

Assicurazione temporanea caso morte, malattia grave e non autosufficienza

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

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



Prodotto: AXA MPS Tutta la Vita

Data di realizzazione del documento: gennaio 2021
(Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile)

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

AXA MPS Tutta la Vita è un **contratto assicurativo di puro rischio multigaranzia**. Il Contraente può scegliere liberamente di aderire ad una o più delle seguenti garanzie: garanzia in caso di decesso, garanzia in caso di malattia grave, garanzia in caso di perdita dell'autosufficienza.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

- a) **Prestazione in caso di decesso:** erogazione a favore dei Beneficiari di un capitale in caso di morte dell'Assicurato nei limiti della durata scelta per la specifica garanzia al momento della sottoscrizione. In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza contrattuale, nulla sarà dovuto dalla Compagnia.
- b) **Prestazione in caso di malattia grave:** corresponsione ai Beneficiari di un capitale qualora, nel corso della durata scelta per la specifica garanzia, sia diagnosticata all'Assicurato una malattia grave esclusivamente tra: infarto, cancro, ictus, chirurgia di by-pass aorto-coronarico (CABS), cecità, insufficienza renale, trapianto degli organi principali, perdita combinata di due organi tra mani, piedi e occhi. In caso di diagnosi di una seconda malattia grave, la garanzia non sarà operante, mentre il contratto rimane in vigore solo per le coperture scelte rimanenti.
- c) **Prestazione in caso di perdita di autosufficienza:** erogazione a favore dell'Assicurato di una rendita vitalizia mensile di importo minimo pari a € 500 e massimo pari a € 2.500 nel caso in cui l'Assicurato stesso si trovi in uno stato di non autosufficienza e di un capitale iniziale pari a tre volte l'importo della rendita mensile prescelta alla sottoscrizione del contratto. La prestazione di rendita verrà corrisposta dopo che siano trascorsi 90 giorni a partire dalla data 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, la Compagnia inizia a corrispondere la rendita mensile assicurata. Qualora l'Assicurato dovesse riacquistare l'autosufficienza, cessa l'erogazione della prestazione prevista ed il contratto rimane in vigore solo per le coperture scelte rimanenti.



Che cosa non è assicurato?

Tutte le prestazioni

- ✗ partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, guerra, ribellioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- ✗ incidenti di volo su mezzo non autorizzato;
- ✗ guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato;
- ✗ abuso di alcolici, psicofarmaci e stupefacenti;
- ✗ trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo.

Prestazione in caso di decesso

- ✗ dolo del Contraente o del Beneficiario;
- ✗ suicidio.

Caso di malattia grave o perdita di autosufficienza

- ✗ certificato medico prodotto in un Paese non previsto;
- ✗ attività dolosa o autolesionismo dell'Assicurato;
- ✗ malattie intenzionalmente procurate, tentato suicidio;
- ✗ negligenza, imprudenza erogata;
- ✗ malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni verificatisi prima della data di decorrenza.



Ci sono limiti di copertura?

Prestazione in caso di decesso

- ! Senza visita medica: carenza di 6 mesi per tutti i casi; 5 anni per sindrome HIV; nessuna carenza per malattie infettive acute, shock anafilattico, infortunio
- ! Con visita medica: carenza di 5 anni per HIV e altre patologie collegate, in assenza di esami clinici

Prestazione in caso di malattia grave

- ! In caso di cancro, infarto, ictus e CABS: carenza di 6 mesi senza visita medica, di 3 mesi con visita medica

Prestazione in caso di perdita di autosufficienza

- ! Carenza di 3 anni per malattie nervose o mentali dovute a causa organica; carenza di 1 anno per le altre patologie; nessuna carenza in caso di infortunio
- ! Franchigia di 90 giorni dalla data di denuncia dello stato di non autosufficienza



Dove vale la copertura?

- ✓ Il contratto di assicurazione non prevede limiti territoriali. Tuttavia, è escluso dalla garanzia il decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiasesicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e il dovere di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute. In qualità di Contraente, devi comunicare all'Impresa le modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di contratto, nonché inoltrare per iscritto all'Impresa eventuali comunicazioni inerenti modifiche dell'indirizzo, variazione di residenza e variazioni degli estremi di conto corrente bancario.
- In caso di richiesta di liquidazione della prestazione, deve essere consegnata la seguente documentazione:
 - Decesso:** certificato di morte, informativa e consenso privacy, relazione del medico curante, copia del testamento pubblicato o in assenza atto notorio, decreto del giudice tutelare nel caso di beneficiari minorenni o interdetti, copia di codice fiscale o documento d'identità dei Beneficiari, coordinate IBAN e intestazione del C/C dei Beneficiari, adeguata verifica per il censimento dei Beneficiari alle prestazioni;
 - Malattia grave o stato di non autosufficienza:** informativa e consenso privacy, certificato del medico curante o del medico ospedaliero che riporti la diagnosi della malattia grave/lo stato di non autosufficienza, con la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.



Quando e come devo pagare?

- È previsto il versamento di un premio annuo pagabile per tutta la durata contrattuale. Il premio annuo pagato dal Contraente è costituito dalla somma delle componenti di premio dovuto per le singole prestazioni scelte. Qualora una o due delle garanzie scelte decadano perché si è verificato il sinistro ovvero per sopraggiunta scadenza della durata prefissata o dei limiti massimi di età contrattualmente previsti, il nuovo premio da corrispondere sarà dato dalla somma dei premi relativi alle garanzie rimaste in essere. Il premio annuo è determinato in base alla prestazione assicurata, all'età, alla professione, all'eventuale attività sportiva svolta, allo stato di salute, allo stato di fumatore o non fumatore dell'assicurato nonché in base alla durata contrattuale delle garanzie scelte.
- È possibile frazionare il premio in rate mensili o semestrali; in tal caso si applicano i costi di frazionamento pari rispettivamente al 3% e all'1% del premio.
- Il pagamento del premio può avvenire mediante addebito sul conto corrente bancario, previa autorizzazione, o tramite bonifico bancario sul conto corrente intestato alla Compagnia.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- Il Contraente potrà scegliere la durata contrattuale alla sottoscrizione della proposta, variabile da 5 a 25 anni per le garanzie in caso di decesso o malattia grave, a vita intera per la garanzia in caso di perdita dell'autosufficienza.
- 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.



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

- Il Contraente può revocare la proposta di assicurazione prima della conclusione del contratto, o recedere dal contratto entro trenta giorni dalla data di conclusione dello stesso. Entro 30 giorni il premio versato viene rimborsato.
- Il Contraente ha la facoltà di risolvere il contratto sospendendo il pagamento dei premi, con conseguente scioglimento del contratto. Le garanzie assicurative decadono e i premi pagati rimangono acquisiti dalla Compagnia.



Sono previsti riscatti o riduzioni?

SI

NO

Il contratto non prevede riscatto o riduzione della prestazione.

In caso di sospensione del pagamento dei premi il Contraente ha la facoltà di riattivare l'assicurazione. Per i costi si rinvia alla rubrica "Quali costi devo sostenere?" contenuta nel Dip Aggiuntivo Vita.