

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

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: Key Capital

Data ultima edizione: gennaio 2019

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

Che tipo di assicurazione è?

Key Capital è un **contratto assicurativo per il caso morte ed invalidità permanente totale** con garanzia opzionale per **inabilità temporanea totale da infortunio o malattia**, ad adesione facoltativa.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

- a) **Prestazione in caso di decesso (pacchetto base):** erogazione a favore dei Beneficiari di un capitale in caso di morte dell'Assicurato per qualsiasi causa, qualora non sia stata già corrisposta la prestazione "invalidità permanente totale". Il capitale massimo per Assicurato è pari ad € 200.000,00.
- b) **Prestazione in caso di invalidità permanente totale - IPT - da infortunio malattia (pacchetto base):** in caso di IPT a seguito di infortunio o malattia, è prevista la corresponsione all'Assicurato di un capitale. Il capitale massimo per Assicurato è pari ad € 200.000,00. Il pagamento della prestazione determina lo scioglimento del contratto e nulla sarà dovuto dall'Impresa in caso di decesso dell'Assicurato.
- c) **Prestazione in caso di inabilità temporanea totale - ITT - da infortunio e malattia (pacchetto opzionale):** in caso di ITT a seguito di infortunio o malattia, è prevista la corresponsione all'Assicurato, di un importo fisso mensile pari a € 3.000,00 per la durata massima di 12 mesi, per un totale di € 36.000,00. Il pacchetto può essere acquistato solo in abbinamento al pacchetto base e a condizione che l'importo assicurato sia pari o superiore ad € 50.000.



Che cosa NON è assicurato?

Le coperture assicurative non comprendono:

- × dolo dell'Aderente o del Beneficiario;
- × partecipazione attiva a reati e delitti, fatti di guerra, risse, atti di terrorismo o sabotaggio;
- × suicidio, sinistri provocati volontariamente, conseguenza dell'uso di stupefacenti o alcolismo;
- × incidenti di volo a bordo di aeromobile non autorizzato o con pilota non titolare di brevetto;
- × partecipazione a gare/allenamenti di velocità;
- × infortuni già verificatisi o malattie già in essere;
- × malattie od infortuni conseguenti a stati depressivi ed affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche;
- × esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
- × pratica di attività sportive professionistiche, del paracadutismo o di sport aerei in genere e similari;
- × sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

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

- × pratica di sport estremi;
- × patologie riconducibili ad epidemie.

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

- × conseguenze della gravidanza del puerperio, di ogni affezione lombare o dorsale.



Ci sono limiti di copertura?

- ! La copertura relativa al rischio di ITT prevede un periodo di franchigia di 15 giorni solari consecutivi per ITT a seguito di infortunio e di 45 giorni solari consecutivi in caso di ITT dovuta a malattia.



Dove vale la copertura?

- ✓ Il contratto di assicurazione non prevede limiti territoriali.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, eventuali modifiche di professione dell'Assicurato.
- In caso di decesso dell'Assicurato, è necessario inviare la seguente documentazione: denuncia del sinistro; informativa e consenso privacy; certificato di morte; relazione del medico curante sulle cause del decesso; copia del testamento, o in assenza, atto notorio 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; in caso di decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute; coordinate IBAN e intestazione del conto corrente dei Beneficiari; copia del documento di riconoscimento 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.
- In caso di Invalidità Permanente Totale (IPT), è necessario inviare la seguente documentazione: denuncia del sinistro; informativa e consenso privacy; relazione del medico curante; 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; in difetto, un certificato di un medico legale.
- In caso di Inabilità Temporanea Totale (ITT) è necessario inviare la seguente documentazione: denuncia di sinistro; informativa e consenso privacy; relazione del medico curante; 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.



Quando e come devo pagare?

- Il Premio unico annuo anticipato, è determinato in base all'età dell'Assicurato, alle prestazioni assicurate e al "Pacchetto Opzionale", se scelto. 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.
- Il pagamento del premio avviene, per il tramite della Contraente, mediante addebito sul c/c bancario dell'Aderente aperto presso la banca.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- La durata del contratto è pari al periodo che intercorre tra la data di perfezionamento del contratto e il 31/12 successivo, con un massimo di 12 mesi. Il contratto si intende tacitamente prorogato per periodi pari a 12 mesi al termine di ciascun anno solare (ogni 31/12)



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

- L' Aderente può revocare la proposta di assicurazione prima della conclusione del contratto. La revoca deve essere comunicata per iscritto con lettera raccomandata. Entro trenta giorni dalla data di ricevimento della comunicazione relativa alla richiesta di revoca, la Compagnia restituirà al Contraente l'intero premio eventualmente già corrisposto.
- L'Aderente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di conclusione dello stesso. Il recesso deve essere comunicato per iscritto alla Compagnia, precisando gli estremi identificativi della polizza all'Impresa, eventualmente tramite l'Intermediario.
- L'Aderente ha facoltà di risolvere il contratto sospendendo il pagamento dei premi, con conseguente scioglimento del contratto. In tal caso 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.

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, motoslitta 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:

- rivolgendosi alla filiale presso la quale è stato sottoscritto il contratto;
- 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;
- 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.

	Prescrizione 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.
	Liquidazione della prestazione 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.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni dell'Aderente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete. 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: a) in caso di dolo o colpa grave: - 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: - 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. La Compagnia 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. L'Aderente è tenuto a inoltrare per iscritto alla Compagnia, per il tramite di GEFASS (per posta ordinaria o fax) eventuali comunicazioni inerenti: - 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. Antiriciclaggio 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.



Quando e come devo pagare?

Premio	Premio unico 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. 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 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. 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. <table><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><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></table> I premi calcolati con le modalità sopra esposte sono da considerarsi al netto delle imposte. Modalità di pagamento dei premi 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.	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	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. 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. 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. In ogni caso il contratto ha termine: - 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	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: - 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 avendo cura di indicare: - 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. Sarà cura della Compagnia fornire risposta entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, come previsto dalla normativa vigente. 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. 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.
All'IVASS	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. 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.
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	Qualora il reclamante non abbia ricevuto risposta oppure ritenga la stessa non soddisfacente, prima di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, può scrivere all'IVASS (Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma; fax 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". Il reclamante può ricorrere ai sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale, quali: - 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 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. Si ricorda che resta salva la facoltà di adire l'autorità giudiziaria.
--	--

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Trattamento fiscale dei premi 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. Trattamento fiscale delle prestazioni 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.

L'IMPRESA HA L'OBLIGO 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.



AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A.

Appartenente al Gruppo AXA Italia

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e del Modulo di Adesione

Modello AMAV KC KC15 Ed.01/2019

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

Key Capital

AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. Collettiva n. 332

AREA RISERVATA



Vieni a scoprire la tua Area Riservata

Uno spazio dove potrai consultare la tua posizione assicurativa e/o
Previdenziale ovunque tu sia

Registrarsi è facile: bastano – codice fiscale e numero di polizza – 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!



RESTA CONNESSO IN SICUREZZA 24 ORE SU 24

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

- ✓ Modulo di richiesta online su www.axa-mps.it, sezione **Contattaci**
- ✉ E-mail info@axa-mps.it, indicare nell'oggetto *Assistenza Area Riservata*
- ☎ Numero Verde **800 231 187** (dal lunedì al venerdì 9.00 - 19.00)

Art.1 – Oggetto dell'assicurazione

Il presente contratto di puro rischio prevede le seguenti prestazioni assicurative:

A) Pacchetto Base

1. **Decesso per qualsiasi causa:** è prevista la corresponsione al beneficiario designato di un capitale in caso di morte dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, sempreché non sia stata già corrisposta la prestazione in caso di invalidità permanente totale;
2. **Invalidità permanente totale per infortunio o malattia:** è prevista la corresponsione all'assicurato di un capitale in caso di invalidità permanente totale (di seguito IPT) dell'assicurato stesso nel corso della durata contrattuale. Il pagamento della prestazione determina lo scioglimento del contratto e nulla sarà dovuto dalla Compagnia in caso di decesso dell'assicurato.

Le prestazioni assicurate di cui ai punti 1. e 2. sono tra loro alternative: il pagamento dell'una determina lo scioglimento del contratto e nulla sarà dovuto dalla Compagnia in caso di seconda richiesta di sinistro.

B) Pacchetto Opzionale (solo in abbinamento al “Pacchetto Base” e a condizione che l'importo assicurato sia pari o superiore ad € 50.000)

3. **Inabilità temporanea totale per infortunio o malattia:** è prevista la corresponsione all'assicurato di un importo fisso mensile per una durata massima di 12 mesi per il periodo di inabilità temporanea totale (di seguito ITT) dell'assicurato stesso nel corso della durata contrattuale.

Si rinvia all'art. 6 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio sulle singole prestazioni assicurate.

Ferme le esclusioni di cui all'Art. 8 delle Condizioni di Assicurazione, le garanzie previste dal contratto sono operative fino al compimento del 70° anno di vita dell'Assicurato e sempreché l'Aderente sia in regola con il pagamento del premio.

Art.2 –Dichiarazioni dell'Aderente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni dell'Aderente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete. 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:

a) quando esiste dolo o colpa grave:

- 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) quando non esiste dolo o colpa grave:

- 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.

La Compagnia 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.

L'Aderente è tenuto a inoltrare per iscritto alla Compagnia, per il tramite di GEFASS (per posta ordinaria o fax) eventuali comunicazioni inerenti:

- 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.

Art. 3 – Conclusione e durata del contratto

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.

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.

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.

Il contratto rimane in vigore fino al 31/12 dell'anno di adesione e si intende tacitamente rinnovato di anno in anno fino al 31/12 successivo, salvo disdetta dell'Aderente, qualora:

- siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità previsti al successivo art. 4, lettere a), b) e d);
- il premio risulti regolarmente pagato;
- la Convenzione assicurativa stipulata tra la Banca e la Compagnia sia in vigore;
- l'Aderente sia ancora cliente della Banca.

In ogni caso il contratto ha termine:

- 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 cui al successivo art. 4, lettere a) e d);
- al 31/12 dell'anno solare in cui l'Assicurato compie il 70° anno di vita;
- in caso di mancato rinnovo tacito.

La presente assicurazione è subordinata alla compilazione e valutazione del questionario sullo stato di salute dell'Assicurando qualora richiesto dalla Compagnia.

La Compagnia inoltre, prima dell'accettazione della proposta di adesione al presente contratto, si riserva la facoltà di richiedere all'assicurando specifica documentazione sanitaria finalizzata alla valutazione del suo stato di salute.

Art. 4 – Condizioni di assicurabilità

All'adesione al presente contratto, sono assicurabili le persone fisiche che:

- a) siano clienti della Banca;
- b) abbiano un'età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti;
- c) abbiano compilato il questionario sullo stato di salute dell'Assicurato se richiesto dalla Compagnia alla sottoscrizione del contratto;
- d) siano Liberi professionisti o, nel caso di Società/Ditta individuale Aderente, ricoprano la qualifica di Legale Rappresentante, Amministratore, Dirigente, Socio o Titolare della Società/Ditta individuale medesima.

Con riferimento all'opzione "Pacchetto Base" l'importo massimo assicurabile per Assicurato è pari ad € 200.000,00.

Art. 5 – Recesso, revoca e disdetta

Nella fase che precede la conclusione del contratto, l'Aderente può revocare la proposta contrattuale rivolgendosi alla Filiale di Banca presso la quale è stato sottoscritto il contratto ovvero dandone comunicazione scritta a mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento 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 si impegna a restituire all'Aderente per intero il premio eventualmente corrisposto entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione.

L'Aderente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione, rivolgendosi alla Filiale di Banca presso la quale è stato sottoscritto il contratto ovvero dandone comunicazione con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata alla Compagnia, presso GEFASS, Via Massimo d'Azeglio, 42 - scala A - 14100 Asti (AT), fax 0141/322218, e-mail: info@gefass.it

In tal caso la Compagnia si impegna a restituire all'Aderente per intero il premio corrisposto, al netto delle imposte, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione.

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.

L'Aderente ha diritto di disdire il contratto, rivolgendosi alla Filiale di Banca presso la quale è stato sottoscritto il contratto ovvero a mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento o fax, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzato alla Compagnia presso GEFASS, Via Massimo d'Azeglio 42 - scala A - 14100 Asti (AT), tel.0141/437361, fax 0141/322218, e-mail: info@gefass.it, con un preavviso di almeno 30 giorni dalla data di scadenza annuale. Il contratto resta comunque in vigore fino al 31/12 successivo alla richiesta di disdetta. A decorrere da tale termine il contratto cessa e nulla sarà dovuto dalla Compagnia.

Art. 6 – Prestazioni assicurate

Le prestazioni descritte nell'Art. 1 al punto A) sono alternative tra loro.

In caso di decesso dell'Assicurato per qualsiasi causa, nel corso della durata contrattuale, la Compagnia liquiderà al Beneficiario il capitale assicurato indicato in polizza sempre che non sia stata già pagata la prestazione per IPT.

Se il decesso è dovuto ad uno degli eventi di cui all'Art. 7, la Compagnia non corrisponderà alcun importo.

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

In caso di Invalidità Permanente Totale a seguito di infortunio o malattia (IPT) dell'Assicurato, nel corso della durata contrattuale, la Compagnia liquiderà al Beneficiario il capitale assicurato una volta accertato dal punto di vista medico lo stato ed il grado di IPT.

Se l'IPT è dovuta ad uno degli eventi di cui all'Art. 7, la Compagnia non corrisponderà alcun importo.

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 di cui al Decreto Ministeriale 12 Luglio 2000 (Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale) 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.

Il pagamento del capitale assicurato per IPT determina lo scioglimento del contratto e nulla sarà più dovuto dalla Compagnia. 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.

In caso di Inabilità Temporanea Totale a seguito di infortunio o malattia (ITT) dell'Assicurato, nel corso della durata contrattuale, la Compagnia liquiderà al Beneficiario la prestazione fissa pari a € 3.000,00 per ogni mese di inabilità riconosciuta fino ad un massimo di 12 mensilità per un totale di € 36.000,00 a condizione che:

- l'ITT abbia una **durata superiore** al periodo di **franchigia relativa** di **15 giorni solari consecutivi per ITT a seguito di infortunio** e di **45 giorni solari consecutivi in caso di ITT dovuta a malattia**. La franchigia si intende calcolata a partire dal **primo giorno** di ITT.

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 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.

Tabella esemplificativa		
Garanzia assicurata	Numero giorni di ITT riconosciuti	Prestazione liquidata con applicazione della franchigia relativa
ITT da infortunio	14	€ 0
	20	€ 3.000
ITT da malattia	44	€ 0
	65	€ 9.000

Se l'ITT è dovuta ad uno degli eventi di cui all'Art. 7, la Compagnia non corrisponderà alcun importo.

Art. 7 – Limitazioni ed esclusioni

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.

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, motoslitta 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.

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.

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. 8 – Pagamenti della Compagnia

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:

- rivolgendosi alla Filiale presso la quale è stato concluso il contratto;
- 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;**
- a mezzo fax al numero sopra riportato.

In ogni caso devono essere consegnati:

Decesso qualunque causa

- denuncia del sinistro in caso di decesso
- copia di nostra spettanza per la legge n. 196/2003 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 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;

- 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 n. 196/2003 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 n. 196/2003 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.

Disposizioni comuni

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

L'Assicurato deve inoltre:

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

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.

Art. 9 – Premio

Il contratto prevede il versamento di un premio unico annuo anticipato determinato in base all'età dell'assicurato, alle prestazioni assicurate e al "Pacchetto" di garanzie optato, secondo le modalità indicate nella tabella riportata di seguito. Con riferimento al "Pacchetto Base" il premio unico annuo è calcolato applicando il tasso di premio della fascia di età corrispondente all'età dell'assicurato, al capitale assicurato. **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.**

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 solare successivo.**

PREMIO ANNUO	Pacchetto Base (morte + 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 (anni compiuti)	0,70%	€ 600
Età 55 – 69 (anni compiuti)	1,75%	

I premi calcolati con le modalità sopra esposte sono da considerarsi al netto delle imposte.

Avvertenza: La Compagnia, a seguito dell'anamnesi dell'Assicurando, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica per la valutazione delle condizioni di salute dell'Assicurando stesso. Durante tale fase di valutazione, la conclusione del contratto è da considerarsi sospesa in attesa dell'accettazione della proposta di adesione da parte della Compagnia. In caso di

accettazione, il premio da versare sarà calcolato applicando il tasso di premio della fascia anagrafica (indicata nella tabella sopra riportata) corrispondente all'età dell'assicurato alla data di pagamento del premio assicurativo.

Il pagamento del premio avviene, per il tramite della Contraente, mediante addebito sul conto corrente bancario dell'Aderente, aperto presso la Banca; 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.

Art. 10 – Beneficiari delle prestazioni

Beneficiari delle prestazioni del presente contratto sono:

- in caso di decesso, l'Aderente, se non diversamente specificato;
- in caso di IPT ovvero di ITT, l'Assicurato.

Il pagamento della prestazione in caso di IPT determina lo scioglimento del contratto.

Art. 11 – Imposte e altri oneri fiscali

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

Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia, sulla base delle dichiarazioni rilasciate dall'Aderente riguardo la sua residenza italiana, riportata nella proposta di adesione. Il regime fiscale deve tuttavia essere adattato, secondo la legislazione dell'Unione Europea (Direttiva n. 2002/83/CE), in caso di variazione di residenza, nel corso della durata del contratto, presso altro Paese membro della stessa Unione. A tal fine, l'Aderente è tenuto a comunicare per iscritto l'avvenuto trasferimento, non oltre i 30 giorni dallo stesso e comunque in tempo utile per gli adeguamenti conseguenti in prossimità del pagamento del premio, in conformità alla legislazione fiscale del Paese di nuova residenza.

Sarà cura di AXA MPS Vita l'espletamento degli adempimenti dichiarativi ed il pagamento del tributo per conto dell'Aderente.

In caso di omessa comunicazione, AXA MPS Vita avrà diritto di rivalsa sull'Aderente 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.

Art. 12 – Collegio medico arbitrale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, 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 soggetto affetto da IPT ovvero da ITT 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.

Art. 13 – Riscatto

Il presente contratto non prevede riscatto delle prestazioni assicurate.

Art. 14 – Legge applicabile

Al contratto si applica la legge italiana.

Art. 15 – Foro competente

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

Art. 16 – Antiriciclaggio

Il Contraente 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 del Contraente, 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 al Contraente liquidando il relativo importo tramite bonifico bancario su un conto corrente bancario indicato dal Contraente e allo stesso intestato; tale operazione sarà accompagnata da un messaggio che indica alla controparte bancaria che le somme sono versate al Contraente per l'impossibilità di rispettare gli obblighi di adeguata verifica della clientela stabiliti dalla normativa antiriciclaggio. (Decreto Legislativo 231/2007 e Regolamento IVASS 5/2014).

Art. 17 – Rinvio alle norme di legge

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

Data ultimo aggiornamento del presente documento: gennaio 2019

AXA MPS ASSICURAZIONI VITA S.p.A. – Sede Legale: Via Aldo Fabrizi n. 9, 00128 Roma (Italia), Codice Fiscale e numero iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 01075910586, Partita IVA GRUPPO AXA ITALIA 10534960967, Capitale Sociale € 569.000.000 i.v., Tel.: + 39 06 50870.1, Fax: + 39 06 50870295. Sito Internet: www.axa-mps.it, e-mail: info@axa-mpsvita.it, PEC: axampsvita@legalmail.it - 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 numero 041.

Key Capital Glossario

Mod. AMAV KC KC15 Ed. 01/2019
AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. n. 332

Aderente: Il libero professionista o la Società/Ditta individuale che aderisce alle coperture assicurative stipulate dal Contraente.

Assicurato: persona fisica sulla cui vita è stipulato il contratto che può coincidere o no con il Beneficiario e che sia in possesso dei requisiti di cui all'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.

Attività sportiva professionistica: attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità, svolta da atleti, allenatori, preparatori atletici, nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono la qualificazione dalle Federazioni sportive Nazionali, secondo le norme emanate dalle Federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

Beneficiario: persona fisica o giuridica, che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento.

Carenza (Periodo di): periodo che può intercorrere tra il momento della stipulazione di un contratto di assicurazione e quello a partire dal quale le singole coperture assicurative diventano concretamente efficaci.

Compagnia: AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A.

Contraente: Cassa di Risparmio di Biella e Vercelli S.p.A., che stipula il contratto di assicurazione in forma collettiva per conto terzi e si impegna al versamento dei premi alla Compagnia.

Decesso: la premorienza dell'Assicurato per qualsiasi causa.

Decorrenza della garanzia: data a partire dalla quale la copertura assicurativa diviene concretamente efficace.

Franchigia: periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile a termini di Polizza, l'Assicurato non ha diritto ad alcuna Indennità.

Franchigia relativa: periodo di tempo superato il quale, l'Assicuratore indennizza il sinistro a partire dalla data dell'evento.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Inabilità Temporanea Totale: incapacità totale e temporanea dell'Assicurato a svolgere una qualsiasi occupazione proficua, indipendentemente dalla specifica professione esercitata, a seguito di infortunio o malattia.

Invalidità Permanente Totale: invalidità di almeno il 60% secondo il Decreto Ministeriale 12 Luglio 2000 (Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale) a seguito di infortunio o malattia.

Intermediario: Cassa di Risparmio di Biella e Vercelli S.p.A. iscritta nel registro unico elettronico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209 che svolgono a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa e riassicurativa.

Malattia: alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Polizza Collettiva: contratto di assicurazione stipulato dal Contraente nell'interesse di terzi al quale l'assicurato abbia aderito.

Premio: la somma dovuta alla Società per le coperture assicurative prestate.

Premio annuo: importo versato annualmente all'Assicuratore secondo un piano di versamenti previsto dal contratto di assicurazione.

Premio periodico: premio versato all'inizio di ciascun periodo secondo quanto previsto dal contratto. Può essere stabilito in misura costante, e quindi rimanere invariato per tutta la durata del contratto, oppure in misura variabile, per cui la sua entità può cambiare di periodo in periodo.

Premio unico: importo da corrispondere in soluzione unica all'Assicuratore al momento della conclusione del contratto di assicurazione.

Prescrizione: estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.

Prestazione assicurata: somma che l'Assicuratore garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

Proposta: documento o modulo sottoscritto dall'Aderente con il quale egli manifesta all'Assicuratore la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Questionario sanitario: modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che l'Assicuratore utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Recesso (o diritto di ripensamento): diritto dell'Aderente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

Ricorrenza annuale: l'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

Ricovero ospedaliero: degenza che comporti almeno un pernottamento in una struttura ospedaliera.

Rischio demografico: rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato, caratteristica essenziale del contratto di assicurazione sulla vita: infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'Assicurato che si ricollega l'impegno dell'Assicuratore di erogare la prestazione assicurata.

Scadenza: data in cui cessano gli effetti del contratto.

Sinistro: il verificarsi del rischio per il quale è prestata la copertura (in una copertura per i rischi di infortuni, ad esempio, il sinistro è rappresentato dall'infortunio nel quale l'assicurato può subire un danno che, dopo la guarigione della lesione, determini menomazioni permanenti (Invalidità Permanente)).

Società: AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A.

Data ultimo aggiornamento del presente documento: gennaio 2019

AXA MPS ASSICURAZIONI VITA S.p.A. - Sede Legale: Via Aldo Fabrizi n. 9, 00128 Roma (Italia), Codice Fiscale e numero iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 01075910586, Partita IVA GRUPPO IVA AXA ITALIA: 10534960967, Capitale Sociale € 569.000.000 i.v., Tel.: + 39 06 50870.1, Fax: + 39 06 50870295. Sito Internet: www.axa-mps.it, e-mail: info@axa-mpsvita.it, PEC: axampsvita@legalmail.it - 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 numero 041.



INFORMATIVA GENERALE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

AXA MPS Assicurazioni Vita 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 assicurative¹

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 Vita") ha la necessità di disporre di dati personali, comuni, sensibili² e giudiziari, a lei riferiti (dati ancora da acquisire, alcuni dei quali ci debbono essere forniti da lei o da terzi per obbligo di legge³, e/o dati già acquisiti, forniti da lei o da altri soggetti⁴, 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;

¹ La "finalità assicurativa" richiede, che i dati siano trattati necessariamente per: 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; 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



- 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.

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 Vita e di terzi a cui tali dati saranno comunicati⁵.

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 Vita, 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.

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.



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 sensibili⁷ per tali finalità.

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;
- proporre prodotti e servizi che possano essere di Suo interesse;
- inviare 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);
- comunicare novità e opportunità relative a prodotti e/o servizi sia di società appartenenti al Gruppo AXA 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 Vita, 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

⁷ Cfr. nota 2



Modalità d' uso dei suoi dati personali

I Suoi dati personali sono trattati⁸ da AXA MPS Vita - 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)

In AXA MPS Vita, 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, 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. a r.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 agricoli di difesa dalla grandine e da altri eventi

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.



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 MPS Vita 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: Lei ha il diritto di conoscere chi sono i responsabili del trattamento, accedere ai Suoi dati, farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne la limitazione e di opporsi al loro trattamento nei casi previsti dalla legge, proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali e, a far data dal 25 Maggio 2018, di richiedere la portabilità dei dati e far valere il diritto all'oblio.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, Lei può rivolgersi ad AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. - Via Aldo Fabrizi, 9 - 00128 Roma c.a. Data Protection Officer - e-mail: privacy@axa.it.

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

AXA MPS ASSICURAZIONI VITA S.p.A. – Sede Legale: Via Aldo Fabrizi n. 9, 00128 Roma (Italia), Codice Fiscale e numero iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 01075910586, Partita IVA GRUPPO IVA AXA ITALIA: 10534960967, Capitale Sociale € 569.000.000 i.v., Tel.: +39 06 50870.1, Fax: +39 06 50870295. Sito Internet: www.axa-mps.it, e-mail: info@axa-mpsvita.it, PEC: axampsvita@legalmail.it - 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 numero 041.

KEY CAPITAL /

Banca

Filiale

Collettiva **332**

PROPOSTA DI ADESIONE COD. ID.

Il sottoscritto, nel seguito indicato come “aderente”, aderisce alla polizza collettiva sulla vita denominata Key Capital, stipulata da Cassa di Risparmio di Biella e Vercelli S.p.A. in favore dei propri clienti.

A tal fine comunica i dati necessari per la stipula del contratto:

ADERENTE - LIBERO PROFESSIONISTA / DITTA INDIVIDUALE

Nome: Cognome:

Partita IVA: Sesso:

Codice fiscale: Luogo di Nascita:

Data di Nascita: Rilasciato da: Il giorno:

Tipo Documento: Numero Documento: CAP: Prov:

Indirizzo: Comune di: Numero di telefono:

Email:

ADERENTE - SOCIETÀ

Ragione Sociale:

Partita IVA:

Indirizzo: Comune di: CAP: Prov:

Email:

LEGALE RAPPRESENTANTE

Nome: Cognome:

Codice fiscale: Sesso:

Data di Nascita: Luogo di Nascita:

Tipo Documento: Numero Documento: Rilasciato da: Il giorno:

Indirizzo: Comune di: CAP: Prov:

Numero di telefono:

ASSICURANDO

Nome: Cognome:

Codice fiscale: Sesso:

Data di Nascita: Luogo di Nascita:

Tipo Documento: Numero Documento: Rilasciato da: Il giorno:

Indirizzo: Comune di: CAP: Prov:

Qualifica ricoperta dall'Assicurato:

Beneficiario caso vita (solo per “invalidità permanente totale” ed “inabilità temporanea totale”): l'Assicurato stesso

Beneficiario caso morte: La Società

REFERENTE TERZO

Nome: Cognome/Ragione sociale:

Indirizzo: Comune di: CAP: Prov:

Email: Numero di telefono:

Garanzie scelte:

Capitale assicurato caso morte ed invalidità permanente totale: €

Premio annuo	Pacchetto base (caso morte ed invalidità permanente totale)	Pacchetto opzionale (invalidità temporanea totale)	Totale
Età 18-54 anni	€	€ 615,00	€
Età 55-69 anni	€	€ 615,00	€

Premio totale primo anno: €

Data di adesione:

Data prima scadenza: 31/12/

In il

L'Assicurando (se diverso dall'Aderente anche ai sensi dell'art. 1919 c.c.)

In relazione al pagamento del premio, il sottoscritto autorizza la Contraente ad addebitare il premio iniziale di €....., relativo alla porzione di premio annuo calcolata dalla data di decorrenza della copertura assicurativa al 31/12 del medesimo anno, e quelli successivi sull'IBAN
In caso di tacito rinnovo, sarà addebitato il 31/12 di ogni anno l'intero premio annuo riferito all'anno solare successivo.

L'Aderente:

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento dei premi avviene, per il tramite della Contraente, mediante addebito in conto corrente.

CLAUSOLA DI RECESSO - REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA

L'Aderente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione, rivolgendosi alla Filiale di Banca presso la quale è stato sottoscritto il contratto ovvero dandone comunicazione con lettera raccomandata con avviso di ricevimento, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata alla Compagnia, presso GEFASS, Via Massimo d'Azeglio, 42 – scala A 14100 Asti (AT), fax 0141/322218, e-mail: . La conclusione del contratto si considera avvenuta il giorno di adesione indicato in proposta a condizione che sia stato pagato il premio. 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. Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative sin dall'origine e la restituzione all'Aderente, per il tramite della GEFASS, dell'intero premio eventualmente versato, al netto delle imposte, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione. La proposta di assicurazione sulla vita è revocabile, prima che il contratto sia concluso, tramite la Filiale di Banca presso la quale è stata sottoscritta ovvero mediante comunicazione alla Compagnia nei modi previsti per l'esercizio del diritto di recesso.

DICHIARAZIONI

L'Aderente dichiara di aver ricevuto, prima della conclusione del contratto, il Set informativo composto da: Documento informativo Precontrattuale (DIP), Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario e Modulo di proposta. **L'Aderente dichiara altresì di essere a conoscenza che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.**

L'Aderente

AVVERTENZE

Ai sensi dell'art. 6 c.2 del Regolamento IVASS n. 35:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione del questionario, verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- c) anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

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, comuni e 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

KEY CAPITAL /

Banca
 Filiale
 Collettiva 332

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

ASSICURANDO

Nome: Cognome:
 Codice fiscale: Sesso:
 Data di Nascita: Luogo di Nascita:
 Peso kg: Altezza cm:
☐ Fumatore: ☐ Non fumatore: (non fuma nemmeno sporadicamente da più di 12 mesi)
 Attività Professionale: Attività extraprofessionali e sportive:

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? SI ☐ NO ☐
2. Beneficia di una pensione di invalidità o inabilità o ne ha mai fatto richiesta o ha mai avuto un sinistro per invalidità, infortunio o malattie gravi? SI ☐ 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) SI ☐ 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 1 (vedi in basso)? SI ☐ 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? SI ☐ 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 (fatti salvi gli eventuali esami di routine)? SI ☐ NO ☐
7. Si è sottoposto negli ultimi 5 anni o è in procinto di sottoporsi a qualsiasi intervento chirurgico? SI ☐ 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? SI ☐ NO ☐
9. Beneficia di esenzione totale dal ticket sanitario in ragione di patologie croniche e/o rare oppure ha fatto richiesta per ottenerla? SI ☐ 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, o patologie di simile entità)? SI ☐ NO ☐
11. Negli ultimi 12 mesi ha effettuato più di 10 giorni di assenza dal lavoro (ad eccezione di ferie e/o permessi)? SI ☐ NO ☐

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

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;
- 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

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

AXA MPS ASSICURAZIONI VITA S.p.A. - Sede Legale: Via Aldo Fabrizi n. 9, 00128 Roma (Italia), Codice Fiscale e numero iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 01075910586, Partita IVA GRUPPO IVA AXA ITALIA: 10534960967, Capitale Sociale € 569.000.000 i.v., Tel.: + 39 06 50870.1, Fax: + 39 06 50870295. Sito Internet: www.axa-mps.it, e-mail: info@axa-mpsvida.it, PEC: axampsvida@legalmail.it - 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 numero 041.

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, 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 .
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 .