

### IoDomani - Codice Tariffa RT55

#### CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA MULTIRAMO A PRESTAZIONI RIVALUTABILI, UNIT LINKED E COPERTURE COMPLEMENTARI DI PURO RISCHIO

#### PREMESSA

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono aggiornate alla data del 01 gennaio 2019.

Le presenti Condizioni di Assicurazione disciplinano la Polizza denominata "IoDomani", Contratto di Assicurazione sulla Vita con partecipazione agli utili e Unit Linked a vita intera e Premio Unico, con Garanzie Complementari di puro rischio a Premio Annuo in caso di "decesso", "decesso da infortunio", "malattia grave" e in caso di "perdita di autosufficienza" (di seguito il "Contratto").

---

#### A. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

---

**IoDomani** è un Contratto di Assicurazione sulla Vita a prestazioni rivalutabili e unit linked con Garanzie Complementari di puro rischio.

Il Contratto prevede diverse prestazioni assicurative in funzione della garanzia prescelta:

##### **Garanzia Principale:**

- una prestazione in caso di vita dell'Assicurato, ottenibile mediante richiesta di Riscatto Totale o Parziale del Contratto, come specificato al successivo Art. 1.1 "Prestazioni Caso Vita";
- una prestazione in caso di decesso dell'Assicurato che prevede l'erogazione di un Capitale Caso Morte che si ottiene dal disinvestimento delle attività attribuite al contratto, come specificato al successivo Art. 1.2 "Prestazioni Caso Morte";

##### **Garanzie Complementari di puro rischio:**

Alla Sottoscrizione è necessario **abbinare alla Garanzia Principale sopra indicata almeno una Garanzia complementare a scelta tra le seguenti A, B e C entro i limiti assuntivi contrattualmente previsti**. Il Contraente può scegliere liberamente la combinazione preferita.

- A. Garanzia "Temporanea Caso Morte" (Art. 2):** in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata scelta per la specifica garanzia, se optata, prevede il pagamento ai Beneficiari designati del Capitale Assicurato;
- B. Garanzia "Malattie Gravi" (Art. 3):** prevede il pagamento all'Assicurato di un capitale qualora, nel corso della durata scelta per la specifica garanzia, se optata, sia diagnosticata all'Assicurato stesso una malattia grave tra quelle elencate al successivo Art. 3.5;
- C. Garanzia "Perdita di autosufficienza" (Art. 4):** prevede il pagamento all'Assicurato, se optata la garanzia, di una rendita mensile per un periodo di 10 anni e di un capitale iniziale pari a tre volte l'importo della rendita mensile prescelta, a partire dal momento del riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana.

**In alternativa alle Garanzie Complementari di puro rischio "caso morte", "malattie gravi" e "perdita dell'autosufficienza", sarà possibile sottoscrivere una garanzia complementare "decesso da infortunio". Tale garanzia, inoltre, sarà automaticamente abbinata al Contratto in caso di non assicurabilità delle altre garanzie complementari.**

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

**D. Garanzia “Decesso da infortunio” (Art. 5):** il pagamento ai beneficiari designati del capitale in caso di morte per infortunio dell'Assicurato nel corso della durata della garanzia, come descritta al successivo **Art. 5.3**. Per la definizione di infortunio si rinvia al successivo **Art. 5.5**.

La scelta delle Garanzie Complementari è consentita **esclusivamente alla sottoscrizione del Contratto** e il pagamento del Premio Annuo totale, pari alla somma dei premi delle singole garanzie assicurative prescelte al momento della sottoscrizione se superiori ad una, è dovuto per l'intera durata contrattuale, ed entro i limiti di durata delle coperture stesse. Le singole componenti di premio sono determinate con le modalità descritte ai successivi Artt. 2.4, 3.4, 4.4 e 5.4.

**Ai sensi del Regolamento Isvap n. 38 del 3 giugno 2011, la movimentazione di importi in entrata e in uscita dalla gestione Separata “GESTIRIV” è soggetta a specifici limiti deliberati dall'Organo Amministrativo della Compagnia in funzione della dimensione della gestione stessa. Tali limiti sono riferiti a movimentazioni attuate mediante contratti stipulati a partire dal 1° gennaio 2012 da un unico contraente o da più contraenti collegati ad un medesimo soggetto anche attraverso rapporti partecipativi. In caso di superamento dei predetti limiti le condizioni applicabili verranno regolate con apposita appendice di contratto.**

**Alla data di redazione del presente Set Informativo, 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 GARANZIA PRINCIPALE: PRESTAZIONI RIVALUTABILI E UNIT LINKED

---

#### 1.1 Prestazioni Caso Vita

##### 1.1.1 Prestazione in caso di Riscatto Totale e Parziale

Tale prestazione, a carico della Compagnia, si ottiene mediante la richiesta di Riscatto Totale e o Parziale del Contratto da parte del Contraente, come meglio indicato al successivo **Art. 1.12 “Riscatto”**.

L'ammontare della prestazione è pari al Capitale Assicurato investito nella Gestione Interna Separata e rivalutato alla Data di Disinvestimento e/o al controvalore, alla stessa data, del numero totale delle Quote dei Fondi Assicurativi Interni attribuite al Contratto al netto delle Penalità di Riscatto indicate al successivo **Art. 1.12 “Riscatto”**.

La Data di Disinvestimento coinciderà con il primo Giovedì successivo alla data di ricevimento, da parte della Compagnia, della richiesta di Riscatto Totale corredata dalla relativa documentazione. Nel caso in cui tale richiesta arrivi alla Compagnia di Giovedì, il disinvestimento verrà effettuato il Giovedì successivo.

Il Riscatto Totale, esercitabile in qualsiasi momento, comporta la risoluzione del Contratto, ferma restando la copertura prestata dalle Garanzie Complementari prescelte dal Contraente, che rimarrà attiva fino alla scadenza dell'annualità di Polizza.

Il **Riscatto Parziale** è esercitabile con le stesse modalità del Riscatto Totale, fermi restando i limiti previsti dal successivo **Art. 1.12**.

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

Sulla parte di Premio investito nella Gestione Interna Separata "GESTIRIV" 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 potrebbe risultare inferiore ai Premi Versati.**

### **1.1.2 Opzioni**

Il presente contratto non prevede opzioni.

### **1.2 Prestazioni Caso Morte**

In caso di decesso dell'Assicurato la Compagnia corrisponde ai Beneficiari la prestazione caso morte.

L'ammontare della prestazione è pari alla somma del Capitale Assicurato investito nella Gestione Interna Separata, rivalutato fino al momento del decesso e del controvalore del numero totale delle Quote dei Fondi Assicurativi Interni attribuite al Contratto, calcolato alla Data di Disinvestimento. Il Capitale riferito ai Fondi Assicurativi Interni è aumentato di un importo pari allo 0,10% del controvalore delle quote stesse, con un massimo di 5.000,00 Euro.

**Si precisa che con riferimento al Capitale Caso Morte riferito ai Fondi Assicurativi Interni la Compagnia non presta alcuna garanzia di rendimento minimo o di conservazione del capitale. Pertanto il controvalore della prestazione della Compagnia potrebbe essere inferiore all'importo dei Premi Versati.**

La Data di Disinvestimento coincide con il primo Giovedì successivo al ricevimento, da parte della Compagnia, della richiesta della prestazione corredata dalla relativa documentazione prevista. Nel caso in cui tale richiesta arrivi alla Compagnia di Giovedì, il disinvestimento verrà effettuato il Giovedì successivo.

Sulla parte di Premio investito nella Gestione Interna Separata "GESTIRIV" 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.

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 (<https://www.axa.it/area-sinistri>) un fac-simile del Modulo di Richiesta Liquidazione completo delle informazioni che devono essere necessariamente fornite.

### **1.2.1 Denuncia del decesso**

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 medica accertante le cause del decesso;
- 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;

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

- 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).

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

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.

### 1.3 Limiti di età dell'Assicurato

Perché il Contratto sia valido ed efficace al momento della sottoscrizione della proposta di Assicurazione, l'Assicurato dovrà avere Età compresa tra 40 e 85 anni. Per Età deve intendersi quella anagrafica, ossia quella effettivamente compiuta.

### 1.4 Durata del Contratto

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.

### 1.5 Premio Unico, Versamenti Integrativi e modalità di pagamento

Alla sottoscrizione della Proposta di Assicurazione il Contraente dovrà corrispondere alla Compagnia un Premio Unico, il cui importo non potrà essere inferiore a 50.000,00 Euro o 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.

Il Contraente potrà effettuare Versamenti Integrativi in qualsiasi momento nel corso della Durata del Contratto e finché la tariffa sarà in collocamento. L'importo dei versamenti integrativi non potrà essere inferiore a 1.000,00 Euro. In ogni caso la somma dei premi versati in corso di Polizza (Premio Unico ed eventuali Versamenti Integrativi) non potrà essere superiore a 5.000.000,00 Euro.

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

Il pagamento dei premi può avvenire secondo le modalità descritte all'Art. 8.1.

A seguito della corresponsione del Versamento Integrativo e dell'avvenuto investimento, la Compagnia invierà al Contraente una lettera di conferma contenente le medesime informazioni previste al successivo **Art. 6**.

### **1.6 Fondi a disposizione per gli investimenti**

Alla data di redazione delle presenti Condizioni di Assicurazione, le possibilità di investimento riguardano:

- 4 Fondi Assicurativi Interni, come meglio descritto al successivo **Art. 1.6.1** "FONDI ASSICURATIVI INTERNI DISPONIBILI";
- una Gestione Interna Separata denominata "GESTIRIV", come meglio descritto al successivo **Art. 1.6.2**".

#### **1.6.1 Fondi Assicurativi Interni disponibili**

Il Contraente ha la possibilità di allocare i Premi Versati, nel rispetto dei limiti di cui al successivo **Art. 1.7**, in funzione del proprio profilo di rischio - rendimento - orizzonte temporale, nei 4 Fondi Assicurativi Interni che la Compagnia mette a disposizione per i sottoscrittori del presente Contratto, di seguito elencati:

- DM VOLCAP 3%;
- DM VOLCAP 5%;
- DM VOLCAP 8%;
- DM Global Income.

Tali Fondi Assicurativi Interni, gestiti secondo uno specifico Regolamento disponibile sul sito [www.axa.it](http://www.axa.it), investono gli attivi in OICR organizzati in forma di Fondi Comuni di Investimento e SICAV, che soddisfano le condizioni richieste dalla Direttiva 2009/65/CE (UCITS IV) così come successivamente modificata ed integrata, ovvero autorizzati secondo il D.Lgs.58 del 24/02/1998 (Testo Unico dell'Intermediazione Finanziaria).

In particolare, i predetti Fondi Assicurativi Interni attuano una politica di investimento in OICR di tipo "multimanager", in quanto vengono selezionati più fondi/comparti di diverse Società di Gestione del Risparmio e SICAV, al fine di ottimizzare ed aumentare la performance degli stessi.

Il Valore Unitario delle Quote di ogni Fondo viene determinato settimanalmente e precisamente ogni Giovedì, dividendo il patrimonio netto per il rispettivo numero di Quote in circolazione il medesimo giorno, entrambi relativi al giorno di riferimento.

Nel caso di Borse Valori chiuse o qualora sopravvengono eventi che provochino rilevanti turbative dei mercati tali da comportare la sospensione, eliminazione o mancata rilevazione del valore di mercato delle attività sottostanti il Fondo Assicurativo Interno, la quotazione viene effettuata sugli ultimi valori disponibili. Per "Evento di Turbativa dei Mercati" si intende, l'esistenza di una sospensione o limitazione alle contrattazioni sul corrispondente Mercato Borsistico di Riferimento. Per completezza, resta inteso che una limitazione all'orario normale di contrattazione annunciata dal Mercato Borsistico di Riferimento, non costituirà un Evento di Turbativa dei Mercati, al contrario, una limitazione alle contrattazioni dovuta ad una fluttuazione dei prezzi che eccede i livelli permessi dalle autorità competenti costituirà un Evento di Turbativa dei Mercati. Infine, le eventuali disponibilità liquide, sono determinate in base al loro valore nominale.

Il Valore Unitario delle Quote viene pubblicato sul sito [www.axa.it](http://www.axa.it)

Il rendiconto annuale della gestione di ogni Fondo Assicurativo Interno sarà sottoposto al giudizio della Società di Revisione Contabile.

#### **1.6.2 Gestione Interna Separata "GESTIRIV"**

Il Contraente ha la facoltà di destinare i Premi Versati, al netto delle spese di cui al successivo **Art. 1.9** (premi netti), nel rispetto dei limiti di cui al successivo **Art. 1.7**, in una specifica gestione di attivi denominata "GESTIRIV", separata dalle altre attività della Compagnia e disciplinata da apposito Regolamento disponibile sul sito [www.axa.it](http://www.axa.it).

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### 1.7 Modalità di investimento dei premi

Il Premio Unico e gli eventuali versamenti aggiuntivi, al netto dei costi del contratto di cui al successivo **Art. 1.9**, (di seguito premi netti) potranno essere ripartiti sia nei Fondi Assicurativi Interni che nella Gestione Interna Separata messi a disposizione dalla Compagnia.

La Data di Investimento del Premio Unico nei Fondi Assicurativi Interni selezionati coincide con la data di Decorrenza del Contratto.

La Data di Investimento di ciascun Versamento Integrativo sarà il primo Giovedì successivo alla data di ricevimento, da parte della Compagnia, del relativo modulo di Versamento Integrativo a condizione che il pagamento sia regolarmente pervenuto alla Compagnia. Qualora la data di ricevimento coincida con un Giovedì, il Versamento Integrativo decorrerà il Giovedì della settimana successiva.

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%

Tali percentuali sono da intendersi come percentuali iniziali di investimento. Nessuna riallocazione o gestione all'interno del profilo viene successivamente effettuata dalla Compagnia. Pertanto nel corso del tempo le percentuali effettive di investimento nei vari Fondi subiranno delle variazioni conseguenti alle oscillazioni dei mercati di riferimento.

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.

### 1.8 Valore Unitario della Quota (Data Decorrenza del Contratto e Data Valorizzazione)

Il Valore Unitario delle Quote di ciascun Fondo Assicurativo Interno viene calcolato settimanalmente dalla Compagnia e precisamente ogni Giovedì, al netto di ogni onere a carico degli stessi come indicato al successivo Art. 1.9.2 "Costi gravanti sui Fondi Assicurativi Interni" e nel Regolamento dei Fondi Assicurativi Interni.

Nei giorni di calendario ove, per qualsiasi motivo, non fosse disponibile il valore unitario delle Quote dei Fondi Assicurativi Interni, la Compagnia considera come valore unitario delle Quote quello risultante il primo giorno in cui i valori per il calcolo sono disponibili.

Il valore unitario delle Quote dei Fondi Assicurativi Interni è pubblicato sul sito [www.axa.it](http://www.axa.it)

Tutte le operazioni che prevedono la conversione delle Quote dei Fondi Assicurativi Interni in somme da erogare ai Beneficiari saranno eseguite il primo Giovedì successivo al ricevimento da parte della Compagnia del relativo modulo di richiesta. Qualora l'informazione arrivi alla Compagnia di Giovedì, le operazioni verranno effettuate il primo Giovedì lavorativo successivo.

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### 1.9 Costi

#### 1.9.1 Costi gravanti sui Premi

I Premi Versati, in forma di Premio Unico e Versamenti Integrativi, vengono investiti nella Gestione Interna Separata e nei Fondi Assicurativi Interni prescelti al netto di un Costo di caricamento, determinato in funzione dei Premi Versati al netto di eventuali Riscatti Parziali e del Premio di Protezione:

Importo complessivo dei Premi Versati al netto dei Riscatti Parziali e della componente di Protezione	Costo in percentuale applicato
Inferiori o uguali a 150.000,00 Euro	1,85%
Superiore a 150.000,0 Euro	1,15%

#### 1.9.2 Costi gravanti sui Fondi Assicurativi Interni

Sui Fondi Assicurativi Interni gravano i seguenti Costi:

- **Commissione di Gestione annuale**, calcolata settimanalmente sul patrimonio netto di ciascun Fondo, nella misura quantificata nella tabella
- sotto riportata:

Fondo Assicurativo Interno	Commissione di Gestione Annuale
DM VOLCAP 3%	1,85%
DM VOLCAP 5%	1,95%
DM VOLCAP 8%	2,10%
DM Global Income	1,85%

- **Commissioni gravanti sui fondi/comparti sottostanti al Fondo assicurativo interno:**
  - **commissioni per la gestione finanziaria**, il cui costo annuo varia fino ad un massimo del 2,50%.

Qualora le condizioni economiche di mercato varino sensibilmente, il Costo massimo potrà essere rivisto, previa comunicazione al Contraente dell'avvenuta variazione e concedendo allo stesso il Riscatto senza penalità;

- **eventuali commissioni di overperformance** applicate e percepite dalle società di gestione dei fondi/comparti;
- **spese di pubblicazione** del valore unitario delle quote di ciascun Fondo interno;
- **spese di revisione e di certificazione;**
- **oneri di intermediazione** inerenti alla compravendita dei valori mobiliari e le relative imposte e tasse;
- **spese di amministrazione e custodia.**

**Avvertenza:** eventuali accertamenti delle condizioni dello stato di salute dell'Assicurando potranno essere effettuati presso i medici di fiducia dell'Assicurando stesso. I relativi costi, non quantificabili, saranno a carico dell'Assicurando.

#### 1.9.3 Costi gravanti sulla Gestione Interna Separata

Sul rendimento annuale della Gestione Interna Separata la Compagnia tratterrà una percentuale variabile in funzione del Capitale Assicurato investito nella Gestione stessa, tenendo conto di eventuali Riscatti parziali, Versamenti Aggiuntivi, operazioni di switch da e verso Fondi assicurativi interni, come definito nella seguente tabella:

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

C CAPITALE ASSICURATO AL NETTO DI EVENTUALI RISCATTI PARZIALI IN EURO	MARGINE TRATTENUTO
INFERIORE O UGUALE A 150.000,00	1,20%
SUPERIORE A 150.000,00	0,95%

### 1.10 Rivalutazione del Capitale investito nella Gestione Separata

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 (per i dettagli sulle caratteristiche di gestione si rinvia al relativo Regolamento). Il tasso annuo di rivalutazione riconosciuto annualmente al contratto, è ottenuto sottraendo dal rendimento finanziario di cui sopra, una commissione variabile, di cui al precedente Art. 1.9.3 Si rinvia al Regolamento della Gestione Separata per ulteriori approfondimenti.

In caso di decesso dell'Assicurato, il capitale maturato nella Gestione Separata, annualmente rivalutato con le modalità di cui sopra, sarà maggiorato degli interessi maturati tra l'ultima rivalutazione annuale di Polizza (31/12) e la data decesso.

In caso di Riscatto, il capitale maturato nella Gestione Separata, annualmente rivalutato con le modalità di cui sopra, sarà maggiorato degli interessi maturati tra l'ultima rivalutazione annuale di Polizza (31/12) e la data di disinvestimento.

Sulla parte di Premio investito nella Gestione Interna Separata "GESTIRIV" non sono previste garanzie di rendimento. Le rivalutazioni operate, sia sulla base del rendimento minimo garantito, che in funzione del maggior rendimento riconosciuto, si consolidano annualmente e sono definitivamente acquisite dal Contratto.

**I riscatti parziali e gli switch dalla Gestione Separata verso i Fondi assicurativi interni, diminuiscono il valore del Capitale Assicurato, viceversa gli switch verso la Gestione Separata aumentano il valore del Capitale Assicurato.**

### 1.11 Switch

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.

I primi 2 switch per annualità di Polizza saranno gratuiti. Dal 3° switch sarà trattenuto un costo di 25 Euro.

La richiesta del Contraente dovrà essere effettuata mediante la compilazione del modulo di cui un fac-simile è disponibile presso la sede dell'Intermediario.

L'operazione di Switch sarà eseguita il primo Giovedì successivo al ricevimento da parte della Compagnia del relativo modulo. Qualora l'informazione arrivi alla Compagnia di Giovedì, l'operazione di Switch verrà effettuata il Giovedì della settimana successiva.



## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### 1.12 Riscatto

Il Contraente potrà richiedere in qualsiasi momento il Riscatto Totale o Parziale del Contratto da effettuarsi con il disinvestimento delle Quote dei Fondi Assicurativi Interni e degli importi investiti nella Gestione Interna Separata.

In ogni caso di Riscatto, le prestazioni della Compagnia corrispondono al Capitale Assicurato investito e rivalutato nella Gestione Interna Separata e/o al Controvalore delle Quote dei Fondi Assicurativi Interni alla Data di Disinvestimento cioè il primo Giovedì successivo al ricevimento da parte della Compagnia della richiesta di Riscatto Totale o Parziale corredata della relativa documentazione. Nel caso in cui la Compagnia riceva tale richiesta di Giovedì, il Riscatto sarà effettuato ai valori del Giovedì della settimana successiva.

Nel caso in cui il Contraente abbia aderito ad uno dei profili predefiniti di cui alla tabella all'Art.1.7, l'operazione di Riscatto parziale sarà effettuata disinvestendo dalla Gestione Separata e dal Fondo interno in base alle percentuali previste dal profilo stesso.

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 d'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.

**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.**

La Compagnia corrisponderà al Contraente il Valore di Riscatto al netto di 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 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.

**È necessario tener presente, inoltre, che il Riscatto del Contratto potrebbe comportare una diminuzione dei risultati economici e che le prestazioni della Compagnia potrebbero risultare inferiori ai Premi Versati, sia per effetto, nel corso della Durata del Contratto, del possibile deprezzamento del Valore Unitario delle Quote dei Fondi Assicurativi Interni prescelti, sia per l'applicazione dei Costi previsti.**

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.

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

In ogni caso, il Contraente potrà richiedere informazioni relative al valore di Riscatto Totale all'Intermediario, il quale si impegna a fornire tali informazioni nel più breve tempo possibile e comunque non oltre dieci giorni dalla data di ricezione della richiesta stessa.

Per qualsiasi informazione relativa al calcolo del valore di Riscatto Totale o Parziale, il Contraente potrà rivolgersi, in ogni caso, anche alla Compagnia, inviando una comunicazione contenente gli estremi della Polizza (rif. Ufficio "Insurance Claims", Corso Como, 17 - 20154 Milano -MI-).

### 1.13 Inserimento di nuovi Fondi

La Compagnia ha la facoltà di istituire nuovi Fondi. In tale caso, il Contraente verrà opportunamente informato dell'intervenuta istituzione di un nuovo Fondo, delle caratteristiche dello stesso e della possibilità di accedervi con operazioni di investimento previste dal presente Contratto. Il nuovo Fondo verrà disciplinato da apposito Regolamento. Se in corso di Contratto la Compagnia intende proporre ai Contraenti la possibilità di effettuare operazioni di investimento in nuovi Fondi o Gestioni Separate istituiti successivamente.

---

## 2 GARANZIA COMPLEMENTARE TEMPORANEA CASO MORTE

---

### 2.1 Prestazione in caso di decesso

La Garanzia prevede il pagamento ai beneficiari designati in Polizza del Capitale Assicurato in caso di morte dell'Assicurato nel corso della durata della copertura scelta al momento della sottoscrizione. Tale capitale è aggiuntivo rispetto a quello previsto dalla Garanzia Principale nel caso di decesso dell'Assicurato.

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.**

**Se il decesso è dovuto ad uno degli eventi di cui all'Art. 2.9, l'Impresa non corrisponderà alcun importo.**

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza della Garanzia Temporanea Caso Morte, nulla sarà dovuto da AXA Assicurazioni.

**La Garanzia complementare "Temporanea Caso Morte" richiede la valutazione preventiva delle condizioni di salute dell'Assicurato, con le modalità specificate nell'Art. 2.6 delle presenti Condizioni di Assicurazione.**

### 2.2 Limiti di età

L'età dell'Assicurato alla data di sottoscrizione non potrà essere inferiore a 40 anni e superiore a 70 anni e alla data di scadenza della copertura non potrà essere superiore a 75 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 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.**

### 2.4 Premi e costi

La copertura è prestata dietro pagamento del Premio Annuo costante in forma anticipata come indicato nella Proposta di Assicurazione, pagabile per l'intera Durata della Garanzia stessa.

Il premio è determinato in relazione al Capitale Assicurato, all'età, alla professione, all'eventuale attività extra-professionale o sportiva svolta, allo stato di salute, allo stato di fumatore o non fumatore dell'Assicurato nonché in base alla durata della copertura complementare in caso di decesso.

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

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

In caso di sottoscrizione di 2 Garanzie Complementari è applicato un caricamento **pari al 20% del premio complessivo delle Garanzie Complementari optate**, ricompreso in ciascun premio pagato.

In caso di sottoscrizione di 3 Garanzie Complementari è applicato un caricamento **pari al 15% del premio complessivo delle Garanzie Complementari optate**, ricompreso in ciascun premio pagato.

In caso di sottoscrizione di due o tre Garanzie Complementari, il Premio Annuo sarà pari alla somma delle singole componenti di premio.

Il Premio Annuo non può essere frazionato.

**La prima annualità del Premio delle Garanzie Complementari deve essere versata in aggiunta al Premio Unico pagato alla decorrenza del Contratto relativo alla Garanzia Principale. Dalla seconda annualità e per l'intera durata della copertura, il premio totale sarà pagato a ciascuna ricorrenza di Polizza mediante prelievo automatico dal Capitale Assicurato investito nella Gestione Separata al quale sarà applicata la ritenuta fiscale sui rendimenti maturati a titolo di imposta sostitutiva prevista dalla normativa vigente.**

**Qualora il Capitale Assicurato investito nel fondo a Gestione Separata non sia sufficiente al pagamento del premio complessivo delle Garanzie Complementari, il Contraente dovrà provvedere al pagamento dello stesso tramite le modalità indicate al successivo Art. 8.1.**

Il premio relativo alla Garanzia "Temporanea caso morte" è dovuto fino alla data del decesso e, comunque, non oltre la Data di Scadenza della copertura indicata alla sottoscrizione della proposta di adesione; oltre tale data, il premio complessivo è dovuto per le sole componenti di premio relative alle restanti Garanzie Complementari, qualora optate.

Non è consentito sospendere il pagamento del Premio Annuo prima della data di scadenza delle Garanzie Complementari.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla Data di Scadenza della copertura in caso di morte, questa si intenderà estinta ed i relativi Premi pagati resteranno acquisiti dalla Compagnia.

### 2.5 Stato 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 sullo stato di salute e sottoscritta dall'Assicurato stesso.

### 2.6 Modalità assuntive

**Per aderire alla Garanzia Temporanea Caso Morte** è necessaria una **valutazione preventiva** delle condizioni di salute dell'Assicurando mediante la compilazione del questionario sanitario e sulla condizione professionale ed extraprofessionale dell'Assicurando e accertamenti sanitari variabili in funzione dell'entità del Capitale Assicurato e dell'età dell'Assicurando. 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 del Contraente.

Possono limitarsi alla compilazione del questionario sanitario gli Assicurandi con età inferiore a 61 anni e Capitale non superiore a 300.000 Euro.

In tal caso l'efficacia della garanzia risulterà limitata per sei mesi, come specificato nel successivo **Art. 2.10**.

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.

### 2.7 Denuncia del Decesso

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;

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

- 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 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).

**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.

### 2.8 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.).

### 2.9 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 Art. 2.10), e le seguenti esclusioni:**

- dolo del Contraente e/o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione dell'Assicurato ai fatti di guerra;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a 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.viaggiareassicuri.it](http://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;
- 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.).

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.

### 2.10 Carenze per garanzia caso morte

#### **2.10.1 Condizioni di Carenza in caso di contratto assunto senza visita medica**

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:**

- 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,

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

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.

### **2.10.2 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 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.

---

## **3 GARANZIA COMPLEMENTARE MALATTIE GRAVI**

---

### **3.1 Prestazione in caso di "malattie gravi"**

La Garanzia sottoscritta prevede la liquidazione all'Assicurato del Capitale indicato in Polizza qualora, nel corso della durata della copertura scelta al momento della sottoscrizione, gli sia diagnosticata una "malattia grave" **esclusivamente** tra quelle elencate nell'**Art. 3.5** delle Condizioni di Assicurazione.

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**.

Il pagamento della somma assicurata determina la cessazione della copertura assicurativa e nulla sarà più dovuto da AXA Assicurazioni. In caso di diagnosi di una seconda "malattia grave", la garanzia non sarà operante, mentre il contratto rimane in vigore per le sole Garanzie Complementari scelte rimanenti e a condizione che i premi siano regolarmente pagati.

### **3.2 Limiti di età**

L'età dell'Assicurato alla data di sottoscrizione non potrà essere inferiore a 40 o superiore a 65 anni e alla data di scadenza della copertura non potrà essere superiore a 70 anni.

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

### **3.3 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.

**In caso di Riscatto totale del contratto, le coperture prestate dalle Garanzie complementari prescelte decadranno alla scadenza della successiva annualità di Polizza.**

### **3.4 Premi e costi**

La copertura è prestata dietro pagamento del Premio Annuo costante in forma anticipata come indicato nella Proposta di Assicurazione, pagabile per l'intera durata della Garanzia.

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

Il premio è determinato in relazione al Capitale Assicurato, all'età, alla professione, all'eventuale attività sportiva o extra-professionale svolta, allo stato di salute, allo stato di fumatore o non fumatore dell'Assicurato nonché in base alla durata della Garanzia complementare in caso di malattia grave. Ciascun Premio Annuo prevede un caricamento percentuale **pari al 25% del premio stesso**. Detto caricamento è già compreso in ciascun premio pagato.

In caso di sottoscrizione di 2 Garanzie Complementari è applicato un caricamento **pari al 20% del premio complessivo delle Garanzie Complementari optate**, ricompreso in ciascun premio pagato.

In caso di sottoscrizione di 3 Garanzie Complementari è applicato un caricamento **pari al 15% del premio complessivo delle Garanzie Complementari optate**, ricompreso in ciascun premio pagato.

In caso di sottoscrizione di due o tre Garanzie Complementari, il Premio Annuo sarà pari alla somma delle singole componenti di premio.

Il Premio Annuo non può essere frazionato.

**La prima annualità del premio delle Garanzie Complementari deve essere versata in aggiunta al Premio Unico pagato alla decorrenza del Contratto relativo alla Garanzia Principale. Dalla seconda annualità e per l'intera durata della copertura, il Premio Annuo sarà pagato a ciascuna ricorrenza di Polizza mediante prelievo automatico dal Capitale Assicurato investito nella Gestione Separata al quale sarà applicata la ritenuta fiscale sui rendimenti maturati a titolo di imposta sostitutiva prevista dalla normativa vigente.**

Qualora il Capitale Assicurato investito nel fondo a Gestione Separata non sia sufficiente al pagamento del premio complessivo delle Garanzie Complementari, il Contraente dovrà provvedere al pagamento dello stesso tramite le modalità indicate all'Art. 8.1.

Il premio relativo alla Garanzia "Malattie Gravi" è dovuto fino alla data del decesso e, comunque, non oltre la data di scadenza della garanzia stessa, indicata alla sottoscrizione del Contratto; oltre tale data, il premio è dovuto per le sole componenti di premio relative alle restanti Garanzie Complementari, qualora optate.

Non è consentito sospendere il pagamento del Premio Annuo prima della data di scadenza delle Garanzie Complementari.

Il diritto di AXA Assicurazioni alla riscossione del premio relativo alla garanzia "Malattie Gravi" si sospende al ricevimento della denuncia dello stato di malattia grave dell'Assicurato.

In caso di mancato accertamento della "malattia grave" sarà consentito al Contraente di proseguire il rapporto contrattuale, dietro corresponsione dei premi arretrati.

Nel caso in cui l'Assicurato, al momento della denuncia dello stato di "malattia grave" non sia in regola con il pagamento dei premi, vale quanto previsto all'Art. 8.2.

**In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale e di Riscatto Totale, il Contratto si risolve ed i Premi pagati per le Garanzie Complementari resteranno acquisiti dalla Compagnia.**

AXA Assicurazioni si riserva la possibilità di modificare le condizioni tariffarie della copertura in corso di contratto qualora variassero le basi tecniche utilizzate per la determinazione 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 premio ricalcolato 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 ridotta, 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 malattia grave

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

- Infarto;

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

- 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'Art. successivo per la descrizione di ciascuna "malattia grave".

### **3.5.1 "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)**



## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

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.

### 3.6 Stato 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 sullo stato di salute e sottoscritta dall'Assicurato stesso.

### 3.7 Modalità assuntive

**Per aderire alla Garanzia "Malattie Gravi"** è necessaria una **valutazione preventiva** delle condizioni di salute dell'Assicurando mediante la compilazione del questionario sanitario e sulla condizione professionale ed extraprofessionale dell'Assicurando e accertamenti sanitari variabili in funzione dell'entità del Capitale Assicurato e dell'età dell'Assicurando. 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 del Contraente e/o dell'Assicurato.

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

In tal caso l'efficacia della garanzia risulterà limitata per alcuni mesi, come specificato nel successivo

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.

### 3.8 Denuncia del Sinistro “malattia grave”

Nel caso sia diagnosticata all'Assicurato una delle “malattie gravi” di cui all'Art. 3.5, 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, 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.

### 3.9 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.

### 3.10 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.**

### 3.11 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 (Art. 3.12) 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 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;
- b) attività dolosa dell'Assicurato;
- c) partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- 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 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

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

- 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 non titolare di brevetto idoneo;
  - 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 - e 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.

### **Il rischio, infine, non è coperto nei casi previsti per ciascuna “malattia grave” così come descritti al precedente Art. 3.5.1.**

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.

### **3.12 Carenze per Garanzia Caso “Malattie Gravi”**

#### **3.12.1 Condizioni di Carenza in caso di Contratto assunto senza visita medica**

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'assicurando**, 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.

#### **3.12.2 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:

- 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.

---

## **4 COPERTURA COMPLEMENTARE IN CASO DI PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA**

---

### **4.1 Prestazione in caso di perdita dell'autosufficienza**

La Garanzia prevede l'erogazione, a favore dell'Assicurato stesso, di una rendita mensile per un periodo di 10 anni e di un capitale iniziale pari a tre volte l'importo della rendita mensile prescelta, a partire dal momento del riconoscimento dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana, così come descritto al successivo **Art. 4.5**, e fintanto che perduri tale stato.

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

La Rendita mensile assicurabile è 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.4.8 delle Condizioni di Assicurazione.

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

La Garanzia richiede la valutazione preventiva delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante **compilazione e sottoscrizione di apposito questionario sullo stato di salute dell'Assicurando.**

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 copertura è subordinata alle condizioni di Carenza specificate nel successivo **Art. 4.11.**

### 4.2 Limiti di età

L'Età dell'Assicurato alla data di sottoscrizione non potrà essere inferiore a 40 o superiore a 70 anni.

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

### 4.3 Durata

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.**

### 4.4 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% del premio stesso. Detto caricamento è già compreso in ciascun premio pagato.

In caso di sottoscrizione di 2 Garanzie Complementari è applicato un caricamento **pari al 20% del premio complessivo delle Garanzie Complementari optate**, ricompreso in ciascun premio pagato.

In caso di sottoscrizione di 3 Garanzie Complementari è applicato un caricamento **pari al 15% del premio complessivo delle Garanzie Complementari optate**, ricompreso in ciascun premio pagato.

Il Premio non può essere frazionato.

**La prima annualità di premio deve essere versata in aggiunta al Premio Unico pagato alla decorrenza del Contratto relativo alla Garanzia Principale. Dalla seconda annualità e per l'intera durata della Garanzia, il Premio Annuo sarà pagato a ciascuna ricorrenza di Polizza mediante prelievo automatico dal Capitale Assicurato investito nella Gestione Separata al quale sarà applicata la ritenuta fiscale sui rendimenti maturati a titolo di imposta sostitutiva prevista dalla normativa vigente.**

Qualora il Capitale Assicurato investito nel fondo a Gestione Separata non sia sufficiente al pagamento del premio complessivo delle Garanzie Complementari, il Contraente dovrà provvedere al pagamento delle stesse tramite le modalità indicate al successivo Art. 8.1

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

Il premio relativo alla Garanzia in caso di perdita di autosufficienza è dovuto fino alla data di denuncia del decesso dell'Assicurato.

Non è consentito sospendere il pagamento del Premio Annuo prima della data di scadenza delle Garanzie Complementari.

Il diritto della Compagnia alla riscossione del premio relativo alla Garanzia "Perdita di Autosufficienza" si sospende comunque al ricevimento della denuncia della perdita di autosufficienza dell'Assicurato.

In caso di mancato accertamento dello stato di Non Autosufficienza sarà consentito al Contraente proseguire il rapporto contrattuale, dietro corresponsione dei premi arretrati.

**In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale e di Riscatto Totale, il Contratto si risolve ed i Premi pagati per le Garanzie Complementari resteranno acquisiti dalla Compagnia.**

La Compagnia si riserva la possibilità di modificare, ad intervalli non inferiori a cinque anni, le condizioni tariffarie della Garanzia 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.

### 4.5 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 ed, 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 che 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 se 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 o uguali a 10 sono rappresentativi della necessità di una supervisione costante.

### 4.6 Denuncia dello stato di Non Autosufficienza

Qualora sopravvenga uno stato di Non Autosufficienza, obiettivamente accertabile ai sensi del precedente Art. 4.5 delle presenti Condizioni, il Contraente, l'Assicurato o altra persona da essi

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

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, 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.

### **4.7 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.

### **4.8 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 mensile 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.

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.

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

### **La rendita verrà erogata, finché l'Assicurato è in Vita, per una durata pari a 10 anni.**

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

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

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.

### 4.9 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.

### 4.10 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 art. 4.11), e le seguenti esclusioni:

- a) 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;
- b) attività dolosa dell'Assicurato, anche a titolo di concorso in 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) malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci, tentato suicidio;
- f) 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;
- g) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- h) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- i) 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.);
- j) 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.

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

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.

### 4.11 Carenze per Garanzia Caso "Perdita di Autosufficienza"

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.

---

## 5 GARANZIA COMPLEMENTARE "DECESSO DA INFORTUNIO"

---

In alternativa alle Garanzie Complementari di puro rischio "caso morte", "malattie gravi" e "perdita dell'autosufficienza", al Contratto potrà essere abbinata una garanzia complementare "decesso da infortunio". Tale garanzia, inoltre, sarà automaticamente abbinata al Contratto in caso di non assicurabilità delle altre garanzie complementari.

### 5.1 Prestazione in caso di decesso da infortunio

La Garanzia sottoscritta prevede la liquidazione di un Capitale Assicurato aggiuntivo in seguito al verificarsi del decesso da infortunio dell'Assicurato nel corso della Durata della copertura stessa.

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.

### 5.2 Limiti di età

L'età dell'Assicurato alla Data di sottoscrizione non potrà essere inferiore a 40 anni e superiore a 85 anni e alla Data di Scadenza dovrà essere 95 anni.

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

### 5.3 Durata e scadenza

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.**

### 5.4 Premi e costi

La copertura è prestata dietro pagamento del Premio Annuo costante in forma anticipata indicato nella Proposta di Assicurazione. Il Premio Annuo non può essere frazionato.

L'entità del Premio Annuo è pari allo 0,0933% del Capitale Assicurato (Art. 5.1).

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

**L'importo così determinato è maggiorato delle imposte di legge pari al 2,5%.**



## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

**La prima annualità del premio deve essere versata in aggiunta al Premio Unico pagato alla decorrenza del Contratto relativo alla Garanzia Principale. Dalla seconda annualità e per l'intera durata della copertura, il Premio Annuo sarà pagato a ciascuna ricorrenza di Polizza mediante prelievo automatico dal Capitale Assicurato investito nella Gestione Separata al quale sarà applicata la ritenuta fiscale sui rendimenti maturati a titolo di imposta sostitutiva prevista dalla normativa vigente.**

Qualora il Capitale Assicurato investito nel fondo a Gestione Separata non sia sufficiente al pagamento del premio della Garanzia in caso di decesso da infortunio, il Contraente dovrà provvedere al pagamento dello stesso tramite le modalità indicate al successivo Art. 8.1.

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

Non è consentito sospendere il pagamento del Premio Annuo prima della data di scadenza della Garanzia.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla Data di Scadenza della copertura in caso di Decesso da Infortunio e di Riscatto Totale, questa si intenderà estinta ed i relativi Premi pagati resteranno acquisiti dalla Compagnia.

### 5.5 Definizione di Infortunio

E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che provoca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza diretta ed esclusiva la morte dell'Assicurato

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze;
- le lesioni e le patologie conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- le folgorazioni;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni determinate da sforzi (esclusi gli infarti, altre manifestazioni tromboemboliche e le ernie);
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza.

### 5.6 Modalità assuntive

Per aderire alla Garanzia "Caso Morte da Infortunio" non è necessaria una valutazione preventiva delle condizioni di salute dell'Assicurando né della condizione professionale ed extraprofessionale dell'Assicurando.

La Garanzia sarà inoltre applicata automaticamente, alla stipula del Contratto, qualora non sia possibile sottoscrivere alcuna delle Garanzie Complementari tra "Temporanea caso morte", "Malattie Gravi", "Perdita di Autosufficienza" per superati limiti di età ovvero in caso di esito negativo dei relativi accertamenti sanitari.

### 5.7 Denuncia del Decesso da Infortunio

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;

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

- 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).

**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 sospende al ricevimento della relativa denuncia del Sinistro.

### 5.8 Esclusioni e limitazioni

**La Garanzia non comprende gli 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.viaggiareassicuri.it](http://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;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

- 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.

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.

### 5.9 Estensioni della garanzia

Sono compresi in garanzia:

- l'asfissia causata da fuga di gas o vapore;
- le conseguenze di ingestione o assorbimento di sostanze (compresi l'avvelenamento e le lesioni da contatto con sostanze corrosive);
- l'annegamento, l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole e di calore e le altre influenze termiche ed atmosferiche;
- le alterazione patologiche conseguenti a morsi di animali e punture di insetti, escluse la malaria e le malattie tropicali;
- le lesioni da sforzo e le ernie addominali traumatiche, esclusi qualsiasi tipo di altra ernia e gli infarti miocardici;
- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

### 5.10 Rinuncia all'azione di rivalsa

Qualora l'infortunio subito dalla persona assicurata sia imputabile a responsabilità di terzi, la Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 del Codice Civile.

---

## B. CONCLUSIONE E VICENDE CONTRATTUALI

---

---

### 6 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E DIRITTI DEL CONTRAENTE

---

#### 6.1 Conclusione e Decorrenza del Contratto

Il Contratto si intende concluso e decorre il primo Giovedì successivo alla data di sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, sempre che il Contraente abbia corrisposto il Premio pattuito.

Qualora la data di sottoscrizione della Proposta di Assicurazione sia un Giovedì, il Contratto si conclude e decorre il Giovedì della settimana successiva.

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

La Compagnia invierà al Contraente una lettera di conferma che includerà, tra le altre, le seguenti informazioni:

- l'importo del Premio Versato e di quello Investito;
- la data di Decorrenza del Contratto;
- il numero di Polizza;

relativamente ai Fondi Assicurativi Interni:

- il controvalore dei Premi Investiti espresso in Quote;
- il numero delle Quote attribuite ai Premi Investiti ed il relativo Valore Unitario;
- il giorno cui tale ultimo Valore Unitario si riferisce;

relativamente alla Gestione Interna Separata

- la parte di Premio Investita in tale gestione.

### 6.2 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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.

### Antiriciclaggio

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 di cui all'art. 1.9. 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.

### **FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) e CRS (Common Standard Reporting)**

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.

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.

Ogni Contraente è tenuto a comunicare tempestivamente eventuali variazioni rispetto a quanto dichiarato o rilevato in fase di sottoscrizione del contratto di assicurazione.

La Società si riserva inoltre di verificare i dati raccolti e di richiedere ulteriori informazioni.

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.

### 6.3 Diritto di Recesso dal Contratto

Il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla sua conclusione.

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

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

Entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta del Recesso, la Compagnia rimborsa al Contraente il Premio Annuo relativo alle Garanzie Complementari di Puro rischio, e il Premio Unico 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 coinciderà con il primo Giovedì successivo al ricevimento, da parte della Compagnia, della richiesta di Recesso. Nel caso in cui la Compagnia riceva tale richiesta di Giovedì, la Data di Disinvestimento sarà il Giovedì successivo.

---

### 7 VICENDE CONTRATTUALI

---

#### 7.1 Cessione, pegno e vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il Contratto, così come può darlo in pegno e comunque vincolare il Capitale Assicurato. Tali atti diventano efficaci solo quando la Compagnia ne abbia fatto annotazione su apposita Appendice al Contratto.

Nel caso di pegno o vincolo, l'operazione di Riscatto Totale richiede l'assenso scritto del creditore o vincolatario.

#### 7.2 Non pignorabilità e sequestrabilità

Ai sensi dell'articolo 1923 del Codice Civile le somme dovute in dipendenza del Contratto non sono né pignorabili né sequestrabili, fatte salve specifiche disposizioni di Legge.

#### 7.3 Legge applicabile e foro competente

Il Contratto è regolato ed interpretato secondo la Legge italiana. Per ogni controversia relativa al contratto, comprese quelle relative alla sua interpretazione, esecuzione e risoluzione è competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del Contraente, del Beneficiario ovvero degli aventi diritto.

---

## C. PAGAMENTO DEI PREMI E LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI

---

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

---

### 8 PAGAMENTO DEI PREMI

---

#### 8.1 Premi e mezzi di pagamento

Il Premio Unico relativo alla Garanzia Principale e la prima annualità di premio relativo alle Garanzie Complementari di puro rischio devono essere versati dal Contraente alla Compagnia in via anticipata all'atto della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

**Dalla seconda annualità e per l'intera durata della copertura, il Premio Annuo sarà pagato a ciascuna ricorrenza di Polizza mediante prelievo automatico dal Capitale Assicurato investito nella Gestione Separata al quale sarà applicata la ritenuta fiscale sui rendimenti maturati a titolo di imposta sostitutiva prevista dalla normativa vigente.**

Qualora il Capitale Assicurato investito nel fondo a Gestione Separata non sia sufficiente al pagamento del premio complessivo delle Garanzie Complementari, il Contraente dovrà provvedere al pagamento dello stesso tramite le modalità indicate nel presente articolo.

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

Il pagamento di ciascun **Versamento Integrativo** deve essere effettuato dal Contraente alla Compagnia all'atto della sottoscrizione del relativo modulo.

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 e di Riscatto Totale il Contratto termina ed il Premio Annuo non sarà più dovuto.

Alle scadenze prefissate per le garanzie "Temporanea Caso Morte", "Malattia Grave", "Decesso da Infortunio", il premio relativo decade e resta fermo l'importo di premio dovuto per le garanzie ancora attive.

Il pagamento dei Premi (ad eccezione dei Premi Annuo 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 (cambiaro, 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).

### 8.2 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.

### 8.3 Mancato pagamento del Premio Annuo

Qualora il Capitale Assicurato investito nel fondo a Gestione Separata non sia più sufficiente al pagamento della totalità dei premi annui relativi alle Garanzie Complementari di puro rischio, il Contraente dovrà provvedere al pagamento delle stesse tramite l'utilizzo dei mezzi di pagamento riportati nell'Art. 8.1.

In caso di mancato pagamento, le coperture relative alle Garanzie Complementari decadranno.

### 8.4 Ripresa del pagamento del Premio (Riattivazione)

E' consentito riprendere il pagamento della rata di premio delle Garanzie Complementari entro sei mesi dalla Data di Scadenza della stessa.

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.

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

#### 9.1 Beneficiari

Il Beneficiario della prestazione di caso “malattie gravi” e caso “perdita di autosufficienza” è l'Assicurato (**Art. 3.1 e Art. 4.1**).

Il Contraente designa i Beneficiari in caso di decesso dell'Assicurato nella Proposta di Assicurazione e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione con comunicazione scritta alla Compagnia, oppure mediante disposizione testamentaria.

La designazione dei Beneficiari non può essere modificata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente ed i Beneficiari 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 il decesso dell'Assicurato, i Beneficiari abbiano 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.

#### 9.2 Liquidazioni delle Prestazioni del Contratto e Prescrizione

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

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.

La Compagnia eseguirà il pagamento delle prestazioni derivanti dal Contratto entro 30 giorni dalla data di ricevimento della relativa richiesta corredata di tutta la documentazione prevista. Decorso tale termine, sono dovuti dalla Compagnia gli interessi moratori al tasso legale (art. 1224, 1° co., c.c.), a favore dei Beneficiari, a partire dal termine stesso fino alla data dell'effettivo pagamento.

**Alla data di redazione del presente Set Informativo, 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”.**

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

Ogni pagamento da Parte della Compagnia viene effettuato in Italia, presso la sede della Compagnia o dell'Intermediario.

#### 9.3 Tasse e imposte

Gli oneri relativi al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari aventi diritto. I contratti di assicurazione sono soggetti 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.

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.

La parte di premio pagata per la Garanzia complementare “decesso da infortunio” è soggetta ad imposta nella misura del 2,50%.

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

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

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'imposta di bollo è applicata nei termini previsti dalla normativa vigente.

### 9.4 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.

---

## 10 MODIFICHE AL CONTRATTO

---

### 10.1 Modifiche alle condizioni contrattuali

Per tutto il periodo di validità del Contratto, la Compagnia si riserva il diritto di modificare e apportare qualsiasi variazione al presente Contratto secondo quanto si renderà necessario di volta in volta in seguito a modifiche della normativa di riferimento primaria o secondaria, o delle leggi sui contratti di assicurazione sulla vita. Inoltre la Compagnia, in qualsiasi momento nel corso del periodo di validità del Contratto, ha la facoltà di modificare o variare il presente Contratto nel modo che ritenga ragionevolmente appropriato ed equo in seguito a modifiche, a titolo esemplificativo e non esaustivo, dell'andamento demografico, dell'inflazione e di altre variabili di mercato.

Nel caso sia previsto per legge, o qualora in presenza di un giustificato motivo la Compagnia ritenga opportuno modificare o variare il presente Contratto, ne darà comunicazione al Contraente indicando le modifiche che intende apportare. Qualora il Contraente non intenda accettare tali modifiche dovrà darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricezione della comunicazione. In tal caso, il Contratto si intenderà risolto ed al Contraente sarà restituita una somma pari al controvalore delle Quote attribuite al Contratto ed al Capitale



## **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

---

Assicurato investito in Gestione Interna Separata e rivalutato senza applicazione dei Costi di Riscatto. Il pagamento dovuto dalla Società sarà effettuato entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della comunicazione scritta del Contraente. In mancanza di comunicazione da parte del Contraente, il Contratto resterà in vigore alle nuove condizioni.