

AXA MPS Credito Protetto
Prestito Personale
Condizioni di Assicurazione
Mod. AMAD0126 Ed.06/2022
AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. n. 341
AXA MPS Assicurazioni Danni S.p.A. n. 4500343

AXA MPS Credito Protetto è un Contratto di Assicurazione multirischi per il **caso decesso, infortuni, malattia e perdite pecuniarie** in forma collettiva a protezione del debito, che prevede il pagamento ai beneficiari designati di un importo pari al debito residuo in linea capitale esistente al momento del sinistro o un determinato numero di rate del finanziamento. Il contratto è collocato in abbinamento facoltativo al prestito personale.

Sezione 1 - Norme che regolano il contratto in generale

Art.1.1 – Durata della copertura – Effetto - Decorrenza delle coperture

La durata della copertura assicurativa è pari alla durata originaria del finanziamento ed è indicata nel modulo di adesione. Le coperture assicurative decorrono dalle ore 24.00 della data di adesione, o dalla data di erogazione del finanziamento se successiva, ancorché il premio non sia stato regolato o addebitato all'Aderente.

Art.1.2 – Cessazione delle coperture assicurative

Per tutti gli Aderenti le coperture assicurative si estinguono alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica uno dei seguenti eventi:

- scadenza dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso fissato al momento della sottoscrizione del contratto;
- in caso di Sinistro pagato in relazione alle Coperture Decesso;
- alla data di certificazione di un'Invalidità Permanente Grave come previsto all'art. 2.2 punti C e D della presente polizza, sempre che sia avvenuta la liquidazione del sinistro;
- estinzione anticipata totale del contratto di finanziamento;
- risoluzione anticipata del contratto stipulato con AXA MPS Assicurazioni Vita, in caso di sottoscrizione di copertura assicurativa vita
- fine del mese di vigenza del contratto coincidente con il compimento da parte dell'Aderente dei 75 anni di età;
- pensionamento (solo per la copertura Perdita d'impiego).

Art.1.3 – Recesso

L'Aderente può recedere dalle coperture assicurative:

- entro 60 giorni dalla data di decorrenza, il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative sin dall'origine e la restituzione all'Aderente, tramite la Contraente, dell'intero premio eventualmente versato.
- per le coperture danni il cui contratto superi i cinque anni, trascorso il quinquennio, con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata. Viene rimborsato al Cliente la parte di premio pagato, relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria, al netto delle imposte.

La richiesta di recesso deve essere presentata in forma scritta a: **Banca Monte dei Paschi di Siena S.p.A. - Servizio media Center - Settore Isola della Clientela - Via dei Caboto, 26 - 50127 - Firenze (FI).**

Art.1.4 – Massimali

Per ciascun Aderente, la prestazione massima garantita dalla Società è:

- per la copertura di cui all'art. 2.2 punti A, B, C e D: l'importo del debito residuo con il massimo di € 61.000,00;
- per la copertura di cui all'art. 2.2 punti E, F e G: l'importo della rata a rimborso con il massimo di € 1.550,00.

Art.1.5 – Maggiorazione dei capitali assicurati

In caso di sinistro indennizzabile per la garanzia di cui all'art. 2.2 punti B, C e D, l'indennizzo dovuto verrà maggiorato di un importo pari al 50% del capitale assicurato per infortuni verificatisi a bordo dei seguenti mezzi di trasporto: biciclette, autoveicoli elettrici/ibridi, autoveicoli in ride sharing e car sharing.

Art. 1.6 – Premio

Il premio concordato e indicato nel Modulo di Adesione è unico e anticipato per tutta la durata del finanziamento.

L'ammontare del premio si ottiene moltiplicando il tasso di premio, individuato in base alla durata del finanziamento, per l'importo finanziato (al netto del premio) al momento dell'adesione.

I tassi sono riportati nelle tabelle seguenti:

PACCHETTO 1

Tasso di premio lordo in % dell'importo finanziato (al netto del premio) per mese di durata del finanziamento, per l'acquisto combinato delle garanzie: Decesso da Infortunio, Invalidità Permanente da infortunio, Ricovero Ospedaliero da infortunio, Perdita d'impiego

Durata in mesi	Tasso di tariffa copertura Danni	Sconto per poliennalità su tasso copertura Danni	Tasso copertura Danni	Durata in mesi	Tasso di tariffa copertura Danni	Sconto per poliennalità su tasso copertura Danni	Tasso copertura Danni
0-12	1,96%	0,00%	1,96%	79-84	13,69%	79,12%	2,86%
13-24	3,91%	50,00%	1,96%	85-96	15,64%	79,31%	3,24%
25-60	9,78%	76,29%	2,32%	97-108	17,60%	79,55%	3,60%
61-72	11,73%	78,43%	2,53%	109-120	19,56%	78,92%	4,12%
73-78	12,71%	78,72%	2,70%	--	--	--	--

PACCHETTO 2

Tasso di premio lordo in % dell'importo finanziato (al netto del premio) per mese di durata del finanziamento, per l'acquisto combinato delle garanzie: Decesso da Infortunio, Invalidità Permanente da infortunio, Ricovero Ospedaliero da infortunio

Durata in mesi	Tasso di tariffa copertura Danni	Sconto per poliennalità su tasso copertura Danni	Tasso copertura Danni	Durata in mesi	Tasso di tariffa copertura Danni	Sconto per poliennalità su tasso copertura Danni	Tasso copertura Danni
0-12	1,58%	0,00%	1,58%	79-84	11,08%	79,12%	2,31%
13-24	3,17%	50,00%	1,58%	85-96	12,67%	79,31%	2,62%
25-60	7,92%	76,29%	1,88%	97-108	14,25%	79,55%	2,91%
61-72	9,50%	78,43%	2,05%	109-120	15,83%	78,92%	3,34%
73-78	10,29%	78,72%	2,19%	--	--	--	--

PACCHETTO 3

Tasso di premio lordo in % dell'importo finanziato (al netto del premio) per mese di durata del finanziamento, per l'acquisto combinato delle garanzie: Decesso tutte cause, Invalidità Permanente da infortunio o malattia, Ricovero Ospedaliero da infortunio o malattia, Perdita d'impiego.

Durata in mesi	Tasso di tariffa copertura Danni	Sconto per poliennalità su tasso copertura Danni	Tasso copertura Danni	Tasso copertura Vita	Tasso Totale (Danni + Vita)	Durata in mesi	Tasso di tariffa copertura Danni	Sconto per poliennalità su tasso copertura Danni	Tasso copertura Danni	Tasso copertura Vita	Tasso Totale (Danni + Vita)
0-12	2,390%	0,00%	2,390%	0,5070%	2,8970%	79-84	16,730%	79,12%	3,490%	3,4474%	6,9374%
13-24	4,780%	50,00%	2,390%	0,5070%	2,8970%	85-96	19,120%	79,31%	3,960%	4,0630%	8,0230%
25-60	11,950%	76,29%	2,830%	1,2031%	4,0331%	97-108	21,510%	79,55%	4,400%	4,7095%	9,1095%
61-72	14,340%	78,43%	3,090%	2,7910%	5,8810%	109-120	23,900%	78,92%	5,040%	5,6194%	10,6594%
73-78	15,540%	78,72%	3,310%	3,0102%	6,3202%	--	--	--	--	--	--

PACCHETTO 4

Tasso di premio lordo in % dell'importo finanziato (al netto del premio) per mese di durata del finanziamento, per l'acquisto combinato delle garanzie: Decesso tutte cause, Invalidità Permanente da infortunio o malattia, Ricovero Ospedaliero da infortunio o malattia.

Durata in mesi	Tasso di tariffa copertura Danni	Sconto per poliennalità su tasso copertura Danni	Tasso copertura Danni	Tasso copertura Vita	Tasso Totale (Danni + Vita)	Durata in mesi	Tasso di tariffa copertura Danni	Sconto per poliennalità su tasso copertura Danni	Tasso copertura Danni	Tasso copertura Vita	Tasso Totale (Danni + Vita)
----------------	----------------------------------	--	-----------------------	----------------------	-----------------------------	----------------	----------------------------------	--	-----------------------	----------------------	-----------------------------

0-12	2,370%	0,00%	2,370%	0,5070%	2,8970%	79-84	16,560%	79,12%	3,460%	3,4474%	6,9374%
13-24	4,730%	50,00%	2,370%	0,5070%	2,8970%	85-96	18,920%	79,31%	3,910%	4,0630%	8,0230%
25-60	11,830%	76,29%	2,800%	1,2031%	4,0331%	97-108	21,290%	79,55%	4,350%	4,7095%	9,1095%
61-72	14,190%	78,43%	3,060%	2,7910%	5,8810%	109-120	23,650%	78,92%	4,990%	5,6194%	10,6594%
73-78	15,380%	78,72%	3,270%	3,0102%	6,3202%	--			--	--	--

In virtù della copertura di durata poliennale il premio è stato ottenuto applicando gli sconti indicati nelle tabelle.

A fronte della suddetta riduzione dei premi, l'Aderente non può esercitare la facoltà di recesso dal contratto per i primi cinque anni di durata contrattuale, salvo i casi di estinzione anticipata totale del finanziamento o del recesso esercitato ai sensi dell'art. 1.3.

Il tasso di premio delle coperture danni è comprensivo dell'imposta di assicurazione pari al 2,50% del premio imponibile.

In caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento del finanziamento la Società, tramite la Contraente, restituisce all'Aderente la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria, al netto delle imposte pagate, come di seguito calcolata:

$$\text{Premio Imponibile unico anticipato} * \frac{\text{Giorni pagati e non goduti}}{\text{Totale giorni di copertura}}$$

così come indicato nella documentazione per l'estinzione anticipata totale del finanziamento, fornita dalla Contraente. A causa della specificità del contratto collettivo non sarà possibile continuare a fornire la copertura assicurativa mediante l'adesione in essere.

Esempio di rimborso del premio a seguito di estinzione totale anticipata:

Premio imponibile unico anticipato	€ 1.000,00
data inizio finanziamento	12/05/2016
data fine finanziamento	12/05/2020
data estinzione totale parziale	20/08/2018
totale giorni di copertura	1461
giorni pagati e non goduti	631

$$1.000 * 631 / 1461 = € 431,90$$

In caso di estinzione anticipata parziale, la Società, tramite la Contraente, restituisce all'aderente la quota parte di premio pagato e non goduto in misura proporzionale alla riduzione del capitale a copertura del debito finanziato, come di seguito indicato. Tale importo sarà decurtato dal totale del capitale residuo, salvo che la polizza sia cessata a seguito di recesso.

$$\text{Premio Imponibile unico anticipato} * \left(1 - \frac{\text{Debito residuo aggiornato a seguito dell'estinzione parziale}}{\text{Debito residuo prima dell'estinzione parziale}}\right) * \frac{\text{Giorni pagati e non goduti}}{\text{Totale giorni di copertura}}$$

Esempio di rimborso del premio a seguito di estinzione parziale anticipata:

Premio imponibile unico anticipato	€ 1.000,00
data inizio finanziamento	12/05/2016
data fine finanziamento	12/05/2020
data estinzione anticipata parziale	20/08/2018
debito residuo prima dell'estinzione parziale	€ 8.000,00
capitale iniziale	€ 10.700,00
debito residuo aggiornato a seguito dell'estinzione parziale	€ 3.500,00
totale giorni di copertura	1461
giorni pagati e non goduti	631

$$1.000 * (1 - 3.500 / 8.000) * 631 / 1461 = € 242,94$$

Art.1.7 – Beneficiari delle prestazioni

Beneficiario della prestazione è:

- Copertura A dell'art. 2.2: i beneficiari designati in polizza
- Copertura B dell'art. 2.2: gli eredi legittimi o testamentari;
- Coperture C, D, E, F e G dell'art. 2.2: l'Aderente.

Art.1.8 – Modifiche al modulo di adesione

Le eventuali modifiche alle informazioni, comunicate dall'aderente nel Modulo di Adesione, devono essere approvate per iscritto da parte della Società e dell'Aderente.

Art.1.9 – Persone assicurabili

Sono assicurabili le persone fisiche che:

- hanno sottoscritto un finanziamento e hanno aderito all'assicurazione accettando di corrispondere il premio dovuto;
- al momento dell'adesione hanno un'età compresa tra i 18 anni e i 70 anni. Per la copertura Perdita d'impiego la copertura cessa inoltre alla data di pensionamento dell'Aderente;
- per la copertura Perdita d'impiego, siano lavoratori del settore privato assunti da almeno 180 giorni, che abbiano superato il periodo di prova, e che non svolgano attività di colf, badante o collaboratore familiare
- hanno sottoscritto il questionario sullo stato di salute e sullo status professionale.

Art.1.10 – Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art.1.11 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Aderente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la risoluzione del contratto di assicurazione ai sensi degli artt. 1892,1893 e 1894 c.c.

Art.1.12 – Attività professionali, altre assicurazioni

L'Aderente ha l'obbligo di rendere le comunicazioni previste dal "Questionario sullo stato di salute e sullo status professionale" dell'Assicurando, che formano parte integrante del contratto.

La Società esonera l'Aderente dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni infortuni a favore del medesimo.

Resta convenuto che le coperture assicurative prestate dalla Società possono cumularsi con quelle di altre polizze di assicurazione contratte dall'Aderente.

Art.1.13 – Comunicazioni

Tutte le comunicazioni da parte dell'Aderente alla Società dovranno essere fatte per iscritto.

Eventuali comunicazioni da parte della Società saranno indirizzate al domicilio indicato dall'Aderente sul contratto di finanziamento.

Art.1.14 – Imposte e altri oneri fiscali

Le imposte e gli altri oneri fiscali presenti e futuri relativi all'assicurazione sono a carico dell'Aderente.

Art.1.15 – Rinuncia all'azione di rivalsa

Qualora l'infortunio subito dall'aderente sia imputabile a responsabilità di terzi, la Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 del c.c.

Art. 1.16 – Legge applicabile

La Legge applicabile al contratto di assicurazione è quella italiana.

Art.1.17 – Foro competente

Il Foro competente è quello del luogo di residenza o sede dell'Aderente, o quello da lui preferito.

Art.1.18 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge.

Art.1.19 – Restrizioni Internazionali - Inefficacia del contratto

In nessun caso gli assicuratori/i riassicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare richieste di indennizzo o risarcimento o garantire alcuna indennità in virtù del presente contratto, qualora tale copertura, pagamento o indennità possano esporli a divieti, sanzioni economiche o restrizioni disposte ai sensi di Risoluzioni assunte dall'Organizzazione delle Nazioni Unite ("ONU"), oppure a sanzioni economiche o commerciali disposte da leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America

Art.1.20 – Antiriciclaggio

L'Aderente 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 dell'Aderente, 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.)

Art.1.21 – Glossario

I termini indicati nel glossario sono da intendersi come precisi significati convenzionali, vincolanti per le Parti.

Art 2.1 – Cosa posso assicurare

AXA MPS liquida agli assicurati il debito residuo del finanziamento o le rate del finanziamento a seguito degli eventi sotto riportati. **Le seguenti garanzie sono valide solo se richiamate in Polizza e se è stato pagato il relativo premio.**

Per Limiti, Franchigie e Scoperti si veda la tabella indicata all'Art. 2.4.

Art. 2.2 – Contro quali danni/per quali eventi posso assicurarmi

Le seguenti garanzie sono valide solo se richiamate nel Modulo di Adesione e se è stato pagato il relativo premio.

La Società, alle condizioni di seguito indicate, garantisce gli Aderenti contro i rischi di:

A) Decesso per qualunque causa (COPERTURA ASSICURATIVA VITA)

1. **Rischio assicurato:** decesso per qualunque causa.
2. **Carenza:** non prevista.
3. **Prestazione assicurativa:** la Società liquida, ai beneficiari designati in polizza, un importo pari al debito residuo in linea capitale esistente al momento del sinistro. Sono esclusi eventuali importi di rate insolute.

B) Decesso per infortunio (COPERTURA ASSICURATIVA DANNI)

1. **Rischio assicurato:** decesso per infortunio, avvenuto entro 2 anni dal giorno dell'infortunio. Qualora a seguito di infortunio indennizzabile, il corpo dell'assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuta la Morte, la società liquida agli aventi diritto il capitale assicurato previsto per il caso di morte. La liquidazione avverrà non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla dichiarazione di morte presunta, a termini degli artt. 60 e 62 c.c. Qualora dopo il pagamento l'assicurato risultasse in vita, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. L'assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.
2. **Carenza:** non prevista.
3. **Prestazione assicurativa:** la Società liquida, agli eredi legittimi o testamentari, un importo pari al debito residuo in linea capitale esistente al momento del sinistro. Sono esclusi eventuali importi di rate insolute.

C) Invalidità Permanente Grave, a seguito di infortunio o malattia (COPERTURA ASSICURATIVA DANNI)

1. **Rischio assicurato:** Invalidità Permanente Grave, **di grado superiore al 59%**, a seguito di infortunio o malattia. Qualora l'Infortunio abbia per conseguenza l'Invalidità Permanente Totale di grado superiore al 59% dell'Assicurato e questa si verifichi – anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione – entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, AXA MPS Danni liquiderà al Beneficiario la prestazione come indicato al successivo punto 2.

Ai fini del calcolo del grado di Invalidità Permanente si terrà conto soltanto delle conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio.

Qualora la Malattia abbia per conseguenza diretta l'Invalidità Permanente Totale di grado superiore al 59% dell'Assicurato, AXA MPS Danni liquiderà all'Assicurato medesimo la prestazione come indicato al successivo punto 2.

La valutazione dell'invalidità non tiene conto di eventuali stati di invalidità già presenti al momento della sottoscrizione. Di conseguenza qualora un soggetto, cui siano residuati postumi permanenti a seguito di malattie insorte prima della stipula della presente polizza o di infortuni subiti prima della stipula della presente polizza, denunci una malattia o un infortunio, la relativa valutazione dei postumi invalidanti verrà effettuata in maniera a sé stante, senza cioè che i postumi stessi vengano cumulati con quelli riconducibili a malattie e infortuni precedenti la data di sottoscrizione.

In ogni caso la valutazione del grado di invalidità verrà effettuata tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato, secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli infortuni e le malattie professionali di cui al Decreto Ministeriale n. 38 del 12 Luglio 2000 (Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale). Nei casi di Invalidità Permanente Grave non previsti dalla norma sopra citata, la valutazione terrà conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

2. **Carenza:** non prevista
3. **Prestazione assicurativa:** una volta accertato dal punto di vista medico lo stato ed il grado di Invalidità Permanente, la Società liquida al Beneficiario un importo pari al debito residuo in linea capitale esistente al momento del sinistro. Sono esclusi eventuali importi di rate insolute ed al netto di eventuali altre prestazioni già corrisposti per lo stesso sinistro in virtù delle altre coperture di polizza.

D) Invalidità Permanente Grave, a seguito di infortunio (COPERTURA ASSICURATIVA DANNI)

1. **Rischio assicurato:** Invalidità Permanente Grave, **di grado superiore al 59%**, a seguito di infortunio. Qualora l'Infortunio abbia per conseguenza l'Invalidità Permanente Totale di grado superiore al 59% dell'Assicurato e questa si verifichi – anche successivamente alla scadenza dell'Assicurazione – entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, AXA MPS Danni liquiderà al Beneficiario la prestazione come indicato al successivo punto.

Ai fini del calcolo del grado di Invalidità Permanente si terrà conto soltanto delle conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio.

La valutazione dell'invalidità non tiene conto di eventuali stati di invalidità già presenti al momento della sottoscrizione. Di conseguenza qualora un soggetto, cui siano residuati postumi permanenti a seguito di malattie insorte prima della stipula della presente polizza o di infortuni subiti prima della stipula della presente polizza, denunci un infortunio, la relativa valutazione dei postumi invalidanti verrà effettuata in maniera a sé stante, senza cioè che i postumi stessi vengano cumulati con quelli riconducibili a malattie e infortuni precedenti la data di adesione.

In ogni caso la valutazione del grado di invalidità verrà effettuata tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato, secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli infortuni e le malattie professionali di cui al Decreto Ministeriale n. 38 del 12 Luglio 2000 (Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale). Nei casi di Invalidità Permanente Grave non previsti dalla norma sopra citata, la valutazione terrà conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

2. **Carenza:** non prevista

3. **Prestazione assicurativa:** una volta accertato dal punto di vista medico lo stato ed il grado di Invalidità Permanente, la Società liquida al Beneficiario un importo pari al debito residuo in linea capitale esistente al momento del sinistro. Sono esclusi eventuali importi di rate insolute ed al netto di eventuali altre prestazioni già corrisposti per lo stesso sinistro in virtù delle altre coperture di polizza.

E) Ricovero Ospedaliero, a seguito di infortunio o malattia (COPERTURA ASSICURATIVA DANNI)

1. **Rischio assicurato:** Ricovero Ospedaliero e relativa Convalescenza prescritta dall'Istituto di Cura a seguito di infortunio o malattia. L'assicurazione vale anche in caso di:
 - a) ricovero dell'assicurato per donazioni di organi;
 - b) day hospital e day surgery, purché la degenza diurna sia di almeno 5 ore senza pernottamento, in struttura sanitaria autorizzata, con rilascio di cartella clinica.

Le giornate di entrata e di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora d'inizio del ricovero e della dimissione.

Il periodo di Convalescenza decorre dal giorno successivo alla data di cessazione del Ricovero.

2. **Carenza: fermo quanto previsto dall'Art. 1.1 -"Effetto, durata e disdetta del contratto", la Garanzia Ricovero Ospedaliero da malattia è valida dalle ore 24.00 del 30° giorno successivo all'effetto dell'assicurazione. Qualora la presente Polizza sia stata emessa in sostituzione di altra Polizza con AXA MPS Danni, riguardante gli stessi Assicurati ed identiche Garanzie, gli anzidetti termini operano:**
 - dal giorno di effetto della Garanzia di cui alla Polizza precedente, per le prestazioni, i capitali ed i Massimali da quest'ultima risultanti;
 - dal giorno di effetto della Garanzia, di cui alla presente Polizza, limitatamente ai maggiori Capitali assicurati ed alle diverse prestazioni da quest'ultima previste.

In caso di Polizza emessa in prosecuzione di altra Polizza AXA MPS Danni, entro i 30 giorni successivi la scadenza della Polizza precedente, si applicano le disposizioni del capoverso precedente.

3. **Prestazione assicurativa:** dopo un periodo di Ricovero Ospedaliero e relativa Convalescenza, protrattosi ininterrottamente per oltre **21** giorni, la Società liquida all'Aderente una prestazione pari alla rata mensile. Successivamente dopo ogni periodo di 30 giorni consecutivi di ricovero e Convalescenza, la Società liquiderà un ulteriore importo pari alla rata mensile. La Società liquiderà un numero massimo di **12** prestazioni mensili per ogni sinistro. Nel caso di diversi ricoveri il numero massimo di prestazioni che la Società corrisponderà per ogni Aderente è pari a **18**. Non sarà dovuta alcuna prestazione per incrementi di rata di rimborso intervenuti durante il periodo di Ricovero Ospedaliero e Convalescenza.

F) Ricovero Ospedaliero, a seguito di infortunio (COPERTURA ASSICURATIVA DANNI)

1. **Rischio assicurato:** Ricovero Ospedaliero e relativa Convalescenza a seguito di infortunio. L'assicurazione vale anche in caso di:
 - a) ricovero dell'assicurato per donazioni di organi
 - b) day hospital e day surgery, purché la degenza diurna sia di almeno 5 ore senza pernottamento, in struttura sanitaria autorizzata, con rilascio di cartella clinica

Le giornate di entrata e di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora d'inizio del ricovero e della dimissione.

Il periodo di convalescenza decorre dal giorno successivo alla data di cessazione del ricovero.

2. **Carenza:** non prevista.
3. **Prestazione assicurativa:** dopo un periodo di Ricovero Ospedaliero e relativa Convalescenza, protrattosi ininterrottamente per oltre **21** giorni, la Società liquida all'Aderente una prestazione pari alla rata mensile. Successivamente dopo ogni periodo di 30 giorni consecutivi di ricovero e convalescenza, la Società liquiderà un ulteriore importo pari alla rata mensile. La Società liquiderà un numero massimo di **12** prestazioni mensili per ogni sinistro. Nel caso di diversi ricoveri il numero massimo di prestazioni che la Società corrisponderà per ogni Aderente è pari a **18**. Non sarà dovuta alcuna prestazione per incrementi di rata di rimborso intervenuti durante il periodo di Ricovero Ospedaliero e convalescenza.

G) Perdita d'impiego (COPERTURA ASSICURATIVA DANNI)

1. **Rischio assicurato:** il licenziamento per "giustificato motivo oggettivo" del dipendente del settore privato, assunto da almeno 180 giorni e che abbia superato il periodo di prova.
2. **Carenza: fermo quanto previsto dall'Art. 1.1 -"Effetto, durata e disdetta del contratto", la Garanzia è valida dalle ore 24.00 del 180° giorno successivo all'effetto dell'assicurazione. Qualora la presente Polizza sia stata emessa in sostituzione di altra Polizza con AXA MPS Danni, riguardante gli stessi Assicurati ed identiche Garanzie, gli anzidetti termini operano:**
 - dal giorno di effetto della Garanzia di cui alla Polizza precedente, per le prestazioni, i capitali ed i Massimali da quest'ultima risultanti;
 - dal giorno di effetto della Garanzia, di cui alla presente Polizza, limitatamente ai maggiori Capitali assicurati ed alle diverse prestazioni da quest'ultima previste.

In caso di Polizza emessa in prosecuzione di altra Polizza AXA MPS Danni, entro i 30 giorni successivi la scadenza della Polizza precedente, si applicano le disposizioni del capoverso precedente.

3. **Prestazione assicurativa:** la Società, dopo il periodo di carenza indicato sopra, liquida all'Aderente un'indennità pari alle rate mensili di rimborso che hanno scadenza durante il periodo di disoccupazione, fino ad un limite massimo di **12** mensilità per ogni sinistro. Nel caso di diversi licenziamenti l'indennità massima che la Società liquiderà per ogni Aderente è pari all'ammontare di **18** rate di rimborso. L'indennità mensile sarà pari all'importo delle rate in base al piano di rimborso in vigore alla data del sinistro. Non sarà dovuto alcun indennizzo per incrementi di rata di rimborso intervenuti durante il periodo di disoccupazione.

Nel caso in cui l'Aderente, successivamente al licenziamento, stipuli un nuovo contratto di lavoro subordinato o riprenda un'attività remunerata di altra natura, l'indennizzo non sarà più dovuto. Qualora l'Aderente venga nuovamente licenziato, la copertura assicurativa verrà riattivata a condizione che abbia lavorato almeno **180** giorni continuativi presso il nuovo datore di lavoro.

Art.2.3 – Cosa non assicurato

Le coperture assicurative non comprendono:

- a. dolo dell'Aderente o del Beneficiario;
- b. partecipazione attiva dell'Aderente 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;
- c. azioni intenzionali dell'Aderente 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'Aderente; 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;
- d. incidenti di volo se l'Aderente 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;
- e. partecipazione a competizioni di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- f. infortuni già verificatisi o sinistri dovuti a malattie già in essere alla data di decorrenza dell'assicurazione e loro postumi e conseguenze;
- g. malattie od infortuni conseguenti a stati depressivi ed affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche;
- h. malattie od infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
- i. malattie od infortuni che siano conseguenza diretta della pratica di attività sportive professionistiche, della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
- j. sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate.

La copertura relativa ai rischi di cui alle lettere B, C, D, E, F è peraltro esclusa nei seguenti casi:

- k. 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, sport aerei in genere, paracadutismo e similari;
- l. 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;
- m. 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.

La copertura relativa al rischio di Perdita d'Impiego è peraltro esclusa nei seguenti casi:

- n. i licenziamenti dovuti a "giusta causa", giustificato motivo soggettivo, motivi disciplinari e professionali;
- o. le dimissioni, comprese quelle per "giusta causa";
- p. i licenziamenti tra congiunti, ascendenti e discendenti;
- q. le cessazioni, alla loro scadenza, dei contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di somministrazione lavoro (ex interinali) stagionali, temporanei e contratti di lavoro intermittente;
- r. contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano;
- s. i licenziamenti a seguito dell'età richiesta per il diritto a "pensione di vecchiaia";
- t. le risoluzioni del rapporto di lavoro anche consensuali avvenute a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;
- u. la messa in mobilità del lavoratore dipendente che, nell'arco del periodo di mobilità stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- v. le situazioni di disoccupazione che diano luogo alla prestazione da parte della Cassa integrazione guadagni Ordinaria, Edilizia o Straordinaria.

Art. 2.4 -Tabella limiti di indennizzo, scoperti e/o franchigie

Garanzia	Scoperto	Franchigia	Limite prestazione
Decesso	–	–	Max € 61.000,00
IP da malattia o infortunio	–	59%	Max € 61.000,00
IP da infortunio	–	59%	Max € 61.000,00
Ricovero ospedaliero e convalescenza da malattia e infortunio	–	21 giorni (dal primo giorno di Ricovero, compresi i giorni di convalescenza)	Indennizzo rata Max € 1.550 per max 12 mensilità per sinistro e max 18 mensilità per copertura
Ricovero ospedaliero e Convalescenza da infortunio	–	21 giorni (dal primo giorno di Ricovero, compresi i giorni di convalescenza)	Indennizzo rata Max € 1.550 per max 12 mensilità per sinistro e max 18 mensilità per copertura

Perdita Impiego	-	-	Indennizzo rata Max € 1.550 per max 12 mensilità per sinistro e max 18 mensilità per copertura
------------------------	---	---	--

Sezione 3 - Norme che regolano il sinistro

Art. 3.1 – Cosa fare in caso di sinistro

Deve essere presentata denuncia scritta a **Banca Monte dei Paschi di Siena S.p.A. – Servizio Media Center - Settore Isola della Clientela - Via dei Caboto, 26- 50127 - Firenze (FI)**, entro 10 giorni dal momento del sinistro o dal momento in cui l'Aderente o gli aventi causa ne abbiano avuto la possibilità. Per qualsiasi informazione sulla modalità di denuncia sinistro contattare il Settore Isola della Clientela al numero telefonico **055-8863501**.

Eventuali interessi derivanti da un ritardo nella comunicazione del sinistro alla Società, non sono a carico della Società.

L'Aderente o i suoi aventi causa dovranno fornire alla Società:

- copia del contratto di finanziamento;
- copia del modulo di adesione alle coperture assicurative;
- **nel caso di finanziamento erogato a Società, copia delle attestazioni societarie e degli organi di controllo (es. visure camerali) acquisite dalla Contraente in fase di erogazione del finanziamento.**

Oltre alla documentazione di cui sopra nei seguenti casi è necessario presentare:

Decesso

- 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 (reperibile presso la Contraente) comunque a disposizione del beneficiario o in alternativa altra documentazione attestante le cause del decesso;
- copia del testamento 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;
- coordinate IBAN e intestazione dei C/C dei Beneficiari;
- copia del documento di riconoscimento, in corso di validità, dei Beneficiari;
- copia del Codice Fiscale dei Beneficiari;
- modello di adeguata verifica per il censimento degli aventi diritto alla prestazione (reperibile presso la Contraente).

La Società si riserva il diritto di acquisire ulteriore documentazione, non prevista nelle presenti Condizioni di Assicurazione, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

Invalidità Permanente Grave

- dichiarazione del sinistro compilato dal medico curante;
- copia della cartella clinica se, a seguito del sinistro, è stato necessario il ricovero;
- 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.

Ricovero Ospedaliero

- copia della cartella clinica.

Perdita di impiego

La documentazione, da presentarsi alla scadenza della prima rata di rimborso coperta da assicurazione, è la seguente:

- lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- certificato di iscrizione alle liste di mobilità o al Centro per l'Impiego (ex Ufficio di collocamento);
- autocertificazione dello stato di disoccupazione;
- gli ultimi due cedolini di paga.

Per giustificare l'indennizzo relativo alle successive mensilità, l'Aderente dovrà fornire l'attestazione del pagamento:

- dell'indennità di "Mobilità", qualora percepisca l'indennità di mobilità,
oppure,
- dell'indennità di disoccupazione, qualora percepisca l'indennità di disoccupazione.

Disposizioni comuni

La Società si riserva il diritto di richiedere, direttamente all'Aderente o agli aventi causa ulteriori accertamenti medici o documentazioni atte ad una corretta valutazione del sinistro.

L'Aderente deve inoltre:

- sciogliere dal segreto professionale i medici curanti;
- consentire le indagini, gli accertamenti e le visite mediche eventualmente necessarie da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia della Società, il cui costo sarà a totale carico della Società medesima.

Art.3.2 – Liquidazione dei sinistri

Per la copertura di cui all'articolo 2.2 , lettera A (Copertura Vita), la Società si impegna a liquidare il sinistro agli aventi diritto entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa comprovante il sinistro.

Per le coperture di cui all'articolo 2.2 , lettera B, C, D ,E e F (Coperture Danni), la Società si impegna a formulare all'assicurato un'offerta o a comunicargli i motivi per cui non ritiene di formularla, entro 90 giorni a decorrere dalla data di completamento della istruttoria da parte della Compagnia stessa; si impegna altresì a pagare all'assicurato la somma offerta entro 15 dalla data in cui è venuta a conoscenza della sua accettazione, laddove non sussistano motivi ostativi.

Art.3.3 – Arbitrato

Le Parti hanno la facoltà di rimettere alla decisione di un collegio di tre medici le eventuali controversie sulla natura e valutazione delle lesioni, delle malattie o sul grado di invalidità che sono oggetto delle coperture prestate dalla presente polizza.

In tal caso le Parti conferiranno mandato, con scrittura privata, 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. Tale luogo si intende la città sede dell'istituto di medicina legale più vicino all'Aderente.

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

Le decisioni del Collegio dei Medici sono vincolanti per le Parti.

È possibile in ogni caso rivolgersi all'autorità giudiziaria.

Data ultimo aggiornamento del presente documento: giugno 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.

AXA MPS Assicurazioni Danni S.p.A. - Sede Legale: Via Aldo Fabrizi n. 9, 00128 Roma - Italia
Tel.: (+39) 06 51760.1, Fax: (+39) 06 51760551 - PEC: axampsdanni@legalmail.it

Capitale Sociale € 39.000.000 interamente versato - Codice Fiscale e numero iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 02513360582 - P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967, Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Roma 441156 - Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 30/9/1974 (G.U. 11/10/1974 n. 266). Compagnia iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese IVASS al n. 1.00049.

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.