

Assicurazione sulla vita a prestazioni rivalutabili, unit linked e coperture complementari di puro rischio

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

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



Prodotto: IoDomani

Contratto multiramo (Ramo I e Ramo III)

Edizione I : 1 Gennaio 2019

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

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

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: relazioniesterne@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: relazioniesterne@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 € 322 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 144%. 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 - SFCR) è possibile consultare il sito: <https://corporate.axa.it/axa-italia-chi-siamo>.

Al contratto si applica la legge italiana



Quali sono le prestazioni?

Prestazioni assicurative

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- Prestazioni in caso di vita dell'assicurato** (garanzia principale)
In caso di richiesta di riscatto totale e/o parziale, è prevista l'erogazione di un capitale che si ottiene dal disinvestimento delle attività attribuite alla polizza e collegate ai Fondi interni e alla Gestione Separata, dedotta una penale di riscatto.
- Prestazioni in caso di decesso dell'assicurato** (garanzia principale)

In caso di decesso dell'Assicurato, è prevista l'erogazione di un capitale che si ottiene dal disinvestimento delle attività attribuite alla polizza e collegate alla Gestione Separata e ai Fondi interni, quest'ultime maggiorate di un ulteriore importo pari allo 0,10% del controvalore delle quote dei Fondi stessi fino ad un massimo di 5.000 Euro.

c) **Coperture complementari** (garanzie complementari)

Il Contraente, al momento della sottoscrizione del Contratto, ha il vincolo di optare per almeno una delle seguenti Garanzie Complementari di Puro rischio contrattualmente previste:

- **Garanzia temporanea caso morte:** la prestazione prevista consiste nell'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. Il valore del Capitale Assicurato, indicato in Polizza, è costante per tutta la durata della Garanzia e non può essere inferiore a 35.000,00 Euro.
- **Garanzia malattie gravi:** è prevista la corresponsione all'Assicurato di un capitale qualora, nel corso della durata scelta al momento della sottoscrizione, sia diagnosticata all'Assicurato stesso una "malattia grave" (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). Il valore del Capitale Assicurato, indicato in Polizza, è costante per tutta la durata della copertura e non può essere inferiore a 35.000,00 Euro.
- **Garanzia perdita di autosufficienza:** in caso di perdita di autosufficienza è prevista l'erogazione a favore dell'Assicurato di una rendita mensile per un periodo di 10 anni nel caso in cui l'Assicurato stesso sia in vita e 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 Rendita mensile assicurabile è compresa tra 500,00 Euro e 2.500,00 Euro (a multipli di 100,00 Euro).
- **Garanzia per il caso di decesso da infortunio:** tale garanzia sarà automaticamente abbinata al contratto in caso di non assicurabilità delle altre garanzie complementari e prevede l'erogazione di un capitale a favore dei beneficiari nei limiti della durata della garanzia. Il Capitale Assicurato è indicato in Polizza, è costante per tutta la durata della Garanzia, ed è pari al Premio Unico versato per la Garanzia Principale, con un massimo di 100.000,00 Euro.

Opzioni contrattuali

Trascorsi 6 mesi dalla data di Decorrenza del Contratto, il Contraente potrà variare la composizione degli investimenti effettuati, riallocando totalmente o parzialmente gli stessi tra la Gestione Interna Separata ed i Fondi Assicurativi Interni, in base ai seguenti limiti:

- nel caso in cui il Contraente abbia optato per uno dei tre profili predefiniti di investimento dei premi, gli switch saranno consentiti esclusivamente tra profili, ovvero trasferendo l'intero controvalore di polizza verso nuovo profilo prescelto (variazione piano di investimento);
- nel caso in cui il Contraente abbia aderito al profilo "IoDomani Scelgo", gli switch saranno consentiti tra i Fondi Interni e la Gestione Separata, sempre nel rispetto dei limiti di investimento previsti dal profilo stesso. A seguito dell'operazione di switch è necessario che permanga l'investimento nella Gestione Separata e in almeno un Fondo Unit per un importo minimo su ciascun Fondo attivo e per la Gestione Separata pari ad euro 500.

Il contratto prevede la facoltà di effettuare versamenti aggiuntivi in qualsiasi momento della durata contrattuale.

Fondi Assicurativi Interni e Gestione Interna Separata

Le prestazioni di cui sopra sono collegate, in base all'allocazione del premio come descritto alla sezione "Quando e come devo pagare?", ai risultati della Gestione Interna Separata GESTIRIV e al valore di attivi contenuti nei seguenti Fondi Assicurativi Interni: DM Volcap 8%; DM Volcap 5%; DM Volcap 3%; DM Global Income.

Il regolamento della Gestione Interna Separata ed il regolamento di gestione dei Fondi Assicurativi Interni sono disponibili al sito internet <https://www.axa.it/iodomani>.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Garanzia temporanea caso morte (garanzia complementare)

Sono previste esclusioni dalla copertura assicurativa nei seguenti casi:

- dolo del Contraente e/o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, fatti di guerra, tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato
- 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;

- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- 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)

Garanzia malattie gravi (garanzia complementare)

Sono previste esclusioni dalla copertura assicurativa nei seguenti casi:

- 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 che pratica attività 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;
- partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci, tentato suicidio;
- negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione 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;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- 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 - e 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 all'Assicurato.

Garanzia perdita di autosufficienza (garanzia complementare)

Sono previste esclusioni dalla copertura assicurativa nei seguenti casi:

- 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;
- attività dolosa dell'Assicurato, anche a titolo di concorso in delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci, tentato suicidio;
- 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;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- 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 - e 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 all'Assicurato.

Garanzia in caso di decesso da infortunio (garanzia complementare)

La garanzia non comprende infortuni derivanti da:

- dolo del Contraente o del Beneficiario e partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato, atti di terrorismo;
- incidente 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 trovi nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- abuso di alcoolici e psicofarmaci o uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- atto intenzionale dell'Assicurato e conseguenze di un tentativo di suicidio;
- ernie, infarti e altre manifestazioni tromboemboliche salvo siano imputabili a fatti traumatici;
- movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni ed eruzioni vulcaniche;
- trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze dell'infortunio che si concretizzano nella sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o le infezioni da HIV.
- pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai (salvo in quest'ultimo caso, nelle aree appositamente attrezzate per la pratica dello sci), free-climbing, salto dal trampolino con sci o idrosci, guidoslitta, immersioni con autorespiratore, speleologia, discese su rapide, bungee-jumping, paracadutismo, deltaplano e sport aerei in genere, equitazioni, sci acrobatico, bob, rugby;
- partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche e ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo, guida e uso di veicoli o natanti a motore nella partecipazione a gare e corse (e relative prove), salvo che si tratti di regolarità pura;
- interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.



Ci sono limiti di copertura?

Garanzia temporanea caso morte (garanzia complementare)

La presente garanzia viene stipulata 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. 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 dall'Impresa.

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:

- 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;
- 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.

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 dell'Impresa 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.

Garanzia malattie gravi (garanzia complementare)

Nel caso in cui la Garanzia sia stata sottoscritta con la compilazione del solo questionario sullo stato di salute e sulla condizione professionale ed extra-professionale dell'assicurato, operano le seguenti condizioni di Carenza:

- nel caso di Infarto, Cancro, Ictus e CABS, si applica una Carenza pari a 180 giorni dalla data di decorrenza del Contratto;
- 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 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:

- nel caso di Infarto, Cancro, Ictus e CABS, si applica una Carenza pari a 90 giorni dalla data di decorrenza del Contratto;
- 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 primo punto dell'elenco 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.

Garanzia perdita di autosufficienza (garanzia complementare)

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

- 3 anni dalla data di decorrenza 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 premi versati relativi alla copertura in caso di non autosufficienza al netto dei costi. La copertura assicurativa decade e il Contratto rimane in vigore per le restanti garanzie scelte.

Garanzia in caso di decesso da infortunio (garanzia complementare)

Non sono previste limitazioni per questo particolare tipo di copertura assicurativa.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia

La Compagnia provvederà alla liquidazione delle prestazioni dovute previa ricezione di tutti i documenti necessari per dar corso alla liquidazione.

La richiesta di pagamento dovrà pervenire per iscritto alla Compagnia. 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 in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

Caso di decesso dell'Assicurato

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;
- relazione medica sulle cause del decesso;
- normativa e consenso privacy;

- 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 revoche 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).

Caso di sinistro "malattia grave"

Nel caso sia diagnosticata all'Assicurato una "malattia grave", 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.

Caso di perdita di autosufficienza

Qualora sopravvenga uno stato di Non Autosufficienza, 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.

Caso di decesso da infortunio

Fermo restando quanto stabilito per il caso di decesso dell'assicurato, in caso di decesso da infortunio, alla denuncia deve essere inoltre allegata la 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, è possibile trasmettere una autorizzazione finalizzata a presentare la richiesta di documentazione direttamente a terzi.

	<p>Prescrizione</p> <p>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. 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 al fondo "depositi dormienti".</p> <p>Erogazione della prestazione</p> <p>La Compagnia provvederà alla liquidazione delle prestazioni dovute, entro trenta giorni dalla data di ricevimento della relativa richiesta corredata di tutta la documentazione prevista.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>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. L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.</p> <p>Antiriciclaggio</p> <p>Il Contraente è tenuto a fornire alla Compagnia tutte le informazioni necessarie al fine dell'assolvimento dell'adeguata verifica ai fini antiriciclaggio. Qualora la Compagnia, in ragione della mancata collaborazione del Contraente, non sia in grado di portare a compimento l'adeguata verifica, la stessa non potrà concludere il Contratto o dovrà porre fine allo stesso. Qualora ciò avvenga in corso di Contratto troveranno applicazione i costi previsti. In tali ipotesi le somme dovute al Contraente dovranno essere allo stesso versate mediante bonifico a valere un conto corrente intestato al Contraente stesso. In tale ipotesi il trasferimento dei fondi sarà accompagnato da un messaggio che indica alla controparte bancaria che le somme sono versate al Contraente per l'impossibilità di rispettare gli obblighi di adeguata verifica della clientela stabiliti dalla citata normativa antiriciclaggio.</p> <p>FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) e CRS (Common Standard Reporting)</p> <p>La normativa denominata rispettivamente FATCA (Intergovernmental Agreement sottoscritto tra Italia e Stati Uniti in data 10 gennaio 2014 e Legge n. 95 del 18 giugno 2015) e CRS (Decreto Ministeriale del 28 dicembre 2015) impone agli operatori commerciali, al fine di contrastare la frode fiscale e l'evasione fiscale transfrontaliera, di eseguire la puntuale identificazione della propria clientela al fine di determinarne l'effettivo status di contribuente estero. I dati anagrafici e patrimoniali dei clienti identificati come fiscalmente residenti negli USA e/o in uno o più Paesi aderenti al CRS, dovranno essere trasmessi all'autorità fiscale locale, tramite l'Agenzia delle Entrate.</p> <p>L'identificazione avviene in fase di stipula del contratto e deve essere ripetuta in caso di cambiamento delle condizioni originarie durante tutta la sua durata, mediante l'acquisizione di autocertificazione rilasciata dai clienti.</p> <p>Ogni Contraente è tenuto a comunicare tempestivamente eventuali variazioni rispetto a quanto dichiarato o rilevato in fase di sottoscrizione del contratto di assicurazione.</p> <p>La Società si riserva inoltre di verificare i dati raccolti e di richiedere ulteriori informazioni.</p> <p>In caso di autocertificazione che risulti compilata parzialmente o in maniera errata, nonché in caso di mancata/non corretta comunicazione dei propri dati anagrafici, la società, qualora abbia rilevato indizi di americanità e/o residenze fiscali estere nelle informazioni in suo possesso, assocerà al cliente la condizione di contribuente estero, provvedendo alla comunicazione dovuta.</p>

 <p>Quando e come devo pagare?</p>	
<p>Premio</p>	<p>IoDomani prevede il versamento di un Premio Unico e di eventuali Versamenti Integrativi relativi alla Garanzia Principale, e di Premi Annuari variabili in funzione delle Garanzie Complementari sottoscritte.</p> <p>Premio Unico e Versamenti Integrativi</p> <p>IoDomani prevede il versamento di un Premio Unico (premio iniziale) il cui importo minimo non potrà essere inferiore a 50.000,00 Euro e superiore a 5.000.000,00 Euro. Nell'ambito di specifiche campagne commerciali promosse dalla Compagnia, la sottoscrizione del presente Contratto potrà essere consentita per un importo di premio inferiore alla soglia minima di cui sopra.</p>

Il Premio Unico deve essere versato dal Contraente alla Compagnia in via anticipata all'atto della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione.

All'atto della sottoscrizione, il Contraente potrà optare per uno dei tre profili di investimento predefiniti, che ripartiscono i premi investiti in percentuali predefinite tra Gestione Separata e Fondi interni. I profili disponibili sono i seguenti:

Fondo	Profilo "IoDomani Voglio"	Profilo "IoDomani Posso"	Profilo "IoDomani Difendo"
DM Volcap 8%	70%	-	-
DM Volcap 5%	-	70%	-
DM Volcap 3%	-	-	60%
Gestione Separata	30%	30%	40%

In alternativa il Contraente all'atto della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, potrà scegliere di ripartire liberamente il Premio Unico e gli eventuali versamenti aggiuntivi tra i Fondi a disposizione aderendo al profilo "IoDomani Scelgo". In tal caso nella Gestione Interna Separata non potrà essere investita una percentuale superiore al 25% e inferiore al 10% del Premio Unico versato. Qualora si investa contemporaneamente su più Fondi Assicurativi Interni, è prevista una percentuale minima di investimento del 10% per ognuno di essi.

Rientra nella piena facoltà del Contraente effettuare Versamenti Integrativi in qualsiasi momento durante la vita del Contratto. Tali versamenti, il cui importo minimo non potrà essere inferiore a 1.000,00 Euro, devono essere corrisposti all'atto della sottoscrizione del relativo modulo, disponibile presso l'Intermediario. In ogni caso la somma dei premi versati (Premio Unico ed eventuali Versamenti Integrativi) non potrà essere superiore a 5.000.000,00 Euro.

L'allocatione dei versamenti integrativi coinciderà con la ripartizione scelta alla sottoscrizione del Contratto o con la ripartizione risultante dopo l'eventuale Switch effettuato.

Premi annui relativi alle garanzie complementari

Ciascuna delle Garanzie Complementari precedentemente elencate è prestata dietro corresponsione di un Premio Annuo costante calcolato in base alla prestazione assicurata, all'età, alla professione, all'attività sportiva o extra-professionale svolta, allo stato di salute, allo stato di fumatore o non fumatore dell'assicurato nonché in base alla durata delle garanzie scelte. Il Premio Annuo definitivo sarà costituito dalla somma dei premi delle Garanzie Complementari scelte.

Il premio delle Garanzie Complementari è pagato con cadenza annuale e non può essere frazionato. In ogni caso, la prima annualità di premio deve essere pagata in aggiunta al Premio Unico iniziale versato alla sottoscrizione del Contratto. Dalla seconda annualità e per l'intera durata di ciascuna delle Garanzie Complementari, il Premio Annuo sarà pagato a ciascuna ricorrenza di polizza mediante prelievo automatico dal capitale investito nella Gestione Separata.

Con riferimento alle garanzie in caso di "malattia grave" e di "perdita dell'autosufficienza", il diritto alla riscossione del premio da parte della Compagnia si sospende al ricevimento delle rispettive denunce di sinistro. La Compagnia si riserva inoltre la facoltà di modificare l'importo del premio relativo alle garanzie "Malattie Gravi" e "Perdita di Autosufficienza" in caso di revisione delle basi tecniche.

Modalità di pagamento

Il pagamento dei Premi (ad eccezione dei Premi Anni successivi al primo, automaticamente prelevati dal Fondo a Gestione Separata a copertura delle Garanzie Complementari) dovrà essere effettuato utilizzando esclusivamente i seguenti mezzi di pagamento secondo le modalità di seguito precisate:

- 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).

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>Prestazioni in caso di vita / decesso dell'assicurato (garanzie principali)</p> <p>Il Contratto è a Vita Intera. La Durata è quindi l'arco di tempo che intercorre tra la data di Decorrenza ed il decesso dell'Assicurato o la data in cui è richiesto il Riscatto Totale.</p> <p>Garanzia temporanea caso Morte (garanzia complementare)</p> <p>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 della copertura. In caso di Riscatto totale del Contratto, le coperture prestate dalle Garanzie Complementari prescelte decadranno alla scadenza della successiva annualità di Polizza.</p> <p>Garanzia malattie gravi (garanzia complementare)</p> <p>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. In caso di Riscatto totale del contratto, le coperture prestate dalle Garanzie complementari prescelte decadranno alla scadenza della successiva annualità di Polizza.</p> <p>Garanzia perdita di autosufficienza (garanzia complementare)</p> <p>La presente copertura complementare è a vita intera, pertanto la Durata coincide con la vita dell'Assicurato. In caso di Riscatto totale del contratto, le coperture prestate dalle Garanzie Complementari prescelte decadranno alla scadenza della successiva annualità di Polizza.</p> <p>Garanzia in caso di decesso da infortunio (garanzia complementare)</p> <p>La Durata della copertura coincide con la differenza tra 95 anni e l'età dell'Assicurato alla Data di Decorrenza del Contratto. La Scadenza coincide con la ricorrenza di Polizza successiva al compimento dei 95 anni dell'Assicurato. In caso di Riscatto totale del Contratto, la copertura prestata dalla Garanzia Decesso da Infortunio decadrà alla scadenza della successiva annualità di Polizza.</p>
Sospensione	<p>In caso di mancato pagamento dei premi a seguito di incapacità della Gestione separata, le coperture complementari optate cessano ed i premi versati restano acquisiti da AXA Assicurazioni a fronte delle coperture assicurative prestate e nulla più sarà dovuto dalla Compagnia. È consentito riprendere il pagamento della rata di premio delle Garanzie Complementari entro sei mesi dalla Data di Scadenza della stessa.</p> <p>Trascorsi sei mesi dalla predetta scadenza e entro dieci mesi, la riattivazione può avvenire 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.</p> <p>Trascorsi dieci 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 Contrattuale prima della conclusione del Contratto.</p> <p>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-) anche tramite l'Intermediario.</p> <p>Entro trenta giorni dalla data di ricevimento della comunicazione relativa alla richiesta di Revoca, la Società restituirà al Contraente l'intero Premio eventualmente già corrisposto.</p>
Recesso	<p>Il Contraente ha diritto di recedere dal Contratto entro trenta giorni dalla Conclusione dello stesso.</p> <p>Il Recesso deve essere comunicato per iscritto, precisando gli estremi identificativi della polizza, ed indirizzata alla Compagnia (rif. Ufficio "Contabilità Tecnica - Front Office Agenzie", Corso Marconi 10 - 10125 Torino –TO-) anche tramite l'Intermediario.</p> <p>La Compagnia rimborserà, entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta di Recesso, il Premio Versato, maggiorato o diminuito, per quanto riguarda la parte investita in Fondi Assicurativi Interni, della differenza fra il valore di mercato delle Quote dei Fondi Assicurativi Interni prescelti alla Data di Disinvestimento ed il valore delle stesse alla data di decorrenza degli effetti contrattuali. La Data di Disinvestimento sarà il primo giovedì successivo alla data di ricevimento, da parte della Compagnia, della richiesta di Recesso. Nel caso in cui la Compagnia riceva tale richiesta di giovedì, il calcolo sarà effettuato ai valori del giovedì della settimana successiva.</p>
Risoluzione	<p>In caso di mancato pagamento dei premi a seguito di incapacienza della Gestione separata, le coperture complementari optate cessano ed i premi versati restano acquisiti da AXA Assicurazioni a fronte delle coperture assicurative prestate e nulla più sarà dovuto dalla Compagnia.</p>



A chi è rivolto questo prodotto?

Non ci sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto previsto nel KID.



Quali costi devo sostenere?

Per l'informativa dettagliata sui costi fare riferimento alle indicazioni del KID. In aggiunta rispetto alle informazioni del KID, si riportano i seguenti costi a carico del contraente.

Costi per riscatto

Sulle richieste di riscatto verrà applicata una Penalità percentuale variabile in funzione degli anni trascorsi dalla data di Decorrenza del Contratto, con un minimo di una penale fissa di 25,00 Euro:

Anno di richiesta del Riscatto Totale e/o Parziale	Penalità di Riscatto
1° anno	3,00%
2°anno	2,00%
3°anno	1,00%
Dal 4°anno	25.00 €

Si precisa che la Penalità di Riscatto pari a 25,00 Euro anno verrà interamente applicata al Controvalore delle quote dei Fondi Assicurativi Interni possedute alla data del Disinvestimento. In particolare verrà prelevato un numero di Quote il cui controvalore coincide con il costo applicato.

Costi per l'erogazione della rendita (esclusivamente per il caso di perdita di autosufficienza)

Le spese di erogazione della rendita in caso di perdita dell'autosufficienza dell'Assicurato sono calcolate come indicato nella seguente tabella:

Tipologia	Importo	Periodicità di prelievo	Modalità di prelievo
Costo per erogazione rendita	5,00%	Su ciascun premio	Compreso nel premio annuo

Costi d'intermediazione

Di seguito è riportata la quota parte percepita in media dagli intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto:

Quota parte percepita in media dagli intermediari	
Gestione Interna Separata GESTIRIV	36,00%
DM Volcap8%	33,00%
DM Volcap5%	32,00%
DM Volcap3%	29,00%
DM Global Income	30,00%
Coperture Complementari	37,00%



Quali sono i rischi e qual è il potenziale rendimento?

Prestazione caso vita / caso morte:

- Sui Premi Investiti nella Gestione Interna Separata "GESTIRIV" la Compagnia offre il consolidamento annuo delle prestazioni assicurate e la garanzia del Capitale Assicurato investito nella suddetta Gestione Interna Separata. Non sono previste garanzie di rendimento. Le rivalutazioni annuali operate, sia sulla base del rendimento minimo garantito che in funzione del maggior rendimento riconosciuto, si consolidano annualmente e sono definitivamente acquisite dal contratto, fintantoché il Capitale Assicurato resta investito nella Gestione Separata.
Relativamente alle somme investite nei Fondi Assicurativi Interni, la Compagnia non presta alcuna garanzia di rendimento minimo o di conservazione del capitale. Il Contratto non prevede alcun valore minimo garantito dalla Compagnia. Pertanto, la prestazione in caso di Riscatto (prestazione caso vita) o la prestazione in caso di morte potrebbe risultare inferiore ai Premi Versati.
- I premi netti sono rivalutati al 31/12 di ciascun anno, in funzione del rendimento finanziario conseguito dalla Gestione Separata GESTIRIV e calcolato dalla Compagnia sui dodici mesi conclusi al terzo mese antecedente la ricorrenza annuale fissata al 31/12. Il tasso annuo di rivalutazione riconosciuto annualmente al contratto, è ottenuto sottraendo dal rendimento finanziario di cui sopra, una commissione variabile.

Garanzie Complementari:

- Con riferimento alle Garanzie Complementari il Contratto non prevede alcuna partecipazione agli utili.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Valori di riscatto e riduzione

Il riscatto totale e parziale può essere richiesto dal Contraente in qualsiasi momento.

Il valore di Riscatto, Parziale o Totale, si ottiene sommando il Capitale Assicurato investito e rivalutato nella Gestione Interna Separata e/o il controvalore delle Quote dei Fondi Assicurativi Interni alla Data di Disinvestimento, ossia il primo giovedì successivo al ricevimento da parte della Compagnia della richiesta di Riscatto corredata della relativa documentazione, al netto della Penalità di Riscatto definita alla sezione "Quali costi devo sostenere?". Nel caso in cui la Compagnia riceva la richiesta di giovedì, il calcolo sarà effettuato ai valori del giovedì della settimana successiva.

Nel caso in cui il Contraente abbia aderito ad uno dei seguenti profili predefiniti, l'operazione di riscatto parziale sarà effettuata disinvestendo dalla Gestione Separata e dai Fondi interni in

	<p>base alle percentuali previste dal profilo stesso.</p> <p>Nel caso in cui il Contraente abbia aderito al profilo “IoDomani Scelgo”, l’operazione di riscatto parziale sarà effettuata disinvestendo in base alle percentuali di ripartizione dell’investimento attive al momento della richiesta dell’operazione, o comunque mediante l’indicazione di percentuali diverse. In tal caso a seguito dell’operazione di riscatto parziale è necessario che ci sia la permanenza di investimento nella Gestione Separata e in almeno un Fondo Unit e nel rispetto del limite minimo per ciascun Fondo attivo e per la Gestione Separata pari a 500,00 Euro.</p> <p><u>In relazione alla parte di premi investita nella Gestione Separata, si evidenzia che nel caso in cui il riscatto totale venga richiesto nel corso delle prime annualità di polizza il recupero del premio versato potrebbe non verificarsi.</u></p> <p><u>In relazione alla parte di premi investita nei Fondi interni, la Compagnia non presta alcuna garanzia di rendimento minimo, di conservazione del capitale o del premio. I rischi finanziari sono riconducibili alle possibili variazioni del valore delle quote dei Fondi interni, le quali a loro volta dipendono dall’andamento delle attività di cui le quote sono rappresentative. il Contraente assume il rischio connesso all’andamento negativo del valore delle quote e pertanto il capitale liquidato in caso di riscatto potrebbe risultare inferiore ai premi versati.</u></p> <p>Il Contratto non prevede la riduzione della prestazione in caso di vita dell’Assicurato.</p> <p>In caso di Riscatto Totale del Contratto, le coperture prestate dalle Garanzie Complementari di puro rischio prescelte decadranno alla scadenza della successiva annualità di Polizza. Il Contratto non prevede riscatto della prestazione prevista per le Garanzie Complementari.</p> <p>Con riferimento alle coperture assicurative per “malattia grave” e perdita dell’autosufficienza, qualora il Contraente non intenda accettare eventuali modifiche alle condizioni tariffarie in corso di Contratto, la prestazione assicurata potrebbe essere ridotta.</p>
Richiesta di informazioni	<p>Qualora il Contraente desideri ricevere informazioni sul valore di Riscatto, potrà rivolgersi all’Intermediario o all’Ufficio “Insurance Claims” all’indirizzo sotto indicato, i quali si impegnano a fornire tale indicazione nel più breve tempo possibile e, comunque, non oltre venti giorni dalla data di ricezione della richiesta di informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insurance Claims, Corso Como, 17- 20154 Milano (MI), Telefono: 02-480841 <p>E’ inoltre possibile richiedere informazioni sul Valore di Riscatto direttamente sul sito internet www.axa.it compilando il form presente nella sezione “Clienti AXA/Servizio Clienti/Richiesta Informazioni”.</p>

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All’IVASS	<p>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</p> <p>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.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL’AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
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>Eventuali reclami relativi ad un contratto o servizio assicurativo nei confronti dell’Impresa di assicurazione o dell’Intermediario assicurativo con cui si entra in contatto, devono essere preliminarmente presentati per iscritto (posta, fax, email/PEC) all’Ufficio Gestione Reclami secondo le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mail: reclami.vita@axa.it - pec: reclamiivassamav@legalmail.it - posta: AXA Assicurazioni S.p.A c.a Ufficio Gestione Reclami Corso Como, 17 - 20154 Milano fax: +39 02 43448103 <p>avendo cura di indicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nome, 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 risposta entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, come previsto dalla normativa vigente.

Ove applicabile, per eventuali reclami aventi ad oggetto il comportamento di un Agente piuttosto che di un collaboratore/dipendente di quest'ultimi, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un periodo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con l'intermediario di cui sopra 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.

Qualora il reclamante non abbia ricevuto risposta oppure ritenga la stessa non soddisfacente, prima di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, può scrivere all'IVASS (Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma; fax 6.42.133.745 o 06.42.133.353, ivass@pec.ivass.it) fornendo copia del reclamo già inoltrato all'impresa ed il relativo riscontro anche utilizzando il modello presente nel sito dell'IVASS alla sezione "per il Consumatore - come presentare un reclamo".

Inoltre il reclamante può ricorrere ai sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale, quali:

- **Mediazione:** per controversie relative a contratti assicurativi e a diritti al risarcimento derivanti da responsabilità medica e sanitaria, le Parti, ai sensi dell'art. 5, comma 1-bis, del d.lgs. n. 28/2010 sono tenute a tentare di risolvere la questione avanti un Organismo di Mediazione (compreso tra gli Enti o le persone fisiche abilitati, in quanto iscritti nel registro ufficiale del Ministero della Giustizia). Per attivare la procedura, il contraente, l'assicurato o il danneggiato dovranno rivolgersi ad un Organismo di Mediazione del luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia, che provvederà a trasmettere alla Compagnia la domanda di attivazione, con indicazione della data fissata per il primo incontro. La Compagnia provvederà a rispondere almeno 7 giorni lavorativi prima della data prevista per il primo incontro.
- **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 http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

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.

Si ricorda che resta salva la facoltà di adire l'autorità giudiziaria.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto

Trattamento fiscale dei premi

Sui premi versati alla Compagnia 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 di imposta ai fini IRPEF entro i limiti previsti dalla legge.

I premi versati inerenti l'attività d'impresa sono fiscalmente deducibili nei limiti previsti dalla normativa in vigore. La parte di premio pagata per la copertura complementare infortuni è soggetta ad imposta nella misura del 2,50%. Sul premio medesimo la legislazione fiscale può riconoscere la detraibilità ai fini IRPEF.

Trattamento fiscale delle prestazioni

Prestazione erogata in forma di capitale a persona fisica (non imprenditore):

I capitali corrisposti in dipendenza di assicurazioni sulla vita sono soggetti a ritenuta fiscale a titolo di imposta calcolata sulla differenza fra capitale percepito ed ammontare dei premi pagati (rendimenti maturati) in misura pari a quanto previsto dalla normativa fiscale vigente. Tenuto conto dei rendimenti maturati riferibili a titoli emessi dallo Stato italiano e a titoli equiparati, o ad obbligazioni emesse da stati inclusi nella lista pubblicata con apposito Decreto ministeriale, l'imposta sostitutiva sarà applicata sull'ammontare dei rendimenti maturati ridotto in base a una percentuale individuata con Legge 148/2011 e successivi Decreti del Ministero dell'Economia e delle Finanze. In caso di morte dell'Assicurato il capitale corrisposto agli aventi diritto non concorre alla formazione dell'asse ereditario ai fini dell'imposta di successione. Il capitale corrisposto in caso di morte dell'Assicurato non concorre alla formazione dell'asse ereditario ai fini dell'imposta di successione.

Prestazione erogata a persona giuridica:

Qualsiasi somma corrisposta a soggetto che esercita attività d'impresa (ai sensi dell'art. 51 DRP_917/86) non costituisce reddito di capitale bensì concorre a formare il reddito della stessa, quindi la Compagnia non provvederà all'applicazione di alcuna tassazione. Se le somme corrisposte a persone fisiche o a enti non commerciali sono relative a contratti stipulati nell'ambito dell'attività commerciale, al fine di non applicare l'imposta sostitutiva, gli interessati dovranno presentare alla Compagnia una dichiarazione riguardo la sussistenza di tale circostanza; in tal caso l'imposta sostitutiva non sarà applicata.

Imposta di bollo

Le comunicazioni alla clientela relative al presente Contratto sono soggette ad imposta di bollo ai sensi della normativa vigente. L'imposta verrà trattenuta dalla Compagnia al momento dell'erogazione della prestazione.

Dichiarazioni del Contraente

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 di 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 di AXA Assicurazioni S.p.A. l'espletamento degli adempimenti dichiarativi ed il pagamento del tributo per conto 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.

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE /DALLA DATA PREVISTA NELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE PER LA RIVALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE, 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 DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.