

Assicurazione per il caso di morte, invalidità permanente totale e inabilità temporanea totale opzionale in forma collettiva

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

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



Prodotto: Key Capital

Data ultima edizione: gennaio 2019

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

L'aderente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A., Via Aldo Fabrizi, n. civico 9; CAP 00128; città Roma; tel. + 39 06 50870.1; sito internet: www.axa-mps.it; e-mail: info@axa-mpsvita.it; PEC: axampsvita@legalmail.it.

AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. è soggetta alla direzione ed al coordinamento di AXA Assicurazioni S.p.A., La Compagnia appartiene al Gruppo assicurativo AXA Italia, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi IVASS con il n. 041.

La Compagnia mette a disposizione dei clienti i seguenti recapiti per richiedere eventuali informazioni sia in merito alla Compagnia sia in relazione al contratto proposto: numero telefonico +39 06 508701; fax: +39 06 50870295; indirizzo internet: www.axa-mps.it; indirizzo di posta elettronica: info@axa-mpsvita.it; PEC: axampsvita@legalmail.it.

AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. è iscritta alla sez. I dell'Albo delle Imprese IVASS al n. 1.00046, con sede legale in Via Aldo Fabrizi n.9 - 00128 Roma – Italia, ed è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 24/7/1974 (Gazzetta Ufficiale del 8 agosto 1974 n. 208).

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio (esercizio 2017) redatto ai sensi dei principi contabili vigenti, il patrimonio netto di AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. ammonta a € 1.244 milioni di cui € 569 milioni di capitale sociale interamente versato e € 520 milioni di riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio.

Al 31 dicembre 2017, il Requisito Patrimoniale di Solvibilità di AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. è pari a € 866 milioni. Sulla base delle valutazioni effettuate dalla Compagnia coerentemente con gli esistenti dettami regolamentari, il Requisito Patrimoniale Minimo al 31 dicembre 2017 ammonta a € 389 milioni. L'indice di solvibilità di AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A., ovvero l'indice che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, e relativo all'ultimo bilancio approvato, è pari a 160%. L'importo dei fondi propri ammissibili a copertura dei requisiti patrimoniali è pari a € 1.383 milioni.

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

Al contratto si applica la legge italiana.



Quali sono le prestazioni?

a) **Prestazione in caso di decesso dell'assicurato (pacchetto base)**

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla disdetta contrattuale, nulla sarà dovuto dalla Compagnia.

b) **Prestazione in caso di Invalidità Permanente Totale - IPT - per infortunio o malattia (pacchetto base)**

L'IPT assicurata è corrispondente ad un'invalidità pari almeno al 60% secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli infortuni e le malattie professionali e deve essere riconosciuta, con certificazione medica, dopo un periodo di almeno 12 mesi consecutivi dalla data della prima constatazione della malattia o di almeno 6 mesi dalla data dell'evento in caso d'infortunio. La Compagnia si riserva il diritto di accertare lo stato di IPT tramite un medico di sua

fiducia oltre che la prescrizione, a proprie spese, di tutti gli esami clinici eventualmente necessari all'accertamento stesso.

- c) **Prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale - ITT - per infortunio o malattia (pacchetto opzionale)**
Qualora, decorsi meno di 45 giorni dal termine di una precedente ITT per la quale sia stata erogata la prestazione, si verifichi una nuova ITT, essa sarà considerata come continuazione della precedente. In tal caso non sarà applicata una nuova franchigia.
Fermo restando quanto stabilito al precedente capoverso, qualora l'ITT per la quale è richiesta la prestazione sia direttamente riconducibile al medesimo evento o causa che abbia cagionato una precedente ITT per la quale sia stata già liquidata la prestazione, la Compagnia non corrisponderà alcun importo.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Prestazione in caso di decesso, IPT o ITT

Le coperture assicurative non comprendono:

- dolo dell'Aderente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a: reati e delitti, fatti di guerra dichiarata o di fatto (salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano), risse (tranne per il caso di legittima difesa), atti di terrorismo o sabotaggio;
- azioni intenzionali dell'Assicurato quali: il suicidio, se avviene nei primi 2 anni dalla data di decorrenza dell'assicurazione; il tentato suicidio, la mutilazione volontaria; i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato; i sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, di stati d'alcolismo acuto o cronico;
- incidenti di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- partecipazione a competizioni di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- infortuni già verificatisi o sinistri dovuti a malattie già in essere alla data di decorrenza dell'assicurazione e loro postumi e conseguenze;
- malattie od infortuni conseguenti a stati depressivi ed affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche;
- malattie od infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
- malattie od infortuni che siano conseguenza diretta della pratica di attività sportive professionistiche, della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere e similari;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate.

Prestazione in caso di IPT o ITT

La copertura assicurativa relativa ai rischi di IPT e ITT è peraltro esclusa nei seguenti casi:

- malattie o infortuni che siano conseguenza diretta della 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 idrosci, sci acrobatico, bob e similari;
- malattie o infortuni che siano conseguenza diretta della 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, motoslitte e similari;
- conseguenze e/o eventi derivanti da patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate da OMS, di gravità e virulenza tale da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile.

Prestazione in caso di ITT

La copertura relativa al rischio di ITT è peraltro esclusa nel seguente caso:

- conseguenze della gravidanza del puerperio e delle patologie correlate; di ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata.



Ci sono limiti di copertura?

La franchigia prevista per la prestazione in caso di ITT si intende calcolata a partire dal primo giorno di ITT.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?

Denuncia di 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 alla Compagnia con le seguenti modalità:

- a) rivolgendosi alla filiale presso la quale è stato sottoscritto il contratto;
- b) indirizzate alla Compagnia a mezzo posta presso GEFASS, Via Massimo d'Azeglio 42 - scala A, 14100 Asti (AT), tel. 0141 437361, fax 0141 322218, e-mail: info@gefass.it;
- c) a mezzo fax al numero sopra riportato.

In ogni caso devono essere consegnati:

Decesso per qualunque causa

- denuncia del sinistro in caso di decesso;
- copia di nostra spettanza per la legge sulla privacy;
- certificato di morte;
- relazione del medico curante sulle cause del decesso secondo le informazioni minime contenute nel modello della Compagnia (disponibile presso la Filiale) comunque a disposizione del beneficiario o in alternativa altra documentazione attestante le cause del decesso;
- copia del testamento (pubblicato) o, in assenza, atto notorio (o dichiarazione sostitutiva – non ammessa autocertificazione) attestante che il decesso è avvenuto in assenza del testamento, con l'indicazione (se del caso) degli eredi legittimi;
- decreto del Giudice Tutelare nel caso di beneficiari di minore età o interdetti, con l'indicazione della persona designata alla riscossione;
- in caso di decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute. Se esistente, copia del reperto autoptico completo di accertamenti effettuati o, in alternativa, dichiarazione rilasciata dagli organi competenti attestanti la mancata esecuzione del referto autoptico;
- coordinate IBAN e intestazione del conto corrente dei Beneficiari;
- copia del documento di riconoscimento, in corso di validità, dei Beneficiari;
- copia del Codice Fiscale dei Beneficiari;
- se previsto dalla normativa in vigore, modello di adeguata verifica per il censimento degli aventi diritto alla prestazione (reperibile presso la Contraente).

Invalità Permanente Totale:

- denuncia del sinistro in caso di IPT;
- copia di nostra spettanza per la legge sulla privacy;
- relazione del medico curante sulle cause del sinistro secondo le informazioni minime contenute nel modello della Compagnia (disponibile presso la Filiale) comunque a disposizione del beneficiario o in alternativa altra documentazione attestante le cause del sinistro;
- in caso di sinistro avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- certificazione di invalidità permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.);
- in difetto, un certificato di un medico legale, se disponibile.

Inabilità Temporanea Totale

- denuncia del sinistro in caso di ITT;
- copia di nostra spettanza per la legge sulla privacy;
- relazione del medico curante sulle cause del sinistro secondo le informazioni minime contenute nel modello della Compagnia (disponibile presso la Filiale) comunque a disposizione del beneficiario o in alternativa altra documentazione attestante le cause del sinistro;
- copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- ogni altra eventuale documentazione medico-ospedaliera attestante inizio e fine dell'inabilità temporanea totale;
- certificazione di inabilità INAIL attestante inizio e fine dell'inabilità temporanea totale;
- verbale del pronto soccorso;
- dichiarazione in originale del datore di lavoro che attesti l'intero periodo di inabilità lavorativa;
- certificato della Camera di Commercio relativo all'attività lavorativa.

La documentazione andrà presentata al verificarsi del sinistro e allo scadere di ogni periodo di inabilità certificato dal medico.

	<p>Prescrizione</p> <p>I diritti dei beneficiari dei contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Decorso tale termine senza che la Società abbia ricevuto alcuna comunicazione e/o disposizione, gli importi derivanti dal contratto verranno devoluti al Fondo costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Liquidazione della prestazione</p> <p>La Compagnia effettua il pagamento per la prestazione 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 degli aventi diritto. Salvo diversa indicazione degli aventi diritto i pagamenti verranno eseguiti a mezzo accredito in conto corrente bancario.</p> <p>Le dichiarazioni dell'Aderente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete.</p> <p>In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa ha diritto:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) in caso di dolo o colpa grave: <ul style="list-style-type: none"> - di impugnare il contratto, dichiarando all'Aderente 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 Vita decade da tale diritto; - di rifiutare, in caso di sinistro ed in ogni tempo, qualsiasi pagamento; b) ove non sussista dolo o colpa grave: <ul style="list-style-type: none"> - di recedere dal contratto, mediante dichiarazione da inviare all'Aderente, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; - di ridurre, in caso di sinistro, la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se avesse conosciuto il vero stato delle cose. <p>La Compagnia rinuncia a tali diritti trascorsi sei mesi dall'efficacia dell'assicurazione o dalla sua riattivazione, salvo il caso di dolo.</p> <p>L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.</p> <p>L'Aderente è tenuto a inoltrare per iscritto alla Compagnia, per il tramite di GEFASS (per posta ordinaria o fax) eventuali comunicazioni inerenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - modifiche all'indirizzo presso il quale intende ricevere le comunicazioni relative al contratto; - con riferimento ad Aderente società o ditta individuale, la perdita delle seguenti cariche societarie: legale rappresentante, amministratore, dirigente, socio, titolare. <p>Antiriciclaggio</p> <p>L'Aderente è tenuto a fornire alla Compagnia tutte le informazioni necessarie al fine dell'assolvimento dell'adeguata verifica ai fini dell'antiriciclaggio. Qualora la Compagnia, in ragione della mancata collaborazione dell'Aderente, non sia in grado di portare a compimento l'adeguata verifica, la stessa non potrà concludere il contratto o dovrà porre fine allo stesso. In tali ipotesi le disponibilità finanziarie eventualmente già acquisite dalla Compagnia dovranno essere restituite all'Aderente liquidando il relativo importo tramite bonifico bancario su un conto corrente bancario indicato dall'Aderente e allo stesso intestato; tale operazione sarà accompagnata da un messaggio che indica alla controparte bancaria che le somme sono versate all'Aderente per l'impossibilità di rispettare gli obblighi di adeguata verifica della clientela stabiliti dalla normativa antiriciclaggio.</p>



Quando e come devo pagare?

<p>Premio</p>	<p>Premio unico</p> <p>Il contratto prevede il versamento di un premio unico annuo anticipato determinato in base all'età dell'assicurato, alle prestazioni assicurate e al pacchetto opzionale di garanzie se optato, secondo le modalità indicate nella tabella riportata di seguito.</p> <p>Con riferimento al pacchetto base, il premio unico annuo è calcolato applicando al capitale assicurato il tasso di premio della fascia di età corrispondente all'età dell'assicurato, indicato</p>
----------------------	--

	<p>nella tabella sottostante. In caso di adesione in corso di anno sarà addebitato un rateo di premio annuo corrispondente ai giorni intercorrenti tra la data di decorrenza del contratto e il 31/12 successivo. In caso di tacito rinnovo del contratto, sarà addebitato il 31/12 di ciascun anno l'intero premio unico annuo relativo alla copertura dell'anno solare successivo determinato in base all'età dell'assicurato, come specificato nella tabella sottostante, e alle prestazioni assicurate.</p> <p>Con riferimento al pacchetto opzionale, il premio unico annuo è calcolato sommando al premio annuo determinato per l'adesione al pacchetto base, l'importo fisso indicato nella tabella di seguito riportata. In caso di adesione in corso di anno sarà applicato un rateo dell'importo fisso corrispondente ai giorni intercorrenti tra la data di decorrenza del contratto e il 31/12 successivo. In caso di tacito rinnovo del contratto, sarà addebitato il 31/12 di ciascun anno l'intero importo fisso relativo all'anno successivo.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PREMIO ANNUO</th> <th>Pacchetto base (decesso + IPT)</th> <th>Pacchetto opzionale (ITT)</th> </tr> <tr> <th>Tasso di premio (da moltiplicare al capitale assicurato)</th> <th>Importo di premio (da aggiungere al premio del pacchetto base)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Età 18 - 54 (in anni compiuti)</td> <td>0,70%</td> <td rowspan="2">€ 600</td> </tr> <tr> <td>Età 55 - 69 (in anni compiuti)</td> <td>1,75%</td> </tr> </tbody> </table> <p>I premi calcolati con le modalità sopra esposte sono da considerarsi al netto delle imposte.</p> <p>Modalità di pagamento dei premi</p> <p>Il pagamento del premio avviene, per il tramite della Contraente, mediante addebito sul conto corrente bancario dell'Aderente; nel caso in cui la provvista del conto corrente non fosse sufficiente al pagamento del premio, le coperture assicurative sono da considerarsi sospese fino alle ore 24 del pagamento dell'importo dovuto.</p>	PREMIO ANNUO	Pacchetto base (decesso + IPT)	Pacchetto opzionale (ITT)	Tasso di premio (da moltiplicare al capitale assicurato)	Importo di premio (da aggiungere al premio del pacchetto base)	Età 18 - 54 (in anni compiuti)	0,70%	€ 600	Età 55 - 69 (in anni compiuti)	1,75%
PREMIO ANNUO	Pacchetto base (decesso + IPT)		Pacchetto opzionale (ITT)								
	Tasso di premio (da moltiplicare al capitale assicurato)	Importo di premio (da aggiungere al premio del pacchetto base)									
Età 18 - 54 (in anni compiuti)	0,70%	€ 600									
Età 55 - 69 (in anni compiuti)	1,75%										
Rimborso	Il rimborso del premio versato è previsto nel caso in cui l'Aderente decida di revocare la proposta finché il contratto non è concluso ovvero in caso di esercizio di recesso.										
Sconti	Al verificarsi di condizioni particolari ed eccezionali che potrebbero riguardare, a titolo esemplificativo e non esaustivo, sia l'Aderente e la relativa situazione assicurativa, sia l'ammontare del premio pagato e i prodotti sottoscritti, l'Impresa di Assicurazione si riserva la facoltà di applicare sconti e/o agevolazioni sui costi dello specifico contratto, evidenziandone l'entità nel medesimo. L'Impresa di Assicurazione si riserva inoltre di determinare sconti e/o agevolazioni applicabili in linea generale agli Aderenti, ovvero ai dipendenti dell'intermediario, stabilendone le condizioni oggettive e soggettive.										



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>La durata del contratto è pari al periodo che intercorre tra la data di conclusione del contratto stesso ed il 31/12 successivo, con un massimo di 12 mesi. Al termine di ciascun anno solare (ogni 31/12), il contratto si intende tacitamente prorogato per periodi pari a 12 mesi, salvo disdetta dell'Aderente.</p> <p>Il contratto relativamente all'adesione si considera concluso nel momento in cui la Compagnia comunica all'Aderente l'accettazione della proposta di adesione, per iscritto con raccomandata o mediante invio della lettera di informazioni sulla polizza.</p> <p>In ogni caso il contratto si ritiene concluso alla data di pagamento del premio, sempre che, entro il suddetto termine, la Compagnia non abbia comunicato per iscritto all'Aderente il rifiuto della proposta di adesione. L'Assicurazione entra in vigore alle ore 24 del giorno in cui il contratto è concluso.</p> <p>In ogni caso il contratto ha termine:</p> <ul style="list-style-type: none"> - al pagamento della prestazione assicurata in caso di decesso ovvero in caso di IPT; - al decesso dell'Assicurato; - in caso di esercizio del diritto di recesso da parte dell'Aderente; - in caso vengano meno i requisiti di assicurabilità; - al 31/12 dell'anno solare in cui l'Assicurato compie il 70° anno di vita; - in caso di mancato rinnovo tacito.
---------------	--

Sospensione	Nel caso in cui la provvista del conto corrente non fosse sufficiente al pagamento del premio, le coperture assicurative sono da considerarsi sospese fino alle ore 24 del pagamento dell'importo dovuto.
--------------------	---

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

Revoca	L'Aderente ha facoltà di revocare la proposta fintantoché il contratto non è concluso rivolgendosi alla Filiale di Banca presso la quale è stato sottoscritto il contratto ovvero dandone comunicazione scritta a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata alla Compagnia presso GEFASS, Via Massimo d'Azeglio 42 - scala A - 14100 Asti (AT), fax 0141 322218, e-mail: info@gefass.it . La Compagnia, per il tramite della GEFASS, provvede al rimborso del premio eventualmente già versato all'Aderente entro 30 giorni dal ricevimento della stessa. Ai fini dell'efficacia della revoca fa fede la data di ricevimento della raccomandata da parte della Compagnia.
Recesso	L'Aderente può recedere dalla copertura assicurativa entro 30 giorni dalla data di decorrenza, rivolgendosi alla Filiale di Banca presso la quale è stato sottoscritto il contratto ovvero dandone comunicazione scritta a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata alla Compagnia presso GEFASS, Via Massimo d'Azeglio 42 - scala A - 14100 Asti (AT), fax 0141/322218, e-mail: info@gefass.it . Il recesso ha l'effetto di liberare le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso come risulta dal timbro postale. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Compagnia restituisce all'Aderente, per il tramite della GEFASS, il premio versato al netto delle imposte.
Risoluzione	Il contratto prevede il versamento di un premio unico, pertanto non è prevista la facoltà dell'Aderente di risolvere il contratto tramite la sospensione del pagamento dei premi.

 **Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO**

Valori di riscatto e riduzione	Il contratto non prevede riscatto o riduzione della prestazione.
Richiesta di informazioni	Per eventuali richieste di informazioni è possibile rivolgersi alla Compagnia AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. – Smart Center – Via Aldo Fabrizi, 9 – Roma 00128 – Italia, fax: 0039 06 50870570, e-mail: assicurazioni-bancadiasti@axa.it ; Numero Verde: 800 085 554.

 **A chi è rivolto questo prodotto?**

Il prodotto è indirizzato alle società/ditte individuali che intendano assicurarsi dal rischio di premorienza dei propri collaboratori che ricoprano la qualifica di Legale Rappresentante, Amministratore, Dirigente, Socio o Titolare della Società/Ditta individuale medesima e che al momento dell'adesione, abbiano un'età compresa tra i 18 anni e i 70 anni non compiuti. Inoltre, alle persone giuridiche che intendano riconoscere ai medesimi collaboratori una copertura assicurativa dal rischio di invalidità permanente totale e inabilità temporanea totale. È altresì rivolto ai liberi professionisti.

 **Quali costi devo sostenere?**

Costi gravanti sul premio			
PACCHETTO BASE (DECESSO E IPT)			
Fasce età assicurato	Costi a carico dell'Aderente	Periodicità di prelievo	Modalità di prelievo
18 – 54	65% dell'importo del premio per il pacchetto base	Sul premio unico annuo	Ricompresi nel premio
55 – 69	50% dell'importo del premio per il pacchetto base	Sul premio unico annuo	Ricompresi nel premio
PACCHETTO OPZIONALE (ITT)			
Fasce età assicurato	Costi a carico dell'Aderente	Periodicità di prelievo	Modalità di prelievo

18 – 54	50% dell'importo del premio per il pacchetto opzionale	Sul premio unico annuo	Ricompresi nel premio
55 – 69			

Costi di intermediazione

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

QUOTA PARTE PERCEPITA DALL'INTERMEDIARIO
67,48%

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami relativi ad un contratto o servizio assicurativo nei confronti dell'Impresa di assicurazione o dell'Intermediario assicurativo con cui si entra in contatto, devono essere preliminarmente presentati per iscritto (posta, fax, email/PEC) all'Ufficio Gestione Reclami secondo le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mail: reclami.vita@axa.it - pec: reclamiivassamav@legalmail.it - posta: AXA MPS Assicurazioni Vita SpA, c.a Ufficio Gestione Reclami, Via Aldo Fabrizi n. 9 - 00128 Roma - fax: +39 06 51 760 323 <p>avendo cura di indicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nome, cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante; - numero della polizza e nominativo dell'Aderente; - numero e data del sinistro al quale si fa riferimento; - indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; - breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; - ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze. <p>Sarà cura della Compagnia fornire risposta entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, come previsto dalla normativa vigente.</p> <p>Ove applicabile, per eventuali reclami aventi ad oggetto il comportamento di un Agente piuttosto che di un collaboratore/dipendente di quest'ultimi, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un periodo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con l'intermediario di cui sopra e consentire allo stesso di effettuare le necessarie integrazioni istruttorie e di esprimere le proprie posizioni relativamente all'oggetto del reclamo così come previsto dalla normativa vigente.</p> <p>Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, nella risposta verrà fornita una chiara spiegazione della posizione assunta sia dalla Compagnia che dall'Agente interessato in relazione al reclamo stesso ovvero della sua mancata risposta.</p>
All'IVASS	<p>Nel caso in cui il reclamo presentato all'impresa assicuratrice abbia esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.</p> <p>Le imprese con sede legale in altro Stato membro riportano le informazioni di cui sopra indicando l'Autorità di vigilanza del Paese d'origine competente e le modalità di presentazione dei reclami alla stessa.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p><u>Qualora</u> il reclamante non abbia ricevuto risposta oppure ritenga la stessa non soddisfacente, prima di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, può scrivere all'IVASS (Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma; fax 6.42.133.745 o 06.42.133.353, ivass@pec.ivass.it) fornendo copia del reclamo già inoltrato all'impresa ed il relativo riscontro anche utilizzando il modello presente nel sito dell'IVASS alla sezione "per il Consumatore - come presentare un reclamo".</p> <p>Il reclamante può ricorrere ai sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a</p>

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

REGIME FISCALE	
<p>Trattamento fiscale applicabile al contratto</p>	<p>Trattamento fiscale dei premi</p> <p>La parte di premio pagata per le coperture IPT e ITT è soggetta ad imposta nella misura del 2,50%; si rinvia all'art. 17 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio. I premi versati inerenti l'attività d'impresa sono fiscalmente deducibili nei limiti previsti dalla normativa in vigore.</p> <p>Trattamento fiscale delle prestazioni</p> <p>Il capitale corrisposto in caso di morte dell'Assicurato è esente da IRPEF e non concorre alla formazione dell'asse ereditario ai fini dell'imposta di successione. Le somme percepite nell'esercizio di attività commerciale concorrono a formare il reddito d'impresa e sono assoggettate all'ordinaria tassazione.</p>

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

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

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA ALL'ADERENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.