protezione

AXA MPS Tutta la vita

Contratto di assicurazione sulla vita temporanea per il caso morte, per il caso malattia grave e di rendita vitalizia pagabile in caso di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DEL GLOSSARIO E DEL MODULO DI PROPOSTA



Documento redatto secondo
Le linee Guida del tavolo tecnico Ania - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari per contratti semplici e chiari

Edizione gennaio 2022

Indice

Glossario 2

Sezione 1 - Norme Generali 6
1.1 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato 6
1.2 Revoca e Diritto di Recesso 7
1.3 Riscatti 7
1.4 Cessione e Vincolo 7
1.5 Foro Competente 7
1.6 Controversie 7
1.7 Tasse e imposte 8
1.8 Antiriciclaggio 8
1.9 Valuta 8

Sezione 2 - Condizioni Contrattuali 9
Premessa 9
2.1 Prestazioni assicurate - *Soluzione Unica* 9
2.2 Prestazioni assicurate - *Soluzione Libera* 10
2.2.1 Prestazione in caso di decesso 10
2.2.2 Prestazione in caso di malattia grave 10
2.2.3 Prestazione in caso di perdita di autosufficienza 10
2.3 Conclusione del Contratto ed entrata in vigore 13
2.4 Limiti di età e durata contrattuale - *Soluzione Unica* 13
2.5 Limiti di età e durata contrattuale - *Soluzione Libera* 13
2.6 Premio e costi 13
2.6.1 Premio - *Soluzione Unica* 14
2.6.2 Premio - *Soluzione Libera* 14
2.6.3 Interruzione e ripristino del pagamento dei premi 15
2.6.4 Riduzione della Rendita - *Soluzione Libera* 16
2.6.5 Sconti 16
2.7 Modalità di trasmissione della documentazione contrattuale 17

Sezione 3 - Criteri Assuntivi 18
3.1 Valutazione preventiva - *Soluzione Unica* 18
3.2 Valutazione preventiva - *Soluzione Libera* 18
3.3 Carenza 18
3.3.1 Condizioni di Carenza in caso di decesso 18
3.3.2 Condizioni di Carenza in caso di malattia grave 19
3.3.3 Condizioni di Carenza in caso di Perdita dell'autosufficienza 19

Sezione 4 - Denuncia e Liquidazione del sinistro 20
4.1 Beneficiari 20
4.2 Esclusioni 21
4.2.1 Copertura assicurativa in caso di decesso dell'Assicurato 21
4.2.2 Copertura assicurativa in caso di malattia grave dell'Assicurato 22
4.2.3 Copertura assicurativa in caso di perdita dell'autosufficienza dell'Assicurato 22
4.2.4 Esclusioni attività professionali ed extraprofessionali - *Soluzione Unica* 23
4.3 Denuncia del sinistro 23
4.3.1 Denuncia di decesso dell'Assicurato 24
4.3.2 Denuncia e accertamento di malattia grave dell'Assicurato 24
4.3.3 Denuncia e accertamento di stato di non autosufficienza dell'Assicurato 24
4.4 Liquidazione della prestazione - *Soluzione Unica* 25
4.5 Liquidazione della prestazione - *Soluzione Libera* 25
4.5.1 Liquidazione della prestazione in caso di decesso 25
4.5.2 Liquidazione della prestazione in caso di malattia grave 25
4.5.3 Liquidazione della prestazione in caso di non autosufficienza 26

Informativa Generale Sul Trattamento dei Dati Personali 1

A) Trattamento dei suoi dati personali per finalità assicurative 1

B) Trattamento dei dati personali comuni per attività commerciali e di marketing 2

Glossario

Edizione Gennaio 2022

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:	Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il Contratto, che può coincidere o no con il Contraente e con il Beneficiario. Le prestazioni previste dal Contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.
Beneficiario:	Persona fisica o giuridica designata in polizza dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso e con l'Assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal Contratto quando si verifica l'evento assicurato.
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:	Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche società o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il Contratto di assicurazione.
Conclusione del Contratto:	Momento in cui la Compagnia ha comunicato al Contraente l'accettazione della proposta per iscritto con raccomandata o mediante l'invio del documento di polizza.
Condizioni contrattuali (o di polizza):	Insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di assicurazione.
Contraente:	Persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il Contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Compagnia.
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.

Costi (o spese):	Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal Contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Compagnia.
Decorrenza:	Momento in cui le garanzie divengono efficaci ed in cui il Contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.
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.
Diritto proprio (del Beneficiario):	Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del Contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del Contraente.
Durata contrattuale:	Periodo durante il quale il Contratto è efficace.
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.
Impignorabilità e insequestrabilità:	Principio secondo cui le somme dovute dalla Compagnia al Contraente o al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.
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,come descritta nelle Condizioni di Assicurazione, tra le seguenti elencate: infarto, cancro, ictus, chirurgia di by-pass aorto-coronarico (CABS), cecità, insufficienza renale, trapianto degli organi principali, perdita combinata di due organi tra mani, piedi ed occhi.

Non autosufficienza:	Incapacità di svolgere autonomamente almeno 3 delle 4 attività elementari della vita quotidiana.
Perfezionamento del Contratto:	Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.
Periodo di copertura (o di efficacia):	Periodo durante il quale il Contratto è efficace e le garanzie operanti.
Periodo di franchigia:	Periodo durante il quale, pur essendosi verificato l'evento assicurato, la Compagnia non effettua il pagamento della Prestazione assicurata.
Polizza:	Documento che fornisce la prova dell'esistenza del Contratto di assicurazione.
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. Si definisce temporanea, se si prevede che il pagamento sia effettuato qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nel corso della durata del Contratto.
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 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.
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:	Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il Contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

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.
Recesso (o ripensamento):	Diritto del Contraente di recedere dal Contratto e farne cessare gli effetti.
Revoca:	Diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione 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.
Riduzione:	Diminuzione della prestazione assicurata conseguente alla scelta effettuata dal Contraente di sospendere il pagamento dei premi, prevista per la rendita assicurata in caso di perdita di autosufficienza, come indicata nelle presenti Condizioni di assicurazione.
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 fare fronte agli impegni assunti contrattualmente nei confronti degli assicurati. La legge impone alle compagnie particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziarie in cui essa viene investita.
Scadenza:	Data in cui cessano gli effetti del Contratto.
Set informativo:	È composto da: Documento informativo precontrattuale (DIP); Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP Aggiuntivo); Condizioni di Assicurazione; Glossario; Modulo di proposta.
Sinistro:	Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del Contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.
Valuta di denominazione:	Valuta o moneta in cui sono espresse le prestazioni contrattuali.

Contratto di assicurazione sulla vita temporanea per il caso morte, per il caso malattia grave e di rendita vitalizia pagabile in caso di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana

AXA MPS Tutta la vita

Cod. Tariffa TV21-SB21

Condizioni di Assicurazione

Sezione 1 - Norme generali

Edizione Gennaio 2022

1.1 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato
1.2 Revoca e Diritto di Recesso
1.3 Riscatti
1.4 Cessione e Vincolo
1.5 Foro competente
1.6 Controversie
1.7 Tasse e imposte
1.8 Antiriciclaggio
1.9 Valuta

1.1 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

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

In particolare, in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze tali che AXA MPS Vita 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 MPS Assicurazioni Vita S.p.A. 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 MPS Assicurazioni Vita S.p.A. 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 rivolgersi alla filiale di riferimento oppure inoltrare per iscritto ad AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. (tramite posta ordinaria o modulo online presente sul sito www.axa-mps.it alla sezione Contatti), allegando la copia di un documento d'identità, eventuali comunicazioni inerenti:

- modifiche di professione o attività sportiva svolte dall'Assicurato eventualmente intervenute in corso di Contratto;
- 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 nel sito

internet della Compagnia all'indirizzo www.axa-mps.it/comunicazioni, oppure richiedendolo alla Compagnia ai seguenti recapiti: numero verde 800231187; numero dall'estero 0039 06 45202136.

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.

1.2 Revoca e Diritto di Recesso

Nella fase che precede la conclusione del Contratto, il Contraente può revocare la proposta contrattuale dandone comunicazione all'intermediario della Compagnia che ha venduto la polizza ovvero ad AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A., mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento, indirizzata al seguente recapito: AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A Via Aldo Fabrizi, 9 - 00128 Roma oppure tramite PEC all'indirizzo axampsvita@legalmail.it. La Compagnia 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 dalla sua conclusione, dandone comunicazione all'intermediario della Compagnia che ha venduto la polizza ovvero con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, contenente gli elementi identificativi del Contratto, indirizzata al seguente recapito: AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. Via Aldo Fabrizi, 9 - 00128 Roma oppure tramite PEC all'indirizzo axampsvita@legalmail.it.
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 di recesso, la Compagnia rimborsa al Contraente il premio versato.

1.3 Riscatti

Il contratto non prevede riscatto.

1.4 Cessione e Vincolo

Il Contraente ha la facoltà di sostituire a sé un terzo nei rapporti derivanti dal presente Contratto secondo quanto disposto dall'art. 1406 C.C. La richiesta dovrà essere sottoscritta dal Contraente cedente e dal Contraente cessionario ed inviata alla Compagnia tramite raccomandata con avviso di ricevimento.
La Compagnia provvederà ad inviare una comunicazione di accettazione della cessione del Contratto sia al Contraente cedente che al Contraente cessionario. La Compagnia può opporre al Contraente cessionario tutte le eccezioni derivanti dal Contratto ai sensi dell'art. 1409 C.C. Il Contraente può vincolare il Contratto a favore di terzi, la Compagnia effettua l'annotazione della costituzione del vincolo, previo invio da parte del Contraente alla Compagnia della documentazione attestante la costituzione del vincolo, a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento, firmata dal Contraente e, laddove esistente, dai Beneficiari la cui designazione sia irrevocabile. Il soggetto in favore del quale è costituito il vincolo potrà esigere dalla Compagnia il pagamento della prestazione assicurativa, nei limiti di quanto vincolato, previa esibizione del mandato irrevocabile ad esso conferito dal Contraente e, laddove esistenti, dai Beneficiari la cui designazione sia irrevocabile. La Compagnia può opporre al soggetto in favore del quale è costituito il vincolo, le eccezioni derivanti dal Contratto che poteva opporre nei confronti del Contraente.

1.5 Foro Competente

Per le controversie relative al presente Contratto è esclusivamente competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del Contraente, del Beneficiario ovvero degli aventi diritto.

1.6 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.

1.7 Tasse e imposte

Tasse e imposte relative al Contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari e aventi diritto.
Sui premi versati alla Compagnia per assicurazioni aventi ad oggetto il rischio di morte, "malattia grave" che comporti un'invalidità non inferiore al 5% e perdita dell'autosufficienza nello svolgimento delle attività quotidiane, è riconosciuta una detrazione di imposta ai fini IRPEF nei limiti e nei termini previsti dalla legge.
Nel caso in cui venga sottoscritta una garanzia complementare con coperture per decesso da infortunio, i relativi premi versati sono soggetti ad un'imposta del 2,5%.
Nel caso in cui i premi versati siano relativi ad assicurati aventi per oggetto il rischio di morte finalizzate alla tutela delle persone con disabilità grave come definita nell'articolo 3, comma 3, della legge 5, febbraio 1992, n. 104, ed accertata secondo le modalità di cui all'articolo 4 della medesima legge, è riconosciuta una maggiorazione dell'importo detraibile, così come indicato nella legge 112/2016 ("Dopo di noi").
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.

Regime Fiscale
Il regime fiscale deve 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.
In caso di omessa comunicazione, La Compagnia 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.

1.8 Antiriciclaggio

Il Contraente è tenuto a fornire alla Compagnia tutte le informazioni necessarie al fine dell'assolvimento degli obblighi di adeguata verifica dettati dalla normativa antiriciclaggio (Decreto Legislativo 231/2007 e s.m.i. Regolamento IVASS 44/2019). Qualora la Compagnia, in ragione della mancata collaborazione del Contraente, non sia in grado di portare a compimento l'adeguata verifica, la stessa non potrà concludere il Contratto o eseguire le operazioni richieste, effettuare modifiche contrattuali, accettare i versamenti aggiuntivi non contrattualmente obbligatori, nonché dare seguito alla designazione di nuovi beneficiari. In nessun caso gli assicuratori/ i riassicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare richieste di risarcimento o garantire alcuna indennità in virtù del presente Contratto, qualora tale copertura, pagamento o indennità possano esporli a divieti, sanzioni economiche o restrizioni ai sensi di risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America, ove applicabili in Italia.

1.9 Valuta

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

Condizioni di Assicurazione

Sezione 2 - Condizioni Contrattuali

Gennaio 2022

Premessa
2.1 Prestazione assicurata - *Soluzione Unica*
2.2 Prestazioni assicurate - *Soluzione Libera*
2.2.1 Prestazione in caso di decesso
2.2.2 Prestazione in caso di malattia grave
2.2.3 Prestazione in caso di perdita di autosufficienza
2.3 Conclusione del Contratto ed entrata in vigore
2.4 Limiti di età e durata contrattuale - *Soluzione Unica*
2.5 Limiti di età e durata contrattuale - *Soluzione Libera*
2.6 Premio e costi
2.6.1 Premio - *Soluzione Unica*
2.6.2 Premio - *Soluzione Libera*
2.6.3 Interruzione e ripristino del pagamento dei premi
2.6.4 Riduzione della rendita - *Soluzione Libera*
2.6.5 Sconti
2.7 Modalità di trasmissione della documentazione contrattuale

Premessa

AXA MPS Tutta la Vita è un Contratto di puro rischio multigaranzia. Il Contraente ha la facoltà di scegliere tra due possibili soluzioni assicurative di protezione vita:

- ***Soluzione Unica:*** il Contraente sottoscrive un Contratto che prevede una copertura al primo evento tra decesso, malattia grave e perdita di autosufficienza dell'Assicurato. La prestazione in forma di capitale viene erogata al primo tra i tre eventi che si verifica in capo all'Assicurato, portando all'estinzione del Contratto.
- ***Soluzione Libera:*** il Contraente, al momento della sottoscrizione del Contratto, può scegliere a quali garanzie assicurative aderire tra copertura in caso di morte, in caso di "malattia grave" e in caso di perdita di autosufficienza. Il Contratto rimane efficace anche qualora l'assicurazione rimanga prestata per uno solo dei rischi contrattualmente previsti a seguito del verificarsi del sinistro in caso di "malattia grave" o "perdita dell'autosufficienza", ovvero per sopraggiunta scadenza delle durate prefissate o dei limiti massimi di età contrattualmente previsti. In caso di decesso dell'Assicurato il Contratto termina e nulla sarà più dovuto dalla Compagnia. Il Contratto prevede diverse prestazioni assicurative in funzione della garanzia prescelta.

2.1 Prestazione assicurata - *Soluzione Unica*

Alla sottoscrizione del Contratto, il Contraente stabilisce l'entità del Capitale che sarà pagato agli aventi diritto qualora, nel corso della durata contrattuale prescelta, si verifichi uno tra i seguenti eventi:

1. Decesso dell'Assicurato.
2. Nel caso in cui sia diagnosticata all'Assicurato una "malattia grave" esclusivamente tra quelle elencate nel sottostante riquadro Definizione di "malattia grave".
3. Nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di non autosufficienza, come descritto sotto nel riquadro "Definizione dello stato di non autosufficienza".

Il Contratto si chiude al verificarsi del primo tra i tre eventi descritti.

2.2 Prestazioni assicurate - *Soluzione Libera*

2.2.1 Prestazione in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata scelta per la specifica garanzia, sarà pagato ai Beneficiari il capitale indicato in polizza, il cui valore sarà costante per tutta la durata contrattuale.
Qualora il Contraente sottoscriva anche la garanzia complementare infortuni avrà diritto ad una maggiorazione del capitale assicurato come descritto:

- in caso di decesso causato da infortunio, la Compagnia liquiderà agli aventi diritto un importo pari al doppio del capitale assicurato;
- in caso di decesso causato da infortunio conseguente ad incidente stradale, la Compagnia liquiderà agli aventi diritto un importo pari al triplo del capitale assicurato.

Definizione di "infortunio"

Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.
Per infortunio causato da incidente stradale si intende quello causato da veicoli e/o mezzi meccanici in circolazione - esclusi quelli ferroviari - che avvenga su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate.

Esempio di liquidazione del capitale assicurato caso morte

Capitale assicurato sottoscritto: € 100.000
In caso di sottoscrizione della garanzia complementari infortuni, l'importo liquidato in caso di decesso potrà variare in base alle cause del decesso, come di seguito calcolato:
a) Prestazione nel caso di decesso per cause diverse da infortunio: € 100.000
b) Prestazione nel caso di decesso causato da infortunio non conseguente ad incidente stradale: € 200.000
c) Prestazione nel caso di decesso causato da infortunio conseguente ad incidente stradale: € 300.000.

2.2.2 Prestazione in caso di malattia grave

Nel caso in cui, nel corso della durata scelta per la specifica garanzia, sia diagnosticata all'Assicurato una "malattia grave" esclusivamente tra quelle elencate nel sottostante riquadro *Definizione di "malattia grave"*, sarà pagato agli aventi diritto il capitale assicurato. In caso di diagnosi di tumore, la liquidazione del capitale assicurato dipenderà dal grado di invasività:

- In caso di Tumore non invasivo o carcinoma in situ (AJCC – Stadio 0), sarà liquidato il 20% del capitale assicurato. Il Contratto rimarrà comunque in vigore per la restante parte della prestazione assicurata per tutte le tipologie di "malattia gravi" ad eccezione di un nuovo tumore non invasivo e delle specifiche esclusioni previste nelle presenti condizioni (come descritto nella *Descrizione delle varie patologie rientranti nella definizione di "malattia grave"* sotto).
- In caso di tumore invasivo o avanzato (AJCC – Stadio 1 – 2 – 3 – 4), sarà liquidato il 100% del capitale assicurato (80% in caso sia già stata riconosciuta la prestazione relativa al tumore non invasivo o carcinoma in situ, a prescindere dalla correlazione tra i due eventi).

2.2.3 Prestazione in caso di perdita di autosufficienza

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di non autosufficienza, come descritto nel riquadro *Definizione dello stato di non autosufficienza*, saranno pagati all'Assicurato stesso una rendita vitalizia mensile, compresa tra € 500 e € 2.500 (a multipli di € 100), e un capitale iniziale pari a tre volte l'importo della rendita mensile prescelta.

Definizione di "malattia grave" (valida per entrambe le *Soluzioni*)
Ai fini della presente assicurazione si intendono per "malattia grave" esclusivamente le seguenti malattie che abbiano comportato un'invalidità permanente non inferiore al 5%:

- cancro;
- infarto;
- 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.

Descrizione delle varie patologie rientranti nella definizione di "malattia grave"

a) Cancro;
La prima diagnosi inequivocabile di un tumore maligno (caratterizzato da una crescita incontrollata di cellule maligne) che richiede un trattamento di chirurgia, radioterapia, chemioterapia, altre terapie (ormonoterapia, trattamenti farmacologici, trapianto del midollo osseo, sostituzione cellule staminali, o trattamenti attualmente non previsti tra quelli elencati ma riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità Nazionale), trattamento palliativo o *watchful waiting* ("vigile attesa"). È necessario che la diagnosi sia confermata da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo. Si specifica che il termine "maligno" include leucemia, sarcoma e linfoma (escluso linfoma cutaneo).

La liquidazione del capitale assicurato dipenderà dal grado di invasività del tumore. Per completezza si riportano quindi di seguito le tipologie di tumori classificati per grado di invasività:

- Tumore non invasivo o carcinoma in situ (AJCC - stadio 0): cellule cancerogene localizzate, ovvero che non si sono spinte oltre la membrana basale. Sono inclusi: i tumori non invasivi e carcinoma in situ classificati come AJCC - stadio 0; i tumori papillari alla tiroide e i tumori alla prostata classificati come AJCC – stadio I; i tumori *boarderline* alle ovaie classificati come stadio I secondo AJCC o FIGO.
- Tumore invasivo (AJCC – Stadio 1 - 2 - 3): quando le cellule cancerogene si sono diffuse oltre la membrana basale invadendo i tessuti circostanti, i linfonodi ed altri organi del corpo. Sono inclusi: i tumori ematopoietici, malignità nei linfonodi e tumori *boarderline* alle ovaie classificati come Stadio 2 o 3 secondo AJCC o FIGO; i tumori invasivi classificati come Stadio 1, 2, o 3 secondo AJCC.
- Tumore avanzato (AJCC – Stadio 4): in caso di metastasi (tumore metastatico), il tumore ha invaso altri organi o parti del corpo. Sono inclusi: qualunque leucemia con impatti sul sistema nervoso centrale, linfoma con impatti di più organi non-linfoidi e tumori *boarderline* alle ovaie classificati come Stadio 4 secondo AJCC o FIGO.

Sono esclusi:
- **tutti i tumori che sono istologicamente descritti come pre-maligni o a bassa potenzialità di malignità;**
- **tumori della pelle, ad eccezione del melanoma.**

Inoltre, in caso di sottoscrizione della *Soluzione Unica*, sono esclusi anche:
- **tumori classificati come carcinoma in situ (non è quindi previsto l'anticipo del 20%);**
- **tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, maligni boarderline, 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 2 cm 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
  – AccuTnI > 0,5 ng/ml o valori equivalenti in altri metodi TroponinI

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.

Definizione dello stato di non autosufficienza (valida per entrambe le *Soluzioni*)

L'Assicurato è riconosciuto non autosufficiente nel caso in cui risulti incapace di svolgere autonomamente, in maniera presumibilmente permanente ed irreversibile, necessitando quindi di una costante assistenza, almeno 3 dei seguenti 4 atti "elementari" della vita quotidiana:

- andare al bagno e mantenere un livello ragionevole di igiene personale (es. lavarsi, radersi, pettinarsi, ecc.);
- essere in grado di vestirsi, svestirsi e riporre gli indumenti;
- bere e mangiare, anche con cibo preparato da altri;
- spostarsi verticalmente dal letto alla sedia e dalla sedia al letto.

Inoltre, viene riconosciuto lo stato di non autosufficienza nel caso che all'Assicurato sia stata diagnosticata una patologia nervosa o mentale a causa organica quale il morbo di Parkinson o il morbo 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, di capire, ragionare o ricordare. Questa inabilità si manifesta con l'incapacità di badare a sé stessi senza la supervisione continua di un'altra persona. Il grado di disabilità mentale deve essere verificato da un neurologo od uno psichiatra con "Mini Mental State Examination" (Folstein M.M.S.E.); punteggi minori o uguali a 10 sono rappresentativi della necessità di una supervisione costante.

Rivedibilità dello stato di non autosufficienza (valido solo per la *Soluzione Libera*)

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, restando attive le rimanenti coperture assicurative scelte.

2.3 Conclusione del Contratto ed entrata in vigore

Il Contratto si considera concluso nel momento in cui la Compagnia ha comunicato al Contraente l'accettazione della proposta per iscritto con raccomandata o mediante invio della polizza.
In ogni caso, il Contratto si ritiene concluso il giorno di Decorrenza indicato in proposta, purché sia stato effettivamente pagato il relativo premio e, entro i tre giorni successivi alla sottoscrizione della proposta di assicurazione, non sia stato comunicato per iscritto al Contraente il rifiuto della proposta stessa.
L'Assicurazione è efficace dalle ore ventiquattro del giorno in cui il Contratto è concluso.

2.4 Limiti di età e durata contrattuale - *Soluzione Unica*

La durata del Contratto è stabilita dal Contraente all'atto della sottoscrizione della proposta. Il Contraente può scegliere una durata contrattuale che deve essere compresa tra 5 e 30 anni, 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 o superiore a 65 anni.

2.5 Limiti di età e durata contrattuale - *Soluzione Libera*

La durata del Contratto è stabilita dal Contraente all'atto della sottoscrizione della proposta e differisce a seconda delle garanzie prescelte, secondo i limiti di seguito indicati:

- garanzia per il caso di **decesso**: la durata della copertura assicurativa è a scelta del Contraente e deve essere compresa tra un minimo di 5 anni ed un massimo di 30 anni entro il limite degli 80 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 o superiore a 75 anni;
- garanzia per il caso di **malattia grave**: la durata della copertura assicurativa è a scelta del Contraente e deve essere compresa tra un minimo di 5 anni ed un massimo di 30 anni 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 o 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 o superiore a 70 anni.

2.6 Premio e costi

Il Contratto prevede il versamento di un premio annuo pagabile per tutta la durata prescelta. L'interruzione del pagamento, anche di una sola rata di premio, comporta l'interruzione delle coperture assicurative, salvo riattivazione del Contratto come descritto successivamente.

Ciascun premio annuo prevede un caricamento percentuale pari al 25% del premio stesso. Tale caricamento è ricompreso nel premio pagato. Per la garanzia in caso di perdita di autosufficienza prevista dalla *Soluzione Libera*, è inoltre previsto un costo per l'erogazione della rendita del 1,25%.
Il premio può essere corrisposto, oltre che annualmente, anche in **rate mensili e semestrali** senza costi aggiuntivi.
In caso di mancato accertamento della "malattia grave" o dello stato di non autosufficienza sarà consentito al Contraente di proseguire il rapporto contrattuale, dietro corresponsione dei premi arretrati.
In ogni caso, il Contratto si interrompe alla data del decesso dell'Assicurato.
Il Premio deve essere versato dal Contraente alla Compagnia in via anticipata all'atto della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione ed alle ricorrenze stabilite (annuali, semestrali, mensili), per la durata prescelta, e comunque non oltre la morte dell'Assicurato utilizzando esclusivamente i seguenti mezzi di pagamento:

- addebito sul conto corrente bancario, previa autorizzazione;
- bonifico bancario sul conto corrente intestato ad AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A.

2.6.1 Premio - *Soluzione Unica*

Il premio è determinato in relazione al capitale assicurato, all'età e alla durata contrattuale. Il premio è dovuto fino al verificarsi del primo evento tra decesso, malattia grave e perdita di autosufficienza o, al massimo, fino al compimento del 70° anno di età dell'Assicurato e, comunque, non oltre la durata della copertura indicata alla sottoscrizione del Contratto.

2.6.2 Premio - *Soluzione Libera*

Il Contratto prevede il versamento di un premio annuo pagabile per tutta la durata contrattuale relativamente alle garanzie in caso di decesso e malattia grave. Per la garanzia in caso di perdita di autosufficienza, in alternativa al premio vita natural durante (in linea con la durata vita intera della copertura), il Contraente può scegliere una delle seguenti durate di pagamento premi: 5 anni, 10 anni, 15 anni, 20 anni. Resta ferma la durata della garanzia a vita intera.
Il premio previsto per la *Soluzione Libera* è pari alla somma dei premi delle singole coperture assicurative prescelte dal Contraente al momento della sottoscrizione. Le singole componenti del premio totale sono così determinate:

- **premio per la prestazione in caso di decesso**: il premio è determinato in relazione al capitale assicurato, all'età, alla professione esercitata, all'eventuale attività sportiva svolta, allo stato di salute, allo stato di fumatore o non fumatore dell'Assicurato, nonché in base alla durata contrattuale della garanzia in caso di morte. Il premio è dovuto fino alla data del decesso o, al massimo, fino al compimento del 80° anno di età dell'Assicurato e, comunque, non oltre la durata della copertura indicata alla sottoscrizione del Contratto;
- **premio per la prestazione in caso di "malattia grave"**: il premio è determinato in relazione al capitale assicurato, all'età, alla professione esercitata, all'eventuale attività sportiva svolta, allo stato di salute, allo stato di fumatore o non fumatore dell'Assicurato, nonché in base alla durata contrattuale della garanzia in caso di "malattia grave". Il premio è dovuto fino al compimento del 70° anno di età dell'Assicurato e, comunque, non oltre la durata della copertura indicata alla sottoscrizione del Contratto. Il diritto di AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. alla riscossione del premio si interrompe comunque al ricevimento della denuncia dello stato di malattia dell'Assicurato, ma deve essere ripreso in caso di liquidazione del sinistro per tumore non invasivo per avere diritto al capitale residuo in caso di nuova malattia grave;
- **premio per la prestazione in caso di perdita dell'autosufficienza**: il premio è determinato in relazione alla rendita mensile assicurata, allo stato di salute, alla professione esercitata, all'attività sportiva svolta, all'età dell'Assicurato alla decorrenza del Contratto, nonché in base alla durata pagamento premi; il premio è dovuto fino alla liquidazione del sinistro o alla scadenza del pagamento premi. Il diritto di AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. alla riscossione del premio si interrompe comunque al ricevimento della denuncia dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

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.
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 Premio verrà 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 Premio verrà ricalcolato secondo quanto previsto dalla tariffa "Non fumatori".

Variazione delle basi tecniche

Con riferimento alla copertura assicurativa in caso di malattia grave, AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. si riserva la possibilità di modificare le condizioni tariffarie in corso di contratto, qualora variassero le basi tecniche utilizzate per la determinazione dei premi. Con riferimento alla copertura assicurativa in caso di perdita dell'autosufficienza, AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. si riserva la possibilità di modificare, ad intervalli non inferiori a 5 anni, le condizioni tariffarie in corso di contratto, qualora variassero le basi tecniche utilizzate per la determinazione dei premi. In entrambi i casi, 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 45 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza. In tal caso, la prestazione assicurata viene ricalcolata, con effetto dalla ricorrenza annuale, di un importo pari alla differenza tra la prestazione inizialmente pattuita e quella assicurabile con il nuovo premio.

2.6.3 Interruzione e ripristino del pagamento dei premi

In caso di interruzione del pagamento dei premi le coperture assicurative si sospendono. Entro 6 mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il Contraente ha diritto di riprendere il versamento dei premi e ripristinare l'assicurazione pagando le rate di premio arretrate. Trascorsi 6 mesi dalla predetta scadenza, il ripristino può avvenire solo dietro espressa domanda del Contraente ed accettazione scritta della Compagnia che può richiedere nuovi accertamenti sanitari, il cui costo eventuale è a carico del Contraente, e decidere tenendo conto del loro esito. La riattivazione del Contratto ripristina, con effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto, i valori contrattuali come se non si fosse verificata l'interruzione del versamento dei premi. Trascorsi 12 mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il Contratto sarà risolto di diritto e l'assicurazione non potrà più essere ripristinata.

Il mancato pagamento anche di una sola rata del Premio determina, trascorsi trenta giorni dalla scadenza, la sospensione del Contratto. A giustificazione del mancato pagamento del Premio, il Contraente non può in nessun caso contestare 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.

Entro sei mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata per la *Soluzione Unica*, il Contraente ha comunque diritto di riattivare l'assicurazione pagando le rate di Premio arretrate.

Entro sei mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata per la *Soluzione Libera*, il Contraente ha comunque diritto di riattivare l'assicurazione caso morte e malattie gravi pagando le rate di Premio arretrate.

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

2.6.4 Riduzione della Rendita - Soluzione *Libera*

Qualora il pagamento del premio relativo alla garanzia per la perdita di autosufficienza prevista dalla *Soluzione Libera* venga interrotto dopo il periodo minimo di annualità di premio richiesto (vedi tabella sotto), la copertura per la perdita di autosufficienza resta in vigore per un importo di rendita ridotto.

Durata Pagamento Premi	5 anni	10 anni	15 anni	20 anni	Vita intera
Numero minimo di annualità per accedere alla riduzione	3 anni	7 anni	10 anni	10 anni	10 anni

In caso di durata pagamento premi a vita intera e di interruzione del pagamento dei premi, la rendita ridotta è calcolata come il 90% della rendita annua prescelta abbattuta per un coefficiente di riduzione definito come rapporto tra il numero di annualità di premio pagate e la differenza tra 90 e l'età dell'assicurato alla sottoscrizione. Nel caso in cui, alla data effetto della riduzione, l'assicurato abbia già compiuto 90 anni, il coefficiente di riduzione sarà pari ad 1.

Esempio di riduzione per garanzia con durata a vita intera
Età dell'Assicurato: 45 anni
Rendita mensile alla sottoscrizione: € 1.000
Durata Pagamento Premi: Vita intera
Dopo aver pagato 13 annualità di Premio, il Contraente interrompe il pagamento dei premi.
Numero di rate da pagare dalla Decorrenza del contratto fino alla ricorrenza annua in cui l'Assicurato compie 90 anni: (90 anni - età alla Decorrenza) = (90 – 45) = 45 premi annui totali.

Calcolo della rendita ridotta: (90% di 1.000,00) moltiplicato per (numero di rate pagate diviso numero totale di rate da pagare) = (90% x 1.000,00) x (13/45) = 260 euro è la rendita vitalizia mensile ridotta.

In caso di durata del pagamento dei premi prefissata (premio annuo limitato), la rendita ridotta sarà così calcolata: il 90% della rendita prescelta, moltiplicato per il rapporto tra il numero di annualità pagate e la durata pagamento premi pattuita.

Esempio di riduzione per garanzia con premio annuo limitato (durata pagamento inferiore a vita intera)
Età dell'Assicurato: 45 anni
Rendita mensile alla sottoscrizione: € 1.000
Durata Pagamento Premi: 10 anni
Dopo aver pagato 7 annualità di Premio, il Contraente interrompe il pagamento dei premi.
Numero di rate da pagare per tutta la durata pagamento premi prescelta: 10.

Calcolo della rendita ridotta: (90% di 1.000,00) moltiplicato per (numero di rate pagate diviso numero totale di rate da pagare) = (90% x 1.000,00) x (7/10) = 630 euro è la rendita vitalizia mensile ridotta.

In caso di frazionamento del premio (diverso da annuale), il numero di rate di premio pagate sarà calcolato in base alle annualità intere.
Nel caso in cui siano state sottoscritte altre garanzie, oltre alla perdita di autosufficienza, le relative coperture decadono.

2.6.5 Sconti

Nell'ambito di specifiche campagne commerciali promosse dalla Compagnia rivolte a contraenti che abbiano già sottoscritto almeno una polizza con le Compagnie AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A., AXA MPS Assicurazioni Danni S.p.A., AXA MPS Financial DAC, ovvero relative al reinvestimento di prestazioni provenienti da altre polizze stipulate con le medesime Compagnie, potrà essere applicato uno sconto sui costi. Inoltre, nell'ambito di campagne commerciali promosse dalla Compagnia e rivolte ai clienti ovvero ai dipendenti dell'Intermediario, potranno essere applicati sconti sui costi gravanti sul premio.

2.7 Modalità di trasmissione della documentazione contrattuale

Il Contraente esprime nella Proposta la propria preferenza in merito alla modalità con la quale intende ricevere documenti e comunicazioni scritte per tutti i contratti stipulati con la Compagnia.

In funzione del consenso in tal modo espresso il Contraente riceverà detti documenti e comunicazioni (lettera di polizza, documento unico di rendicontazione, attestato fiscale, ecc.) alternativamente via posta ordinaria, mediante pubblicazione nell'area clienti disponibile nella homepage del sito internet di AXA e/o mediante mezzi elettronici (ovvero e-mail, SMS). Resta comunque ferma la possibilità per il Contraente di modificare l'opzione in qualsiasi momento durante la durata del Contratto, contattando lo Smart Center AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. ai seguenti recapiti: Numero Verde 800.231.187 (dal Lunedì al Venerdì 9.00-19.00).

Condizioni di Assicurazione

Sezione 3 - Criteri Assuntivi

Gennaio 2022

3.1. Valutazione Preventiva - *Soluzione Unica*
3.2. Valutazione Preventiva - *Soluzione Libera*
3.3. Carenza
3.3.1 Condizioni di carenza in caso di decesso
3.3.2 Condizioni di carenza in caso di malattia grave
3.3.3 Condizioni di carenza in caso di Perdita dell'autosufficienza

3.1 Valutazione preventiva - *Soluzione Unica*

Il Contratto con *Soluzione Unica* non richiede alcun accertamento preventivo delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica. È prevista esclusivamente una dichiarazione di buono stato di salute che l'Assicurando sottoscrive al momento della stipula del contratto.

Si sottolinea l'importanza di leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute nella proposta di assicurazione relative alla compilazione della dichiarazione di buono stato di salute dell'Assicurando.

3.2 Valutazione preventiva - *Soluzione Libera*

Per età dell'Assicurato inferiore a 61 anni e capitale non superiore a € 300.000,00, l'assicurazione *Soluzione Libera* è assunta senza visita medica, ma previa compilazione di apposito questionario sullo stato di salute dell'Assicurando. In questi casi troveranno applicazione le condizioni di carenza. L'assicurazione è assunta, invece, con visita medica nei seguenti casi:

- qualora l'Assicurato abbia un'età non inferiore a 61 anni;
- su richiesta della Compagnia in funzione dell'entità del capitale assicurato;
- su richiesta della Compagnia successiva alla compilazione del questionario sullo stato di salute dell'Assicurando;
- in caso di esplicita richiesta dell'Assicurando.

Si sottolinea l'importanza di leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute nella proposta di assicurazione relative alla compilazione del questionario sanitario dell'Assicurando.

3.3 Carenza

3.3.1 Condizioni di Carenza in caso di decesso

Il Contratto viene stipulato senza visita medica e pertanto, a parziale deroga delle condizioni di polizza, 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, la Compagnia corrisponderà una somma pari ai premi versati al netto dei costi. Il Contratto si estingue e nulla sarà più dovuto dalla Compagnia.
Entro i primi 6 mesi dal perfezionamento del Contratto la Compagnia corrisponde il capitale assicurato e non applica la limitazione sopra indicata (periodo di carenza) qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero emorragico, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;

- di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;
- di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

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, purché il Contratto sia in regola coi pagamenti, la Compagnia corrisponderà una somma pari al valore dei premi versati al netto dei costi al momento del decesso. Il Contratto si estingue e nulla sarà più dovuto dalla Compagnia.
Qualora l'Assicurato decida di sottoporsi a visita medica e aderisca alla richiesta della Compagnia di eseguire il test clinico necessario per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o sieropositività, possono verificarsi i seguenti casi:

- il test risulta positivo: la proposta di polizza non è assumibile, pertanto la Compagnia non può procedere alla conclusione del Contratto;
- il test risulta negativo: viene accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza.

Qualora invece l'Assicurato rifiuti di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o sieropositività, sarà applicato il periodo di carenza di 5 anni.

3.3.2 Condizioni di Carenza in caso di malattia grave

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

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

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

I. nel caso di Infarto, Cancro, Ictus e CABS, si applica una carenza pari a 90 giorni dalla data di decorrenza del Contratto;
II. 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 I. 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.

3.3.3 Condizioni di Carenza in caso di Perdita dell'autosufficienza

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

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

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

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 di autosufficienza.

Condizioni di Assicurazione

Sezione 4 - Denuncia e Liquidazione del sinistro

Gennaio 2022

4.1 Beneficiari
4.2 Esclusioni
4.2.1 Copertura assicurativa in caso di decesso dell'Assicurato
4.2.2 Copertura assicurativa in caso di malattia grave dell'Assicurato
4.2.3 Copertura assicurativa in caso di perdita dell'autosufficienza dell'Assicurato
4.2.4 Esclusioni attività professionali ed extraprofessionali - *Soluzione Unica*
4.3 Denuncia del sinistro
4.3.1 Denuncia di decesso dell'Assicurato
4.3.2 Denuncia e accertamento di malattia grave dell'Assicurato
4.3.3 Denuncia e accertamento di stato di non autosufficienza dell'Assicurato
4.4 Liquidazione della prestazione - *Soluzione Unica*
4.5 Liquidazione delle prestazioni - *Soluzione Libera*
4.5.1 Liquidazione della prestazione in caso di decesso
4.5.2 Liquidazione della prestazione in caso di malattia grave
4.5.3 Liquidazione della prestazione in caso di non autosufficienza

4.1 Beneficiari

Il Contraente designa i Beneficiari della prestazione in caso di morte e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.

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

a. 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;
b. da parte degli eredi, dopo la morte del Contraente;
c. 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 vincolo di polizza richiedono l'assenso scritto del Beneficiario.
La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o fatte per testamento.
In caso di sottoscrizione della *Soluzione Unica* da parte di Contraente Persona Fisica:

- il beneficiario della prestazione in caso di decesso è designato dal Contraente;
- il beneficiario della prestazione in caso di "malattia grave" e/o perdita di autosufficienza è l'Assicurato stesso.

In caso di sottoscrizione della *Soluzione Unica* da parte di Contraente Persona Giuridica, il beneficiario sarà sempre il Contraente stesso.
In caso di sottoscrizione della *Soluzione Libera*:

- il beneficiario della prestazione in caso di decesso è designato dal Contraente;
- il beneficiario della prestazione in caso di perdita di autosufficienza è l'Assicurato stesso;
- il beneficiario della prestazione in caso di "malattia grave" può essere l'Assicurato stesso, o il Contraente stesso nel caso in cui quest'ultimo sia Persona Giuridica.

4.2 Esclusioni

4.2.1 Copertura assicurativa in caso di decesso dell'Assicurato

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

a) dolo del Contraente o del Beneficiario;
b) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
c) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
d) partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
e) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota privo di idoneo brevetto;
f) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
g) suicidio, se avviene nei primi 2 anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;
h) alcolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci;
i) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
j) decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.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.

Qualora sia stata sottoscritta la garanzia per decesso da infortunio, la garanzia non comprende gli infortuni derivanti da:

a) incidente 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;
b) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore;
c) pratica delle seguenti attività sportive: alpinismo con scalata di rocce ed accesso ai ghiacciai, pugilato, lotta nelle varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico, bob, sport aerei in genere, paracadutismo;
d) pratica di sport estremi quali: arrampicata, scalata di roccia o di ghiaccio, sci estremo, base jumping, bungee jumping, rafting, canyoning, climbing, helisnow, jet ski, kite surf, torrentismo, snowrafting, skeleton, slittino, bobsleigh, motoslitta e similari;
e) pratica di qualsiasi altra attività sportiva salvo che la stessa sia fatta a puro carattere dilettantistico o ricreativo;
f) partecipazione a competizioni ed allenamenti comportanti l'uso di qualsiasi veicolo, natante od imbarcazione a motore, salvo si tratti di gare di regolarità pura;
g) abuso di alcoolici e psicofarmaci o uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
h) azioni delittuose dell'Assicurato o suicidio;
i) movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni ed eruzioni vulcaniche;
j) guerra o insurrezione, atti di terrorismo ed attentati;
k) trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazionprovocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazionionizzanti;
l) le conseguenze dell'infortunio che si concretizzano nella sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o le infezioni da HIV.

Sono inoltre escluse:

m) le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

Sono, invece, compresi in garanzia:

- l'asfissia causata da fuga di gas o vapore;
- le conseguenze di ingestione o assorbimento di sostanze (compresi l'avvelenamento e le lesioni da contatto con sostanze corrosive);

– l'annegamento, l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole e di calore e le altre influenze termiche ed atmosferiche;
– le alterazione patologiche conseguenti a morsi di animali e punture di insetti e aracnidi, escluse la malaria e le malattie tropicali;
– le lesioni da sforzo e le ernie addominali traumatiche, esclusi qualsiasi tipo di altra ernia e gli infarti miocardici;
– gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
– gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche grave;
– gli infortuni derivanti da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

4.2.2 Copertura assicurativa in caso di malattia grave dell'Assicurato

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

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

Il rischio, infine, non è coperto, escludendo quindi ogni prestazione, nei casi previsti per ciascuna "malattia grave" così come descritti nelle presenti Condizioni di Assicurazione (Sezione 2).

4.2.3 Copertura assicurativa in caso di perdita dell'autosufficienza dell'Assicurato

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

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

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 - ed 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.

In questi casi, non è prevista alcuna prestazione. Non sono assicurabili coloro che risultassero già affetti da invalidità permanente totale e/o non autosufficienti o avessero già in corso accertamenti a tale scopo al momento dell'ingresso in assicurazione.

4.2.4 Esclusioni attività professionali ed extraprofessionali – *Soluzione Unica*

Esclusivamente per la garanzia prevista dalla *Soluzione Unica*, in funzione delle relative modalità assuntive, il rischio di morte, malattie gravi e perdita dell'autosufficienza non è coperto durante lo svolgimento da parte dell'Assicurato dell'attività lavorativa relativa alle seguenti categorie professionali:

a) agenti di custodia, guardie giurate e guardie notturne;
b) agenti di polizia operativa;
c) autista di autocarri, tir o bus, ruspista o trattorista;
d) ciclismo professionistico;
e) guide alpine;
f) ingegneri minerari;
g) lavoratori edili; soffiatori o tagliatori di vetro; tornitori, fresatori o fonditori;
h) operatori forestali;
i) personale di volo di compagnie aeree;
j) personale di navigazione, mentre imbarcato, e pescatori;
k) 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;
l) personale che lavora in siti industriali ed è direttamente coinvolto nella ricerca, produzione o raffinazione di petrolio (inclusi tecnici petroliferi), suoi derivati e gas;
m) personale (inclusi commercianti) a diretto contatto con proiettili, munizioni, esplosivo (inclusi fuochi d'artificio), o sistemi esplosivi;
n) polizia militare e forze armate nell'attività di servizio (arganista di elicotteri, istruttore di elicotteri/jet/velivoli, membro dell'equipaggio di elicotteri o velivoli; addetto al disinnesco di bombe, paracadutisti, personale di volo, pilota acrobatico di jet, pilota di elicottero, pilota di jet sea harrier, soccorritori con elicottero, sub, carabiniere operativo, guardia di finanza operativa);
o) sommozzatori e palombari;
p) sportivi professionisti;
q) trapezisti e domatori;
r) vigili del fuoco.

Inoltre, lo stesso rischio non è coperto durante lo svolgimento, da parte dell'Assicurato, delle seguenti attività extra-professionali o sportive: alpinismo, arti marziali agonistiche, automobilismo, bob agonistico, ciclismo agonistico, equitazione agonistica, free climbing, hockey su ghiaccio, kayak, lotta nelle sue forme, motociclismo, motonautica offshore, paracadutismo, pugilato, rafting, rugby, sci, speleologia, sport aerei, vela.

4.3 Denuncia del sinistro

Le richieste di pagamento, accompagnate dai documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto, debbono essere inoltrate per iscritto ad AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. con le seguenti modalità:

– a mezzo posta;
– rivolgendosi alla Filiale presso la quale è stata sottoscritta la proposta contrattuale.

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

Alla data di redazione delle presenti Condizioni di Assicurazione, i diritti derivanti da un qualsiasi Contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato l'evento su cui i diritti stessi si

fondano, ai sensi dell'articolo 2952, comma 2 del Codice Civile modificato dal Decreto Legge 18 ottobre 2012 n. 179, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 19 ottobre 2012, n. 245. Tale prescrizione resterà in vigore, salvo eventuali modifiche successive. Superato questo termine senza alcuna richiesta da parte dell'interessato, il diritto alle prestazioni si prescrive e non può essere esercitato, in quanto le somme maturate e non riscosse entro il termine di prescrizione del relativo diritto sono infatti devolute, ai sensi dell'art. 1comma 345 della legge n. 266/2005 al fondo "depositi dormienti".

4.3.1 Denuncia di decesso dell'Assicurato

Nel caso di decesso, dovranno essere consegnati:

- certificato di morte;
- informativa e consenso privacy;
- relazione del medico curante sulle cause del decesso redatta secondo le informazioni minime contenute nel modello della Società comunque a disposizione del Beneficiario presso l'Intermediario o, in alternativa, altra documentazione attestante le cause del decesso;
- copia del testamento (pubblicato) o, in assenza, atto notorio (o dichiarazione sostitutiva – non ammessa autocertificazione Art. 21/47 DPR 28/12/2000 - N°445) attestante che il decesso è avvenuto in assenza del testamento, con l'indicazione (se del caso) degli eredi legittimi;
- decreto del Giudice Tutelare nel caso di Beneficiari di minore età o interdetti, con l'indicazione della persona designata alla riscossione;
- copia del Codice Fiscale e di un documento di riconoscimento in corso di validità dei Beneficiari;
- coordinate IBAN e intestazione del conto corrente dei Beneficiari;
- se prevista dalla normativa in vigore, adeguata verifica per il censimento dei Beneficiari della prestazione (modulo reperibile presso l'Intermediario).

La Compagnia si riserva il diritto di acquisire ulteriore documentazione, non prevista nelle presenti Condizioni di Assicurazione, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.
In caso di decesso per infortuni, le richieste di pagamento rivolte alla Compagnia debbono contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato.

Espletate le formalità dettate dal D.Lgs. 231/2007 e dagli accordi internazionali in materia di fiscalità ove necessarie (antiriciclaggio e contrasto al terrorismo, ecc.) la Compagnia esegue il pagamento per la prestazione caso morte entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a favore degli aventi diritto. Salvo diversa indicazione degli aventi diritto, i pagamenti verranno eseguiti a mezzo accredito in conto corrente bancario.

4.3.2 Denuncia e accertamento di malattia grave dell'Assicurato

Nel caso sia diagnosticata una delle "malattie gravi" dovranno essere trasmessi:

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

Il Beneficiario è tenuto a fornire coordinate bancarie e intestazione del conto corrente per la liquidazione.
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.
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. **In caso di liquidazione del capitale relativo ad un tumore non invasivo (20% del capitale assicurato), e quindi esclusivamente per la Soluzione Libera, la copertura assicurativa resta attiva per il capitale residuo (80%), a patto che si riprenda il pagamento premi, per un'eventuale seconda malattia grave ad eccezione di un ulteriore tumore non invasivo. Il pagamento dell'intera somma assicurata (100% o 80% in seguito alla prima liquidazione del 20%) determina invece la cessazione della copertura assicurativa in caso di malattia grave e nulla sarà dovuto da AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. in caso di diagnosi di una seconda malattia grave.**

4.3.3 Denuncia e accertamento di stato di non autosufficienza dell'Assicurato

Nel caso in cui si verifichi lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, l'Assicurato stesso o chi per suo conto, dovrà darne avviso con lettera raccomandata ad AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A.. La denuncia deve essere accompagnata da tutta la documentazione necessaria per verificare lo stato di salute dell'Assicurato:

- informativa e consenso privacy;
- certificato del medico curante o del medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza, recante la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica dello stato di non autosufficienza, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;
- *Mini Mental State Examination*, qualora la non autosufficienza sia in relazione a demenza invalidante, malattia di Alzheimer o Parkinson.

Il Beneficiario è tenuto a fornire coordinate bancarie e intestazione del conto corrente per la liquidazione.
La Compagnia si riserva il diritto di acquisire ulteriore documentazione, non prevista nelle presenti Condizioni di Assicurazione, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.
La Compagnia accerterà lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato tramite un medico di sua fiducia ed eventualmente farà prescrivere tutti gli esami clinici che giudicherà necessari all'accertamento stesso.

La rendita, nella *Soluzione Libera*, sarà corrisposta se lo stato di non autosufficienza risulterà confermato in maniera definitiva ovvero tale da escludere la possibilità di un miglioramento delle condizioni di salute.

4.4 Liquidazione delle prestazioni - *Soluzione Unica*

La *Soluzione Unica* prevede l'erogazione del Capitale Assicurato, a favore dei Beneficiari, al primo evento che si verifica tra decesso, malattia grave e perdita di autosufficienza in capo all'Assicurato. Il pagamento del Capitale assicurato determina la cessazione della copertura assicurativa e nulla sarà più dovuto dalla Compagnia.
In caso di decesso o "malattia grave", la Compagnia effettua il pagamento entro 30 giorni dalla data di ricezione della denuncia completa di tutta la documentazione prevista, comprese eventuali integrazioni. Decorso tale termine, sono dovuti gli interessi moratori a favore dei Beneficiari della prestazione.
In caso di denuncia di perdita dell'autosufficienza, il Capitale sarà corrisposto se lo stato di non autosufficienza risulterà confermato in maniera definitiva ovvero tale da escludere la possibilità di un miglioramento delle condizioni di salute. Nel caso in cui la Compagnia entro i 180 giorni utili accertasse la mancata esistenza dei requisiti necessari all'erogazione del capitale, il Contraente sarà tenuto al pagamento delle rate di premio in arretrato. Decorso tale termine, sono dovuti gli interessi moratori a favore dell'Assicurato.

4.5 Liquidazione delle prestazioni - *Soluzione Libera*

4.5.1 Liquidazione della prestazione in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale AXA MPS Assicurazioni Vita S. p.A. liquiderà ai Beneficiari il capitale assicurato indicato in polizza.
Se il decesso è dovuto ad uno degli eventi rientranti nelle Esclusioni, AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. non corrisponderà alcun importo.
In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, il Contratto termina e nulla sarà più dovuto da AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A..
In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza contrattuale, nulla sarà dovuto da AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A..

4.5.2 Liquidazione della prestazione in caso di malattia grave

Nel caso in cui, nel corso della durata contrattuale, sia diagnosticata all'Assicurato una "malattia grave" tra quelle elencate nelle presenti Condizioni, AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. liquiderà al Beneficiario il capitale assicurato. **In caso di malattia grave definita come "cancro" (come descritto nella sezione 2), la liquidazione del capitale assicurato dipende dal grado di invasività del tumore:**

- In caso di Tumore non invasivo o carcinoma in situ (AJCC – Stadio 0): sarà liquidato il 20% del capitale assicurato e il Contratto rimarrà comunque in vigore per la restante parte della prestazione assicurata per tutte le tipologie di "malattia gravi" ad eccezione di un nuovo tumore non invasivo e delle specifiche esclusioni previste nelle presenti condizioni (come descritto nella sezione 2).
- In caso di tumore invasivo o avanzato (AJCC – Stadio 1 – 2 – 3 – 4), sarà liquidato il 100% del capitale assicurato (80% in caso sia già stata riconosciuta la prestazione relativa al tumore non invasivo o carcinoma in situ, a prescindere dalla correlazione tra i due eventi).

In caso di diagnosi di una seconda malattia grave, in seguito alla liquidazione dell'intero capitale assicurato (100% o 20% + 80%), la garanzia suddetta non sarà operante mentre il Contratto rimane in vigore per le sole coperture scelte rimanenti e a condizione che il Contraente sia in regola con il pagamento dei premi.
In caso di decesso dopo più di 24 ore dalla diagnosi della "malattia grave", se sottoscritte sia Garanzia Caso Morte che Garanzia "Malattie Gravi", il cliente ha diritto a beneficiare delle prestazioni di entrambe le garanzie. Non è invece previsto il pagamento della prestazione relativa alla Garanzia "Malattie gravi" qualora avvenga il decesso nelle prime 24 ore successive alla diagnosi della malattia grave.

4.5.3 Liquidazione della prestazione in caso di non autosufficienza

Il Contratto prevede l'erogazione a favore dell'Assicurato di una rendita vitalizia mensile posticipata, di importo minimo pari ad € 500 e massimo pari a € 2.500, come indicato in proposta, e di un capitale iniziale pari a 3 volte la rendita mensile prescelta, nel caso in cui l'Assicurato stesso si trovi in uno stato di non autosufficienza, così come descritto nelle presenti Condizioni, e fintanto che si trovi in tale stato (l'Assicurato non autosufficiente, o chi per esso, al fine di continuare a ricevere la prestazione, dovrà fornire annualmente un certificato di esistenza in vita).

AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. si impegna ad accertare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato entro 180 giorni dalla data di ricezione della denuncia. Nel caso in cui AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. entro i 180 giorni utili accertasse la mancata esistenza dei requisiti necessari all'erogazione della rendita, il Contraente sarà tenuto al pagamento delle rate di premio in arretrato.
La prestazione di rendita verrà corrisposta, 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 di più di 90 giorni, all'atto dell'accertamento verranno erogate le eventuali rate di rendita arretrate e non erogate. Una volta accertato e riconosciuto lo stato di non autosufficienza e il diritto alla prestazione assicurata, purché sia decorso il suddetto periodo di franchigia, AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. inizia a corrispondere la rendita mensile assicurata.
Decorsi 180 giorni sono dovuti gli interessi moratori a favore dell'Assicurato, al tasso legale.

La rendita vitalizia non consente riscatto, è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. L'incapacità di compiere gli atti della vita quotidiana deve essere presumibilmente permanente, tuttavia, se l'Assicurato dovesse riacquistare l'autosufficienza, cessa l'erogazione della prestazione prevista ed il Contratto rimane in vigore solo per le coperture scelte rimanenti e a condizione che il Contraente sia in regola con il pagamento dei premi.

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.

Informativa Generale Sul Trattamento Dei Dati Personali

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

A) Trattamento dei suoi dati personali per finalità assicurative[1]

Per svolgere adeguatamente le attività necessarie alla gestione del rapporto assicurativo a lei riferito, in qualità di cliente o potenziale cliente, la nostra Società (di seguito anche "AXA o AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A.") ha la necessità di disporre di dati personali, comuni, sensibili[2] e giudiziari, a lei riferiti (dati ancora da acquisire, alcuni dei quali ci debbono essere forniti da lei o da terzi per obbligo di legge[3], e/o dati già acquisiti, forniti da lei o da altri soggetti[4], anche mediante la consultazione di banche dati) e deve trattarli nel quadro delle finalità assicurative.

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

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

---

[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'assicurazione; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi o prodotti o servizi; gestione e controllo interno; attività statistiche.

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

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

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

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

A tali fini, non è richiesto il suo consenso per il trattamento dei suoi dati non sensibili strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte di AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. e di terzi a cui tali dati saranno comunicati[5].

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

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

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

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

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

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

Inoltre, per migliorare i nostri servizi ed i nostri prodotti e per informarla sulle novità e le opportunità che potrebbero essere di suo interesse, le chiediamo di consentirci l'utilizzo dei suoi dati personali non sensibili. Tutto ciò avverrà nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati, e pertanto non utilizzeremo dati sensibili[7] per tali finalità.

---

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

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

[7] Cfr. nota 2.

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

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

In particolare, potremo provvedere alle seguenti attività:
– invio di materiale pubblicitario,
– vendita diretta,
– compimento di ricerche di mercato,
– comunicazione commerciale di prodotti della singola Compagnia e/o delle società del Gruppo AXA Italia;
– inviti ad eventi istituzionali del Gruppo AXA.

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

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

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

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

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

Modalità d'uso dei suoi dati personali
I Suoi dati personali sono trattati[8] da AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. - titolare del trattamento - solo con modalità, strettamente necessarie per fornirLe le prestazioni, i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o previsti in Suo favore, ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche, attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati per gli stessi fini ai soggetti già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa.

Destinatari (a chi e dove sono comunicati i dati)

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

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

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

– assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, contraente delle polizze, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, Società di Gestione del Risparmio, SIM; legali; periti; medici; autofficine; centri di demolizione di autoveicoli;
– società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, tra cui centrale operativa di assistenza, società di consulenza, cliniche convenzionate; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela); società di revisione e di consulenza; società che gestiscono sistemi di informazioni creditizie ai sensi del Codice deontologico di cui all'allegato A.5 del Codice privacy; società di informazione commerciale per rischi finanziari ai sensi del Codice deontologico di cui all'allegato A.7 del Codice privacy; società di servizi per il controllo delle frodi ed il monitoraggio delle attività di distribuzione; società di recupero crediti; società che possono verificare l'accessibilità a finanziamenti per il pagamento dei premi. Si precisa che il titolare fornirà alle società che gestiscono sistemi di informazione creditizie e sistemi di informazione commerciale per rischi commerciali esclusivamente i dati personali necessari per la consultazione dei dati di tali sistemi;
– società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
– ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo: Concordato Cauzione Credito 1994, Pool Italiano per l'Assicurazione dei Rischi Atomici, Pool per l'Assicurazione R.C. Inquinamento, Consorzio per la Convenzione Indennizzo Diretto (CID), Ufficio Centrale Italiano (UCI S.c.ar.l.), Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Genova, Comitato delle Compagnie di Assicurazione Marittime in Roma, Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Trieste, ANADI (Accordo Imbarcazioni e Navi da Diporto), SIC (Sindacato Italiano Corpi), Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati (CIRT), Pool Italiano per la Previdenza Assicurativa degli Handicappati; CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); ISVAP (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo) oggi IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); nonché altri soggetti, quali: UIC (Ufficio Italiano dei Cambi); Casellario Centrale Infortuni; Ministero delle infrastrutture - Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Ministero del lavoro e della previdenza sociale; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAI, INPGI, ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria; Consorzi agricole di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali; Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF; VV.UU); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.
  Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia - operanti talvolta anche al di fuori dell'Unione Europea - che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa o gestionale; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. In ogni caso il trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea avverrà sulla base delle ipotesi previste dalla vigente normativa, tra cui l'utilizzo di regole aziendali vincolanti (cd. BCR – Binding Corporate Rules) per i trasferimenti all'interno del Gruppo AXA, l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea per i trasferimenti verso società non appartenenti al Gruppo AXA o la verifica della presenza di un giudizio di adeguatezza del sistema di protezione dei dati personali del Paese importatore dei dati.

Resta inteso che il Titolare potrà agire anche avvalendosi di società esterne specializzate, nonché di società di servizi informatici, telematici, di archiviazione e postali cui vengono affidati compiti di natura tecnica od organizzativa. Tali soggetti terzi agiranno attenendosi alle istruzioni e alle procedure di sicurezza che AXA avrà definito per tutelare pienamente la sua riservatezza.
Questi soggetti, a sua tutela, svolgeranno la funzione di "responsabile" o di "incaricato" del trattamento dei suoi dati oppure, ove la legge lo consenta, operano come distinti "titolari" del trattamento. Il consenso che le chiediamo riguarda pertanto anche l'attività di tali soggetti.

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

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

I Suoi diritti e contatti: Per accedere, aggiornare, integrare, rettificare, cancellare i dati, chiederne il blocco, opporsi al trattamento, ottenere la limitazione al trattamento e richiedere la portabilità dei dati, far valere il diritto all'oblio e, per il processo di decisione automatizzata, ottenere l'intervento umano da parte del titolare del trattamento, esprimere la propria opinione e contestare la decisione, l'interessato può scrivere a: AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. - Via Aldo Fabrizi, 9 - c.a. Data Protection Officer - 00128 ROMA - e-mail: privacy@axa.it.

Inoltre, Lei potrà proporre reclamo all'Autorità di controllo in materia di protezione dei dati personali, in Italia il Garante per la protezione dei dati personali: Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma (+39) 06.696771; protocollo@pec.gpdp.it.

Per maggiori informazioni, si invita a visitare la sezione privacy del sito web www.axa-mps.it

INFORMATIVA SULL'USO DELLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA PER LE INFORMAZIONI PRECONTRATTUALI E LA GESTIONE DEI CONTRATTI ASSICURATIVI

In conformità alla vigente normativa assicurativa, incluse le previsioni del Regolamento IVASS n. 40/2018 e del Regolamento IVASS n. 41/2018, abbiamo necessità di raccogliere il suo consenso ad inviarle, in formato elettronico ed al contatto di recapito indicato in anagrafica, la documentazione e le comunicazioni, precontrattuali e contrattuali, previste dalla normativa e funzionali alla gestione dei servizi che ci richiede. In mancanza di tale consenso le invieremo tali comunicazioni obbligatorie in formato cartaceo. Tale consenso fa riferimento a tutti i contratti stipulati con la nostra Compagnia e potrà da lei essere revocato liberamente in qualsiasi momento. In tal caso potranno esserle addebitati gli oneri connessi alla stampa e all'eventuale trasmissione della documentazione in formato cartaceo.

Area Clienti

Vieni a scoprire la tua Area Clienti

Uno spazio dove potrai consultare la tua posizione assicurativa ovunque tu sia

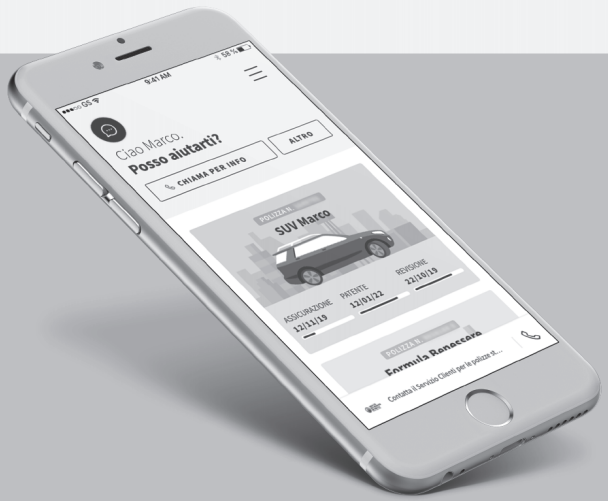
Registrarsi è facile: bastano – codice fiscale / P. IVA, numero di polizza e indirizzo mail – per consultare:

- Le tue **coperture assicurative** in essere.
- La tua **posizione previdenziale**.
- Le tue **condizioni contrattuali**.
- Lo stato di pagamento dei tuoi premi e le **relative scadenze**.
- **... e molto altro ancora!**

AREA CLIENTI

Per maggiori informazioni e assistenza consulta il sito **www.axa-mps.it** oppure contattaci direttamente

- Modulo di richiesta online su **www.axa-mps.it**, sezione **Contatti**
- **Chat** presente in Area Clienti
- Numero Verde **800 231 187** (dal lunedì al venerdì 9.00 - 19.00), anche dall'estero **+39 06 45202136**
- Indirizzo PEC: **axampsvita@legalmail.it**



My AXA è la nuova App dedicata a tutti i nostri clienti.

Inquadra il **QR Code** e scarica l'App!

Scarica su App Store

DISPONIBILE SU Google Play

AXA MPS Tutta la Vita/

Banca .....

Sportello .....

Tariffa .....

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE COD. ID.

Il sottoscritto, nel seguito indicato come "CONTRAENTE", propone ad AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. la stipula di una Polizza di assicurazione sulla vita denominata AXA MPS TUTTA LA VITA (TV21-SB21), a premio periodico, sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AXV TVSB21 che dichiara di aver ricevuto e di accettare integralmente. A tal fine comunica i dati necessari per la stipula del contratto:

Contraente ..... email .....
Sesso ..... nato il ..... a .....
Indirizzo ..... comune di ..... cap ..... prov. .....
Est. Documento ..... ril. il ..... da .....
Cod. fisc. ..... cod. prof. .....
Indirizzo email ..... Numero di cellulare .....
Assicurando .....
Sesso ..... nato il ..... a .....
Indirizzo ..... comune di ..... cap ..... prov. .....
Est. Documento ..... ril. il ..... da .....
Cod. fisc. ..... cod. prof. .....

☐ FUMATORE ☐ NON FUMATORE (non fuma, neppure sporadicamente, da più di 12 mesi)

Sezione beneficiari

Nome ..... Cognome/Ragione sociale ..... % di ripartizione prestazione .....
Sesso ..... Nato/Costituito il ..... Comune .....
Codice fiscale/ PIVA .....
Recapito/Sede legale: indirizzo ..... comune ..... CAP ..... PR .....
Email ..... Numero di telefono .....
Beneficiario caso vita (solo per "non autosufficienza" e "malattia grave": .....

Nome ..... Cognome/Ragione sociale ..... % di ripartizione prestazione .....
Sesso ..... Nato/Costituito il ..... Comune .....
Codice fiscale/ PIVA .....
Recapito/Sede legale: indirizzo ..... comune ..... CAP ..... PR .....
Email ..... Numero di telefono .....
Beneficiario caso morte: .....

☐ DICHIARO DI NON VOLERE INDICARE NOMINATIVAMENTE IL BENEFICIARIO

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

Sezione Referente terzo:
Nome ..... Cognome/Ragione sociale .....
Recapito/Sede legale: indirizzo ..... comune ..... CAP ..... PR .....
Email ..... Numero di telefono .....

SOLUZIONE*						
Garanzia	**Premio €**	**Durata in anni**	**Scadenza Pagamento Premi**	**Scadenza garanzia**	**Prestazione assicurata €**	**Tipologia prestazione**
Caso morte	–	–	–			Capitale assicurato
Non autosufficienza	–	–	–			Rendita vitalizia mensile
	–	–	–			Capitale una tantum
Malattia grave	–	–	–			Capitale assicurato

☐ Garanzia Complementare che prevede un capitale caso morte aggiuntivo in caso di infortunio (pari al capitale caso morte) o incidente stradale (pari al doppio del capitale caso morte)

Premio totale iniziale: € ..... di cui sovrappremio di: € ..... imposte di: € .....
Periodicità di pagamento del premio: .....
Decorrenza polizza: ..... Durata soluzione Unica: .....
Capitale assicurato Soluzione Unica: € .....

INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURANDO (DA COMPILARE IN CASO DI SOLUZIONE UNICA)

L'Assicurando dichiara che:
– nel corso degli ultimi 10 anni, non ha mai ricevuto diagnosi, non è in corso né ha in programma di effettuare accertamenti e/o terapie per disturbi cardiovascolari (esclusa ipertensione in cura con valori normali), polmonari, ictus, diabete, disturbi al rene, disturbi neurologici, l'infezione da HIV o l'AIDS, epatite C, cancro, melanoma, tumore/polipi di qualsiasi dimensione o tipo;
– nel corso degli ultimi 5 anni non è mai stato ricoverato per più di 10 giorni consecutivi;
– non beneficia di esenzione dal ticket sanitario né di pensione da invalidità in ragione di patologie croniche e/o rare né ne ha fatto richiesta.

AVVERTENZE
– Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese in relazione alle dichiarazioni sullo stato di salute possono compromettere il diritto alla prestazione stessa.
– Prima della sottoscrizione delle dichiarazioni sullo stato di salute, l'assicurando deve verificarne l'esattezza.
– Anche nei caso non espressamente previsti dalla compagnia, l'assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

Firmata in_____ il _____
Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente anche ai fini del consenso di cui all'art. 1919 com. 2 C.C.)_____
In relazione al pagamento del premio, il sottoscritto autorizza AXA MPS VITA S.p.A. ad addebitare il premio di Euro_____
sul C/C _____ ABI _____ CAB_____
La Filiale_____ NDG_____
Il Contraente _____ Il Titolare del C/C (solo se diverso dal Contraente) _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio può essere effettuato mediante:
- addebito su c/c bancario, previa autorizzazione del titolare del conto corrente;
- bonifico bancario sul c/c intestato ad AXA MPS Vita S.p.A., presso Banca Monte dei Paschi di Siena, Filiale di Roma Ag. 45.

DICHIARAZIONI

Il Contraente dichiara di esser stato informato, prima della sottoscrizione del contratto, della coerenza del prodotto alle richieste ed esigenze del contraente o dell'assicurato, nonché di aver ricevuto, ai sensi dell'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 e degli artt. 10, 11 del Regolamento IVASS n.41 del 2 agosto 2018, gli Allegati 3, 4 e 4-ter (ove previsto) e il Set informativo composto da: Documento Informativo Precontrattuale (DIP), Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni di assicurazione comprensive di Glossario, Informativa Privacy e Modulo di proposta.
Il Contraente dichiara altresì di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 11 del Reg. 41/2018 IVASS, le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.
Il Contraente .....

CLAUSOLA DI RECESSO - REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione, dandone comunicazione con lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito: AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. - Via Aldo Fabrizi, 9 - 00128 Roma. La conclusione del contratto si considera avvenuta il giorno di decorrenza indicato in proposta a condizione che sia stato pagato il premio e la proposta stessa non sia stata rifiutata entro i tre giorni successivi. 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, AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. rimborsa al Contraente il premio da questi eventualmente corrisposto. La proposta di assicurazione sulla vita è revocabile, prima che il contratto sia concluso, mediante comunicazione da eseguirsi nei modi previsti per l'esercizio del diritto di recesso ovvero tramite l'agenzia o filiale presso la quale è stata sottoscritta.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Prima di fornire i suoi consensi, La invitiamo a leggere attentamente l'informativa Privacy consegnata, disponibile anche nella sezione Privacy del sito www.axa-mps.it.
Finalità assicurative descritte alla lettera A) dell'Informativa Privacy
acconsento al trattamento dei dati personali sensibili, per le finalità assicurative e a tal fine sottoscrivo il modulo per esprimere questo consenso in forma scritta.
Contraente/Legale Rappresentante ..... data e firma .....
Nome e Cognome Assicurato ..... data e firma .....
Finalità di marketing descritte alla lettera B) dell'Informativa Privacy
acconsento al trattamento dei miei dati non sensibili per lo svolgimento di comunicazioni, iniziative promozionali e vendita di prodotti e/o servizi di AXA, di società appartenenti allo stesso Gruppo e di società partner, oltre che di ricerche di mercato e di rilevazioni statistiche relative ai prodotti e/o servizi di AXA, di società appartenenti allo stesso Gruppo o di aziende partner e di rilevazioni sulle mie esigenze relativamente a tali prodotti e/o servizi ☐ SI ☐ NO
Luogo e data ..... **Il Contraente** .....

FAC-SIMILE

INFORMATIVA PRIVACY SINTETICA PER I CLIENTI DI AXA MPS ASSICURAZIONI VITA

Chi decide perché e come trattare i dati?	**AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A.,** in qualità di Titolare del trattamento dei dati.
Per quali scopi e su quale base i dati sono trattati?	a) **Finalità assicurativa** I dati sono trattati per gestire i servizi assicurativi e le attività correlate. **Il trattamento dei dati è necessario** per dare esecuzione al contratto o alle misure precontrattuali richieste, per adempiere obblighi di legge, per legittimo interesse connesso all'attività assicurativa. I dati sensibili, quali i dati relativi allo stato di salute, sono trattati sulla base del consenso dell'interessato. Senza i dati ed il consenso all'uso dei dati sensibili non potranno essere forniti i servizi assicurativi.
Cosa comporta il rifiuto di fornire i dati?	b) **Finalità commerciali e di marketing** I dati sono trattati per fornire offerte, promozioni e soluzioni innovative e personalizzate, migliorando il livello di protezione, per ricerche di mercato ed altre iniziative di marketing. **Il trattamento dei dati è facoltativo** e possibile solo con il consenso dell'interessato liberamente revocabile. In mancanza, non vi sono effetti sui servizi assicurativi, ma l'interessato perderà l'opportunità di conoscere le nostre offerte e partecipare alle iniziative di marketing.
A chi sono comunicati i dati?	I dati possono essere comunicati ad alcuni soggetti per i soli scopi sopra indicati: – Dipendenti e collaboratori – Società terze che trattano i dati per conto del Titolare; – Soggetti della cosiddetta "catena assicurativa", cioè soggetti che cooperano nella gestione dei rischi assicurativi, quali società del Gruppo, altri assicuratori, coassicuratori, contraente delle polizze, intermediari assicurativi, legali, periti, medici, autofficine, enti pubblici o associazioni di categoria; – altri soggetti, tra cui società che gestiscono sistemi di informazioni creditizie e di informazione commerciale per rischi finanziari. In caso di trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea, sono assicurate le garanzie previste dalla vigente normativa. **I dati non sono ceduti a terzi, né diffusi.**
Quali sono i diritti dell'interessato e come esercitarli?	Per accedere, aggiornare, integrare, rettificare, cancellare i dati, chiederne il blocco, opporsi al trattamento, ottenere la limitazione al trattamento, proporre reclamo al Garante Privacy e, dal 25 maggio 2018, richiedere la portabilità dei dati e far valere il diritto all'oblio, **l'interessato può scrivere a:** AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. - c.a. Data Protection Officer - Via Aldo Fabrizi, 9 - 00128 Roma - e-mail: **privacy@axa.it**. Inoltre, Lei potrà proporre reclamo all'Autorità di controllo in materia di protezione dei dati personali, in Italia il Garante per la protezione dei dati personali: Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma (+39) 06.696771; protocollo@pec.gpdp.it
Da dove provengono i dati trattati?	I dati sono raccolti direttamente presso l'interessato o da terzi, anche mediante la consultazione di banche dati.
Per quanto tempo i dati vengono conservati?	I dati vengono conservati per tutto il tempo necessario alla gestione del rapporto con l'interessato: decorsi 10 anni dalla cessazione del rapporto con il cliente si procede alla cancellazione dei dati. Per le attività di marketing, i dati raccolti saranno conservati per il tempo necessario coerente con le finalità di marketing e, comunque, per non più di 24 mesi dalla cessazione del rapporto.
Informazioni aggiuntive	L'informativa completa è disponibile nella sezione Privacy del sito **www.axa-mps.it**.

FACSIMILE

INFORMATIVA SULL'USO DELLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA PER LE INFORMAZIONI PRECONTRATTUALI E LA GESTIONE DEI CONTRATTI ASSICURATIVI

In conformità alla vigente normativa assicurativa, incluse le previsioni del Regolamento IVASS n° 40/2018 e del Regolamento IVASS n° 41/2018, abbiamo necessità di raccogliere il suo consenso ad inviarle, in formato elettronico ed al contatto di recapito indicato in anagrafica, la documentazione e le comunicazioni, precontrattuali e contrattuali, previste dalla normativa e funzionali alla gestione dei servizi che ci richiede.
In mancanza di tale consenso le invieremo tali comunicazioni obbligatorie in formato cartaceo.
Tale consenso fa riferimento a tutti i contratti stipulati con la nostra Compagnia e potrà da lei essere revocato liberamente in qualsiasi momento.
In tal caso potranno esserle addebitati gli oneri connessi alla stampa e all'eventuale trasmissione della documentazione in formato cartaceo.

AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. - Sede Legale: Via Aldo Fabrizi n. 9, 00128 Roma – Italia Tel.: (+39) 06 50870.1, Fax: (+39) 06 50870295 - PEC: axampsvita@legalmail.it
Capitale Sociale € 569.000.000 interamente versato - Codice Fiscale e numero iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 01075910586, P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967, Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Roma 383155 - Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 24/7/1974 (G.U. 8/8/1974 n. 208). Compagnia iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese IVASS al n. 1.00046.
La Società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di AXA Assicurazioni S.p.A. ed appartiene al Gruppo assicurativo AXA ITALIA, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi con il n. 041.

AXA MPS Tutta la Vita

Banca .....

Sportello .....

Tariffa .....

QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE E SULLA CONDIZIONE PROFESSIONALE ED EXTRAPROFESSIONALE DELL'ASSICURANDO

Nome ..... Cognome .....

Luogo e data di nascita .....

Indirizzo .....

Sesso ☐F ☐M

☐FUMATORE ☐ NON FUMATORE (non fuma, neppure sporadicamente, da più di 12 mesi)

Attività professionale: ..... Attività extraprofessionali e sportive: .....

Peso kg: ..... Altezza cm: .....

1.	Le è mai stata rifiutata o rinviata una copertura assicurativa per caso morte o malattia grave, o accettata con applicazione di sovrappremio o con la previsione di esclusioni a causa di problemi di salute?	SÌ	NO
2.	Beneficia di una pensione di invalidità o inabilità o ne ha mai fatto richiesta o le è mai stato ministro per invalidità, infortunio o malattie gravi?	SÌ	NO
3.	È attualmente impegnato o ha intenzione di impegnarsi in qualsiasi sport o attività pericolose o aviatorie? (sport aerei, skydiving, paracadutismo, deltaplano, sport a motore, immersioni, arrampicata o qualsiasi altro sport estremo)	SÌ	NO
4.	Le è mai stato consigliato di sottoporsi o si è mai sottoposto a trattamenti medici a seguito di qualcuno dei disturbi o delle patologie indicate nella nota (vedi in basso)	SÌ	NO
5.	Nella sua famiglia (padre, madre, fratello o sorella) è mai stata diagnosticata, prima dei 60 anni, una delle seguenti malattie: cancro, infarto, ictus, malattia di Huntington, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson o qualsiasi altra malattia ereditaria?	SÌ	NO
6.	Ha programmato di effettuare o le è stato consigliato di effettuare un trattamento medico per problemi di salute oppure attende dei risultati di analisi o test medici?	SÌ	NO
7.	Si è sottoposto negli ultimi 5 anni o è in procinto di sottoporsi a qualsiasi intervento chirurgico?	SÌ	NO
8.	Si è sottoposto negli ultimi 5 anni o è in procinto di sottoporsi a terapie di durata superiore a 3 settimane per affezioni diverse da ipertensione, ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia, menopausa, allergie, terapia anticoncezionale, terapie preventive **(da rispondere solo in caso di garanzia per non autosufficienza)**	SÌ	NO
9.	Beneficia di esenzione totale/parziale del ticket sanitario in ragione di patologie croniche e/o rare oppure ha fatto richiesta per ottenerla? **(da rispondere solo in caso di garanzia per non autosufficienza)**	SÌ	NO
10.	A prescindere dalle condizioni di cui ai precedenti punti, Le sono mai stati prescritti farmaci da un medico o altro operatore sanitario per un periodo superiore a 5 giorni (ad eccezione dei normali raffreddori, influenze, patologie di simile entità)?	SÌ	NO

AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO:

- **LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE IN RELAZIONE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE STESSA;**
- **PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO, VERIFICARE L'ESATTEZZA DELLE DICHIARAZIONI RIPORTATE NEL QUESTIONARIO;**
- **LE INFORMAZIONI/DICHIARAZIONI SOPRA INDICATE SONO PORTATE A CONOSCENZA DEL CONTRAENTE PER UNA CORRETTA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO (PER MAGGIORI DETTAGLI, SI FA RIFERIMENTO ALL'INFORMATIVA PRIVACY ALLEGATA ALLA DOCUMENTAZIONE CONTRATTUALE);**
- **ANCHE NEI CASI NON ESPRESSAMENTE PREVISTI DALLA COMPAGNIA, L'ASSICURANDO PUÒ CHIEDERE DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA PER CERTIFICARE L'EFFETTIVO STATO DI SALUTE, CON COSTI A SUO CARICO.**

NOTA

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

Luogo, data ..... Firma dell'Assicurando .....

FAC-SIMILE

AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. - Sede Legale: Via Aldo Fabrizi n. 9, 00128 Roma – Italia Tel.: (+39) 06 50870.1, Fax: (+39) 06 50870295 - PEC: axampsvita@legalmail.it
Capitale Sociale € 569.000.000 interamente versato - Codice Fiscale e numero iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 01075910586, P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967, Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Roma 383155 - Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 24/7/1974 (G.U. 8/8/1974 n. 208). Compagnia iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese IVASS al n. 1.00046.
La Società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di AXA Assicurazioni S.p.A. ed appartiene al Gruppo assicurativo AXA ITALIA, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi con il n. 041.

MOD. AXV TVSB21 - 01/2022 - COPIA PER IL CLIENTE

Pagina bianca per esigenze tipografiche

stampato su carta riciclata

www.axa-mps.it

Mod. **AXV TVSB21** – ed. 01/2022

AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. - Sede Legale: Via Aldo Fabrizi n. 9, 00128 Roma – Italia
Tel.: (+39) 06 50870.1, Fax: (+39) 06 50870295 - PEC: axampsvita@legalmail.it

Capitale Sociale € 569.000.000 interamente versato - Codice Fiscale e numero iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 01075910586, P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967, Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Roma 383155 - Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 24/7/1974 (G.U. 8/8/1974 n. 208). Compagnia iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese IVASS al n. 1.00046.
La Società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di AXA Assicurazioni S.p.A. ed appartiene al Gruppo assicurativo AXA ITALIA, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi con il n. 041.