

AXA Assicurazioni

Tutta la Vita /

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE

- NOTA INFORMATIVA
- CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE
- GLOSSARIO
- INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
- MODULO DI LIQUIDAZIONE
- MODULO DI PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA.

**contratto di assicurazione temporanea
per il caso morte e malattia grave, di rendita
vitalizia in caso di perdita di autosufficienza**

edizione settembre 2015



ridefiniamo / la protezione

AXA Assicurazioni

Tutta la Vita /

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE

- **NOTA INFORMATIVA**
- **CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE**
- **GLOSSARIO**
- **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**
- **MODULO DI LIQUIDAZIONE**
- **MODULO DI PROPOSTA DI ASSICURAZIONE**

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA.

contratto di assicurazione temporanea per il caso morte e malattia grave, di rendita vitalizia in caso di perdita di autosufficienza

edizione settembre 2015

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

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

Area Clienti



Sulla home page del sito **www.axa.it** è possibile registrarsi all'Area Clienti e consultare le polizze stipulate con AXA Assicurazioni.

Il sito è navigabile con pc, tablet e smartphone.

Nell'Area Clienti è possibile verificare:

polizze attive

coperture
assicurative

scadenze

condizioni
contrattuali



ridefiniamo / la protezione

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



La presente Nota Informativa è aggiornata alla data del 9 settembre 2015

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni Generali di Assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

AXA ASSICURAZIONI S.p.A., con sede legale in Italia, Milano, Corso Como 17 (20154) è soggetta alla direzione e al coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU (calle Monsenor Palmer, 1 - Palma de Mallorca - Spagna) ai sensi dell'art. 2497 bis c.c.

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

La Compagnia è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto Ministeriale del 31.12.1935, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 83 del 09.04.1936. La Compagnia è iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00025, Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041.

Si rinvia al sito internet dell'Impresa per la consultazione di eventuali aggiornamenti.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa (dati aggiornati al 31 dicembre 2014)

Il patrimonio netto di AXA Assicurazioni S.p.A., riferito all'ultimo bilancio approvato (esercizio 2014), ammonta a € 812 milioni di cui € 211 milioni di capitale sociale interamente versato e € 601 milioni di riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio.

L'indice di solvibilità di AXA Assicurazioni S.p.A., ovvero l'indice che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, riferito alla gestione vita e relativo all'ultimo bilancio approvato, è pari al 124,23%.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

AXA Assicurazioni Tutta la Vita è un contratto di puro rischio multi-garanzia. Il Contraente, al momento della sottoscrizione del contratto, **può scegliere** a quali garanzie assicurative aderire tra copertura in caso morte, in caso di "malattia grave" e in caso di perdita di autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana.

Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative in funzione della garanzia prescelta:

- a) **prestazione in caso di decesso**: l'erogazione a favore dei Beneficiari designati in polizza di un capitale in caso di morte dell'Assicurato nei limiti della durata scelta per la specifica garanzia al momento della sottoscrizione;
- b) **prestazione in caso di "malattia grave"**: la corresponsione all'Assicurato di un capitale qualora, nel corso della durata scelta per la specifica garanzia al momento della sottoscrizione, gli sia diagnosticata una "malattia grave" esclusivamente tra quelle elencate nelle Condizioni di Generali di Assicurazione;
- c) **prestazione in caso di perdita di autosufficienza**: l'erogazione a favore dell'Assicurato di una Rendita vitalizia mensile nel caso in cui l'Assicurato stesso si trovi in uno stato di non

autosufficienza e di un capitale iniziale pari a tre volte l'importo della rendita mensile prescelta alla sottoscrizione del contratto.

Si rinvia agli **Artt. 1.1, 2.1 e 3.1** delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle singole prestazioni.

La durata del contratto è stabilita dal Contraente all'atto della sottoscrizione della proposta ed è variabile in funzione delle garanzie prescelte, secondo i limiti di seguito indicati:

- **garanzia per il caso di decesso:** la durata della copertura assicurativa deve essere compresa tra un minimo di 5 anni ed un massimo di 25 entro il limite dei 75 anni di età dell'Assicurato alla scadenza contrattuale. In ogni caso, alla sottoscrizione del contratto, l'Assicurato non potrà avere un'età inferiore a 18 anni né superiore a 70 anni.
- **garanzia per il caso di "malattia grave":** la durata della copertura assicurativa deve essere compresa tra un minimo di 5 anni ed un massimo di 25 entro il limite dei 70 anni di età dell'Assicurato alla scadenza contrattuale. In ogni caso, alla sottoscrizione del contratto, l'Assicurato non potrà avere un'età inferiore a 18 anni né superiore a 65 anni.
- **garanzia per il caso di perdita dell'autosufficienza:** in questo caso la garanzia è a vita intera, pertanto la durata della stessa coincide con la vita dell'Assicurato. In ogni caso, alla sottoscrizione del contratto, l'Assicurato non potrà avere un'età inferiore a 18 anni né superiore a 70 anni.

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

Questa assicurazione richiede la valutazione preventiva delle condizioni di salute dell'Assicurando mediante la compilazione e sottoscrizione del questionario sanitario sullo stato di salute da parte dell'Assicurando stesso ed eventuali ulteriori accertamenti sanitari variabili in funzione dell'entità del Capitale Assicurato e dell'età dell'Assicurato.

Per dettagli riguardo le modalità assuntive, si rinvia alle Condizioni Generali di Assicurazione.

Avvertenza: ferme le esclusioni di cui agli **Artt. 1.9, 2.11 e 3.10** delle Condizioni Generali di Assicurazione e le carenze di cui alle Condizioni Speciali riportate in polizza, le coperture assicurative prescelte sono efficaci nei limiti di durata previsti dal contratto, a patto che il Contraente sia in regola con i premi dovuti.

Prima della sottoscrizione leggere le avvertenze contenute nella Proposta di Assicurazione relative alla compilazione del questionario sanitario.

E' di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato per la definizione del rischio siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive, legittime, contestazioni della Compagnia che potrebbero anche pregiudicare il diritto dei Beneficiari di ottenere il pagamento del Capitale Assicurato.

4. Premi

AXA Assicurazioni Tutta la Vita prevede il versamento di un Premio annuo pagabile per tutta la durata delle garanzie prescelte e frazionabile in rate mensili, trimestrali o semestrali. In tal caso è prevista una maggiorazione di costo indicata al successivo **Art. 6.1.1**.

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

Il Premio annuo pagato dal Contraente è costituito dalla somma delle componenti di seguito descritte, qualora scelte:

- **premio per la prestazione in caso di morte dell'Assicurato:** il premio è dovuto fino alla data del decesso e, comunque, non oltre la Data di Scadenza della copertura indicata alla sottoscrizione del contratto;
- **premio per la prestazione in caso di "malattia grave" dell'Assicurato:** il premio è dovuto fino alla Data di Scadenza della copertura indicata alla sottoscrizione del Contratto. Il diritto della Compagnia alla riscossione del premio si interrompe comunque al ricevimento della denuncia dello stato di malattia dell'Assicurato;

- **premio per la prestazione in caso di perdita dell'autosufficienza dell'Assicurato:** il premio è dovuto per tutta la Durata del Contratto. Il diritto della Compagnia alla riscossione del premio si interrompe comunque al ricevimento della denuncia dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

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

Il premio relativo alle garanzie **per il caso di decesso o di malattia grave** decade una volta raggiunta la Data di Scadenza prefissata; resta fermo l'importo di premio dovuto per le garanzie ancora attive.

Il Premio annuo è determinato in base alla Prestazione assicurata, all'età al momento della sottoscrizione, allo stato di salute e alle abitudini di vita (professione, sport e in generale attività che espongono a rischi particolari).

Il premio relativo alle garanzie **per il caso di decesso o di malattia grave** è inoltre determinato in funzione dello stato di fumatore o non fumatore e in base alla Durata Contrattuale prescelta.

La Compagnia si riserva la possibilità di modificare l'importo del premio, relativo alle garanzie per il **caso di perdita di autosufficienza**, in caso di revisione delle basi tecniche come meglio indicato all'articolo **3.4** delle Condizioni Generali di Assicurazione.

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

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

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

5. Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

Il presente Contratto non prevede alcuna partecipazione agli utili.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

6. Costi

6.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

6.1.1 Costi gravanti sui Premi

Sui Premi Anni saranno applicati i seguenti costi:

Tipologia	Importo	Periodicità di prelievo	Modalità di prelievo
Caricamento percentuale	25,0%	Su ciascun premio	Compreso nel premio
Costo per erogazione rendita	5,0% della componente di premio relativo alla copertura per perdita dell'autosufficienza	Su ciascun premio	Compreso nel premio

In caso di frazionamento mensile, trimestrale o semestrale è prevista una maggiorazione rispettivamente del 3,0%, del 2,0% e dell'1,0% del premio stesso.

6.1.2. Costi per Riscatto

Il Contratto non prevede il Riscatto della Prestazione assicurata.

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

Le spese di erogazione della rendita in caso di perdita dell'autosufficienza dell'Assicurato sono calcolate come indicato nella tabella al precedente punto **6.1.1**.

6.2. Costi applicati in funzione delle modalità di partecipazione agli utili

Non previsti.

Avvertenza: Nel caso in cui l'Assicurato dovesse sottoporsi a visita medica per l'accertamento preventivo delle sue condizioni di salute, il costo della visita sarà interamente a carico dell'Assicurato stesso.

La quota parte del Caricamento Percentuale e del Costo per l'erogazione della Rendita di cui all'**Art. 6.1.1** retrocessa dalla Compagnia in media agli intermediari è pari al 71,20% dei costi indicati.

(*) il Contratto è di nuova commercializzazione, pertanto, la quota parte media indicata rappresenta una stima realizzata sulla base delle convenzioni di collocamento.

7. Sconti

Non sono previsti sconti.

8. Regime fiscale

8.1 Tassazione dei premi

I premi versati alla Compagnia sono esenti da imposta.

8.2 Detraibilità dei premi pagati

I premi saranno detraibili dall'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) dichiarato dal Contraente nella misura e per gli importi previsti dalla normativa vigente senza limiti minimi di Durata Contrattuale.

8.3 Trattamento fiscale delle prestazioni

Le somme corrisposte in caso di "malattia grave" o di morte ovvero in dipendenza di un'assicurazione di rendita collegata alla perdita dell'autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, sono esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF). Il capitale corrisposto in caso di morte dell'Assicurato non concorre alla formazione dell'asse ereditario ai fini dell'imposta di successione. Le somme percepite nell'esercizio di attività commerciale concorrono a formare il reddito d'impresa e sono assoggettate all'ordinaria tassazione.

8.4 Dichiarazioni del Contraente

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

Il regime fiscale deve tuttavia essere adattato, secondo la legislazione dell'Unione Europea (Direttiva n.2002/83/CE), in caso di variazione di residenza del Contraente, nel corso 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 e compatibilmente con la normativa applicabile alle imprese non residenti nel paese del Contraente.

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

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

9. Modalità di perfezionamento del Contratto

Per le modalità di perfezionamento del Contratto e la decorrenza delle coperture assicurative si rinvia all'Art. 4.1 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

10. Risoluzione del Contratto e sospensione del pagamento dei Premi

Il Contraente ha la facoltà di risolvere il Contratto sospendendo il pagamento dei premi.

Avvertenza: in caso di risoluzione del Contratto, fatto salvo quanto previsto dagli Artt. 6.2 e 6.3 delle Condizioni Generali di Assicurazione in materia di interruzione e ripristino, la copertura assicurativa cessa ed i premi pagati restano acquisiti da AXA Assicurazione S.p.A. a fronte dell'assicurazione prestata e nulla è più dovuto dalla Compagnia.

Si rinvia all'Art. 6 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

11. Riscatto e riduzione

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

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

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

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

12. Revoca della Proposta

Il Contraente può Revocare la Proposta di Assicurazione prima della conclusione del Contratto, ai sensi dell'articolo 176 del d.lgs. 209/2005.

La Revoca deve essere esercitata mediante lettera raccomandata contenente gli estremi identificativi della Proposta di Assicurazione, ed inviata alla Compagnia (rif. Ufficio "Life Insurance Personal Portfolio Management", Corso Como, 17 - 20154 Milano -MI-) eventualmente per il tramite del Soggetto Incaricato del collocamento.

Entro trenta giorni dalla data di ricevimento della comunicazione relativa alla richiesta di Revoca, la Compagnia restituirà al Contraente l'intero Premio eventualmente già corrisposto.

13. Diritto di Recesso

Il Contraente ha diritto di recedere dal Contratto entro trenta giorni dalla data di Conclusione dello stesso.

Il Recesso deve essere comunicato per iscritto alla Compagnia, mediante lettera raccomandata contenente gli estremi identificativi della polizza, ed inviata alla Compagnia (rif. Ufficio "Life Insurance Personal Portfolio Management", Corso Como, 17 - 20154 Milano -MI-) eventualmente per il tramite del Soggetto Incaricato del collocamento.

Il Recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di Recesso quale risulta dal timbro postale di invio.

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

14. Documentazione da consegnare alla Compagnia per la liquidazione delle prestazioni

Si rinvia all'Art. 1.8, 2.10 e 3.8 delle Condizioni Generali di Assicurazione per il dettaglio della documentazione che l'avente diritto è tenuto a presentare ad AXA Assicurazioni S.p.A. per la liquidazione delle prestazioni.

Al fine dell'erogazione della prestazione caso morte, la Compagnia provvederà alla liquidazione delle somme dovute entro 30 giorni dalla data di ricevimento della relativa richiesta corredata di tutta la documentazione prevista, elencata nel relativo Modulo di Liquidazione allegato al presente Fascicolo Informativo.

Al fine dell'erogazione della prestazione per "malattia grave", la Compagnia si impegna ad accertare lo stato di "malattia grave" diagnosticato all'Assicurato e ad eseguire il pagamento del capitale assicurato entro 30 giorni dalla data di ricezione della denuncia completa di tutta la documentazione prevista, elencata nel relativo Modulo di Liquidazione allegato al presente Fascicolo Informativo. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore dei beneficiari.

Al fine dell'erogazione della prestazione per la perdita dell'autosufficienza, la Compagnia si impegna ad accertare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato entro 180 giorni dalla data di ricezione della denuncia. Una volta accertato e riconosciuto il diritto alla Prestazione assicurata e purché sia decorso il periodo di franchigia pari a 90 giorni, la Compagnia eroga il capitale iniziale previsto e inizia a corrispondere la rendita mensile assicurata. Decorsi 180 giorni sono dovuti gli interessi moratori a favore dell'Assicurato.

Alla data di redazione del presente Fascicolo 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".

15. Legge applicabile al Contratto

In caso di mancata scelta delle parti, il presente Contratto è disciplinato dalla Legge italiana.

16. Lingua in cui è redatto il Contratto

Il Contratto e ogni documento ad esso allegato, sono redatti in lingua italiana salvo che le parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

17. Reclami

Eventuali reclami relativi al rapporto contrattuale o alla gestione del sinistro possono essere presentati all'Ufficio Gestione Reclami secondo le seguenti modalità:

- mail - reclami@axa.it
- pec: reclamiisvapaxa@axa.legalmail.it
- posta - AXA Assicurazioni c.a. Ufficio Reclami, Corso Como, 17 - 20154 Milano
- fax - 0243448103.

avendo cura di indicare:

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

Sarà cura della Compagnia comunicare gli esiti del reclamo entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo. Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, nella risposta verrà fornita una chiara spiegazione della posizione assunta.

Qualora il reclamante non abbia ricevuto risposta oppure ritenga la stessa non soddisfacente, prima di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, può scrivere all'IVASS (Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma; fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, ivass@pec.ivass.it) fornendo copia del reclamo già inoltrato all'impresa ed il relativo riscontro anche utilizzando il modello presente nel sito [www.ivass.it/PER IL CONSUMATORE/](http://www.ivass.it/PER_IL_CONSUMATORE/)come presentare un reclamo.

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

- **Mediazione:** per controversie relative a contratti assicurativi e a diritti al risarcimento derivanti da responsabilità medica e sanitaria, le Parti, ai sensi dell'art. 5, comma 1-bis, del d.lgs. n. 28/2010 sono tenute a tentare di risolvere la questione avanti un Organismo di Mediazione (compreso tra gli Enti o le persone fisiche abilitati, in quanto iscritti nel registro ufficiale del Ministero della Giustizia).
Per attivare la procedura, il Contraente, l'assicurato o il danneggiato dovranno rivolgersi ad un Organismo di Mediazione del luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia, che provvederà a trasmettere alla Compagnia la domanda di attivazione, con indicazione della data fissata per il primo incontro. La Compagnia provvederà a rispondere almeno 7 giorni lavorativi prima della data prevista per il primo incontro.
- **Arbitrato irrituale:** laddove espressamente previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, per controversie relative alla determinazione del valore del danno o alle conseguenze di natura medica di un sinistro, che verranno devolute ai consulenti tecnici nominati da ciascuna delle Parti.
Per attivare la procedura è necessario comunicare alla Compagnia la volontà di dare avvio alla stessa.
La Compagnia provvederà a dare riscontro al richiedente indicando il nominativo del proprio consulente tecnico e la Procedura seguirà le modalità espressamente indicate nella relativa previsione di Polizza.

Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito www.axa.it
Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Eventuali reclami non relativi al rapporto contrattuale o alla gestione del sinistro, ma relativi alla mancata osservanza da parte della Compagnia, degli intermediari e dei periti assicurativi, delle disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi possono essere presentati direttamente all'IVASS, secondo le modalità sopra indicate.

I reclami relativi ad aspetti di trasparenza informativa dei prodotti unit e index linked o delle operazioni di capitalizzazione, devono essere inviati alla CONSOB Divisione Tutela del Consumatore Ufficio Consumer Protection, via G.B. Martini, 3 - 00198 Roma.

18. Informativa in corso di Contratto

La Compagnia si impegna a comunicare al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute nella Nota Informativa, intervenute per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del Contratto.

19. Comunicazioni del Contraente alla Compagnia

In merito alle comunicazioni che il Contraente deve rendere alla Compagnia in caso di modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di Contratto, si richiamano le disposizioni di cui all'articolo 1926 del Codice Civile.

Il Contraente deve inoltre comunicare alla Compagnia eventuali variazioni relative alle abitudini al fumo dell'Assicurato in corso di Contratto, come indicato ai successivi **Artt. 1.5.2 e 2.6.2** delle Condizioni Generali di Assicurazione.

20. Conflitto di interessi

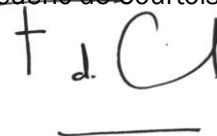
In relazione al presente Contratto non sussistono, al momento della redazione della presente Nota Informativa, situazioni di conflitto d'interesse anche derivanti da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo.

AXA Assicurazioni S.p.A. opera, in ogni circostanza, in modo da non recare pregiudizio ai Contraenti e si impegna ad ottenere per i contraenti il miglior risultato possibile.

AXA Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

AXA Assicurazioni S.p.A.

Il rappresentante legale
Frédéric de Courtois



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'F. de C.', with a horizontal line underneath.

Le presenti Condizioni Generali di Assicurazione sono aggiornate alla data del 9 settembre 2015

PREMESSA

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

A. PRESTAZIONI ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE

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

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

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

Alla data di redazione del presente Fascicolo 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 Prestazione associate alle diverse garanzie.

1 TEMPORANEA CASO MORTE

1.1 Capitale Assicurato

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

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

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

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

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

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

1.2 Limiti di età

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

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

1.3 Durata

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

1.4 Premi e costi

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

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

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

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

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

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

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

1.5 Stato di non fumatore

1.5.1 Definizione di non fumatore

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

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

1.5.2 Modifica delle abitudini relative al fumo in corso di Contratto

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

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

1.6 Modalità assuntive

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

Possono limitarsi alla compilazione del questionario sanitario:

- gli assicurati con età inferiore a 60 anni;
- gli assicurati con età inferiore a 60 anni che abbiano scelto anche la garanzia associata al caso "malattia grave" per un capitale complessivo (inclusa la prestazione per caso morte) inferiore a 300.000,00 Euro.

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

Per Capitale Assicurato pari a 35.000,00 Euro e 5 anni di Durata, è sufficiente una dichiarazione di buono stato di salute.

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

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

1.7 Denuncia del Sinistro

Qualora avvenga il **decesso** dell'Assicurato, i Beneficiari, il Contraente o gli aventi diritto devono farne denuncia per iscritto alla Compagnia tramite modulo di liquidazione allegato al presente fascicolo a mezzo lettera raccomandata o attraverso l'Agenzia a cui è assegnato il Contratto.

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

1.8 Pagamenti della Compagnia

La Compagnia provvederà alla liquidazione delle somme dovute entro 30 giorni dalla data di ricevimento della relativa richiesta corredata di tutta la documentazione prevista, elencata nel relativo Modulo di Liquidazione allegato al presente Fascicolo Informativo.

1.9 Esclusioni e limitazioni

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

- **dolo del Contraente o del Beneficiario e partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi.**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;**
- **decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiasesicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.**
- **incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio.**

- 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.
- malattie/infortuni conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope.

Il rischio di morte non è coperto, inoltre, nello svolgimento dell'attività lavorativa qualora l'Assicurato faccia parte delle seguenti categorie professionali:

- Personale di volo di compagnie aeree, nello svolgimento della propria professione;
- Personale di navigazione, mentre imbarcato;
- Personale che lavora in miniera ed è direttamente coinvolto nei processi di estrazione, o in attività nel sottosuolo di costruzione o esplorazione;
- Personale che lavora in qualsivoglia piattaforma offshore, sottomarino o nave ed è direttamente coinvolto in processi di costruzione sopra o sotto il livello del mare;
- Personale che lavora in siti industriali ed è direttamente coinvolto nella ricerca, produzione o raffinazione di petrolio, suoi derivati e gas;
- Personale a diretto contatto con proiettili, munizioni, esplosivo o sistemi esplosivi;
- Sportivi professionisti;
- Personale di impianti nucleari, quando in servizio;
- Personale forze armate di sicurezza impiegate in missione all'estero.

2 GARANZIA MALATTIE GRAVI

2.1 Capitale Assicurato

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

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

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

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

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

2.2 Limiti di età

L'età dell'Assicurato alla Data di sottoscrizione non potrà essere inferiore a 18 o superiore a 65 anni. Per età dell'Assicurato deve intendersi l'età anagrafica, ossia quella effettivamente compiuta.

2.3 Durata

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

2.4 Premi e costi

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

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

L'entità del Premio annuo dipende dall'entità del Capitale Assicurato prescelto, dalla durata dell'assicurazione e dall'età dell'Assicurato, nonché dal suo stato di salute, dallo stato di fumatore o

non fumatore e dalle abitudini di vita (professione, sport e in generale attività che espongono a rischi particolari).

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

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

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

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

2.5 Definizione di malattia grave

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

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

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

2.5.1 "Malattia grave": descrizione

A) Cancro

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

Sono esclusi:

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

B) Infarto

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

- comparsa di nuove alterazioni elettrocardiografiche: nuove alterazioni ST-T o nuove del blocco di branca sinistra o nuove onde Q;

• caratteristico aumento dei biomarcatori cardiaci o troponine che registrino i seguenti livelli o superiori:

- troponina T > 1,0 ng / ml;

- AccuTnl > 0.5 ng/ml o valori equivalenti in altri metodi Troponin I.

Sono esclusi l'angina e altre sindromi coronariche acute.

C) Ictus

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

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

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

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

E) Cecità

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

F) Insufficienza renale

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

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

G) Trapianto degli organi principali

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

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

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

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

2.6 Stato di non fumatore

2.6.1 Definizione di non fumatore

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

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

2.6.2 Modifica delle abitudini relative al fumo in corso di Contratto

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

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

2.7 Modalità assuntive

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

Possono limitarsi alla compilazione del questionario sanitario:

- gli assicurati con età inferiore a 60 anni e Capitale Assicurato inferiore a 150.000,00 Euro;
- gli assicurati con età inferiore a 60 anni che abbiano scelto anche la garanzia associata al caso morte per un capitale complessivo (inclusa la prestazione per caso "malattia grave") inferiore a 300.000,00 Euro.

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

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

2.8 Denuncia del Sinistro

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

2.9 Accertamento del Sinistro ("malattia grave")

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

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

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

2.10 Pagamenti della Compagnia

La Compagnia effettua il pagamento per la prestazione in caso di “malattia grave” entro 30 giorni dalla data di ricezione della denuncia completa di tutta la documentazione prevista, comprese eventuali integrazioni. Il pagamento della somma assicurata determina la cessazione della copertura assicurativa in caso di malattia grave e nulla sarà dovuto dalla Compagnia in caso di diagnosi di una seconda malattia grave.

2.11 Esclusioni e limitazioni

L'Assicurato è coperto dal rischio di “malattia grave”, qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali - fatti salvi gli effetti sul Contratto previsti dall'art. 1926 codice civile in ordine alle circostanze che possano aggravare il rischio o comportarne la sua esclusione - e **ferme restando le limitazioni previste nelle Condizioni Speciali di Carenza del presente Fascicolo informativo 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) azioni di autolesionismo da parte dell'Assicurato;
- e) partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano;
- f) partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- g) malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci, tentato suicidio;
- h) negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la prestazione non viene erogata se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- i) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- j) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- k) 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.);
- l) 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.
- m) malattie/infortuni conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope.

Il rischio “malattia grave dell'Assicurato” non è coperto, inoltre, nello svolgimento dell'attività lavorativa qualora l'Assicurato faccia parte delle seguenti categorie professionali:

- Personale che lavora in miniera ed è direttamente coinvolto nei processi di estrazione, o in attività nel sottosuolo di costruzione o esplorazione;
- Personale che lavora in qualsivoglia piattaforma off-shore, sottomarino o nave ed è direttamente coinvolto in processi di costruzione sopra o sotto il livello del mare;
- Personale che lavora in siti industriali ed è direttamente coinvolto nella ricerca, produzione o raffinazione di petrolio, suoi derivati e gas;

- Personale a diretto contatto con proiettili, munizioni, esplosivo o sistemi esplosivi;
- Personale delle forze armate di sicurezza impiegate in missione all'estero;
- Personale impiegato in impianti nucleari, quando in servizio (per la sola copertura caso morte).

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

3 RENDITA VITALIZIA IN CASO DI PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA

3.1 Rendita Assicurata

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2 Limiti di età

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

3.3 Durata

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

3.4 Premi e costi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.5 Definizione di Non Autosufficienza

E' 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 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 a 10 sono rappresentativi di una grave compromissione delle facoltà mentali.

3.6 Denuncia del Sinistro

Qualora sopravvenga uno stato di Non Autosufficienza, obiettivamente accertabile ai sensi del precedente articolo 3.5 delle presenti Condizioni, il Contraente, l'Assicurato o altra persona da essi designata che autocertifichi la propria posizione come persona che svolge compiti di cura nei confronti dell'Assicurato, devono farne denuncia per iscritto alla Compagnia tramite Modulo di Liquidazione allegato al presente Fascicolo 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 del modulo 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 indicata nel Modulo di Liquidazione, tra cui il "Certificato Attestante la perdita di Autosufficienza dell'Assicurato" e la "Relazione medica sulle cause della perdita di Autosufficienza dell'Assicurato" compilate dal medico curante o dal medico ospedaliero, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

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

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

3.7 Accertamento dello stato di Non Autosufficienza

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

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

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

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

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

3.8 Pagamenti della Compagnia

La Compagnia esegue il pagamento entro 180 giorni dal ricevimento della documentazione richiesta.

Una volta riconosciuto il diritto alla prestazione, la prestazione di rendita e un capitale pari a tre volte tale importa 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.

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

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

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

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

3.9 Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

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

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

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

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

3.10 Esclusioni e limitazioni

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

- a) attività dolosa dell'Assicurato;
- b) partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- c) partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano;
- 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.

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.

B. CONCLUSIONE E VICENDE CONTRATTUALI

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

4 CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E DIRITTI DEL CONTRAENTE

4.1 Conclusione del Contratto ed entrata in vigore

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

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

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

4.2 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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

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

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

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

a) quando esiste dolo o colpa grave:

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

b) quando non esiste dolo o colpa grave:

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

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

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

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

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

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

4.3 Diritto di Revoca e Recesso dal Contratto

Nella fase che precede la conclusione del Contratto, il Contraente può Revocare la proposta contrattuale dandone comunicazione alla Compagnia mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

AXA Assicurazioni si impegna a restituire per intero il premio eventualmente corrisposto entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione.

Il Contraente può recedere dal Contratto entro 30 giorni dal momento in cui è informato che il Contratto è concluso, dandone comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi del Contratto, ed inviata alla Compagnia (rif. **Ufficio "Life Insurance Personal Portfolio Management", Corso Como, 17 - 20154 Milano -MI**) eventualmente per il tramite del Soggetto Incaricato al collocamento.

Il Recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto a decorrere dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della comunicazione di Recesso quale risulta dal timbro postale di invio.

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

5 VICENDE CONTRATTUALI

5.1 Riscatto e prestiti

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

5.2 Cessione, pegno e vincolo

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

5.3 Riscatto e riduzione

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

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

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

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

5.4 Foro Competente

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

C. PAGAMENTI E BENEFICIARI

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

6 PAGAMENTO DEI PREMI E BENEFICIARI

6.1 Premi e mezzi di pagamento

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

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

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

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

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

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

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

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

6.2 Mancato pagamento del Premio (risoluzione)

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

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

6.3 Ripresa del pagamento del Premio (Riattivazione)

Entro sei mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata, il Contraente ha comunque diritto di riattivare l'assicurazione pagando le rate di Premio arretrate aumentate degli interessi legali. Trascorsi sei mesi dalla predetta scadenza, la Riattivazione può avvenire invece solo dietro espressa domanda del Contraente ed accettazione scritta della Compagnia che può richiedere nuovi

accertamenti sanitari, il cui Costo è a carico del Contraente, e decidere circa la Riattivazione tenendo conto del loro esito.

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

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

6.4 Beneficiari

L'Assicurato è il Beneficiario della prestazione per malattia grave e della prestazione in caso di perdita di autosufficienza (**Artt. 2.1 e 3.1**).

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

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

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

6.5 Valuta

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

6.6 Tasse e imposte

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

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

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

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

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

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

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

6.7 Controversie

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

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

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

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

D. CONDIZIONI SPECIALI DI CARENZA

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

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

PER LA PRESTAZIONE IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

Condizioni di Carenza in caso di Contratto assunto senza visita medica

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

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

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

- a. di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero emorragico, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b. di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;
- c. di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio (fermo quanto disposto dalle Condizioni di Assicurazione) l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

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

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

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

Rimane infine stabilito che, qualora l'Assicurato abbia accettato di sottoporsi al test clinico per l'accertamento dello stato di malattia da HIV o sieropositività e il test sia risultato negativo, non sarà

applicato alcun periodo di Carenza in caso di decesso dovuto ad AIDS o altra patologia ad essa collegata.

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

Condizioni di Carenza in caso di Contratto assunto senza visita medica

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

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

Condizioni di Carenza in caso di Contratto assunto con visita medica

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

Per la prestazione in caso di “malattia grave”:

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

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

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

Condizioni di Carenza in caso di perdita di autosufficienza

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

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

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

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

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

GLOSSARIO

Per la corretta comprensione dei documenti contenuti nel presente Fascicolo informativo consulti il significato convenzionale attribuito ai termini che seguono.

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

GLOSSARIO

Contratto di assicurazione sulla vita:	Contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del premio si impegna a pagare una Prestazione assicurata in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato
Contratto (o polizza):	Il presente Contratto di assicurazione sulla vita denominato "AXA Assicurazioni Tutta la Vita". La polizza fornisce la prova dell'esistenza del rapporto contrattuale di assicurazione con la Compagnia.
Costi (o spese):	Oneri a carico del Contraente gravanti sul Premio.
Data di Decorrenza e perfezionamento del Contratto:	E' la data a partire dalla quale il Contratto si considera concluso e produce i suoi effetti.
Data di Scadenza:	Data in cui cessano gli effetti del Contratto.
Detraibilità fiscale (del premio versato):	Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.
Dichiarazioni precontrattuali:	Informazioni fornite dal Contraente prima della stipulazione del Contratto di assicurazione, che consentono alla Compagnia di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente fornisce dati o notizie inesatti od omette di informare la Compagnia su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Compagnia stessa può chiedere l'annullamento del Contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.
Diritti (o interessi) di frazionamento:	In caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tener conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima Prestazione assicurata.
Diritti (propri) dei Beneficiari:	Diritto dei Beneficiari alle prestazioni del Contratto dovute dalla Compagnia; è acquisito per effetto della designazione del Contraente.
Durata Contrattuale:	Periodo durante il quale il Contratto è efficace, ovvero che intercorre dalla Data di Decorrenza alla Data di Scadenza del Contratto.
Durata del pagamento dei premi:	Periodo che intercorre fra la data di decorrenza del Contratto di assicurazione e la scadenza del piano di versamento dei premi previsto dal Contratto stesso.
Esclusioni:	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del Contratto di assicurazione.
Fasciolo informativo:	L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: Nota informativa; Condizioni di Assicurazione; Glossario; Modulo di proposta.
Franchigia:	Periodo durante il quale, pur essendosi verificato l'evento assicurato, la Compagnia non effettua il pagamento della Prestazione assicurata.
Impignorabilità o insequestrabilità:	Principio secondo cui le somme dovute dalla Compagnia al Contraente o al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

GLOSSARIO

Impresa di assicurazione:	Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche Compagnia o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il Contratto di assicurazione.
IVASS:	Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.
Liquidazione:	Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.
Malattia grave:	Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'assicurato non dipendente da infortunio come descritta nelle Condizioni di Assicurazione, tra le seguenti elencate: infarto, cancro, ictus, chirurgia di by-pass aorto-coronarico(CABS), cecità, insufficienza renale, trapianto degli organi principali, perdita combinata di due organi tra mani, piedi ed occhi.
Non autosufficienza:	Incapacità di svolgere autonomamente almeno 3 delle 4 attività elementari della vita quotidiana.
Nota informativa:	Documento redatto secondo le disposizioni dell'IVASS che la Compagnia deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Compagnia, al Contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.

GLOSSARIO

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

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

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/03

CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

A) Trattamento dei suoi dati personali per finalità assicurative ¹

Al fine di fornirle i servizi e/o i prodotti assicurativi e/o le prestazioni richiesti o previsti in suo favore, in qualità di:

Assicurato Investitore-Contraente Erede/beneficiario
(barrare la casella corrispondente alla natura del suo rapporto con la nostra Società)

la nostra Società (di seguito anche "AXA") ha la necessità di disporre di dati personali che la riguardano (dati ancora da acquisire, alcuni dei quali ci debbono essere forniti da lei o da terzi per obbligo di legge², e/o dati già acquisiti, forniti da lei o da altri soggetti³) e deve trattarli nel quadro delle finalità assicurative.

Pertanto le chiediamo di esprimere il consenso per il trattamento dei suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte della nostra Società e di terzi a cui tali dati saranno comunicati⁴.

Il consenso che le chiediamo riguarda anche il trattamento degli eventuali dati sensibili strettamente inerenti alla fornitura dei servizi, e/o prodotti assicurativi e/o delle prestazioni citate ⁵ il cui trattamento è ammesso dalle autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali. Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra lei e la nostra Società, secondo i casi, i suoi dati possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo o di natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa" ⁶, in parte anche in funzione meramente organizzativa.

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

² Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.

³ Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che la riguarda (contraenti di assicurazioni in cui lei risulti Assicurato, beneficiario ecc.; coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione ecc.); soggetti che, per soddisfare le sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consorzi propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.

⁴ I dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società, (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); Società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti; assicuratori, coassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim. L'elenco completo e aggiornato dei suddetti soggetti è disponibile consultando il sito internet www.axa.it

⁵ Cioè i dati di cui all'art. 4, comma 1, lett. d) ed e), del Codice, quali dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche, sindacali, religiose ovvero dati relativi a sentenze o indagini penali.

⁶ Secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:

- assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim; legali; periti; medici; autofficine; centri di demolizione di autoveicoli;
- società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, tra cui centrale operativa di assistenza, società di consulenza per tutela giudiziaria, cliniche convenzionate; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela); società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi ed il monitoraggio delle attività di distribuzione; società di recupero crediti;
- società ed enti facenti riferimento al Gruppo a cui appartiene la nostra Società (società controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- ANIA (Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici); organismi associativi e consorzi propri del settore assicurativo o comunque inerenti a materie di interesse per l'attività assicurativa; nonché altri soggetti, istituiti presso Autorità Amministrative indipendenti o Organismi di Controllo e Ministeri; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAL, INPGI ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria; Magistratura; Forze dell'ordine; altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria in base a leggi o regolamenti.

L'elenco completo di tutti i predetti soggetti è costantemente aggiornato e può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente chiedendolo al Responsabile indicato nell'informativa oppure consultando il sito internet www.axa.it

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/03 CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

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

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

B) Trattamento dei dati personali comuni per attività di informazione e promozione commerciale

Inoltre, per migliorare i nostri servizi ed i nostri prodotti e per informarla sulle novità e le opportunità che potrebbero essere di suo interesse, vorremmo avere l'opportunità di stabilire con lei un contatto. Nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati le chiediamo di consentirci l'utilizzo dei suoi dati personali non sensibili.

Finalità di utilizzo dei dati personali

Se lei acconsentirà, saremo in grado di:

- compiere analisi sulla qualità dei servizi ed iniziative dedicate alla raccolta di informazioni, con lo scopo di comprendere quali sono i suoi bisogni e esigenze, le sue opinioni sui nostri prodotti e servizi; in questo modo potremo migliorare la nostra offerta
- realizzare ricerche di mercato
- effettuare indagini statistiche
- proporle prodotti e servizi che possano essere di suo interesse

Potremo altresì comunicarle novità e opportunità relative a prodotti e/o servizi di:

- Società che appartengono al Gruppo AXA
- società esterne con le quali AXA ha stabilito accordi di partnership e di collaborazione.

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

Chi sono i soggetti coinvolti

Le attività di comunicazione e marketing sopra descritte potranno essere realizzate da AXA, da società appartenenti allo stesso Gruppo e dai suoi agenti e collaboratori anche avvalendosi di società esterne specializzate, nonché di società di servizi informatici, telematici, di archiviazione e postali cui vengono affidati compiti di natura tecnica od organizzativa. Tali soggetti terzi agiranno attenendosi alle istruzioni e alle procedure di sicurezza che AXA avrà definito per tutelare pienamente la sua riservatezza.

Questi soggetti svolgono la funzione di "responsabile" o di "incaricato" del trattamento dei suoi dati oppure, ove la legge lo consenta, operano come distinti "titolari" del trattamento.

Il consenso che le chiediamo riguarda pertanto anche l'attività di tali soggetti.

C) Modalità d'uso dei suoi dati personali e suoi diritti

Le precisiamo inoltre che i nostri dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati nell'ambito delle rispettive mansioni possono venire a conoscenza dei suoi dati quali "responsabili" o "incaricati" del trattamento. L'elenco completo dei responsabili del trattamento è disponibile sul sito www.axa.it.

Modalità di uso dei suoi dati personali

I suoi dati personali sono trattati⁷ da AXA - titolare del trattamento - solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirle le prestazioni, i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o previsti in suo favore, ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche e attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati per i suddetti fini ai soggetti già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa.

⁷ Il trattamento può comportare le operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a), del Codice: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/03 CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

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

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia – operanti talvolta anche all'estero – che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa o gestione⁸; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

I suoi diritti

Lei ha il diritto di conoscere quali sono i suoi dati presso i singoli titolari di trattamento, cioè presso la nostra Società o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento⁹.

Per l'esercizio dei Suoi diritti Lei può rivolgersi a:

AXA Assicurazioni S.p.A.
Corso Como, 17- 20154 Milano (MI)
e-mail: CentroCompetenzaPrivacy@axa.it

⁸ Questi soggetti sono società o persone fisiche nostre dirette collaboratrici e svolgono le funzioni di responsabili del nostro trattamento dei dati. Nel caso invece che operino in autonomia come distinti "titolari" di trattamento rientrano, come detto, nella c.d. "catena assicurativa" con funzione organizzativa.

⁹ Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. L'art. 7 (*Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti*) prevede che:

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale."

RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE

- A. DEL CAPITALE IN CASO DI DECESSO
- B. DEL CAPITALE IN CASO DI "MALATTIA GRAVE"
- C. DELLA RENDITA IN CASO DI PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA DELL'ASSICURATO

(da compilarsi a cura del Beneficiario/Assicurato o altra persona da essi designata che autocertifichi la propria posizione come persona che svolge compiti di cura nei confronti dell'Assicurato)

Spett.le AXA ASSICURAZIONI

Agenzia di

Via

Il sottoscritto/i _____ in qualità di Beneficiario/i della polizza numero _____ chiede/chiedono la liquidazione del capitale relativo alla garanzia oggetto del Contratto.

A tal fine allega i seguenti documenti:

- fotocopia di un documento di identità valido;
- copia del modulo relativo all'informativa sulla privacy ed al consenso al trattamento dei dati personali, sottoscritto dal/i Beneficiario/i;
- copia del codice fiscale;
- originali di polizza e appendici;
- copia di un documento d'identità valido dell'Assicurato solo nel caso in cui questo sia diverso dal Contraente;
- se il richiedente è diverso dall'Assicurato, documentazione che certifichi che il richiedente svolge compiti di cura nei confronti dell'Assicurato (anche con autocertificazione) corredata dai suoi dati anagrafici (nome, cognome, data di nascita e codice fiscale) e copia documento di identità valido.

Per la liquidazione del capitale in **caso di decesso**, allega i seguenti ulteriori documenti:

- copia del verbale rilasciato dall'autorità competente, da cui si desumono le precise circostanze del decesso (solo in caso di morte per infortunio/incidente stradale, suicidio o omicidio).
- copia della cartella clinica se il decesso è avvenuto in ospedale o clinica privata (o eventuale copia dell'autopsia);
- certificato di morte e relazione medica sulle cause del decesso;

(SE IL CONTRAENTE/ASSICURATO HA LASCIATO TESTAMENTO:)

- copia legalizzata dell'eventuale testamento valido e non impugnato;

(SE IL CONTRAENTE/ASSICURATO NON HA LASCIATO TESTAMENTO:)

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio indicante che l'Assicurato non ha lasciato testamento (completa delle generalità di tutti gli eredi legittimi, età e capacità giuridica se questi sono indicati come Beneficiari); oppure, in alternativa, per capitali maggiori a 50.000,00 Euro, atto notorio redatto davanti a Notaio o Cancelliere o Segretario comunale alla presenza di due testimoni dal quale risulti se esiste o meno testamento (completo delle generalità di tutti gli eredi legittimi, età e capacità giuridica se questi sono indicati come Beneficiari);
- se i Beneficiari sono minori o incapaci: Decreto del Giudice Tutelare (da esibire su richiesta della Compagnia) sulla riscossione del capitale.

Per la liquidazione del capitale in **caso di malattia grave**, allega i seguenti ulteriori documenti:

MODULI DI LIQUIDAZIONE

- il certificato del medico curante o del medico ospedaliero che riporti la diagnosi della “malattia grave” di cui risulta 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;
- tutta la documentazione già in possesso dell'Assicurato al momento della denuncia;
- ulteriore documentazione sanitaria, se richiesta dalla Compagnia, ad integrazione di quanto già trasmesso, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

Per la liquidazione della rendita in **caso di perdita di autosufficienza**, allega i seguenti ulteriori documenti:

- copia del modulo relativo all'informativa sulla privacy ed al consenso al trattamento dei dati personali, sottoscritto dal richiedente;
- “Certificato attestante la perdita di Autosufficienza dell'Assicurato” compilato dal proprio medico curante (Modulo 1);
- “Relazione medica sulle cause che hanno generato la perdita di Autosufficienza dell'Assicurato” compilato dal proprio medico curante (Modulo 2);
- documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) che ha portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'Autosufficienza; nel caso la perdita di autosufficienza fosse dovuta a demenza, è richiesto il risultato del Mini Mental State Examination effettuato da un neurologo o da uno psichiatra.

Il richiedente autorizza la Compagnia a bonificare l'importo dovuto sul conto corrente dell'Istituto Bancario _____

IBAN

Intestato a _____

Tel. Beneficiario (obbligatorio) _____

Il sottoscritto dichiara di assumersi ogni responsabilità in merito alla veridicità, completezza e precisione delle informazioni fornite, anche se scritte da altri, necessarie all'accertamento del suo stato di Non Autosufficienza e che non ha taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in relazione alle dichiarazioni rese.

Nel caso in cui l'intestatario del conto fosse persona diversa dal richiedente, la firma dello stesso dovrà essere autenticata.

Data

In fede

(Firma del Beneficiario/Richiedente)

In merito alla documentazione dovuta per prestazioni in caso di perdita di autosufficienza, si ricorda inoltre che:

- alla data di ricevimento di tale documentazione, decorre il periodo di accertamento di 180 giorni;
- AXA Assicurazioni si riserva di chiedere all'Assicurato/Richiedente informazioni sulle predette cause e ulteriore documentazione in considerazione di specifiche esigenze istruttorie;
- in caso di accoglimento della richiesta e di erogazione della prestazione, l'Assicurato/il Richiedente dovrà produrre ad ogni ricorrenza annuale del contratto il certificato di esistenza in vita;
- AXA Assicurazioni si riserva la facoltà di richiedere in qualsiasi momento all'Assicurato/Richiedente il certificato di esistenza in vita dell'Assicurato anche in epoche diverse dalla ricorrenza annuale;
- in caso di accoglimento della richiesta di erogazione della prestazione, la Compagnia si riserva di richiedere in qualsiasi momento all'Assicurato/ Richiedente accertamenti medici che attestino la permanenza dello stato di Non Autosufficienza;
- AXA Assicurazioni si riserva la facoltà di verificare in qualsiasi momento la persistenza dello stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato, tramite medico di sua fiducia.



ridefiniamo / gli standard

proposta di assicurazione

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

La presente proposta è perfezionabile fino alle ore 24,00 del giorno, salvo la facoltà del proponente di revocarla in qualsiasi momento prima di tale termine o di recedere entro i 30 giorni successivi al suo perfezionamento

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

CONTRAENTE (Persona fisica)

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

CONTRAENTE (Persona giuridica)

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

RAPPRESENTANTE LEGALE

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

INDIRIZZO DI RECAPITO

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

ESECUTORE: Tutore Legale Curatore Firmatario

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

ASSICURATO

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

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

COPIA PER IL CLIENTE - Pagina 1 di 4

Capitale Sociale € 211.168.625 Interamente versato - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano C. F. e P. I.V.A. n. 00902170018 - Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 4576311 - Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU ai sensi dell'art. 2497 bis C.C. - Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00025 - Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del commercio e dell'artigianato del 31 dicembre 1935 - (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83)

DA01A

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

BENEFICIARI E VINCOLO (selezionabili solo se previsti dalla tariffa)

Beneficiari in caso di vita (solo per garanzie " Perdita dell'autosufficienza" e "Malattia grave"):

Beneficiari in caso di decesso dell'Assicurato:

La polizza dovrà essere vincolata? (Se sì, specificare l'esatta denominazione del Vincolatario e indirizzo completo) SI NO

.....

DATI TECNICI DI POLIZZA

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

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

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

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

Capitale una tantum Euro.....

Frequenza dei versamenti: Mensile Trimestrale Semestrale Annuale

Premio di rata: **Euro** *di cui*

- Importo netto garanzia "Decesso" Euro

- Importo netto garanzia "Malattia Grave" Euro

- Importo netto garanzia "Perdita dell'autosufficienza" Euro

- Sovrappremio Euro

- Interessi di frazionamento Euro

- Tasse Euro

Totale al perfezionamento: **Euro**

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

FAC-SIMILE

CONDIZIONI DI SOTTOSCRIZIONE

Il Contraente e l'Assicurato:

- confermano che le informazioni contenute nella presente Proposta di Assicurazione- anche se materialmente scritte da altri - sono complete ed esatte
- **dichiarano di aver ricevuto il Fascicolo Informativo** contenente la Nota Informativa e le Condizioni Generali di Assicurazione (mod - ed.);
- **dichiarano di conoscere ed accettare integralmente i contenuti del predetto Fascicolo Informativo.**

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

Il Contraente dichiara inoltre:

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

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

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

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

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

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO

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

Luogo e data	Firma dell'Incaricato
_____	_____

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

RACCOLTA DI INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

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

Gli Assicurati con età non superiore a 60 anni che hanno scelto il profilo TCM BASIC con capitale assicurato pari a 35.000 € e 5 anni di durata possono limitarsi alla sottoscrizione della "Dichiarazione di buono stato di salute dell'Assicurato." Gli Assicurati con capitale assicurato non superiore a € 200.000 per la sola copertura assicurativa caso morte ovvero € 150.000 per la sola copertura assicurativa per malattia grave o comunque non superiore a € 300.000 complessivi ed età non superiore a 60 anni e gli Assicurati che hanno scelto la sola garanzia "Perdita dell'autosufficienza" possono limitarsi alla compilazione del "Questionario sanitario".

AVVERTENZE:

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

A. È fumatore? (Obbligatoria sia per la Dichiarazione di buono stato di salute sia per il Questionario sanitario) SI NO
Per non fumatore si intende chi non fuma nemmeno sporadicamente da più di 12 mesi sigarette, sigari, pipe o sigarette elettroniche.

B. DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO (solo per profilo TCM BASIC, con capitale assicurato pari a 35.000 € e 5 anni di durata)

Dichiaro che nel corso degli ultimi 10 anni, non ho mai avuto sintomi e non ho mai ricevuto una diagnosi e non sono in corso accertamenti e non ho in programma di effettuare accertamenti per disturbi al cuore, ai polmoni, per disturbi circolatori, per ipertensione, ictus, diabete, disturbi al rene, fegato, disturbi neurologici, l'infezione da HIV o l'AIDS, epatite B o C, cancro, melanoma, tumore/grumi/polipi di qualsiasi dimensione o tipo e nel corso degli ultimi 2 anni non sono mai stato ricoverato per più di 7 giorni consecutivi.

Luogo e data

Firma dell'incaricato

Legale Rappresentante/Esecutore

Firma dell'Assicurato

C. QUESTIONARIO SANITARIO

1. Ha in vigore con AXA Assicurazioni polizze Vita che prevedono un capitale in caso di morte o malattie gravi? SI NO
2. Intende sottoporsi a visita medica per eliminare il periodo di carenza previsto dalle Condizioni Contrattuali e/o allegare il referto del test HIV per eliminare la carenza relativa? (specificare quale) SI NO
3. Il suo peso e la sua altezza NON rientrano in una delle fasce indicate? SI NO

Cm	145-149	150-154	155-159	160-164	165-170	170-174	175-179	180-184	185-189	190-194
Kg	40-72	43 - 77	46 - 82	48 - 87	52 - 93	54 - 98	58 - 104	61 - 110	64 - 116	68 - 123

4. Le è mai stata rifiutata o rinviata una copertura assicurativa per caso morte o malattia grave, o accettata con un sovrappremio o con la previsione di esclusione a causa di problemi di salute o beneficia di esenzione totale dal ticket sanitario in ragione di patologie croniche e/o rare oppure ha fatto richiesta per ottenerla? SI NO
5. È attualmente impegnato o ha intenzione di impegnarsi in qualsiasi sport o attività pericolose*? SI NO

**Per professioni e attività sportive a rischio si intendono ad esempio addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili, personale militare impiegato in missioni all'estero; alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di persona esperta, pugilato, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bobsleigh (guidoslitta), skeleton (slittino), rugby, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere, gare automobilistiche e/o motociclistiche, baseball, hockey, equitazione.*

6. Le è mai stato consigliato di sottoporsi o è mai stato sottoposto a trattamenti medici o ha mai subito ricoveri o interventi chirurgici per qualcuno dei disturbi o delle patologie indicate? SI NO

Disturbi del sistema nervoso (convulsioni, crisi epilettiche, ictus cerebrale, paralisi o paresi, svenimenti, cefalee severe o qualsiasi altra malattia del sistema nervoso o neuropsichiatrico), malattie dell'apparato cardio-vascolare (elevati valori pressori, infarto, aritmia cardiaca, qualunque tipo di cardiopatia o di malattia delle arterie), disturbi dell'apparato respiratorio (asma, enfisema, bronchite cronica), malattie dell'apparato digerente (ulcera gastrica o duodenale, epatite cronica o cirrosi epatica, malattie dell'intestino, del retto, del fegato o del pancreas) disturbi dell'apparato genito-urinario (coliche renali, insufficienza renale, malattie dell'apparato genitale femminile o maschile), malattie metaboliche o endocrine (diabete, disturbi della tiroide, gotta), qualsiasi tipo di malattia del sangue e degli organi ematopoietici (anemia, sideropenia, linfopatie, mielopatie), malattie delle ossa e articolazioni (fratture della colonna, anchilosi, osteoporosi), qualsiasi tipo di tumore (cancro, melanoma, cisti, polipi), malattie infettive (epatite B o C, o HIV), abuso di alcool o dipendenza da qualsiasi tipo di droga.

7. Ha programmato di effettuare, sta effettuando o le è mai stato consigliato di effettuare un trattamento medico per problemi di salute oppure attende dei risultati di analisi o test medici? SI NO
8. A prescindere dalle condizioni di cui ai precedenti punti, le sono stati mai prescritti farmaci da un medico o altro operatore sanitario per un periodo superiore a 5 giorni (ad eccezione dei normali raffreddori, influenze, o patologie di simile entità)? SI NO
9. Nella sua famiglia (padre, madre, fratello o sorella) è mai stata diagnostica, prima dei 60 anni, una delle seguenti malattie: cancro, infarto, ictus, malattia di Huntington, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson o qualsiasi altra malattia ereditaria? SI NO

Note in caso di risposte positive al questionario sanitario

Luogo e data

Firma dell'incaricato

Firma del Contraente/
Legale Rappresentante/Esecutore

Firma dell'Assicurato

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

CONSENSO AL TRATTAMENTO AI SENSI DELL'ART. 23 D. LGS 196/2003

Io sottoscritto, ricevuta e letta l'Informativa riportata nel Fascicolo Informativo:

A) Finalità assicurative descritte alla lettera A) dell'Informativa

1) Acconsento al trattamento dei miei dati personali per le finalità assicurative

Nome e Cognome

Contraente/Legale Rappresentante _____ data e firma _____

Nome e Cognome Assicurato _____ data e firma _____

B) Finalità commerciali descritte alla lettera B) dell'Informativa

2) Attività promozionali e di vendita: acconsento al trattamento dei miei dati non sensibili per lo svolgimento di comunicazioni ed iniziative promozionali e di vendita di prodotti e/o servizi AXA e di società appartenenti allo stesso Gruppo. SI NO

3) Ricerche di mercato: acconsento al trattamento dei miei dati non sensibili per lo svolgimento di ricerche di mercato e rilevazioni statistiche relative a prodotti e/o servizi di AXA e di società appartenenti allo stesso Gruppo, e di rilevazioni sulle mie esigenze relativamente a tali prodotti e/o servizi. SI NO

4) Attività promozionali, di vendita e ricerche di mercato di prodotti e servizi di società partner: acconsento al trattamento dei miei dati non sensibili per lo svolgimento di comunicazioni ed iniziative promozionali, di vendita e ricerche di mercato riferite a prodotti e/o servizi di società partner. SI NO

Le attività di cui ai punti 2, 3, 4 della lettera B) vengono realizzate da AXA, società appartenenti allo stesso Gruppo o da società terze, anche avvalendosi di mezzi di comunicazione a distanza.

Nome e Cognome

Contraente/Legale Rappresentante _____ data e firma _____

MODALITA' DI PAGAMENTO DEI PREMI

I mezzi di pagamento ammessi sono i seguenti:

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

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

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

AUTORIZZAZIONE PERMANENTE DI ADDEBITO SU CONTO CORRENTE BANCARIO (R.I.D.)

NOME E COGNOME DEL CONTRAENTE										INTESTAZIONE DEL CONTO CORRENTE									
CODICE FISCALE DEL CONTRAENTE										Cognome									
NUMERO DELLA PRESENTE PROPOSTA										Nome									
AZIENDA CREDITRICE					CODICE CLIENTE					Indirizzo									
2 1 3 Z 9					N° POLIZZA (assegnato dalla Compagnia)					Comune CAP.....									
IBAN DEL CONTO DA ADDEBITARE																			

L'importo degli addebiti diretti RID è pari a Euro _____

Il sottoscritto prende atto che, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 11/2010, specificando l'importo degli addebiti diretti RID nella presente autorizzazione, non sussiste la condizione per il diritto di rimborso dell'addebito.

Il sottoscritto autorizza l'Azienda di credito a margine a provvedere al versamento periodico sopra descritto, addebitando il conto sopraindicato ed applicando le condizioni d'uso previste per il servizio senza necessità, per l'Azienda di credito, di inviare la relativa contabile di addebito. Dichiara di essere a conoscenza che l'Azienda di credito assume l'incarico dell'estinzione dei citati documenti, prima della scadenza di obbligazione, al momento del pagamento, e che il conto sia in essere, che assicuri disponibilità sufficienti e che non sussistano ragioni che ne impediscano l'utilizzazione. In caso contrario la presente autorizzazione di addebito in conto si intenderà automaticamente revocata con effetto immediato e conseguentemente l'Azienda di credito resterà esonerata da ogni e qualsiasi responsabilità inerenti al mancato pagamento. In tal caso il pagamento stesso dovrà essere effettuato ad AXA Assicurazioni o all'Agenzia incaricata direttamente a cura del debitore. Il sottoscritto prende pure atto che ove intenda sospendere il versamento periodico dovrà darne immediato avviso all'Azienda di credito entro la data di scadenza. E' parimenti a conoscenza che l'Azienda di credito non risponde delle conseguenze derivanti da cause ad essa non imputabili (fra le quali si indicano a titolo puramente esemplificativo, quelle dipendenti da scioperi anche del proprio personale e da servizi in genere) e da ogni impedimento od ostacolo di forza maggiore che non possa essere superato con l'ordinaria diligenza. Per ogni controversia relativa alla presente autorizzazione nonché all'eventuale revoca della stessa, il Foro competente è quello convenuto per il conto corrente in precedenza richiamato.

Firma _____

il presente fascicolo è aggiornato alla data del 9 settembre 2015

AXA Assicurazioni S.p.A.
Corso Como, 17
20154 Milano - Italia
Tel. (+39) 02 480841
n. R.E.A. 1576311
C. F. e P.I.V.A. n. 00902170018

ridefiniamo / la protezione

