Malattia Grave o Stato di non Autosufficienza:** Qualora il Contraente non accetti la modifica delle condizioni tariffarie per variazione delle basi tecniche può essere applicata la riduzione della prestazione assicurata. Non è previsto il diritto di riscatto.

Assicurazione temporanea caso morte, malattia grave e non autosufficienza

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)

Impresa che realizza il prodotto: AXA Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: AXA Assicurazioni Tutta la Vita



Data ultima edizione: gennaio 2019

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.

AXA Assicurazioni S.p.A., Corso Como, n. civico 17; CAP 20154; città Milano; tel. +39 02 480841; sito internet: www.axa.it; e-mail: infovita@axa.it; PEC: axaassicurazioni@axa.legalmail.it.

AXA Assicurazioni S.p.A., è soggetta alla direzione ed al coordinamento di AXA Mediterranean Holding SAU. La Compagnia è Capogruppo del gruppo assicurativo AXA Italia iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi IVASS con il n. 041.

La Compagnia mette a disposizione dei clienti i seguenti recapiti per richiedere eventuali informazioni sia in merito alla Compagnia sia in relazione al Contratto proposto: numero telefonico +39 02 480841; fax +39 02 48084331; indirizzo internet: www.axa.it; indirizzo di posta elettronica: infovita@axa.it; PEC: axaassicurazioni@axa.legalmail.it.

AXA Assicurazioni S.p.A. è iscritta all'Albo delle Imprese di assicurazione IVASS con il n.1.00025, con Sede Legale e Direzione Generale: Corso Como, n. 17 - 20154 Milano - Italia ed è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 31.12.1935 (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83).

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio (esercizio 2017) redatto ai sensi dei principi contabili vigenti, il patrimonio netto di AXA Assicurazioni S.p.A., ammonta a € 645 milioni di cui € 211 milioni di capitale sociale interamente versato e € 434 milioni di riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio.

Al 31 dicembre 2017 il Requisito Patrimoniale di Solvibilità di AXA Assicurazioni S.p.A., è pari a 737 milioni di euro. Sulla base delle valutazioni effettuate dalla Compagnia coerentemente con gli esistenti dettami regolamentari, il Requisito Patrimoniale Minimo al 31 dicembre 2017 ammonta a 332 milioni di euro. L'indice di solvibilità di AXA Assicurazioni S.p.A., ovvero l'indice che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, e relativo all'ultimo bilancio approvato, è pari al 138%. L'importo dei Fondi Propri ammissibili a copertura dei requisiti patrimoniali è pari a 1.016 milioni di euro.

Per informazioni patrimoniali sulla società (relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa) è possibile consultare il sito: <https://corporate.axa.it/axa-italia-chi-siamo>.

Al Contratto si applica la legge italiana.



Quali sono le prestazioni?

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



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

In nessun caso gli assicuratori / i riassicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare richieste di risarcimento o garantire alcuna indennità in virtù del presente contratto, qualora tale copertura, pagamento o indennità possano esporli a divieti, sanzioni economiche o restrizioni ai sensi di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America, ove applicabili in Italia.

Prestazione in caso di decesso

Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato; è escluso dalla garanzia solamente il decesso causato da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, a fatti di guerra, a tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni; insurrezioni, colpi di Stato;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo nei primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota privo di idoneo brevetto;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.).

E' inoltre escluso il decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.

Prestazione in caso di malattia grave

La garanzia è prestata senza limiti territoriali, ad eccezione dei seguenti casi:

- malattie che non rientrano nella definizione di malattia grave;
- AXA Assicurazioni può riservarsi di non procedere al pagamento del Capitale Assicurato nel caso in cui la documentazione medica a supporto della richiesta di prestazione sia stata prodotta da un medico esercitante in un Paese non compreso tra quelli di seguito elencati: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Isole del Canale, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Irlanda, Isola di Man, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Malta, Monaco, Norvegia, Nuova Zelanda, Paesi Bassi, Portogallo, San Marino, Spagna; Stati Uniti; Svezia, Svizzera;
- attività dolosa dell'Assicurato, anche a titolo di concorso in delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, a tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni; insurrezioni, colpi di Stato;
- azioni di autolesionismo compiute dall'Assicurato;
- malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci, tentato suicidio;
- negligenza, imprudenza erogata se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota privo di idoneo brevetto;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione e già diagnosticati in tale data dall'Assicurato;

Prestazione in caso di perdita dell'autosufficienza

Il rischio di non autosufficienza è coperto qualunque possa essere la causa, senza limiti territoriali ad eccezione dei seguenti casi:

- AXA Assicurazioni può riservarsi di non procedere al pagamento del Capitale Assicurato nel caso in cui la documentazione medica a supporto della richiesta di prestazione sia stata prodotta da un medico esercitante in un Paese non compreso tra quelli di seguito elencati: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Isole del Canale, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Irlanda, Isola di Man, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Malta, Monaco, Norvegia, Nuova Zelanda, Paesi Bassi, Portogallo, San Marino, Spagna; Stati Uniti; Svezia, Svizzera;
- attività dolosa dell'Assicurato anche a titolo di concorso in delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, a tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni; insurrezioni, colpi di Stato;

	<ul style="list-style-type: none"> - malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci, tentato suicidio; - negligenza, imprudenza erogata se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute; - incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota privo di idoneo brevetto; - guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; - trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.); - malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione e già diagnosticati in tale data dall'Assicurato.
--	---



Ci sono limiti di copertura?

Prestazione in caso di decesso

Il presente Contratto viene stipulato senza visita medica e, pertanto, rimane convenuto che, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 6 mesi dalla conclusione del Contratto e la polizza stessa sia in regola col pagamento dei premi, AXA Assicurazioni corrisponderà una somma pari ai premi versati al netto dei costi.

La Compagnia non applicherà entro i primi 6 mesi dal perfezionamento del Contratto la limitazione sopra indicata, e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero Capitale Assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza: 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 emorragico, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccini a generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;
- di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Rimane inoltre convenuto che qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dal perfezionamento della polizza e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il Capitale Assicurato in caso di morte indicato in polizza non sarà pagato. In suo luogo sarà corrisposta una somma pari al valore della riserva matematica maturata al momento del decesso. Il Contratto si estingue e nulla sarà più dovuto da AXA Assicurazioni.

L'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza applicazione del periodo di carenza, purché si sottoponga a visita medica accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare.

Nel caso in cui l'Assicurato non aderisca alla richiesta di AXA Assicurazioni di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o sieropositività, rimane convenuto che qualora il decesso avvenga entro i primi 7 anni dal perfezionamento della polizza e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il Capitale Assicurato per il caso di morte non sarà pagato. In suo luogo sarà corrisposta una somma pari al valore della riserva matematica maturata al momento del decesso. Il Contratto si estingue e nulla sarà più dovuto da AXA Assicurazioni.

Rimane infine stabilito che, qualora l'Assicurato abbia accettato di sottoporsi al test clinico per l'accertamento dello stato di malattia da HIV o sieropositività e il test sia risultato negativo, non sarà applicato alcun periodo di carenza in caso di decesso dovuto ad AIDS o altra patologia ad essa collegata.

Prestazione in caso di malattia grave

Nel caso in cui il Contratto sia stato concluso con la compilazione del solo questionario sanitario, si applica una carenza pari a 180 giorni dalla data di decorrenza del Contratto nel caso di infarto, cancro, ictus e CABS.

Nel caso in cui l'Assicurato si sottoponga a visita medica accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare, si applica una carenza pari a 90 giorni dalla data di decorrenza del Contratto in caso di infarto, cancro, ictus e CABS.

Nel caso in cui all'Assicurato sia diagnosticata una malattia grave tra infarto, cancro, ictus e CABS durante il periodo di carenza indicato e il pagamento dei premi previsti sia stato regolarmente effettuato, AXA Assicurazioni restituirà al Contraente i premi versati al netto dei costi. La copertura assicurativa decade e il Contratto rimane in vigore per le restanti garanzie.

Prestazione in caso di perdita dell'autosufficienza

La garanzia in caso di perdita dell'autosufficienza prevista dal presente Contratto è operante alle seguenti condizioni:

- per malattia lo stato di non autosufficienza deve verificarsi per la prima volta a partire da un anno alla data di decorrenza del Contratto;
- per malattie nervose o mentali dovute a causa organica (a titolo esemplificativo e non esaustivo: Parkinson, Alzheimer), lo stato di non autosufficienza deve verificarsi per la prima volta a partire da 3 anni dalla data di

decorrenza del Contratto;

- non è previsto alcun periodo di Carenza in caso di infortunio.

In caso di perdita dell'autosufficienza da parte dell'Assicurato durante i periodi di carenza sopra indicati AXA Assicurazioni corrisponderà al Contraente i premi versati al netto dei costi. La copertura assicurativa decade e il Contratto rimane in vigore per le restanti garanzie scelte.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia di sinistro

La Compagnia, al solo fine di agevolare l'effettuazione della richiesta di pagamento e a titolo di servizio alla clientela, mette a disposizione presso l'Intermediario e nel proprio sito istituzionale (www.axa.it/area-sinistri) un fac-simile del modulo di richiesta liquidazione completo delle informazioni che devono essere necessariamente fornite.

La Compagnia si riserva il diritto di acquisire ulteriore documentazione oltre a quella di cui sotto, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

Caso di decesso

Dovranno essere consegnati:

- certificato di morte;
- informativa e consenso privacy;
- relazione del medico curante sulle cause del decesso redatta secondo le informazioni minime contenute nel modello della Società comunque a disposizione del Beneficiario presso l'Intermediario o, in alternativa, altra documentazione attestante le cause del decesso;
- copia del testamento (pubblicato) o, in assenza, atto notorio (o dichiarazione sostitutiva – non ammessa autocertificazione) attestante che il decesso è avvenuto in assenza del testamento, con l'indicazione (se del caso) degli eredi legittimi;
- decreto del Giudice Tutelare nel caso di Beneficiari di minore età o interdetti, con l'indicazione della persona designata alla riscossione;
- copia del Codice Fiscale e di un documento di riconoscimento in corso di validità dei Beneficiari;
- coordinate IBAN e intestazione del conto corrente dei Beneficiari;
- se previsto dalla normativa in vigore, adeguata verifica per il censimento dei Beneficiari della prestazione (modulo reperibile presso l'Intermediario).

Caso di malattia grave

Nel caso sia diagnosticata una malattia grave all'Assicurato, dovranno essere trasmessi:

- informativa e consenso privacy;
- certificato del medico curante o del medico ospedaliero che riporti la diagnosi della "malattia grave" di cui risulti affetto l'Assicurato, con la data della sua sopravvivenza e l'origine incidentale o patologica, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato allegando tutta la documentazione già in possesso dell'Assicurato al momento della denuncia.

Caso di non autosufficienza

Nel caso si verifichi lo stato di non autosufficienza dell'assicurato, l'Assicurato stesso o chi per suo conto, dovrà darne avviso alla Compagnia con lettera raccomandata accompagnata da tutta la documentazione necessaria per verificare lo stato di salute dell'Assicurato:

- informativa e consenso privacy;
- certificato del medico curante o del medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza, recante la data della sua sopravvivenza e l'origine incidentale o patologica dello stato di non autosufficienza, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Prescrizione

Alla data di redazione del presente documento i diritti dei beneficiari dei contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Decorso tale termine e senza che la Compagnia abbia ricevuto alcuna comunicazione e/o disposizione, gli importi derivanti dal Contratto saranno devoluti al Fondo costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Liquidazione della prestazione

In caso di decesso, la Compagnia si impegna ad effettuare il pagamento entro 30 giorni dalla data di ricezione della denuncia dell'avvenuto decesso completa di tutta la documentazione prevista. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore dei beneficiari.

In caso di malattia grave, la Compagnia si impegna ad accertare lo stato di malattia grave diagnosticato all'Assicurato e ad eseguire il pagamento del Capitale Assicurato entro 30 giorni

	<p>dalla data di ricezione della denuncia completa di tutta la documentazione prevista. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore dei beneficiari.</p> <p>In caso di perdita dell'autosufficienza, la Compagnia si impegna ad accertare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato entro 180 giorni dalla data di ricezione della denuncia. Una volta accertato e riconosciuto il diritto alla prestazione assicurata e purché sia decorso il periodo di franchigia pari a 90 giorni, la Compagnia eroga il capitale iniziale previsto e inizia a corrispondere la rendita mensile assicurata. Decorsi 180 giorni sono dovuti gli interessi moratori a favore dell'Assicurato.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione. In particolare, in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze tali che AXA Assicurazioni S.p.A. non avrebbe dato il suo consenso, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa ha diritto:</p> <p>a) in caso di dolo o colpa grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - di impugnare il Contratto, dichiarando al Contraente di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; trascorso detto termine AXA Assicurazioni S.p.A. decade da tale diritto; - di rifiutare, in caso di sinistro ed in ogni tempo, qualsiasi pagamento; <p>b) ove non sussista dolo o colpa grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - di recedere dal Contratto stesso, mediante dichiarazione da inviare al Contraente, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; - di ridurre, in caso di sinistro, la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se avesse conosciuto il vero stato delle cose. <p>La Compagnia rinuncia a tali diritti trascorsi sei mesi dall'efficacia dell'assicurazione o dalla sua riattivazione, salvo il caso di dolo.</p> <p>L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.</p> <p>Il Contraente è tenuto a inoltrare per iscritto ad AXA Assicurazioni S.p.A. (per posta ordinaria o fax) eventuali comunicazioni inerenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - modifiche all'indirizzo presso il quale intende ricevere le comunicazioni relative al Contratto; - variazione della residenza, nel corso della durata del Contratto, presso altro Paese membro dell'Unione Europea; - variazione degli estremi di conto corrente bancario. <p>In tal caso è necessario inoltrare la richiesta attraverso l'invio del modulo di mandato, compilato e sottoscritto dal Contraente, reperibile sul sito internet della Compagnia.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	<p>Premio</p> <p>AXA Assicurazioni Tutta la Vita prevede il versamento di un premio annuo pagabile per tutta la durata contrattuale. Il premio è pari alla somma delle componenti di seguito descritte, qualora scelte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Premio per la prestazione in caso di decesso:</u> Il premio è determinato in relazione al Capitale Assicurato, all'età, alla professione, all'eventuale attività sportiva svolta, allo stato di salute, allo stato di fumatore o non fumatore dell'Assicurato nonché in base alla durata contrattuale della garanzia in caso di morte. Il premio è dovuto fino alla data del decesso o, al massimo, fino al compimento del 75° anno di età dell'assicurato e, comunque, non oltre la durata della copertura indicata alla sottoscrizione del Contratto. - <u>Premio per la prestazione in caso di malattia grave:</u> Il premio è determinato in relazione al Capitale Assicurato, all'età, alla professione, all'eventuale attività sportiva svolta, allo stato di salute, allo stato di fumatore o non fumatore dell'Assicurato nonché in base alla durata contrattuale della garanzia in caso di malattia grave. Il premio è dovuto fino al compimento del 70° anno di età dell'Assicurato e non oltre la durata della copertura indicata alla sottoscrizione del Contratto. Il diritto della Compagnia alla riscossione del premio si interrompe comunque al ricevimento della denuncia dello stato di malattia dell'Assicurato. - <u>Premio per la prestazione in caso di perdita dell'autosufficienza:</u> Il premio è determinato in relazione alla rendita mensile assicurata, allo stato di salute, alla professione svolta nonché all'età dell'Assicurato alla decorrenza del Contratto; il premio è dovuto fino alla liquidazione del sinistro. Il diritto di AXA Assicurazioni alla
---------------	---

	<p>riscossione del premio si interrompe comunque al ricevimento della denuncia dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato.</p> <p>In ogni caso, il Contratto si interrompe alla data del decesso.</p> <p>Il Contraente ha la possibilità di optare, al momento della sottoscrizione, per una o più delle garanzie contrattualmente previste. Qualora una o due di queste garanzie decadano perché si è verificato il sinistro ovvero per sopraggiunta scadenza della durata prefissata o dei limiti massimi di età contrattualmente previsti, il nuovo premio da corrispondere sarà dato dalla somma dei premi relativi alle garanzie rimaste in essere.</p> <p>Il premio può essere corrisposto, oltre che annualmente, anche in rate mensili, trimestrali e semestrali; in tal caso sarà applicata un'addizionale di frazionamento pari rispettivamente al 3%, al 2% e all'1% del premio stesso.</p> <p>Con riferimento alla copertura assicurativa in caso di malattia grave, AXA Assicurazioni si riserva la possibilità di modificare le condizioni tariffarie in corso di Contratto, qualora variassero le basi tecniche utilizzate per la determinazione dei premi. Con riferimento alla copertura assicurativa in caso di perdita dell'autosufficienza, AXA Assicurazioni si riserva la possibilità di modificare, ad intervalli non inferiori a 5 anni, le condizioni tariffarie in corso di Contratto, qualora variassero le basi tecniche utilizzate per la determinazione dei premi.</p> <p>In entrambi i casi, AXA Assicurazioni si impegna a comunicare, almeno 90 giorni prima della scadenza dell'annualità di polizza, il nuovo premio da pagare per l'annualità assicurativa successiva. Il Contraente potrà comunque richiedere le basi tecniche con le quali è stato calcolato il nuovo premio. Il pagamento del nuovo premio implica l'accettazione della modifica contrattuale. Il Contraente che non intenda accettare la modifica dovrà informarne AXA Assicurazioni, mediante una comunicazione scritta, almeno 45 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza. In tal caso, la prestazione assicurata viene ricalcolata, con effetto dalla ricorrenza annuale, di un importo pari alla differenza tra la prestazione inizialmente pattuita e quella assicurabile con il nuovo premio.</p> <p>Modalità di pagamento dei premi</p> <p>Il premio deve essere versato dal Contraente alla Compagnia in via anticipata all'atto della sottoscrizione della proposta di assicurazione ed alle ricorrenze stabilite (annuale, semestrale, trimestrale, mensile) e comunque non oltre la morte dell'Assicurato utilizzando esclusivamente i seguenti mezzi di pagamento secondo le modalità di seguito precisate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - assegno (circolare, bancario o postale) o vaglia (cambiarario, postale o telegrafico), sempre intestato ad AXA Assicurazioni S.p.A. ovvero all'Intermediario ("in qualità di Agente di AXA Assicurazioni S.p.A.") e munito di clausola di non trasferibilità, accettato salvo buon fine; - bonifico (bancario domestico, estero o postale) per il quale occorre indicare nella causale del bonifico il n° di polizza (se non conosciuto, il n° di proposta), senza spazi; - bollettino postale da utilizzarsi secondo le modalità previste dalla legge intestato ad AXA Assicurazioni S.p.A. ovvero all'Intermediario ("in qualità di Agente di AXA Assicurazioni S.p.A."); - moneta elettronica (carta di credito, carta di debito, POS -bancomat-); - SDD (SEPA Direct Debit) per i premi successivi al primo. In caso di modifica o di chiusura del conto, al fine di garantire la continuità dei versamenti, il Contraente è tenuto a comunicare alla Compagnia la variazione delle coordinate bancarie almeno sessanta giorni prima della scadenza prevista per il versamento del premio successivo. <p>Non è consentito per questo tipo di polizza effettuare pagamenti in contanti (banconote e monete metalliche).</p>
Rimborso	Il rimborso del premio versato è previsto in caso in cui il Contraente decida di revocare la proposta finché il Contratto non è concluso ovvero in caso di esercizio di recesso.
Sconti	Nell'ambito di specifiche campagne commerciali promosse dalla Compagnia e/o al verificarsi di condizioni particolari ed eccezionali che potrebbero riguardare, a titolo esemplificativo e non esaustivo, sia il Contraente e la relativa situazione assicurativa, sia l'ammontare del premio pagato e i prodotti sottoscritti, l'Impresa di Assicurazione si riserva la facoltà di applicare sconti e/o agevolazioni sui costi dello specifico Contratto, evidenziandone l'entità nel medesimo. L'Impresa di Assicurazione si riserva inoltre di determinare sconti e/o agevolazioni applicabili in linea generale ai Contraenti, stabilendone le condizioni oggettive e soggettive.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>La durata del Contratto è stabilita dal Contraente all'atto della sottoscrizione della proposta e differisce a seconda delle garanzie prescelte, secondo i limiti di seguito indicati:</p> <p>Prestazione in caso di decesso</p> <p>La durata della copertura assicurativa è a scelta del Contraente e deve essere compresa tra</p>
---------------	---

	<p>un minimo di 5 anni ed un massimo di 25 entro il limite dei 75 anni di età dell'Assicurato alla scadenza contrattuale. In ogni caso, alla sottoscrizione del Contratto, l'Assicurato non potrà avere un'età superiore a 70 anni.</p> <p>Prestazione in caso di malattia grave</p> <p>La durata della copertura assicurativa è a scelta del Contraente e deve essere compresa tra un minimo di 5 anni ed un massimo di 25 entro il limite dei 70 anni di età dell'Assicurato alla scadenza contrattuale. In ogni caso, alla sottoscrizione del Contratto, l'Assicurato non potrà avere un'età superiore a 65 anni.</p> <p>Prestazione in caso di perdita dell'autosufficienza</p> <p>In questo caso la garanzia è a vita intera, pertanto la durata della stessa coincide con la vita dell'Assicurato. In ogni caso, alla sottoscrizione del Contratto, l'Assicurato non potrà avere un'età superiore a 70 anni.</p>
Sospensione	<p>Il Contraente ha la facoltà di risolvere il Contratto sospendendo il pagamento dei Premi, con conseguente scioglimento del Contratto. In tal caso le Garanzie Assicurative decadono e i Premi pagati rimangono acquisiti dalla Compagnia.</p> <p>Entro sei mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata, il Contraente ha comunque diritto di riattivare l'assicurazione pagando le rate di Premio arretrate aumentate degli interessi legali. Trascorsi sei mesi dalla predetta scadenza, la riattivazione può avvenire invece solo dietro espressa domanda del Contraente ed accettazione scritta della Compagnia che può richiedere nuovi accertamenti sanitari, il cui costo è a carico del Contraente, e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito. Trascorsi 24 mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagato, l'assicurazione non può essere più riattivata</p>



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

Revoca	<p>Il Contraente può revocare la proposta di assicurazione prima della conclusione del Contratto. La revoca deve essere comunicata per iscritto, precisando gli estremi identificativi della proposta contrattuale, alla Compagnia (rif. Ufficio Assunzioni Vita, Corso Como, 17 - 20154 Milano - MI) eventualmente per il tramite dell'Intermediario.</p> <p>Entro trenta giorni dalla data di ricevimento della comunicazione relativa alla richiesta di revoca, la Compagnia restituirà al Contraente l'intero premio eventualmente già corrisposto.</p>
Recesso	<p>Il Contraente ha diritto di recedere dal Contratto entro 30 giorni dalla data di conclusione dello stesso. Qualora il prodotto sia stato venduto in abbinamento ad un finanziamento, il diritto viene esteso a 60 giorni dalla conclusione.</p> <p>Il recesso deve essere comunicato per iscritto alla Compagnia, precisando gli estremi identificativi della polizza, all'Impresa (rif. Ufficio Front Office Contabilità Tecnica Agenzie, Corso Marconi, 10 - 10125 Torino - TO) eventualmente tramite l'Intermediario.</p> <p>Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di ricevimento.</p> <p>Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso, la Compagnia rimborsa al Contraente il premio da questi eventualmente corrisposto al netto della parte relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.</p>
Risoluzione	<p>Il mancato pagamento anche di una sola rata del Premio determina, trascorsi 30 giorni dalla scadenza, la risoluzione del Contratto.</p> <p>A giustificazione del mancato pagamento del Premio, il Contraente non può in nessun caso opporre che la Compagnia non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio. Un versamento di somme parziali non costituisce pagamento di Premio.</p>



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Valori di riscatto e riduzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Richiesta di informazioni	Il Contratto non prevede il riscatto della prestazione assicurata.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è indirizzato a persone fisiche che alla sottoscrizione del Contratto hanno un'età compresa tra i 18 anni e i 70 anni. Esclusivamente per la garanzia in caso di malattia grave, l'Assicurato non potrà avere un'età superiore a 65 anni.



Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul premio

Ciascun premio annuo prevede un caricamento percentuale pari al 25% del premio stesso. Detto caricamento è già compreso in ciascun premio pagato.

Tipologia	Importo	Periodicità di prelievo	Modalità di prelievo
Caricamento percentuale	25%	Su ciascun premio	Ricompresi nel premio

Costi per l'erogazione della rendita in caso di perdita dell'autosufficienza

In aggiunta al caricamento di cui sopra, è previsto un costo per l'erogazione della rendita del 5% per la sola componente di premio relativa alla prestazione in caso di perdita di autosufficienza.

Tipologia	Importo	Periodicità di prelievo	Modalità di prelievo
Costo per erogazione rendita	5% della componente di premio relativo alla copertura per perdita dell'autosufficienza	Su ciascun premio	Ricompresi nel premio

Costi per il frazionamento del premio

Il premio può essere corrisposto, oltre che annualmente, anche in rate mensili, trimestrali e semestrali; in tal caso sarà applicata un'addizionale di frazionamento pari rispettivamente al 3%, al 2% e all'1% del premio stesso.

Costi di intermediazione

La quota parte del Caricamento Percentuale e del Costo per l'erogazione della Rendita retrocessa dalla Compagnia in media agli intermediari è pari al 84% dei costi indicati.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

Eventuali reclami relativi ad un Contratto o servizio assicurativo nei confronti dell'Impresa di assicurazione devono essere preliminarmente presentati per iscritto (posta, fax, email/PEC) all'Ufficio Gestione Reclami secondo le seguenti modalità:

- Mail: reclami@axa.it
- PEC: reclamiisvapaxa@axa.legalmail.it
- Posta: AXA ASSICURAZIONI S.p.A. - C.A. Ufficio Gestione Reclami - Corso Como, 17 - 20154 MILANO
- Fax: (+39) 02.43.44.81.03

avendo cura di indicare:

- nome e cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante;
- numero della polizza e nominativo del Contraente;
- numero e data del sinistro al quale si fa riferimento;
- indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze.

Sarà cura della Compagnia fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo. Per eventuali reclami aventi ad oggetto il comportamento di un Agente piuttosto che di un collaboratore/dipendente di quest'ultimo, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un periodo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con il suddetto intermediario e consentire allo stesso di effettuare le necessarie integrazioni istruttorie e di esprimere le proprie posizioni relativamente all'oggetto del reclamo così come previsto dalla normativa vigente.

Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, nella risposta verrà fornita una chiara spiegazione della posizione assunta sia dalla Compagnia che dall'Agente interessato in relazione al reclamo stesso ovvero della sua mancata risposta.

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.

Le imprese con sede legale in altro Stato membro riportano le informazioni di cui sopra indicando l'Autorità di vigilanza del Paese d'origine competente e le modalità di presentazione dei reclami alla stessa.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
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 all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Il reclamante può ricorrere ai sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbitrato irrituale: laddove espressamente previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, per controversie relative alla determinazione del valore del danno o alle conseguenze di natura medica di un sinistro, che verranno devolute ai consulenti tecnici nominati da ciascuna delle Parti. Per attivare la procedura è necessario comunicare alla Compagnia la volontà di dare avvio alla stessa. La Compagnia provvederà a dare riscontro al richiedente indicando il nominativo del proprio consulente tecnico e la Procedura seguirà le modalità espressamente indicate nella relativa previsione di Polizza. Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito www.axa.it. - Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile <p>Eventuali reclami relativi la mancata osservanza da parte della Compagnia, degli intermediari e dei periti assicurativi, delle disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi possono essere presentati direttamente all'IVASS, secondo le modalità sopra indicate.</p> <p>Si ricorda che resta salva la facoltà di adire l'autorità giudiziaria.</p>

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>Trattamento fiscale dei premi</p> <p>Sui premi versati per assicurazioni aventi ad oggetto il rischio di morte, malattie gravi che comportino un'invalidità permanente non inferiore al 5% e perdita dell'autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, è riconosciuta una detrazione d'imposta IRPEF entro i limiti previsti dalla normativa di legge. I premi versati inerenti l'attività d'impresa sono fiscalmente deducibili nei limiti previsti dalla normativa in vigore.</p> <p>Trattamento fiscale delle prestazioni</p> <p>Le somme corrisposte in caso di malattia grave o di morte ovvero in dipendenza di un'assicurazione di rendita collegata alla perdita dell'autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, sono esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF). Il capitale corrisposto in caso di morte dell'Assicurato non concorre alla formazione dell'asse ereditario ai fini dell'imposta di successione. Le somme percepite nell'esercizio di attività commerciale concorrono a formare il reddito d'impresa e sono assoggettate all'ordinaria tassazione.</p>

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

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

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE 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.



famiglia

Tutta la Vita

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA
TEMPORANEA PER IL CASO MORTE, PER IL CASO
MALATTIA GRAVE E DI RENDITA VITALIZIA PAGABILE
IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA NEL COMPIMENTO
DEGLI ATTI DELLA VITA QUOTIDIANA

- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DEL GLOSSARIO
- MODULO DI PROPOSTA





Tutta la Vita

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA TEMPORANEA PER IL CASO MORTE, PER IL CASO MALATTIA GRAVE E DI RENDITA VITALIZIA PAGABILE IN CASO DI NON AUTOSUFFICIENZA NEL COMPIMENTO DEGLI ATTI DELLA VITA QUOTIDIANA

- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DEL GLOSSARIO
- MODULO DI PROPOSTA

AXA Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Corso Como 17, 20154 Milano - Italia
Tel. (+39) 02 480841 - Fax (+39) 02 48084331 - PEC: axaassicurazioni@axa.legalmail.it

Capitale Sociale € 211.168.625 interamente versato - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano C. F. n. 00902170018 - P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967 -
Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311 - Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU ai sensi dell'art. 2497 bis C.C. - Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00025 -
Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria,
del commercio e dell'artigianato del 31 dicembre 1935 - (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83)

AREA CLIENTI

L'Area Clienti di AXA è uno spazio dove potrai consultare la tua posizione assicurativa ovunque tu sia

Registrarsi è facile: bastano – codice fiscale e numero di polizza – per consultare:



Le tue **coperture assicurative** in essere.



Le tue **condizioni contrattuali**.



Lo stato di pagamento dei tuoi premi e le **relative scadenze**.



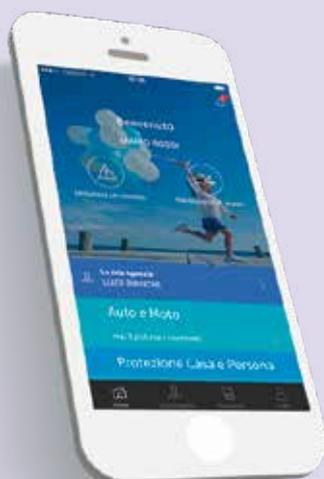
... e molto altro ancora!



AREA CLIENTI

Per maggiori informazioni e assistenza consulta il nostro sito www.axa.it oppure contattaci direttamente:

Modulo di richiesta online su www.axa.it, sezione Contattaci



**My AXA è la nuova App dedicata
a tutti i nostri clienti.
Inquadra il QR Code e scarica
l'App da Play Store e App Store!**



Per questo prodotto è stata usata una carta proveniente da foreste gestite in maniera corretta e responsabile secondo rigorosi standard ambientali, sociali ed economici.



AXA Assicurazioni Tutta la Vita – Codice Tariffa: 6000

Le presenti Condizioni Generali di Assicurazione sono aggiornate alla data dell'1 gennaio 2019.

PREMESSA

Le presenti Condizioni Generali di Assicurazione disciplinano la Polizza sulla vita temporanea caso morte, malattia grave e di Rendita vitalizia pagabile per il caso di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, denominata **AXA Assicurazioni Tutta la Vita** (di seguito il “Contratto”).

A. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

AXA Assicurazioni Tutta la Vita è un Contratto di puro rischio multi-garanzia. Il Contraente, al momento della sottoscrizione del Contratto, può scegliere a quali garanzie assicurative aderire tra copertura in caso morte, in caso di “malattia grave” e in caso di perdita di autosufficienza. Il Contratto prevede diverse prestazioni assicurative in funzione della garanzia prescelta.

Il Contraente, al momento della sottoscrizione, ha la possibilità di acquistare singolarmente le coperture assicurative offerte dal presente Contratto ovvero di scegliere liberamente la combinazione preferita.

Il Contratto rimarrà efficace anche qualora l'assicurazione rimanga prestata per uno solo dei rischi contrattualmente previsti a seguito del verificarsi del Sinistro in caso di “malattia grave” o perdita dell'autosufficienza, ovvero per sopraggiunta scadenza delle durate prefissate o dei limiti massimi di età contrattualmente previsti. In caso di decesso dell'Assicurato il Contratto termina e nulla sarà più dovuto da AXA Assicurazioni.

Alla data di redazione delle presenti Condizioni di Assicurazione, i diritti derivanti da un qualsiasi Contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato l'evento su cui i diritti stessi si fondano, ai sensi dell'articolo 2952, comma 2 del Codice Civile modificato dal Decreto Legge 18 ottobre 2012 n. 179, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 19 ottobre 2012, n.245. Tale prescrizione resterà in vigore, salvo eventuali modifiche successive.

Superato questo termine senza alcuna richiesta da parte dell'interessato, il diritto alle prestazioni si prescrive e non può essere esercitato, in quanto le somme maturate e non riscosse entro il termine di prescrizione del relativo diritto sono infatti devolute, ai sensi dell'art. 1 comma 345 della legge n. 266/2005 al fondo “depositi dormienti”.

Di seguito gli aspetti di dettaglio delle singole Prestazioni associate alle diverse garanzie.

1 TEMPORANEA CASO MORTE

1.1 Capitale Assicurato

La Garanzia sottoscritta prevede la liquidazione del Capitale Assicurato in vigore in seguito al verificarsi del decesso dell'Assicurato nel corso della Durata Contrattuale.

Il valore del Capitale Assicurato è indicato in polizza ed è costante per tutta la durata della Garanzia.

Il Capitale Assicurabile non potrà essere inferiore a 35.000,00 Euro e superiore a 200.000,00 Euro.

Gli obblighi della Compagnia risultano esclusivamente dalla Polizza e dalle eventuali Appendici da essa firmate.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del Contratto, questo si intenderà estinto ed i Premi pagati resteranno acquisiti dalla Compagnia.

Questa assicurazione richiede la valutazione preventiva delle condizioni di salute dell'Assicurato, con le modalità specificate nell'Art. 1.6 delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione.

1.2 Limiti di età

L'età dell'Assicurato alla Data di sottoscrizione non potrà essere inferiore a 18 anni e superiore a 70 anni e alla Data di Scadenza non potrà essere superiore a 75 anni.

Per età dell'Assicurato deve intendersi l'età anagrafica, ossia quella effettivamente compiuta.

1.3 Durata

Il Contraente potrà scegliere una Durata variabile tra un minimo di 5 anni ed un massimo di 25 anni, entro il limite dei 75 anni di età dell'Assicurato alla scadenza.

1.4 Premi e costi

L'assicurazione viene prestata dietro pagamento del Premio in forma anticipata indicato nella Proposta di Assicurazione.

Il Contraente è tenuto al pagamento di un Premio annuo Costante per tutta la Durata Contrattuale.

L'entità del Premio annuo dipende dall'entità del Capitale Assicurato prescelto, dalla durata dell'assicurazione e dall'età dell'Assicurato, nonché dal suo stato di salute, dallo stato di fumatore o non fumatore e dalle abitudini di vita (professione, sport e in generale attività che espongono a rischi particolari).

Ciascun Premio annuo prevede un caricamento percentuale pari al 25,0% del premio stesso. Detto caricamento è già compreso in ciascun premio pagato.

Il Premio annuo potrà essere frazionato in rate mensili, trimestrali o semestrali con una maggiorazione rispettivamente **del 3,0%, del 2,0% e dell'1,0%**.

Nel caso di frazionamento mensile del premio, alla sottoscrizione del Contratto dovranno essere corrisposte le prime tre mensilità.

Il premio è dovuto fino alla data del decesso e, comunque, non oltre la Data di Scadenza della copertura indicata alla sottoscrizione del Contratto.

1.5 Stato di non fumatore

1.5.1 Definizione di non fumatore

Si definisce Non Fumatore l'Assicurato che non abbia mai fumato – sigarette, sigari, pipe o sigarette elettroniche – neanche sporadicamente, nel corso degli ultimi 12 mesi.

Alla data di sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, lo stato di Non Fumatore deve essere attestato da dichiarazione rilasciata dall'Assicurato nella compilazione del Questionario Sanitario e sottoscritta dall'Assicurato stesso e dal Contraente.

1.5.2 Modifica delle abitudini relative al fumo in corso di Contratto

Nel caso in cui l'Assicurato alla sottoscrizione del Contratto abbia dichiarato di essere un "Non fumatore" e, successivamente, abbia iniziato o ripreso a fumare, il Contraente e l'Assicurato stesso sono tenuti a darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 giorni. In tal caso il Capitale Assicurato verrà immediatamente ricalcolato in base alle condizioni previste dalla tariffa "Fumatori".

Nel caso in cui l'Assicurato alla sottoscrizione del Contratto si trovi nello stato di "Fumatore" e successivamente invii alla Compagnia una dichiarazione attestante che ha smesso di fumare da almeno 12 mesi, subordinatamente agli esiti degli esami medici eventualmente richiesti per accertare l'insorgenza di patologie derivanti dalla passata abitudine al fumo, si applicheranno, a partire dalla ricorrenza annuale seguente la comunicazione, le condizioni spettanti ai "non fumatori". In particolare il Capitale Assicurato verrà ricalcolato secondo quanto previsto dalla tariffa "Non fumatori".

1.6 Modalità assuntive

Per aderire alla Garanzia Caso Morte è necessaria una **valutazione preventiva** delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica e accertamenti sanitari variabili in funzione dell'entità del Capitale Assicurato e dell'età dell'Assicurato. L'elenco completo degli accertamenti richiesti è disponibile presso la sede dell'Intermediario. Il costo della visita medica e degli accertamenti sanitari è interamente a carico dell'Assicurato.

Possono limitarsi alla compilazione del questionario sanitario gli Assicurati con età inferiore a 61 anni. In tal caso l'efficacia della garanzia risulterà limitata per sei mesi, come specificato nelle "CONDIZIONI SPECIALI DI CARENZA" riportate in polizza.

Per Capitale Assicurato pari a 35.000 Euro e 5 anni di Durata, è sufficiente una dichiarazione di buono stato di salute.

Modalità assuntive specifiche sono previste per la garanzia relativa al decesso dovuto ad infezioni da HIV (Aids e patologie collegate).

La Compagnia si riserva la facoltà di richiedere ulteriori accertamenti sanitari qualora ritenuti necessari sulla base delle risposte al questionario sanitario e/o della documentazione fornita.

1.7 Denuncia del Sinistro

Qualora avvenga il **decesso** dell'Assicurato, i Beneficiari, il Contraente o gli aventi diritto devono farne denuncia per iscritto alla Compagnia, anche attraverso l'Agenzia a cui è assegnato il Contratto, allegando i seguenti documenti:

- certificato di morte;
- informativa e consenso privacy;
- relazione del medico curante sulle cause del decesso redatta secondo le informazioni minime contenute nel modello della Società comunque a disposizione del Beneficiario presso l'Intermediario o, in alternativa, altra documentazione attestante le cause del decesso; in subordine, autorizzazione finalizzata a presentare la richiesta di documentazione direttamente a terzi;
- documento di designazione che può essere, ad esempio una lettera o un testamento, ove non già in possesso della Compagnia;
- in presenza di testamento, copia autentica o estratto autentico dell'atto di ultima volontà;
- qualora non sia disponibile la scheda testamentaria, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti, sotto la propria responsabilità, quali sono i beneficiari e che il beneficiario ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare che il testamento presentato è l'unico o, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido, che non sono state mosse contestazioni avverso il testamento o i testamenti, che oltre ai beneficiari menzionati nella dichiarazione stessa non ve ne sono altri e che nel testamento non sono presenti revocche di beneficiari;
- in assenza di testamento, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti, sotto la propria responsabilità, che il beneficiario ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare la non esistenza di disposizioni testamentarie nonché l'indicazione di tutte le persone nominate come beneficiari.

La comunicazione della nomina o revoca o modifica del beneficiario, in qualunque forma effettuata, anche testamentaria, costituisce un atto unilaterale recettizio, che, come tale, non potrà essere opposto all'assicuratore fino a che la nomina o revoca o modifica del beneficiario non sia stata comunicata all'assicuratore medesimo. In presenza di tale previsione contrattuale l'assicuratore chiederà al beneficiario di provare la propria identità, oltre alla certificazione del decesso dell'assicurato.

- Decreto del Giudice Tutelare nel caso di Beneficiari di minore età o interdetti, con l'indicazione della persona designata alla riscossione;
- copia del Codice Fiscale e di un documento di riconoscimento in corso di validità dei Beneficiari;
- coordinate IBAN e intestazione del conto corrente dei Beneficiari;
- adeguata verifica per il censimento dei Beneficiari della prestazione (modello comunque reperibile presso l'intermediario).

Avvertenza: le richieste di pagamento incomplete o il mancato rilascio delle autorizzazioni possono comportare tempi di liquidazione più lunghi.

La Compagnia si riserva il diritto di acquisire ulteriore documentazione, non prevista nelle presenti Condizioni di Assicurazione, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

La Compagnia, al solo fine di agevolare l'effettuazione della richiesta di pagamento e a titolo di servizio alla clientela, mette a disposizione presso l'Intermediario e nel proprio sito istituzionale (<https://www.axa.it/area-sinistri>) un fac-simile del Modulo di Richiesta Liquidazione completo delle informazioni che devono essere necessariamente fornite.

Il diritto di AXA Assicurazioni alla riscossione del premio si interrompe al ricevimento della relativa denuncia del Sinistro.

1.8 Pagamenti della Compagnia

La Compagnia provvederà alla liquidazione delle somme dovute entro 30 giorni dalla data di ricevimento della relativa richiesta corredata di tutta la documentazione prevista. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore dei beneficiari, al tasso legale (art. 1224, 1° co., c.c.).

1.9 Esclusioni e limitazioni

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, fatti salvi gli effetti sul Contratto previsti dall'art. 1926 codice civile in ordine alle circostanze che possano aggravare il rischio o comportarne la sua esclusione - e **ferme restando le limitazioni previste per contratti stipulati in assenza del test HIV (vedi Condizioni Speciali di Carenza), e le seguenti esclusioni:**

- a. dolo del Contraente o del Beneficiario;
- b. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- d. partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- e. incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota privo di idoneo brevetto;
- f. guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- g. suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale Riattivazione dell'assicurazione;
- h. alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci;
- i. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati - ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- j. decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiasesicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.

In nessun caso gli assicuratori / i riassicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare richieste di risarcimento o garantire alcuna indennità in virtù del presente contratto, qualora tale copertura, pagamento o indennità possano esporli a divieti, sanzioni economiche o restrizioni ai sensi di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America, ove applicabili in Italia.

2 GARANZIA MALATTIE GRAVI

2.1 Capitale Assicurato

La Garanzia sottoscritta prevede la liquidazione all'Assicurato del Capitale indicato in Polizza qualora, nel corso della Durata Contrattuale, gli venga diagnosticata una "malattia grave" esclusivamente tra quelle elencate nell'Art. 2.5 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Il valore del Capitale Assicurato è indicato in polizza ed è costante per tutta la Durata Contrattuale.

Il Capitale Assicurabile non potrà essere inferiore a 35.000 Euro.

Gli obblighi della Compagnia risultano esclusivamente dalla Polizza e dalle eventuali Appendici da essa firmate.

Questa assicurazione richiede la valutazione preventiva delle condizioni di salute dell'Assicurato, come specificato nell'Art. 2.7 delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione.

2.2 Limiti di età

L'età dell'Assicurato alla Data di sottoscrizione non potrà essere inferiore a 18 o superiore a 65 anni.

Per età dell'Assicurato deve intendersi l'età anagrafica, ossia quella effettivamente compiuta.

2.3 Durata

Il Contraente potrà scegliere una Durata variabile tra un minimo di 5 anni ed un massimo di 25 anni, entro il limite dei 70 anni di età dell'Assicurato alla scadenza.

2.4 Premi e costi

L'assicurazione viene prestata dietro pagamento del Premio in forma anticipata indicato nella Proposta di Assicurazione.

Il Contraente è tenuto al pagamento di un Premio annuo Costante per tutta la durata della Garanzia.

L'entità del Premio annuo dipende dall'entità del Capitale Assicurato prescelto, dalla durata dell'assicurazione e dall'età dell'Assicurato, nonché dal suo stato di salute, dallo stato di fumatore o non fumatore e dalle abitudini di vita (professione, sport e in generale attività che espongono a rischi particolari).

Ciascun Premio annuo prevede un caricamento percentuale pari al 25,0% del premio stesso. Detto caricamento è già compreso in ciascun premio pagato.

Il Premio annuo potrà essere frazionato in rate mensili, trimestrali o semestrali con una maggiorazione rispettivamente **del 3,0%, del 2,0% e dell'1,0%**.

Nel caso di frazionamento mensile del premio, alla sottoscrizione del Contratto dovranno essere corrisposte le prime tre mensilità.

Il premio è dovuto fino alla Data di Scadenza della copertura indicata alla sottoscrizione del Contratto. Il diritto della Compagnia alla riscossione del premio si interrompe comunque al ricevimento della denuncia dello stato di malattia dell'Assicurato.

2.5 Definizione di malattia grave

Ai fini della presente assicurazione si intendono per "malattia grave" esclusivamente le seguenti malattie:

- Infarto;
- Cancro;
- Ictus;
- Chirurgia di by-pass aorto-coronarico (CABS);
- Cecità;
- Insufficienza renale;
- Trapianto degli organi principali;
- Perdita combinata di due organi tra mani, piedi e occhi.

Si rinvia all'Articolo successivo per la descrizione di ciascuna "malattia grave".

2.5.1 “Malattia grave”: descrizione

A) Cancro

La prima diagnosi inequivocabile di un tumore maligno interno che richiede un trattamento di chirurgia, radioterapia, ormonoterapia o chemioterapia. È necessario che la diagnosi sia confermata da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo.

Sono esclusi:

- tumori classificati come carcinoma in situ;
- tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni, maligni borderline, a bassa potenzialità di malignità, non-invasivi, o qualsiasi grado di displasia;
- tumori trattati solo con procedure endoscopiche e tumori della vescica che non hanno invaso lo strato muscolare (Tis e Ta);
- tumori della pelle, ad eccezione del melanoma maligno superiore ad 1,00 mm di spessore di Breslow e istologicamente descritto dalla Classificazione TNM dell'AJCC settima Edizione come stadio uguale o superiore a T2N0M0;
- tutti i tumori della prostata a meno che sia istologicamente classificato con un punteggio di Gleason superiore a 6 o abbia progredito almeno allo stadio T2N0M0;
- tumori alla tiroide in stadio precoce che misurino meno di 2cm di diametro e istologicamente descritti come T1N0M0 dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione.

B) Infarto

Morte del muscolo cardiaco a causa di insufficiente apporto di sangue. La diagnosi deve accertare che l'episodio di infarto miocardico sopravvenuto sia nuovo ed acuto e deve essere sostenuta da ambedue i seguenti criteri:

- comparsa di nuove alterazioni elettrocardiografiche: nuove alterazioni ST-T o nuove del blocco di branca sinistra o nuove onde Q;
- caratteristico aumento dei biomarcatori cardiaci o troponine che registrino i seguenti livelli o superiori:
 - troponina T > 1,0 ng / ml;
 - AccuTnl > 0.5 ng/ml o valori equivalenti in altri metodi Troponin I.

Sono esclusi l'angina e altre sindromi coronariche acute.

C) Ictus

È il danno del tessuto cerebrale a seguito di un incidente cerebrovascolare causato da emorragia, embolia o trombosi, associato a insorgenza improvvisa di oggettivo deficit neurologico. Questo evento deve contribuire ad una compromissione permanente della funzione neurologica. Si devono riscontrare chiare ed evidenti anomalie delle funzioni sensoriali o motorie durante l'esame fisico eseguito da un neurologo. Il danno deve essere dimostrato dalla risonanza magnetica (MRI), tomografia computerizzata (TC) o altre tecniche di imaging affidabili approvate dalla Compagnia.

Sono esclusi: attacco ischemico transitorio (TIA), danno al tessuto cerebrale causato da un trauma cranico, sintomi cerebrali associati a deficit neurologico reversibile.

D) Chirurgia di by-pass aorto-coronarico (CABS)

La fase di chirurgia di bypass aortocoronarico che richiede sternotomia mediana, quando è considerato medicalmente necessario per trattare la malattia coronarica, ma non include i seguenti casi: angioplastica, procedura intra-arteriosa, tecniche laser, altre tecniche non chirurgiche.

E) Cecità

Si intende la perdita permanente della vista in entrambi gli occhi come conseguenza di una malattia o infortunio nella misura in cui l'acuità visiva è di 6/60 o meno in entrambi gli occhi o nella misura in cui il campo visivo è ridotto a 20 gradi o meno di arco a prescindere dalla corretta acuità visiva.

F) Insufficienza renale

L'insufficienza renale totale ed irreversibile di entrambi i reni. È necessaria prova che l'assicurato si sottopone a emodialisi renale continua ritenuta necessaria da un nefrologo.

Non è coperta l'insufficienza renale acuta reversibile che richiede soltanto dialisi temporanea, inoltre non è coperta l'insufficienza renale monolaterale.

G) Trapianto degli organi principali

L'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto tra esseri umani o l'inclusione in una lista di attesa ufficiale con lo scopo di sostituire gli organi mancanti o danneggiati del ricevente di uno dei seguenti organi: cuore, polmone, fegato, pancreas, rene, midollo osseo (usando le cellule staminali ematopoietiche preceduta da ablazione totale del midollo osseo). Il trapianto deve essere ritenuto clinicamente indispensabile per il trattamento dell'insufficienza irreversibile dell'organo trapiantato. Il trapianto di altre cellule staminali o di parti di un organo è escluso.

H) Perdita combinata di due organi tra mani, piedi e occhi

È la perdita totale e permanente dell'uso dei seguenti organi:

- entrambe le mani a partire dal polso;
- entrambi i piedi a partire dal collo del piede;
- una mano a partire dal polso e un piede a partire dal collo del piede;
- una mano a partire dal polso e la totale vista da un occhio;
- un piede a partire dal collo del piede e la totale vista da un occhio.

2.6 Stato di non fumatore

2.6.1. Definizione di non fumatore

Si definisce Non Fumatore l'Assicurato che non abbia mai fumato – sigarette, sigari, pipe o sigarette elettroniche – neanche sporadicamente, nel corso degli ultimi 12 mesi.

Alla data di sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, lo stato di Non Fumatore deve essere attestato da dichiarazione rilasciata dall'Assicurato nella compilazione del Questionario Sanitario e sottoscritta dall'Assicurato stesso e dal Contraente.

2.6.2. Modifica delle abitudini relative al fumo in corso di Contratto

Nel caso in cui l'Assicurato alla sottoscrizione del Contratto abbia dichiarato di essere un "Non fumatore" e, successivamente, abbia iniziato o ripreso a fumare, il Contraente e l'Assicurato stesso sono tenuti a darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 giorni. In tal caso il Capitale Assicurato verrà immediatamente ricalcolato in base alle condizioni previste dalla tariffa "Fumatori".

Nel caso in cui l'Assicurato alla sottoscrizione del Contratto si trovi nello stato di "Fumatore" e successivamente invii alla Compagnia una dichiarazione attestante che ha smesso di fumare da almeno 12 mesi, subordinatamente agli esiti degli esami medici eventualmente richiesti per accertare l'insorgenza di patologie derivanti dalla passata abitudine al fumo, si applicheranno, a partire dalla ricorrenza annuale seguente la comunicazione, le condizioni spettanti ai "non fumatori". In particolare il Capitale Assicurato verrà ricalcolato secondo quanto previsto dalla tariffa "Non fumatori".

2.7 Modalità assuntive

Per aderire alla Garanzia "Malattie Gravi" è necessaria una **valutazione preventiva** delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica e accertamenti sanitari variabili in funzione dell'entità del Capitale Assicurato e dell'età dell'Assicurato. L'elenco completo degli accertamenti richiesti è disponibile presso la sede dell'Intermediario. Il costo della visita medica e degli accertamenti sanitari è interamente a carico dell'Assicurato.

Possono limitarsi alla compilazione del questionario sanitario gli Assicurati con età inferiore a 61 anni e Capitale Assicurato inferiore a 300.000 Euro.

In tal caso l'efficacia della garanzia risulterà limitata per alcuni mesi, come specificato nelle "CONDIZIONI SPECIALI DI CARENZA" riportate in polizza.

La Compagnia si riserva la facoltà di richiedere ulteriori accertamenti sanitari qualora ritenuti necessari sulla base delle risposte al questionario sanitario e/o della documentazione fornita.

2.8 Denuncia del Sinistro

Nel caso sia diagnosticata all'Assicurato una delle "malattie gravi" di cui all'Art. 2.5, dovrà essere trasmesso il certificato del medico curante o del medico ospedaliero che riporti la diagnosi della "malattia grave" di cui risulti affetto l'Assicurato, con la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato, allegando tutta la documentazione già in possesso dell'Assicurato al momento della denuncia.

Il Beneficiario è tenuto a fornire coordinate bancarie e intestazione del conto corrente per la prestazione della liquidazione.

La Compagnia mette a disposizione presso l'Intermediario un esempio di Modulo di Richiesta Liquidazione.

2.9 Accertamento del Sinistro ("malattia grave")

La Compagnia si impegna ad accertare lo stato di "malattia grave" entro 30 giorni dalla data di ricezione della denuncia qualora abbia ricevuto tutta la documentazione prevista.

La Compagnia si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione sanitaria ad integrazione di quanto già trasmesso, in considerazione di particolari esigenze istruttorie. La Compagnia potrà accertare la diagnosi di "malattia grave" dell'Assicurato anche tramite un medico di sua fiducia ed eventualmente farà prescrivere tutti gli esami clinici che giudicherà necessari all'accertamento stesso.

Nel caso la Compagnia accertasse la mancata esistenza dei requisiti necessari alla liquidazione del Capitale, il Contraente sarà tenuto al pagamento delle rate di premio in arretrato e relative a premi scaduti successivamente alla denuncia.

2.10 Pagamenti della Compagnia

La Compagnia effettua il pagamento per la prestazione in caso di "malattia grave" entro 30 giorni dalla data di ricezione della denuncia completa di tutta la documentazione prevista, comprese eventuali integrazioni. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore dei beneficiari, al tasso legale (art. 1224, 1° co., c.c.). Il pagamento della somma assicurata determina la cessazione della copertura assicurativa in caso di malattia grave e nulla sarà dovuto dalla Compagnia in caso di diagnosi di una seconda malattia grave.

2.11 Esclusioni e limitazioni

L'Assicurato è coperto dal rischio di "malattia grave", qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali - fatti salvi gli effetti sul Contratto previsti dall'art. 1926 codice civile in ordine alle circostanze che possano aggravare il rischio o comportarne la sua esclusione - e **ferme restando le limitazioni previste nelle Condizioni Speciali di Carenza delle presenti Condizioni di Assicurazione e le seguenti esclusioni:**

- a. La Compagnia può riservarsi di non procedere al pagamento del capitale assicurato nel caso in cui la documentazione medica a supporto della richiesta di prestazione sia stata prodotta da un medico esercitante in un Paese non compreso tra quelli di seguito elencati: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Isole del Canale, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Irlanda, Isola di Man, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Malta, Monaco, Norvegia, Nuova Zelanda, Paesi Bassi, Portogallo, San Marino, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera;
- b. attività dolosa dell'Assicurato, anche a titolo di concorso in delitti dolosi;
- c. azioni di autolesionismo compiute dall'Assicurato;
- d. partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- e. partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- f. malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci, tentato suicidio;
- g. negligenza, imprudenza erogata se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;

- h. incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota privo di idoneo brevetto;
- i. guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- j. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati - ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- k. malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione e già diagnosticati in tale data all'Assicurato.

In nessun caso gli assicuratori / i riassicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare richieste di risarcimento o garantire alcuna indennità in virtù del presente contratto, qualora tale copertura, pagamento o indennità possano esporli a divieti, sanzioni economiche o restrizioni ai sensi di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America, ove applicabili in Italia.

Il rischio, infine, non è coperto nei casi previsti per ciascuna "malattia grave" così come descritti al precedente Art. 2.5.1.

3 RENDITA VITALIZIA IN CASO DI PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA

3.1 Rendita Assicurata

La Garanzia sottoscritta prevede l'erogazione a favore dell'Assicurato di una Rendita vitalizia mensile posticipata e di un capitale iniziale pari a tre volte l'importo della rendita mensile prescelta, in seguito al raggiungimento dello stato di Non Autosufficienza presumibilmente permanente dell'Assicurato nel corso della Durata Contrattuale, e fintanto che si trovi in tale stato e comunque non oltre la data di decesso dell'Assicurato stesso.

La Rendita mensile assicurabile potrà essere compresa tra 500,00 Euro e 2.500,00 Euro a multipli di 100,00 Euro.

Le modalità di erogazione della Rendita sono descritte nell'Art. 3.8 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

La Rendita vitalizia non consente valore di Riscatto, è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi.

Questa assicurazione richiede la valutazione preventiva delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica e accertamenti sanitari variabili in funzione dell'entità della Rendita Assicurata e dell'età dell'Assicurato; è pertanto necessaria la compilazione e sottoscrizione del questionario sanitario sullo stato di salute da parte dell'Assicurando stesso.

La Compagnia si riserva la facoltà di richiedere ulteriori accertamenti sanitari qualora ritenuti necessari sulla base delle risposte al questionario sanitario e/o della documentazione fornita.

Non sono assicurabili coloro che risultassero già affetti da invalidità totale e permanente e/o non autosufficienti o avessero già in corso accertamenti a tale scopo al momento dell'ingresso in assicurazione.

L'efficacia della garanzia risulterà limitata per alcuni anni (Carenza) e precisamente per tre anni in caso di Non Autosufficienza causata da demenza senile e per un anno per altre malattie, come meglio precisato nelle **CONDIZIONI SPECIALI DI CARENZA** riportate in polizza.

In caso di decesso dell'Assicurato durante la Durata Contrattuale, questo si intenderà estinto ed i Premi pagati resteranno acquisiti dalla Compagnia.

Gli obblighi della Compagnia risultano esclusivamente dalla Polizza e dalle eventuali Appendici da essa firmate.

3.2 Limiti di età

L'età dell'Assicurato alla Data di sottoscrizione non potrà essere inferiore a 18 o superiore a 70 anni. Per età dell'Assicurato deve intendersi l'età anagrafica, ossia quella effettivamente compiuta.

3.3 Durata

La presente Garanzia è a vita intera, pertanto la Durata coincide con la vita dell'Assicurato.

3.4 Premi e costi

L'assicurazione viene prestata dietro pagamento del Premio in forma anticipata indicato nella Proposta di Assicurazione.

Il Premio annuo Costante per tutta la durata della garanzia è dovuto dal Contraente, a fronte della prestazione garantita dalla Compagnia, e dipende dall'importo della Rendita Assicurata scelta, dall'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione, dal suo stato di salute e dalle sue abitudini di vita (professione, sport e in generale attività che espongono a rischi particolari).

Ciascun Premio annuo prevede un caricamento percentuale pari al 25,0% del premio stesso (più un costo per l'erogazione della rendita del 5,0% per la sola componente di premio relativa alla prestazione in caso di perdita di autosufficienza). Detto caricamento è già compreso in ciascun premio pagato.

Il Premio annuo potrà essere frazionato in rate mensili, trimestrali o semestrali con una maggiorazione rispettivamente **del 3,0%, del 2,0% e dell'1,0%**.

Nel caso di frazionamento mensile del premio, alla sottoscrizione del Contratto dovranno essere corrisposte le prime tre mensilità.

La Compagnia si riserva la possibilità di modificare, ad intervalli non inferiori a cinque anni, le condizioni tariffarie in corso di Contratto qualora variassero le basi tecniche utilizzate per la determinazione dei premi. Tale variazione è possibile nel caso si verificassero cambiamenti significativi degli scenari demografici e finanziari, tali da necessitare una revisione delle ipotesi sottostanti al calcolo dei premi.

In tal caso la Compagnia si impegna a comunicare, almeno 90 giorni prima della scadenza dell'annualità di polizza, il nuovo premio da pagare per l'annualità assicurativa successiva.

Il Contraente potrà comunque richiedere le basi tecniche con le quali è stato calcolato il nuovo premio.

Il pagamento del nuovo premio implica l'accettazione della modifica contrattuale.

Il Contraente che non intenda accettare la modifica dovrà informarne la Compagnia, mediante una comunicazione scritta, almeno quarantacinque giorni prima della Ricorrenza Annuale della polizza. In tal caso la Prestazione assicurata viene ricalcolata, con effetto dalla Ricorrenza Annuale, di un importo pari alla differenza tra la prestazione inizialmente pattuita e quella assicurabile con il nuovo premio.

3.5 Definizione di Non Autosufficienza

È ritenuta "Non autosufficiente" la persona il cui stato di salute comporti l'impossibilità di compiere in autonomia **almeno 3 su 4 delle attività** elementari della vita quotidiana, di seguito elencate, **in maniera presumibilmente permanente e irreversibile**:

- **vestirsi e svestirsi** - la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento e, eventualmente anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici senza l'assistenza di un'altra persona;
- **andare al bagno ed usarlo** - la capacità di mantenere un livello ragionevole di igiene personale (es. lavarsi, radersi, pettinarsi, ecc.);
- **alimentarsi** - capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di un'altra persona;
- **spostarsi** - la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa verticalmente, senza l'aiuto di un'altra persona.

Inoltre, viene riconosciuto lo stato di "Non Autosufficienza" nel caso all'Assicurato sia stata diagnosticata una patologia nervosa o mentale a causa organica quale il morbo di Parkinson o di Alzheimer che abbia causato, in modo presumibilmente irreversibile, la perdita delle capacità mentali. Per perdita delle capacità mentali si intende la capacità di pensare, capire, ragionare o ricordare. Questa inabilità si manifesta con l'incapacità di badare a sé stessi senza la supervisione continua di

un'altra persona. Il grado di disabilità mentale deve essere verificato da un neurologo o da uno psichiatra con il test "Mini Mental State Examination" (Folstein M.M.S.E.); punteggi inferiori a 10 sono rappresentativi di una grave compromissione delle facoltà mentali.

3.6 Denuncia del Sinistro

Qualora sopravvenga uno stato di Non Autosufficienza, obiettivamente accertabile ai sensi del precedente articolo 3.5 delle presenti Condizioni, il Contraente, l'Assicurato o altra persona da essi designata che autocertifichi la propria posizione come persona che svolge compiti di cura nei confronti dell'Assicurato, devono farne denuncia per iscritto alla Compagnia a mezzo lettera raccomandata o attraverso l'Agenzia cui è assegnato il Contratto.

La data di denuncia corrisponde alla data di spedizione della suddetta raccomandata o alla data di consegna della richiesta di liquidazione presso l'Agenzia cui è assegnato il Contratto.

La denuncia deve essere accompagnata da tutta la documentazione necessaria per verificare lo stato di salute dell'Assicurato, tra cui il Certificato del medico curante o del medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, con la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica dello stato di non autosufficienza, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato, allegando tutta la documentazione già in possesso dell'Assicurato al momento della denuncia. Qualora l'incapacità di effettuare le azioni della vita quotidiana fosse in relazione a demenza invalidante, malattia di Alzheimer o Parkinson, è necessario che lo stato di Non Autosufficienza sia constatato da uno psichiatra o da un neurologo mediante l'uso del test "Mini Mental State Examination" (Folstein M.M.S.E.).

Il Beneficiario è tenuto a fornire coordinate bancarie e intestazione del conto corrente per la prestazione della liquidazione.

La Compagnia mette a disposizione presso l'Intermediario un esempio di Modulo di Richiesta Liquidazione.

Il premio è dovuto per tutta la Durata della Garanzia. Al ricevimento della denuncia dello stato di Non Autosufficienza cessa il diritto della Compagnia alla riscossione dei premi pattuiti. In caso di mancato accertamento dello stato di Non Autosufficienza sarà consentito al Contraente proseguire il rapporto contrattuale, dietro corresponsione dei premi arretrati.

Nel caso in cui il Contraente, al momento della denuncia dello stato di Non Autosufficienza, non sia in regola con il pagamento dei premi, vale quanto previsto dall'articolo 6.2 delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione.

3.7 Accertamento dello stato di Non Autosufficienza

La Compagnia si impegna ad accertare lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato entro 180 giorni dalla data di ricezione della denuncia, qualora il Contraente e l'Assicurato o altra persona da essi designata che autocertifichi la propria posizione di persona che svolge compiti di cura nei confronti dell'Assicurato, abbiano provveduto all'inoltro di tutta la documentazione prevista.

La Compagnia accerterà lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato tramite un medico di sua fiducia ed eventualmente farà prescrivere tutti gli ulteriori esami clinici che giudicherà necessari all'accertamento stesso.

La Compagnia si riserva, inoltre, la facoltà di verificare l'effettivo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato tramite visita a domicilio da parte di un medico di sua fiducia.

La Rendita sarà corrisposta se lo stato di dipendenza dell'Assicurato risulterà confermato in maniera definitiva, tale da escludere la possibilità di un miglioramento delle condizioni di salute dell'Assicurato stesso.

Nel caso la Compagnia accertasse la mancata esistenza dei requisiti necessari all'erogazione della Rendita, il Contraente sarà tenuto al pagamento delle rate di premio in arretrato e relative a premi scaduti successivamente alla denuncia.

3.8 Pagamenti della Compagnia

La Compagnia esegue il pagamento entro 180 giorni dal ricevimento della documentazione richiesta. Una volta riconosciuto il diritto alla prestazione, la prestazione di rendita e un capitale pari a tre volte tale importo verranno corrisposti, se perdura lo stato di Non Autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 giorni (Periodo di Franchigia) a partire dalla data di denuncia dello stato di Non Autosufficienza.

Decorso il termine dei 180 giorni sono dovuti gli interessi moratori a favore dei beneficiari, al tasso legale (art. 1224, 1° co., c.c.).

Qualora gli accertamenti per lo stato di Non Autosufficienza necessitino più di 90 giorni, all'atto dell'accertamento verranno erogate le eventuali rate di rendita arretrate e non erogate.

In caso di decesso dell'Assicurato prima dell'accertamento dello stato di Non Autosufficienza, nulla è dovuto da parte della Compagnia.

In caso di decesso dell'Assicurato durante l'erogazione della prestazione, il Contraente, se diverso dall'Assicurato, o chi per suo conto, dovranno comunicare tempestivamente il decesso dell'Assicurato.

In occasione di ogni ricorrenza anniversaria la Compagnia dovrà ricevere da parte dell'Assicurato un'autocertificazione di esistenza in vita. La Compagnia si riserva, la facoltà di verificare l'esistenza in vita dell'Assicurato anche in epoche diverse dalla ricorrenza anniversaria.

Ciascuna rata mensile di Rendita verrà corrisposta mediante bonifico su un conto corrente bancario intestato al Beneficiario.

3.9 Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

L'Assicurato è tenuto a comunicare alla Compagnia, entro 60 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza, a mezzo lettera raccomandata, il recupero dello stato di autosufficienza.

La Compagnia si riserva, a proprio totale carico, la facoltà di far esaminare in ogni momento l'Assicurato non autosufficiente da un proprio medico di fiducia, e di richiedere la produzione di ogni documento che ritenga necessario per la valutazione dello stato di non autosufficienza.

In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato, il pagamento della somma assicurata può essere sospeso fino all'avvenuto accertamento.

Qualora durante l'erogazione della rendita si verifichi il recupero dello stato di autosufficienza, il pagamento della Rendita Assicurata viene interrotto e la relativa copertura cessa; restano attive le rimanenti coperture assicurative scelte.

3.10 Esclusioni e limitazioni

Il rischio di Non Autosufficienza è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, fatte salve le limitazioni previste dalla Carenza (vedi **Condizioni Speciali**), e le seguenti esclusioni:

- a) La Compagnia può riservarsi di non procedere al pagamento del capitale assicurato nel caso in cui la documentazione medica a supporto della richiesta di prestazione sia stata prodotta da un
- b) medico esercitante in un Paese non compreso tra quelli di seguito elencati: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Isole del Canale, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Irlanda, Isola di Man, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Malta, Monaco, Norvegia, Nuova Zelanda, Paesi Bassi, Portogallo, San Marino, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera;
- c) attività dolosa dell'Assicurato, anche a titolo di concorso in delitti dolosi;
- d) attività dolosa dell'Assicurato;
- e) partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- f) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- g) partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- h) malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci, tentato suicidio;
- i) negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione di rendita non viene erogata se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;

- j) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- k) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- l) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- m) malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione e già diagnosticati in tale data all'Assicurato.

In questi casi, non è prevista alcuna prestazione.

Non sono assicurabili coloro che risultassero già affetti da invalidità totale e permanente e/o non autosufficienti o avessero già in corso accertamenti a tale scopo al momento dell'ingresso in assicurazione.

In nessun caso gli assicuratori / i riassicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare richieste di risarcimento o garantire alcuna indennità in virtù del presente contratto, qualora tale copertura, pagamento o indennità possano esporli a divieti, sanzioni economiche o restrizioni ai sensi di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America, ove applicabili in Italia.

B. CONCLUSIONE E VICENDE CONTRATTUALI

Di seguito i dettagli sulla Conclusione del Contratto, i diritti del Contraente e altre vicende contrattuali.

4 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E DIRITTI DEL CONTRAENTE

4.1 Conclusione del Contratto ed entrata in vigore

Il Contratto produce i suoi effetti dalle ore 24.00 del giorno indicato dal Contraente nella Proposta, a condizione che sia stato pagato il Premio e siano stati compilati in modo completo, corretto e veritiero e sottoscritti: la Proposta di Assicurazione, il Questionario per la valutazione dell'adeguatezza del Contratto e il Questionario Sanitario.

Se il versamento del Premio o della prima rata di Premio è effettuato dopo la data di Decorrenza indicata nella Proposta, il Contratto produce i suoi effetti dalle ore 24.00 della data di pagamento del Premio o della prima rata di Premio, sempre che non si sia modificato alcun elemento essenziale della Proposta.

In ogni caso, la Compagnia invierà al Contraente una comunicazione scritta di conferma dell'avvenuta accettazione della Proposta, con l'indicazione tra le altre cose della data di Decorrenza del Contratto.

4.2 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli **articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile**.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

In particolare, in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze tali che AXA Assicurazioni non avrebbe dato il suo consenso, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa ha diritto:

- a) quando esiste dolo o colpa grave:

- di impugnare il Contratto, dichiarando al Contraente di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; trascorso detto termine AXA Assicurazioni decade da tale diritto;
- di rifiutare, in caso di Sinistro ed in ogni tempo, qualsiasi pagamento;

b) quando non esiste dolo o colpa grave:

- di recedere dal Contratto stesso, mediante dichiarazione da inviare al Contraente, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di ridurre, in caso di Sinistro, la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se avesse conosciuto il vero stato delle cose.

AXA Assicurazioni rinuncia a tali diritti trascorsi sei mesi dall'efficacia dell'assicurazione o dalla sua Riattivazione, salvo il caso di dolo.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

Il Contraente è tenuto a inoltrare per iscritto ad AXA Assicurazioni (per posta ordinaria o fax) eventuali comunicazioni inerenti:

- modifiche all'indirizzo presso il quale intende ricevere le comunicazioni relative al Contratto;
- variazione della residenza, nel corso della durata del Contratto, presso altro Paese membro dell'Unione Europea;
- variazione degli estremi di conto corrente bancario.

In tal caso è necessario inoltrare la richiesta attraverso l'invio del modulo di mandato, compilato e sottoscritto dal Contraente, reperibile sul sito internet della Compagnia.

4.3 Diritto di Recesso dal Contratto

Il Contraente può recedere dal Contratto entro 30 giorni dal momento in cui è lo stesso è concluso.

Qualora il prodotto sia stato venduto in abbinamento ad un finanziamento, il Contraente può recedere dal Contratto entro 60 giorni dal momento in cui lo stesso è concluso.

Il Recesso deve essere comunicato per iscritto alla Compagnia, precisando gli estremi identificativi della polizza, all'Impresa (rif. Ufficio Front Office Contabilità Tecnica Agenzie, Corso Marconi, 10 - 10125 Torino -TO-) anche tramite l'Intermediario.

Il Recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di ricevimento.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione del Recesso, la Compagnia rimborsa al Contraente il Premio da questi eventualmente corrisposto al netto della parte relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

5 VICENDE CONTRATTUALI

5.1 Riscatto e prestiti

Non è prevista la possibilità di riscattare il Contratto né quella di ottenere la concessione di prestiti.

5.2 Cessione, pegno e vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il Contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci solo quando la Compagnia ne faccia annotazione sull'originale di Polizza o su Appendice.

5.3 Riscatto e riduzione

Il Contratto non prevede né il diritto di Riscatto né quello di Riduzione della prestazione a scadenza e, pertanto, il mancato pagamento dei Premi determina la risoluzione del Contratto ed i Premi versati resteranno acquisiti dalla Compagnia.

Il Contratto può tuttavia essere riattivato, nei sei mesi che seguono la scadenza della prima rata di Premio non pagata, versando le rate di Premio arretrate, aumentate degli interessi previsti.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'**Artt. 6.2 e 6.3** delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Nel caso delle coperture assicurative per perdita dell'autosufficienza, qualora il Contraente non intenda accettare eventuali modifiche alle condizioni tariffarie in corso di Contratto, la Prestazione assicurata è ricalcolata come descritto nell'Art. 3.4 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

5.4 Foro Competente

Per le controversie relative al Contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del Consumatore (Contraente, Assicurato o Beneficiario) previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ai sensi della Legge 9 agosto 2013 n. 98, salvo eventuali modifiche successive.

C. PAGAMENTI E BENEFICIARI

Di seguito i dettagli sul pagamento dei premi, sui beneficiari e sui pagamenti dovuti dalla Compagnia.

6 PAGAMENTO DEI PREMI E BENEFICIARI

6.1 Premi e mezzi di pagamento

In caso si verifichi uno degli eventi assicurati, il Contraente continuerà a pagare le componenti di premio relative alle coperture attive. Solo in caso di decesso il Contratto termina ed il premio non è più dovuto.

Alle scadenze prefissate per le garanzie, **in caso decesso o malattia grave**, il premio relativo alle garanzie non più attive decade e resta fermo l'importo di premio dovuto per le garanzie ancora attive.

Il Contraente ha la facoltà di risolvere il Contratto sospendendo il pagamento dei Premi, con conseguente scioglimento del Contratto.

In tal caso la Garanzia Assicurativa decade e i Premi pagati rimangono acquisiti dalla Compagnia.

Non è tuttavia possibile sospendere il pagamento dei premi relativi ad una sola garanzia.

Il premio deve essere versato dal Contraente alla Compagnia in via anticipata all'atto della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione ed alle ricorrenze stabilite (annuale, semestrale, trimestrale) e comunque non oltre la morte dell'Assicurato utilizzando esclusivamente i seguenti mezzi di pagamento secondo le modalità di seguito precisate:

- assegno (circolare, bancario o postale) o vaglia (cambiario, postale o telegrafico), sempre intestato ad AXA Assicurazioni S.p.A. ovvero all'Intermediario ("in qualità di Agente di AXA Assicurazioni S.p.A.") e munito di clausola di non trasferibilità, accettato salvo buon fine;
- bonifico (bancario domestico, estero o postale) per il quale occorre indicare nella causale del bonifico il n° di polizza (se non conosciuto, il n° di proposta), senza spazi;
- bollettino postale da utilizzarsi secondo le modalità previste dalla legge intestato ad AXA Assicurazioni S.p.A. ovvero all'Intermediario ("in qualità di Agente di AXA Assicurazioni S.p.A.");
- moneta elettronica (carta di credito, carta di debito, POS -bancomat-);
- SDD (SEPA Direct Debit) per i premi successivi al primo. In caso di modifica o di chiusura del conto, al fine di garantire la continuità dei versamenti, il Contraente è tenuto a comunicare alla Compagnia la variazione delle coordinate bancarie almeno sessanta giorni prima della scadenza prevista per il versamento del Premio successivo.

Non è consentito per questo tipo di polizza effettuare pagamenti in contanti (banconote e monete metalliche).

6.2 Mancato pagamento del Premio (risoluzione)

Il mancato pagamento anche di una sola rata del Premio determina, trascorsi 30 giorni dalla scadenza, la risoluzione del Contratto.

A giustificazione del mancato pagamento del Premio, il Contraente non può in nessun caso opporre che la Compagnia non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio. Un versamento di somme parziali non costituisce pagamento di Premio.

6.3 Ripresa del pagamento del Premio (Riattivazione)

Entro sei mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata, il Contraente ha comunque diritto di riattivare l'assicurazione pagando le rate di Premio arretrate aumentate degli interessi legali. Trascorsi sei mesi dalla predetta scadenza, la Riattivazione può avvenire invece solo dietro espressa domanda del Contraente ed accettazione scritta della Compagnia che può richiedere nuovi accertamenti sanitari, il cui Costo è a carico del Contraente, e decidere circa la Riattivazione tenendo conto del loro esito.

In caso di Riattivazione l'assicurazione entra nuovamente in vigore per l'intero suo valore alle ore 24.00 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.

Trascorsi 24 mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagato, l'assicurazione non può essere più riattivata.

6.4 Sconti

Nell'ambito di specifiche campagne commerciali promosse dalla Compagnia e/o al verificarsi di condizioni particolari ed eccezionali che potrebbero riguardare, a titolo esemplificativo e non esaustivo, sia il Contraente e la relativa situazione assicurativa, sia l'ammontare del premio pagato e i prodotti sottoscritti, l'Impresa di Assicurazione si riserva la facoltà di applicare sconti e/o agevolazioni sui costi dello specifico contratto, evidenziandone l'entità nel medesimo. L'Impresa di Assicurazione si riserva inoltre di determinare sconti e/o agevolazioni applicabili in linea generale ai Contraenti, stabilendone le condizioni oggettive e soggettive.

6.5 Beneficiari

Il Beneficiario della prestazione per "malattie gravi" è l'Assicurato, ovvero per le sole Persone Giuridiche può essere il Contraente (**Art.2.1**).

Il Beneficiario della prestazione in caso di perdita di autosufficienza è l'Assicurato (**Art. 3.1**).

Il Contraente designa i Beneficiari della prestazione per caso morte (**Art. 1.1**) e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione. La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di Revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo la morte del Contraente;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Compagnia di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi, le operazioni di pegno o vincolo di polizza richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari. La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o fatte per testamento.

6.6 Valuta

Gli impegni contrattuali, versamenti e capitale, sono regolati in Euro.

6.7 Tasse e imposte

Tasse e imposte relative al Contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto.

Sui premi versati ad AXA Assicurazioni S.p.A. per assicurazioni aventi ad oggetto il rischio di morte, "malattia grave" che comporti un'invalidità superiore al 5% e perdita dell'autosufficienza nello svolgimento delle attività quotidiane, è riconosciuta una detrazione di imposta ai fini IRPEF entro i limiti previsti dalla legge.

Le somme corrisposte in caso di "malattia grave" e perdita dell'autosufficienza sono esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF).

Il capitale corrisposto in caso di morte dell'Assicurato non concorre alla formazione dell'asse ereditario ai fini dell'imposta di successione.

Il presente Contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia, sulla base della dichiarazione rilasciata dal Contraente riguardo la sua residenza italiana, riportata nella proposta o nella polizza.

Il regime fiscale deve tuttavia essere adattato, secondo la legislazione dell'Unione Europea (Direttiva n.2002/83/CE), in caso di variazione di residenza del Contraente, nel corso della durata del Contratto, presso altro Paese membro della stessa Unione. A tal fine, il Contraente è tenuto a comunicare per iscritto l'avvenuto trasferimento, non oltre i 30 giorni dallo stesso e comunque in tempo utile per gli adeguamenti conseguenti in prossimità del pagamento del premio, in conformità alla legislazione fiscale del Paese di nuova residenza. Sarà cura della Compagnia l'espletamento degli adempimenti dichiarativi ed il pagamento del tributo per conto del Contraente e compatibilmente con la normativa applicabile alle imprese non residenti nel paese del Contraente.

In caso di omessa comunicazione, AXA Assicurazioni S.p.A. avrà diritto di rivalsa sul Contraente per le somme versate all'Autorità fiscale dello Stato estero di nuova residenza, sia a titolo di imposta, sia di sanzioni, interessi e spese, in conseguenza di addebiti per omesso od insufficiente versamento del tributo.

6.8 Controversie

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro, sullo stato e grado di non autosufficienza ovvero sullo stato di soggetto affetto da "malattia grave" nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo tra le Parti, ad un collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico ha sede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo, il Collegio Medico ha sede nel Comune in cui è situato l'Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dello stato di non autosufficienza, ovvero dello stato di soggetto affetto da "malattia grave", ad epoca da definirsi dal Collegio stesso. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ciascuna delle Parti. Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche qualora uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto dovrà essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

D. CONDIZIONI SPECIALI DI CARENZA

Qualora l'evento assicurato avvenga in periodo "di Carenza", la Compagnia non corrisponderà la Prestazione assicurata, in quanto le garanzie del Contratto non sono efficaci in tale periodo.

Di seguito le Condizioni di Carenza in funzione delle diverse garanzie.

PER LA PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

Condizioni di Carenza in caso di Contratto assunto senza visita medica

Il presente Contratto viene stipulato senza visita medica e, pertanto, rimane convenuto che, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 6 mesi dalla conclusione del Contratto e la polizza stessa sia in regola col pagamento dei premi, AXA Assicurazioni S.p.A. corrisponderà una somma pari ai premi versati al netto dei costi. Il Contratto si estingue e nulla sarà più dovuto da AXA Assicurazioni stessa.

Rimane inoltre convenuto che qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 5 anni dal perfezionamento della polizza e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il Capitale Assicurato in caso di morte indicato in polizza non sarà pagato. In suo luogo sarà corrisposta una somma pari al valore della riserva matematica maturata al momento del decesso. Il Contratto si estingue e nulla sarà più dovuto da AXA Assicurazioni S.p.A..

AXA Assicurazioni non applicherà entro i primi 6 mesi dal perfezionamento del Contratto la limitazione sopra indicata, e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero Capitale Assicurato, **qualora l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica o qualora il decesso sia stata conseguenza diretta:**

- a. di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza: 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 emorragico, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b. di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;
- c. di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio (fermo quanto disposto dalle Condizioni di Assicurazione) l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Condizioni di Carenza per contratti assunti con visita medica in assenza di test HIV

L'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza applicazione del periodo di Carenza, purché si sottoponga a visita medica accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare.

Nel caso in cui l'Assicurato non aderisca alla richiesta di AXA Assicurazioni di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o sieropositività, rimane convenuto che qualora il decesso avvenga entro i primi 7 anni dal perfezionamento della polizza e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato per il caso di morte non sarà pagato. In suo luogo sarà corrisposta una somma pari al valore della riserva matematica maturata al momento del decesso. Il Contratto si estingue e nulla sarà più dovuto da AXA Assicurazioni.

Rimane infine stabilito che, qualora l'Assicurato abbia accettato di sottoporsi al test clinico per l'accertamento dello stato di malattia da HIV o sieropositività e il test sia risultato negativo, non sarà applicato alcun periodo di Carenza in caso di decesso dovuto ad AIDS o altra patologia ad essa collegata.

PER LA PRESTAZIONE IN CASO DI “MALATTIA GRAVE” DELL’ASSICURATO

Condizioni di Carenza in caso di Contratto assunto senza visita medica

Nel caso in cui il Contratto sia stato concluso con la **compilazione del solo questionario sanitario**, operano le seguenti condizioni di Carenza:

- a. nel caso di Infarto, Cancro, Ictus e CABS, si applica una Carenza pari a 180 giorni dalla data di decorrenza del Contratto;
- b. nel caso di Cecità, Insufficienza renale, Trapianto degli organi principali e Perdita combinata di due organi tra mani, piedi e occhi non è previsto alcun periodo di Carenza.

Condizioni di Carenza in caso di Contratto assunto con visita medica

Nel caso in cui **l’Assicurato si sottoponga a visita medica** accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare, si applicano le seguenti condizioni di Carenza:

Per la prestazione in caso di “malattia grave”:

- a. nel caso di Infarto, Cancro, Ictus e CABS, si applica una Carenza pari a 90 giorni dalla data di decorrenza del Contratto;
- b. nel caso di Cecità, Insufficienza renale, Trapianto degli organi principali e Perdita combinata di due organi tra mani, piedi e occhi non è previsto alcun periodo di Carenza.

Nel caso in cui all’Assicurato sia diagnosticata una “malattia grave” tra quelle elencate al precedente punto **a.** durante il periodo di Carenza indicato e il pagamento dei premi previsti sia stato regolarmente effettuato, la Compagnia restituirà al Contraente i premi versati al netto dei costi. La copertura assicurativa decade e il Contratto rimane in vigore per le restanti garanzie scelte.

PER LA PRESTAZIONE IN CASO DI PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA DELL’ASSICURATO

Condizioni di Carenza in caso di perdita di autosufficienza

Il periodo di Carenza per quanto riguarda la perdita di **AUTOSUFFICIENZA** è pari a:

- **3 anni** dalla data di decorrenze della polizza, per malattie nervose o mentali dovute a causa organica (a titolo esemplificativo e non esaustivo: Parkinson, Alzheimer);
- **1 anno** dalla data di decorrenza della polizza, per le altre patologie;
- **non è previsto** alcun periodo di Carenza in caso di infortunio.

In caso di perdita dell’autosufficienza nel periodo di Carenza, AXA Assicurazioni corrisponderà al Contraente i versamenti precedentemente effettuati al netto dei costi.

La copertura assicurativa decade e il Contratto rimane in vigore per le restanti garanzie scelte.

Non è possibile eliminare le carenze effettuando la visita medica e le clausole in emissione per la garanzia non sono previste in caso di perdita dell’autosufficienza

GLOSSARIO

Per la corretta comprensione delle Condizioni di Assicurazione consulti il significato convenzionale attribuito ai termini che seguono.

Anno assicurativo:	Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.
Appendice:	Documento che forma parte integrante del Contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Compagnia ed il Contraente.
Assicurato:	È la persona sulla cui vita viene stipulato il Contratto.
Beneficiario:	È la persona fisica o giuridica designata dal Contraente cui sono erogate le prestazioni previste dal Contratto.
Capitale in caso di decesso:	È la prestazione in forma di Capitale che la Compagnia corrisponde ai Beneficiari designati in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della Durata Contrattuale.
Carenza:	Periodo durante il quale le garanzie del Contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo, la Compagnia non corrisponderà la Prestazione assicurata.
Caricamenti:	Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Compagnia.
Cessione e vincolo:	Condizioni secondo cui il Contraente ha la facoltà di cedere a terzi il Contratto, così come di vincolare le somme assicurate. Tali atti divengono efficaci solo quando la Compagnia, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul Contratto o su un'appendice dello stesso. In caso di vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del vincolatario.
Compagnia:	AXA Assicurazioni S.p.A., con la quale viene stipulato il Contratto.
Conclusione del Contratto:	Momento in cui la Compagnia ha comunicato al Contraente l'accettazione della proposta, comunicandola per iscritto con raccomandata o mediante l'invio del documento di polizza. In ogni caso il Contratto si ritiene concluso il terzo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento del premio sempre che, entro il suddetto termine, la Compagnia non abbia comunicato per iscritto al Contraente il rifiuto della proposta.
Condizioni contrattuali (o di polizza):	Insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di assicurazione.
Condizioni generali:	Clausole di base previste dal Contratto di assicurazione, che riguardano gli aspetti generali del Contratto quali il pagamento del premio, la decorrenza, la durata. Possono essere integrate da condizioni particolari e speciali.

Condizioni speciali:	Insieme di clausole contrattuali con le quali si intendono ampliare o diminuire le clausole di base previste dalle condizioni generali con specifico riferimento ad una determinata copertura assicurativa.
Contraente:	La persona fisica o giuridica che stipula il Contratto con la Compagnia e si impegna al versamento del Premio di polizza.
Contratto di assicurazione sulla vita:	Contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del premio si impegna a pagare una Prestazione assicurata in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato
Contratto (o polizza):	Il presente Contratto di assicurazione sulla vita denominato "AXA Assicurazioni Tutta la Vita". La polizza fornisce la prova dell'esistenza del rapporto contrattuale di assicurazione con la Compagnia.
Costi (o spese):	Oneri a carico del Contraente gravanti sul Premio.
Data di Decorrenza e perfezionamento del Contratto:	È la data a partire dalla quale il Contratto si considera concluso e produce i suoi effetti.
Data di Scadenza:	Data in cui cessano gli effetti del Contratto.
Detraibilità fiscale (del premio versato):	Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.
Dichiarazioni precontrattuali:	Informazioni fornite dal Contraente prima della stipulazione del Contratto di assicurazione, che consentono alla Compagnia di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente fornisce dati o notizie inesatti od omette di informare la Compagnia su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Compagnia stessa può chiedere l'annullamento del Contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.
Diritti (o interessi) di frazionamento:	In caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tener conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima Prestazione assicurata.
Diritti (propri) dei Beneficiari:	Diritto dei Beneficiari alle prestazioni del Contratto dovute dalla Compagnia; è acquisito per effetto della designazione del Contraente.
Durata Contrattuale:	Periodo durante il quale il Contratto è efficace, ovvero che intercorre dalla Data di Decorrenza alla Data di Scadenza del Contratto.
Durata del pagamento dei premi:	Periodo che intercorre fra la data di decorrenza del Contratto di assicurazione e la scadenza del piano di versamento dei premi previsto dal Contratto stesso.

Esclusioni:	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del Contratto di assicurazione.
Franchigia:	Periodo durante il quale, pur essendosi verificato l'evento assicurato, la Compagnia non effettua il pagamento della Prestazione assicurata.
Impignorabilità o insequestrabilità:	Principio secondo cui le somme dovute dalla Compagnia al Contraente o al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.
Impresa di assicurazione:	Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il Contratto di assicurazione.
IVASS:	Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.
Liquidazione:	Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.
Malattia grave:	Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'assicurato non dipendente da infortunio come descritta nelle Condizioni di Assicurazione, tra le seguenti elencate: infarto, cancro, ictus, chirurgia di by-pass aorto-coronarico(CABS), cecità, insufficienza renale, trapianto degli organi principali, perdita combinata di due organi tra mani, piedi ed occhi.
Non autosufficienza:	Incapacità di svolgere autonomamente almeno 3 delle 4 attività elementari della vita quotidiana.
Perfezionamento del Contratto:	Coincide con la Data di Decorrenza del Contratto a condizione che il Contraente abbia pagato la prima rata di Premio Totale e abbia compilato e sottoscritto la Proposta di Assicurazione, il questionario per la valutazione dell'adeguatezza del Contratto e il questionario sanitario.
Periodo di copertura (o efficacia):	Periodo durante il quale il Contratto è efficace e le garanzie operanti.
Polizza:	Documento che fornisce la prova dell'esistenza del Contratto di assicurazione.

Polizza di assicurazione sulla vita:	Contratto di assicurazione con il quale la Compagnia si impegna a pagare al Beneficiario un capitale o una rendita quando si verifichi un evento attinente alla vita dell'assicurato, quali il decesso o la sopravvivenza ad una certa data. Nell'ambito delle polizze di assicurazione sulla vita si possono distinguere varie tipologie quali polizze caso vita, polizze caso morte, polizze miste.
Polizza caso morte (o in caso di decesso):	Contratto di assicurazione sulla vita con il quale la Compagnia si impegna al pagamento della Prestazione assicurata al Beneficiario qualora si verifichi il decesso dell'assicurato. Può essere temporanea, se si prevede che il pagamento sia effettuato qualora il decesso dell'assicurato avvenga nel corso della durata del Contratto, o a vita intera, se si prevede che il pagamento della prestazione sia effettuato in qualunque momento avvenga il decesso dell'assicurato.
Polizza di puro rischio:	Categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato quali il decesso, l'invalidità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.
Premio annuo:	Importo che il Contraente si impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di versamenti previsto dal Contratto di assicurazione.
Premio Totale:	Importo che il Contraente deve corrispondere alle scadenze pattuite nel corso della Durata Contrattuale.
Prescrizione:	Estinzione di un diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di un anno.
Prestazione assicurata:	Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la società garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.
Principio di adeguatezza:	Principio in base al quale la Compagnia è tenuta ad acquisire dal Contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare l'adeguatezza della polizza offerta in relazione alle sue esigenze e alla sua propensione al rischio.
Proposta (di Assicurazione):	Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli conferma di avere ricevuto, letto e valutato Documento Informativo Precontrattuale, Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo e Condizioni di Assicurazione del Contratto e manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il Contratto. È soggetto all'approvazione della Compagnia.
Questionario sanitario (o anamnestico):	Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'assicurato che la società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il Contratto di assicurazione.

Quietanza:	Documento che prova l'avvenuto pagamento del premio, rilasciato su carta intestata della Compagnia in caso di pagamento in contanti o con assegno (bancario, circolare o di traenza), costituito invece dall'estratto di conto corrente bancario, in caso di accredito alla Compagnia (SEPA).
Recesso (o ripensamento):	Diritto del Contraente di recedere dal Contratto e farne cessare gli effetti, da comunicarsi alla Compagnia entro 30 giorni dal perfezionamento del Contratto.
Rendita vitalizia in caso di perdita dell'autosufficienza:	In caso di perdita dell'autosufficienza dell'assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana, pagamento di una rendita da corrispondere dal momento del riconoscimento dello stato di non autosufficienza finché l'assicurato è non autosufficiente e in vita.
Revoca:	Diritto del Contraente di Revocare la propria Proposta di Assicurazione prima del perfezionamento del Contratto.
Riattivazione:	Facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle condizioni di polizza, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene generalmente mediante il versamento del premio non pagato maggiorato degli interessi di ritardato pagamento.
Ricorrenza annuale:	L'anniversario della data di decorrenza del Contratto di assicurazione.
Ricalcolo:	Importo pari alla differenza tra la prestazione inizialmente pattuita e quella assicurabile con il nuovo premio in base alle nuove basi tecniche.
Riscatto:	Facoltà del Contraente di porre fine anticipatamente al Contratto, richiedendo la liquidazione del valore maturato risultante al momento della richiesta e determinato in base alle condizioni contrattuali.
Rischio demografico:	Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'assicurato (morte o sopravvivenza), caratteristica essenziale del Contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'assicurato che si ricollega l'impegno della Compagnia di erogare la Prestazione assicurata.
Riserva matematica:	Importo che deve essere accantonato dalla Compagnia per far fronte agli impegni assunti contrattualmente nei confronti degli assicurati. La legge impone alle compagnie particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attitudini finanziarie in cui essa viene investita.
Sinistro:	Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del Contratto e per il quale viene presentata la garanzia ed erogata la relativa Prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.
Società (di assicurazione):	Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il Contratto di assicurazione.
Valuta di denominazione:	Valuta o moneta in cui sono espresse le prestazioni contrattuali.

INFORMATIVA GENERALE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

AXA Assicurazioni rispetta le persone con le quali entra in contatto e tratta con cura i dati personali che utilizza per lo svolgimento delle proprie attività. A conferma di questo impegno e per dare esecuzione alle norme che tutelano il trattamento dei dati personali forniamo qui di seguito le informazioni essenziali che permettono di esercitare in modo agevole e consapevole i diritti previsti dalla vigente normativa.

A) Trattamento dei suoi dati personali per finalità assicurative¹

Per svolgere adeguatamente le attività necessarie alla gestione del rapporto assicurativo a lei riferito, in qualità di cliente o potenziale cliente, la nostra Società (di seguito anche "AXA") ha la necessità di disporre di dati personali, comuni, sensibili² e giudiziari, a lei riferiti (dati ancora da acquisire, alcuni dei quali ci debbono essere forniti da lei o da terzi per obbligo di legge³, e/o dati già acquisiti, forniti da lei o da altri soggetti⁴, anche mediante la consultazione di banche dati) e deve trattarli nel quadro delle finalità assicurative.

In particolare useremo i suoi dati per fornire servizi e prodotti assicurativi della Compagnia nell'ambito delle seguenti attività, indicate a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- quotazione, preventivi, predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivanti; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri, pagamento o esecuzione di altre prestazioni;
- riassicurazione e coassicurazione;
- prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; esercizio o difesa di diritti dell'assicurazione;
- adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali;
- analisi di nuovi mercati assicurativi o prodotti o servizi;
- gestione e controllo interno;
- attività statistiche, anche a fini di tariffazione;
- valutazione inerente eventuali finanziamenti per il pagamento del premio;
- attività antifrode con screening delle informazioni pubbliche, tra cui quelle raccolte tramite siti web e social media;
- utilizzo dei dati in forma anonima per attività di analisi e statistiche di mercato;
- utilizzo dei dati rilevati mediante l'eventuale l'utilizzo di strumenti che rilevano la dinamica di guida (cd "Black Box") per la gestione del rapporto contrattuale e definire le politiche tariffarie della Compagnia;
- servizi di monitoraggio dei parametri delle condizioni generali del cliente rispetto al suo benessere fisico, ad eventi inerenti l'abitazione o comunque inerenti alla gestione di servizi assicurativi;
- valutazione delle condizioni che permettono di definire la prosecuzione di un rapporto assicurativo in essere ed il rinnovo di una polizza in scadenza.

I dati forniti potranno essere utilizzati per la consultazione di banche dati legittimamente accessibili, quali i sistemi di informazioni creditizie, utili per determinare la tariffa applicabile e per verificare il possesso di requisiti specifici richiesti dalle compagnie per l'accesso ad ulteriori prodotti, ad agevolazioni e vantaggi.

A tali fini, non è richiesto il suo consenso per il trattamento dei suoi dati non sensibili strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte di AXA e di terzi a cui tali dati saranno comunicati⁵.

Viceversa il consenso è richiesto per il trattamento dei dati inerenti essenzialmente la sua salute e comunque quelli rientranti nell'ambito dei cosiddetti dati sensibili. Il consenso che le chiediamo riguarda

¹ La "finalità assicurativa" richiede, che i dati siano trattati necessariamente per: predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivanti; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri, pagamento o esecuzione di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; esercizio o difesa di diritti dell'assicurazione; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi o prodotti o servizi; gestione e controllo interno; attività statistiche.

² I dati sensibili (definiti dalla normativa come "categorie particolari di dati") sono quelli che rivelano l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, i dati genetici, i dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, i dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.

³ Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.

⁴ Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che la riguarda (contraenti di assicurazioni in cui lei risulti assicurato, beneficiario ecc.; coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione ecc.); soggetti che, per soddisfare le sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni creditizie e commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo altri soggetti pubblici

⁵ I dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo a cui appartiene AXA (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti; assicuratori, coassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, Società di Gestione del Risparmio, SIM

quindi il trattamento degli eventuali dati sensibili il cui utilizzo sarà strettamente inerente alla fornitura dei servizi, e/o prodotti assicurativi e/o delle prestazioni citate il cui trattamento è ammesso dalle autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali. Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra lei e AXA, secondo i casi, i suoi dati possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo o di natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa"⁶, in parte anche in funzione meramente organizzativa.

Il consenso che le chiediamo riguarda, pertanto, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti.

Precisiamo che senza i suoi dati non saremo in grado di fornirle, le prestazioni, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati. Quindi, in relazione a questa specifica finalità, **il suo consenso è il presupposto necessario per lo svolgimento del rapporto assicurativo.**

Potremo, inoltre, utilizzare i dati di recapito che abbiamo ricevuto per inviarle comunicazioni di servizio strumentali per la gestione del rapporto assicurativo. Tenga quindi conto che in mancanza dei suoi dati di recapito non ci sarà possibile contattarla tempestivamente per fornirle informazioni utili in relazione al rapporto contrattuale e ad altre comunicazioni di servizio.

Base giuridica del trattamento: per la finalità assicurativa sopra descritta la base giuridica che legittima il trattamento è la necessità di disporre di dati personali per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso. Ulteriore base giuridica che legittima l'utilizzo dei dati per tale finalità è la necessità di disporre di dati personali per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento. Infine il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento a svolgere l'attività assicurativa.

B) Trattamento dei dati personali comuni per attività commerciali e di marketing

Inoltre, per migliorare i nostri servizi ed i nostri prodotti e per informarla sulle novità e le opportunità che potrebbero essere di suo interesse, le chiediamo di consentirci l'utilizzo dei suoi dati personali non sensibili. Tutto ciò avverrà nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati, e pertanto non utilizzeremo dati sensibili⁷ per tali finalità.

Se Lei fornirà liberamente gli specifici consensi richiesti per queste finalità, saremo in grado di proporle le attività qui di seguito elencate:

- comprendere quali sono i Suoi bisogni ed esigenze e le Sue opinioni sui nostri prodotti e servizi;
- effettuare analisi sulla qualità dei nostri servizi;
- attivare iniziative dedicate alla raccolta di informazioni, allo scopo di migliorare la nostra offerta per Lei;
- realizzare ricerche di mercato;
- effettuare indagini statistiche;
- proporre prodotti e servizi che possano essere di Suo interesse;
- inviarLe comunicazioni promozionali e farla partecipare ad iniziative di marketing (quali ad esempio Programmi fedeltà, Concorsi o operazioni a Premio, Campagne Promozionali) mediante i canali di comunicazione accessibili tramite i dati di recapito a lei riferiti (quali posta, posta elettronica, telefono, fax, sms, mms, social media);
- comunicarLe novità e opportunità relative a prodotti e/o servizi sia di società appartenenti al Gruppo AXA sia di società esterne partner di AXA o che collaborano con essa;
- tenere conto dei dati generati nel caso lei utilizzi strumenti che permettano la rilevazione della sua posizione nel territorio.

In particolare potremo provvedere alle seguenti attività:

- invio di materiale pubblicitario,
- vendita diretta,
- compimento di ricerche di mercato,

⁶ La cd. catena assicurativa è il complesso tessuto di rapporti contrattuali tra le imprese di assicurazioni e numerosi soggetti (persone fisiche e giuridiche, operanti in Italia e all'estero) con i quali cooperano nel gestire un medesimo rischio assicurativo (es. società del Gruppo (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente); altri assicuratori, coassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, Società di Gestione del Risparmio, SIM, legali; periti; medici; autofficine, enti pubblici o associazioni di categoria – Per maggiori dettagli vedi la sezione Modalità di uso dei dati). Tale pluralità di rapporti è peculiare dell'attività assicurativa e necessario per la gestione dei servizi assicurativi che si articola fisiologicamente in una pluralità di "fasi" (dalla c.d. fase assuntiva a quella liquidativa) che possono interessare i soggetti appartenenti alla catena assicurativa, i quali devono necessariamente trattare i dati personali di diversi interessati (contraente, assicurato, beneficiario e, a certe condizioni, terzo danneggiato), taluni dei quali possono non entrare direttamente in contatto con l'assicurazione in sede di conclusione del contratto.

⁷ Cfr. nota 2

INFORMATIVA GENERALE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

- comunicazione commerciale di prodotti della singola Compagnia e/o delle società del Gruppo AXA Italia;
- inviti ad eventi istituzionali del Gruppo AXA.

Il consenso che le chiediamo è facoltativo. In mancanza, non vi sono effetti sull'erogazione dei servizi assicurativi, ma non potrà conoscere le nostre offerte, né partecipare alle iniziative sopra indicate.

Precisiamo inoltre che in caso di suo consenso potremo inviarle messaggi utilizzando sia strumenti tradizionali (posta e telefono) sia strumenti automatici (posta elettronica, sms, mms, fax, social media ed altri servizi di messaggistica e di comunicazione telematica) e tramite l'area web riservata, l'app a Sua disposizione, fermo restando che lei ha in ogni momento la possibilità di limitare l'effetto del suo consenso solo ad uno degli strumenti di comunicazione sopra indicati.

Potremo inoltre provvedere, sempre con il suo consenso, all'invio di materiale pubblicitario, effettuare attività di vendita diretta, compiere ricerche di mercato e comunicarle novità in merito ai prodotti e servizi forniti dai partner del nostro Gruppo.

Precisiamo che le attività di comunicazione e marketing sopra descritte potranno essere realizzate da AXA, da società appartenenti allo stesso Gruppo e dai suoi agenti e collaboratori, i quali agiranno quali responsabili ed incaricati nominati dal Titolare.

Base giuridica del trattamento: per la finalità commerciale e di marketing sopra descritta la base giuridica che legittima il trattamento è la manifestazione del consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati personali per tale specifica finalità

Modalità d' uso dei suoi dati personali

I Suoi dati personali sono trattati⁸ da AXA - titolare del trattamento - solo con modalità, strettamente necessarie per fornirLe le prestazioni, i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o previsti in Suo favore, ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche, attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati per gli stessi fini ai soggetti già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa.

Destinatari (a chi e dove sono comunicati i dati)

In AXA, i dati sono trattati da dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità alle istruzioni ricevute, per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

In particolare, secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:

- assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, Società di Gestione del Risparmio, SIM; legali; periti; medici; autofficine; centri di demolizione di autoveicoli;
- società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, tra cui centrale operativa di assistenza, società di consulenza, cliniche convenzionate; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela); società di revisione e di consulenza; società che gestiscono sistemi di informazioni creditizie ai sensi del Codice deontologico di cui all'allegato A.5 del Codice privacy; società di informazione commerciale per rischi finanziari ai sensi del Codice deontologico di cui all'allegato A.7 del Codice privacy; società di servizi per il controllo delle frodi ed il monitoraggio delle attività di distribuzione; società di recupero crediti; società che possono verificare l'accessibilità a finanziamenti per il pagamento dei premi. Si precisa che il titolare fornirà alle società che gestiscono sistemi di informazione creditizie e sistemi di informazione commerciale per rischi commerciali esclusivamente i dati personali necessari per la consultazione dei dati di tali sistemi;
- società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo: Concordato Cauzione Credito 1994, Pool Italiano per l'Assicurazione dei Rischi Atomici, Pool per l'Assicurazione R.C. Inquinamento, Consorzio per la Convenzione Indennizzo Diretto

⁸ Il trattamento può comportare le operazioni di raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.

INFORMATIVA GENERALE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(CID), Ufficio Centrale Italiano (UCI S.c.ar.l.), Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Genova, Comitato delle Compagnie di Assicurazione Marittime in Roma, Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Trieste, ANADI (Accordo Imbarcazioni e Navi da Diporto), SIC (Sindacato Italiano Corpi), Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati (CIRT), Pool Italiano per la Previdenza Assicurativa degli Handicappati; CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); ISVAP (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo) oggi IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); nonché altri soggetti, quali: UIC (Ufficio Italiano dei Cambi); Casellario Centrale Infortuni; Ministero delle infrastrutture - Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Ministero del lavoro e della previdenza sociale; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAl, INPGI, ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria; Consorzi agricole di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali; Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF; VV.UU); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia - operanti talvolta anche al di fuori dell'Unione Europea - che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa o gestionale; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. In ogni caso il **trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea** avverrà sulla base delle ipotesi previste dalla vigente normativa, tra cui l'utilizzo di regole aziendali vincolanti (cd. BCR - Binding Corporate Rules) per i trasferimenti all'interno del Gruppo AXA, l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea per i trasferimenti verso società non appartenenti al Gruppo AXA o la verifica della presenza di un giudizio di adeguatezza del sistema di protezione dei dati personali del Paese importatore dei dati.

Resta inteso che il Titolare potrà agire anche avvalendosi di società esterne specializzate, nonché di società di servizi informatici, telematici, di archiviazione e postali cui vengono affidati compiti di natura tecnica od organizzativa. Tali soggetti terzi agiranno attenendosi alle istruzioni e alle procedure di sicurezza che AXA avrà definito per tutelare pienamente la sua riservatezza.

Questi soggetti, a sua tutela, svolgeranno la funzione di "responsabile" o di "incaricato" del trattamento dei suoi dati oppure, ove la legge lo consenta, operano come distinti "titolari" del trattamento. Il consenso che le chiediamo riguarda pertanto anche l'attività di tali soggetti.

I Suoi dati personali saranno utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per effettuare le attività suddette e non verranno diffusi.

Tempo di conservazione dei dati: i dati vengono conservati per tutto il tempo necessario alla gestione del rapporto con l'interessato, fermo restando che decorsi 10 anni dalla cessazione del rapporto con il cliente si procede alla cancellazione dei dati. Per le attività di marketing in caso di manifestazione dei consensi opzionali richiesti, i dati raccolti saranno conservati per il tempo necessario coerente con le finalità di marketing (e comunque per non più di 24 mesi dalla cessazione del rapporto) e nel rispetto della correttezza e del bilanciamento fra legittimo interesse del Titolare e diritti e libertà dell'interessato.

I Suoi diritti e contatti: Lei ha il diritto di conoscere chi sono i responsabili del trattamento, accedere ai Suoi dati, farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne la limitazione e di opporsi al loro trattamento nei casi previsti dalla legge, proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali e, a far data dal 25 Maggio 2018, di richiedere la portabilità dei dati e far valere il diritto all'oblio.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, Lei può rivolgersi ad AXA Assicurazioni S.p.A. - Corso Como 17 - c.a. Data Protection Officer - 20154 Milano (MI) - e-mail: privacy@axa.it.

[Per maggiori informazioni, si invita a visitare la sezione privacy del sito web www.axa.it](http://www.axa.it)

PAGINA BIANCA



proposta di assicurazione

ATTENZIONE: Il presente documento non costituisce quietanza di pagamento e non impegna la Compagnia alla successiva accettazione ed emissione del Contratto di polizza.

La presente proposta è perfezionabile entro 60 giorni dalla sua data effetto, salvo la facoltà del proponente di revocarla in qualsiasi momento prima di tale termine.

PRODOTTO		CODICE TARIFFA		Cod. Conv	Proposta N°
Data Operazione	Tipo rapporto	Agenzia		Codice	Operatore

CONTRAENTE (Persona fisica)

Cognome		Nome		Codice Fiscale		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita		Luogo di nascita			Provincia		
Indirizzo di residenza			Comune di residenza		Provincia		C.A.P.
Nazione di residenza		Professione		Tipo Documento		N°	
Rilasciato il		Ente emittente		Luogo Emissione (Prov.)			
Nazione di Cittadinanza 1		Nazione di Cittadinanza 2 (eventuale)		Reddito ultimo disponibile <input type="checkbox"/> Fino a 50.000€ <input type="checkbox"/> Tra 50.001€ e 100.000€ <input type="checkbox"/> Superiore a 100.000€			
Settore		SAE		RAE			
ATECO			e-mail		Telefono		

CONTRAENTE (Persona giuridica)

Società/Ente		Partita IVA		Codice Fiscale			
Indirizzo di residenza			Comune di residenza		Provincia		C.A.P.
Nazione		Nazione sede legale (per società di diritto estero)		Fatturato ultimo disponibile <input type="checkbox"/> Fino a 500.000€ <input type="checkbox"/> Tra 500.001€ e 1.000.000€ <input type="checkbox"/> Superiore a 1.000.000€			
Settore		SAE		RAE			
ATECO			e-mail		Telefono		

RAPPRESENTANTE LEGALE

Cognome		Nome		Codice Fiscale		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita		Luogo di nascita			Provincia		
Indirizzo di residenza			Comune di residenza		Provincia		C.A.P.
Nazione di residenza		Nazione di Cittadinanza 1		Nazione di Cittadinanza 2 (eventuale)		Professione	
Tipo Documento		N°		Rilasciato il		Ente emittente	
				Luogo Emissione (Prov.)			

INDIRIZZO DI RECAPITO

Indirizzo		Comune		Provincia	C.A.P.	Nazione
-----------	--	--------	--	-----------	--------	---------

ESECUTORE: Tutore Legale Curatore Firmatario

Cognome		Nome		Codice Fiscale		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita		Luogo di nascita			Provincia		
Indirizzo di residenza			Comune di residenza		Provincia		C.A.P.
Nazione di residenza		Nazione di Cittadinanza 1		Nazione di Cittadinanza 2 (eventuale)		Professione	
Tipo Documento		N°		Rilasciato il		Ente emittente	
				Luogo Emissione (Prov.)			

ASSICURATO

Cognome		Nome		Codice Fiscale		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita		Luogo di nascita			Provincia		
Indirizzo di residenza			Comune di residenza		Provincia		C.A.P.
Nazione di residenza		Professione					

PRODOTTO	CODICE TARIFFA	Cod. Conv	Proposta N°
----------	----------------	-----------	-------------

DATI TECNICI DI POLIZZA

Data di Decorrenza del contratto: **Profilo:** Famiglie Single Senior TCM Basic Key Man Libero

GARANZIA "DECESSO": Capitale Assicurato Euro **Durata in anni** **Scadenza garanzia**

GARANZIA "MALATTIA GRAVE": Capitale Assicurato Euro **Durata in anni** **Scadenza garanzia**

GARANZIA "PERDITA DELL' AUTOSUFFICIENZA": Rendita mensile Assicurata Euro..... **Durata in anni**

Capitale una tantum Euro.....

Sconto sul Premio: Percentuale di Sconto sul Premio%

Frequenza dei versamenti: Mensile Trimestrale Semestrale Annuale

Premio di rata:

Euro	<i>di cui</i>	Con Sconto del%	Euro	<i>di cui</i>
- Importo netto garanzia "Decesso"	Euro		Euro	
- Importo netto garanzia "Malattia Grave"	Euro		Euro	
- Importo netto garanzia "Perdita dell'autosufficienza"	Euro		Euro	
- Sovrappremio	Euro		Euro	
- Interessi di frazionamento	Euro		Euro	
- Tasse	Euro		Euro	

Premio al perfezionamento: Euro **Euro**

(in caso di frazionamento mensile, se consentito dalla tariffa, alla sottoscrizione dovranno essere corrisposte le prime tre mensilità)

Compenso dell'Agente: Euro

(Compenso concordato con l'Agente per l'attività di consulenza e assistenza prestata, come consentito dall'art. 106 e ss. del Codice delle Assicurazioni private e relative norme di attuazione. Il presente importo è riconosciuto all'emissione della polizza e non è in alcun modo una componente del premio assicurativo, né è ad esso assimilabile)

Totale da pagare al perfezionamento: Euro **Euro**

CONDIZIONI DI SOTTOSCRIZIONE

Il Contraente:

- conferma che le informazioni contenute nella presente Proposta di Assicurazione- anche se materialmente scritte da altri - sono complete ed esatte
- dichiara di aver ricevuto il Set informativo composto da: Documento Informativo Precontrattuale (DIP), Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario, e Modulo di proposta di Assicurazione (mod. - ed.);
- dichiara di conoscere ed accettare integralmente i contenuti del predetto Set Informativo.

Il Contraente dichiara inoltre:

- di aver preso atto della revocabilità della presente Proposta di Assicurazione e della possibilità di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di conclusione dello stesso. In caso di revoca della proposta, la Compagnia restituirà al Contraente, entro 30 giorni dalla notifica della revoca, le somme eventualmente pagate dallo stesso. In caso di recesso, la Compagnia rimborserà al Contraente, entro 30 giorni dal ricevimento della relativa comunicazione, il Premio Versato al netto della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto;
- di aver preso atto che il Contratto produce i suoi effetti dalle ore 24:00 del giorno indicato dal Contraente stesso nella presente Proposta, a condizione che sia stato pagato il premio e siano stati compilati in modo completo, corretto e veritiero e sottoscritti la Proposta di Assicurazione, il Questionario per la valutazione delle richieste ed esigenze assicurative del Contratto e il Questionario Sanitario. Se il versamento del premio o della prima rata di premio è effettuato dopo la data di Decorrenza indicata nella presente Proposta, il Contratto produce i suoi effetti dalle ore 24.00 della data di pagamento del premio o della prima rata di premio, sempre che non si sia modificato alcun elemento essenziale della Proposta;
- di aver sottoscritto il Questionario per la valutazione delle richieste ed esigenze assicurative del contratto;
- di essere a conoscenza che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

L'Assicurato dichiara inoltre di sciogliere dal segreto professionale e legale i medici e gli enti ai quali la Compagnia ritenesse opportuno rivolgersi dopo l'eventuale sinistro per avere informazioni.

La presente proposta costituirà la base del contratto che la Compagnia emetterà al ricevimento della stessa. La sottoscrizione della Proposta deve essere effettuata con contestuale versamento del Premio. La Compagnia invierà al Contraente una comunicazione scritta di conferma dell'avvenuta accettazione della Proposta, con l'indicazione tra le altre cose della data di Decorrenza del Contratto: in caso contrario la presente dovrà considerarsi annullata e priva di effetto.

L'Assicurato, qualora persona diversa dal Contraente, acconsente alla stipulazione del Contratto.

Le firme apposte in calce si intendono quindi valide a tutti gli effetti per la conclusione del rapporto contrattuale.

Luogo e data	Firma dell'incaricato	Firma del Contraente/ Legale Rappresentante/Esecutore	Firma dell'Assicurato
_____	_____	_____	_____

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE ASSICURATIVE DEL CONTRATTO

L'Incaricato dichiara di aver adempiuto all'obbligo di consegna e compilazione del suddetto questionario N.

Luogo e data	Firma dell'Incaricato
_____	_____

BENEFICIARI

Beneficiari in caso di vita dell'assicurato:

- Dichiaro di non voler indicare nominativamente il Beneficiario.
 Dichiaro di non voler inviare le comunicazioni contrattuali ai beneficiari indicati in forma nominativa.

Beneficiari in caso di decesso dell'Assicurato:

- Dichiaro di non voler indicare nominativamente il Beneficiario.
 E' presente un beneficiario disabile ai sensi della Legge 104/92? SI NO

VINCOLO

La polizza dovrà essere vincolata? (Se sì, specificare l'esatta denominazione del Vincolatario e indirizzo completo)

 SI NO

Avvertenza: in caso di mancata compilazione degli spazi dedicati alla designazione dei beneficiari in forma nominativa, l'impresa potrà incontrare, al decesso dell'assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari. La modifica o revoca di questi ultimi deve essere comunicata all'impresa.

REFERENTE TERZO

REFERENTE TERZO (da compilare qualora il Contraente manifesti esigenze specifiche di riservatezza)

Cognome e Nome/Denominazione Sociale		Codice Fiscale/P. IVA	
Indirizzo di recapito		Comune	Provincia C.A.P.
Nazione	e-mail	Numero Telefono	

BENEFICIARI**BENEFICIARIO CASO VITA**

Cognome/Denominazione Sociale		Nome	Codice Fiscale/P. IVA		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data di nascita	Luogo di nascita		Provincia		
Indirizzo di recapito/Sede legale		Comune	Provincia	C.A.P.	
Nazione	e-mail	Numero Telefono	% di Ripartizione della Prestazione		

BENEFICIARIO CASO MORTE

Cognome/Denominazione Sociale		Nome	Codice Fiscale/P. IVA		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data di nascita	Luogo di nascita		Provincia		
Indirizzo di recapito		Comune	Provincia	C.A.P.	
Nazione	e-mail	Numero Telefono	% di Ripartizione della Prestazione		

PRODOTTO	CODICE TARIFFA	Cod. Conv	Proposta N°
Contraente (cognome e nome)		Assicurato (cognome e nome)	

RACCOLTA DI INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni che seguono costituiscono la base del contratto che verrà emesso dalla Compagnia. È quindi necessario rispondere con cura e completezza a tutte le domande. Si ricorda che le dichiarazioni inesatte possono compromettere l'efficacia della garanzia assicurativa. **Per la sottoscrizione del presente Contratto è richiesto il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica.**

Gli Assicurati con età non superiore a 60 anni che hanno scelto il profilo TCM BASIC di AXA Assicurazioni Tutta la Vita con capitale assicurato pari a 35.000 € e 5 anni di durata possono limitarsi alla sottoscrizione della "Dichiarazione di buono stato di salute dell'Assicurato." Gli Assicurati con capitale assicurato non superiore a € 300.000 per copertura assicurativa caso morte o "malattia grave" ed età non superiore a 60 anni e gli Assicurati che hanno scelto la sola garanzia "Perdita dell'autosufficienza" possono limitarsi alla compilazione del "Questionario sanitario".

A. È fumatore? SÌ NO
(per non fumatore si intende chi non fuma nemmeno sporadicamente da più di 12 mesi sigarette, sigari, pipe o sigarette elettroniche)

B. Intende sottoporsi a visita medica per eliminare il periodo di carenza previsto dalle Condizioni Contrattuali e/o allegare il referto del test HIV per eliminare la carenza relativa? (specificare quale:.....) SÌ NO

C. DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO (solo per profilo TCM BASIC)

Dichiaro che:

1. nel corso degli ultimi 10 anni non ho mai avuto sintomi e non ho mai ricevuto una diagnosi, non sto effettuando e non ho in programma di effettuare accertamenti per disturbi al cuore, ai polmoni, per disturbi circolatori, per ipertensione, ictus, diabete, disturbi al rene, fegato, disturbi neurologici, infezione da HIV o l'AIDS, epatite B o C, cancro, melanoma, tumore/grumi/polipi di qualsiasi dimensione o tipo;

2. nel corso degli ultimi 2 anni non sono mai stato ricoverato in case di cura o ospedali per più di 7 giorni consecutivi.

Luogo e data

Firma dell'incaricato

Legale Rappresentante/Esecutore

Firma dell'Assicurato

D. QUESTIONARIO SANITARIO

1. Altezza (cm):

2. Peso (kg):

3. Attività extraprofessionali o sportive:
(inserire "Nessuna" se non effettuate)

4. Le è mai stata rifiutata o rinviata una copertura assicurativa per caso morte o malattia grave, o accettata con un sovrappremio o con la previsione di esclusione a causa di problemi di salute? SÌ NO

5. Beneficia di una pensione di invalidità o inabilità o ne ha mai fatto richiesta o ha mai avuto un sinistro per invalidità, infortunio o malattie gravi? SÌ NO

6. È attualmente impegnato o ha intenzione di impegnarsi in qualsiasi sport o attività pericolose o aviatorie? SÌ NO

7. Le è mai stato consigliato di sottoporsi o si è mai sottoposto a trattamenti medici per patologie o disturbi relativi a:
(specificare quale e inserire nelle Note maggiori dettagli)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> AIDS o HIV | <input type="checkbox"/> Orecchie, naso, gola o bocca |
| <input type="checkbox"/> Allergie o disturbi del sistema immunitario | <input type="checkbox"/> Occhi |
| <input type="checkbox"/> Vescica, reni, prostata o tratto urinario | <input type="checkbox"/> Cuore, vene o vasi sanguigni |
| <input type="checkbox"/> Sangue | <input type="checkbox"/> Epatite |
| <input type="checkbox"/> Ossa, articolazioni, muscoli o tessuto connettivo | <input type="checkbox"/> Ormoni, ghiandole o metabolismo |
| <input type="checkbox"/> Cervello, midollo spinale o neuropatie | <input type="checkbox"/> Infezioni o virus |
| <input type="checkbox"/> Polmoni o respirazione | <input type="checkbox"/> Infortuni o avvelenamenti |
| <input type="checkbox"/> Carcinoma, melanoma, cisti, tumore, crescita anomala o nodulo | <input type="checkbox"/> Intestino, esofago o stomaco |
| <input type="checkbox"/> Ictus cerebrale o accidente cerebrovascolare | <input type="checkbox"/> Fegato, dotto biliare o colecisti |
| <input type="checkbox"/> Attacco ischemico transitorio (TIA) | <input type="checkbox"/> Alterazioni psicologiche, mentali, comportamentali o emotive |
| <input type="checkbox"/> Diabete | <input type="checkbox"/> Altra patologia o disturbo |
| <input type="checkbox"/> Dipendenza da droga o da alcool | <input type="checkbox"/> Nessuna |

8. Nella sua famiglia (padre, madre, fratello o sorella) è mai stata diagnostica, prima dei 60 anni, una delle seguenti malattie: cancro, infarto, ictus, malattia di Huntington, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson o qualsiasi altra malattia ereditaria? SÌ NO

9. Ha programmato di effettuare, sta effettuando o le è mai stato consigliato di effettuare un trattamento medico per problemi di salute oppure attende dei risultati di analisi o test medici? SÌ NO

10. Si è sottoposto negli ultimi 5 anni o è in procinto di sottoporsi a qualsiasi intervento chirurgico? SÌ NO

11. Si è sottoposto negli ultimi 5 anni o è in procinto di sottoporsi a terapie di durata superiore a 3 settimane per affezioni diverse da ipertensione, ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia, menopausa, allergie, terapia anticoncezionale, terapie preventive? SÌ NO
(solo per garanzia Long Term Care)

12. Beneficia di esenzione totale dal ticket sanitario in ragione di patologie croniche e/o rare oppure ha fatto richiesta per ottenerla? SÌ NO
(solo per garanzia Long Term Care)

13. A prescindere dalle condizioni di cui ai precedenti punti, le sono stati mai prescritti farmaci da un medico o altro operatore sanitario per un periodo superiore a 5 giorni (ad eccezione dei normali raffreddori, influenze, o patologie di simile entità)? SÌ NO

Note in caso di risposte positive al questionario sanitario

AWERTENZE:

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- Prima della sottoscrizione l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può richiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute con evidenza del costo a suo carico.

Luogo e data

Firma dell'incaricato

Firma del Contraente/
Legale Rappresentante/Esecutore

Firma dell'Assicurato

PRODOTTO	CODICE TARIFFA	Cod. Conv	Proposta N°
----------	----------------	-----------	-------------

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Prima di fornire i suoi consensi, La invitiamo a leggere attentamente l'informativa Privacy consegnata, disponibile anche nella sezione Privacy del sito www.axa.it.

Finalità assicurative descritte alla lettera A) dell'Informativa Privacy

acconsento al trattamento dei dati personali, comuni e sensibili, per le finalità assicurative e a tal fine sottoscrivo il modulo per esprimere questo consenso in forma scritta.

Nome e Cognome
 Contraente/Legale Rappresentante _____ data e firma _____

Nome e Cognome Assicurato _____ data e firma _____

Finalità di marketing descritte alla lettera B) dell'Informativa Privacy

1) Attività promozionali e di vendita di prodotti e/o servizi AXA e di società appartenenti allo stesso Gruppo SI NO

2) Ricerche di mercato e rilevazioni statistiche relative a prodotti e/o servizi di AXA e di società appartenenti allo stesso Gruppo, e di rilevazioni sulle mie esigenze relativamente a tali prodotti e/o servizi SI NO

3) Attività promozionali, di vendita e ricerche di mercato di prodotti e servizi di società partner SI NO

Nome e Cognome
 Contraente/Legale Rappresentante _____ data e firma _____

MODALITA' DI PAGAMENTO DEI PREMI

I mezzi di pagamento ammessi sono i seguenti:

- assegno (circolare, bancario o postale) o vaglia (cambiarario, postale o telegrafico), sempre intestato ad AXA Assicurazioni S.p.A. ovvero all'Intermediario ("in qualità di Agente di AXA Assicurazioni S.p.A.") e munito di clausola di non trasferibilità, accettato salvo buon fine;
- bonifico (bancario domestico, estero o postale) per il quale occorre indicare nella causale del bonifico il n° di polizza (se non conosciuto, il n° di proposta), senza spazi;
- bollettino postale da utilizzarsi secondo le modalità previste dalla legge intestato ad AXA Assicurazioni S.p.A. ovvero all'Intermediario ("in qualità di Agente di AXA Assicurazioni S.p.A.");
- moneta elettronica (carta di credito, carta di debito, POS -bancomat-).

Non è consentito per questo tipo di polizza effettuare pagamenti in contanti (banconote e monete metalliche).

ATTENZIONE: Il presente documento non costituisce quietanza di pagamento e non impegna la Compagnia alla successiva accettazione ed emissione del contratto di polizza

AUTORIZZAZIONE DI ADEBITO SU CONTO CORRENTE delle DISPOSIZIONI SEPA DIRECT DEBIT - Importo Prefissato

<table border="1"> <tr><td colspan="13">CODICE MANDATO</td></tr> <tr><td colspan="13"> </td></tr> <tr><td colspan="13">NOME E COGNOME DEL CONTRAENTE</td></tr> <tr><td colspan="13"> </td></tr> <tr><td colspan="13">CODICE FISCALE DEL CONTRAENTE</td></tr> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> <tr><td colspan="13">NUMERO DELLA PRESENTE PROPOSTA</td></tr> <tr><td colspan="13"> </td></tr> <tr><td colspan="13">CODICE IDENTIFICATIVO CREDITORE</td></tr> <tr> <td>I</td><td>T</td><td>8</td><td>7</td><td>Y</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>9</td><td>0</td><td>2</td><td>1</td><td>7</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>8</td> </tr> </table>	CODICE MANDATO																										NOME E COGNOME DEL CONTRAENTE																										CODICE FISCALE DEL CONTRAENTE																										NUMERO DELLA PRESENTE PROPOSTA																										CODICE IDENTIFICATIVO CREDITORE													I	T	8	7	Y	0	1	0	0	0	0	0	0	9	0	2	1	7	0	0	1	8	<table border="1"> <tr><td colspan="20">INTESTAZIONE DEL CONTO CORRENTE</td></tr> <tr><td colspan="20"> </td></tr> <tr><td colspan="20">Cognome</td></tr> <tr><td colspan="20">Nome</td></tr> <tr><td colspan="20">Indirizzo</td></tr> <tr><td colspan="15">Comune</td><td colspan="5">CAP.....</td></tr> <tr><td colspan="20"> </td></tr> <tr><td colspan="20">IBAN DEL CONTO DA ADEBITARE</td></tr> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table>	INTESTAZIONE DEL CONTO CORRENTE																																								Cognome																				Nome																				Indirizzo																				Comune															CAP.....																									IBAN DEL CONTO DA ADEBITARE																																									
CODICE MANDATO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
NOME E COGNOME DEL CONTRAENTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
CODICE FISCALE DEL CONTRAENTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
NUMERO DELLA PRESENTE PROPOSTA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
CODICE IDENTIFICATIVO CREDITORE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
I	T	8	7	Y	0	1	0	0	0	0	0	0	9	0	2	1	7	0	0	1	8																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
INTESTAZIONE DEL CONTO CORRENTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Cognome																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Nome																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Indirizzo																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Comune															CAP.....																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
IBAN DEL CONTO DA ADEBITARE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		

Il sottoscritto autorizza:

- l'Azienda di Credito ad eseguire il versamento periodico, addebitando il conto sopraindicato
- AXA Assicurazioni a disporre in via continuativa

di operazioni SDD ad importo prefissato pari a Euro _____ e prende atto che, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 11/2010, non sussiste la condizione di esercitare il diritto di rimborso dell'addebito, ferma restando la possibilità di chiedere alla propria azienda di Credito di revocare l'operazione fino alla data in cui il pagamento è dovuto.

Si precisa che l'importo del presente mandato è stato arrotondato all'unità superiore per esigenze gestionali. L'effettivo addebito sarà in ogni caso pari al premio di rata di polizza.

Firma _____

Nota: I diritti del debitore, sottoscrittore del presente mandato e riguardanti l'autorizzazione sopra riportata, sono indicati nella documentazione ottenibile dall'Azienda di Credito.

axa.it

Mod. 4806 - ed. gennaio 2019

AXA Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Corso Como 17, 20154 Milano - Italia
Tel. (+39) 02 480841 - Fax (+39) 02 48084331 - PEC: axaassicurazioni@axa.legalmail.it

Capitale Sociale € 211.168.625 interamente versato - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano C. F. n. 00902170018 - P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967 -
Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311 - Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU ai sensi dell'art. 2497 bis C.C. - Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00025 -
Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria,
del commercio e dell'artigianato del 31 dicembre 1935 - (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83)