Assicurazione temporanea caso morte, malattia grave e non autosufficienza

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

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

Prodotto: Per Noi

Data di realizzazione del documento: Gennaio 2023
(Il DIP aggiuntivo Vita pubblicato è l'ultimo disponibile)

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

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto.

AXA Assicurazioni S.p.A., Corso Como, n. civico 17; CAP 20154; città Milano; tel. +39 02 480841; sito internet: www.axa.it.; PEC: axaassicurazioni@axa.legalmail.it.

AXA Assicurazioni S.p.A., è soggetta alla direzione ed al coordinamento di AXA Mediterranean Holding SAU. La Compagnia è Capogruppo del 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 02 480841; indirizzo internet: www.axa.it.; PEC: axaassicurazioni@axa.legalmail.it.

AXA Assicurazioni S.p.A. è iscritta all'Albo delle Imprese di assicurazione IVASS con il n.1.00025, con Sede Legale e Direzione Generale: Corso Como, n. 17 - 20154 Milano - Italia ed è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 31.12.1935 (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83).

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio (esercizio 2021) redatto ai sensi dei principi contabili vigenti, il patrimonio netto di AXA Assicurazioni S.p.A., ammonta a € 905 milioni di cui € 233 milioni di capitale sociale interamente versato e € 672 milioni di riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio.

Al 31 dicembre 2021 il Requisito Patrimoniale di Solvibilità di AXA Assicurazioni S.p.A., è pari a 706 milioni di euro. Sulla base delle valutazioni effettuate dalla Compagnia coerentemente con gli esistenti dettami regolamentari, il Requisito Patrimoniale Minimo al 31 dicembre 2020 ammonta a 318 milioni di euro. L'indice di solvibilità di AXA Assicurazioni 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 al 174%. L'importo dei Fondi Propri ammissibili a copertura dei requisiti patrimoniali è pari a 1.226 milioni di euro.

Per informazioni patrimoniali sulla 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.

Che cosa è assicurato / Quali sono le prestazioni?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	**Prestazione in caso di decesso** Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato; è escluso dalla garanzia solamente il decesso causato da: - dolo del Contraente o del Beneficiario; - partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi, a fatti di guerra, a tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni; insurrezioni, colpi di Stato;

	- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo nei primi 6 mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione; - incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota privo di idoneo brevetto; - guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; - alcolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci; - trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati – ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.); **Prestazione in caso di malattia grave** La garanzia è prestata senza limiti territoriali, ad eccezione dei seguenti casi: - malattie che non rientrano nella definizione di malattia grave; - AXA Assicurazioni può riservarsi di non procedere al pagamento del Capitale Assicurato nel caso in cui la documentazione medica a supporto della richiesta di prestazione sia stata prodotta da un medico esercitante in un Paese non compreso tra quelli di seguito elencati: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Isole del Canale, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Irlanda, Isola di Man, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Malta, Monaco, Norvegia, Nuova Zelanda, Paesi Bassi, Portogallo, San Marino, Spagna; Stati Uniti; Svezia, Svizzera; - attività dolosa dell'Assicurato, anche a titolo di concorso in delitti dolosi; - partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, a tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni; insurrezioni, colpi di Stato; - azioni di autolesionismo compiute dall'Assicurato; - malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci, tentato suicidio; - negligenza, imprudenza erogata se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute; - incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota privo di idoneo brevetto; - guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; - trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati – ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.); - malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione e già diagnosticati in tale data dall'Assicurato. **Prestazione in caso di perdita dell'autosufficienza** Il rischio di non autosufficienza è coperto qualunque possa essere la causa, senza limiti territoriali ad eccezione dei seguenti casi: - AXA Assicurazioni può riservarsi di non procedere al pagamento del Capitale Assicurato nel caso in cui la documentazione medica a supporto della richiesta di prestazione sia stata prodotta da un medico esercitante in un Paese non compreso tra quelli di seguito elencati: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Isole del Canale, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Irlanda, Isola di Man, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Malta, Monaco, Norvegia, Nuova Zelanda, Paesi Bassi, Portogallo, San Marino, Spagna; Stati Uniti; Svezia, Svizzera; - attività dolosa dell'Assicurato anche a titolo di concorso in delitti dolosi; - partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, a tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni; insurrezioni, colpi di Stato; - malattie intenzionalmente procurate, alcolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci, tentato suicidio; - negligenza, imprudenza erogata se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute; - incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota privo di idoneo brevetto; - guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore; - trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati – ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.); - malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione e già diagnosticati in tale data dall'Assicurato.

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

Ci sono limiti di copertura?

Il presente contratto viene stipulato **senza visita medica**; pertanto, a parziale deroga delle condizioni di polizza, rimane convenuto che la Compagnia corrisponderà una somma pari ai premi versati al netto dei costi qualora il decesso, la malattia grave o la perdita dell'autosufficienza dell'Assicurato avvenga entro i primi 6 mesi (periodo di carenza) dalla conclusione del contratto e la polizza stessa sia in regola col pagamento dei premi.
Entro i primi 6 mesi dal perfezionamento del contratto la Compagnia corrisponde il capitale assicurato e non applica la limitazione sopra indicata (periodo di carenza) qualora:

a. il decesso sia conseguenza diretta:
   - di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero emorragico, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
   - di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;
   - di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte;
b. la malattia grave diagnosticata sia una tra le seguenti: cecità, insufficienza renale, trapianto degli organi principali, perdita combinata di due organi tra mani, piedi e occhi
c. la perdita di autosufficienza sia dovuta ad infortunio.

L'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza purché si sottoponga a visita medica accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare.
Nel caso di perdita di autosufficienza per malattie nervose o mentali dovute a causa organica (a titolo esemplificativo e non esaustivo: Parkinson, Alzheimer), si applica una carenza di 3 anni dalla data di decorrenza del contratto, indipendentemente dalla eventuale sottoposizione a visita medica dell'Assicurato.

La casistica del decesso dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, viene trattata in modo specifico. La Compagnia applica un periodo di carenza di 5 anni, ovvero non eroga il capitale assicurato ma una somma pari al valore dei premi versati al momento del decesso qualora il decesso dell'Assicurato dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, avvenga entro 5 anni dalla conclusione del contratto e la polizza stessa sia in regola col pagamento dei premi.
Qualora l'Assicurato decida di sottoporsi a visita medica, si possono verificare le seguenti casistiche:

- l'Assicurato aderisce alla richiesta della Compagnia di eseguire il test clinico necessario per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o sieropositività. Dunque:
  1. il test risulta positivo: la proposta di polizza non è assumibile, pertanto la Compagnia non può procedere alla conclusione del contratto;
  2. il test risulta negativo: viene accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza;
- l'Assicurato rifiuta di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o sieropositività, viene applicato il periodo di carenza di 5 anni.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di evento?	**Denuncia di sinistro** La Compagnia, al solo fine di agevolare l'effettuazione della richiesta di pagamento e a titolo di servizio alla clientela, mette a disposizione presso l'Intermediario e nel proprio sito istituzionale (www.axa.it/area-sinistri) un fac-simile del modulo di richiesta liquidazione completo delle informazioni che devono essere necessariamente fornite. La Compagnia si riserva il diritto di acquisire ulteriore documentazione oltre a quella di cui sotto, in considerazione di particolari esigenze istruttorie. Caso di decesso Dovranno essere consegnati: - certificato di morte; - informativa e consenso privacy; - relazione del medico curante sulle cause del decesso redatta secondo le informazioni minime contenute nel modello della Società comunque a disposizione del Beneficiario presso l'Intermediario o, in alternativa, altra documentazione attestante le cause del decesso;

	- copia del testamento (pubblicato) o, in assenza, atto notorio (o dichiarazione sostitutiva – non ammessa autocertificazione) attestante che il decesso è avvenuto in assenza del testamento, con l'indicazione (se del caso) degli eredi legittimi; - decreto del Giudice Tutelare nel caso di Beneficiari di minore età o interdetti, con l'indicazione della persona designata alla riscossione; - copia del Codice Fiscale e di un documento di riconoscimento in corso di validità dei Beneficiari; - coordinate IBAN e intestazione del conto corrente dei Beneficiari; - se previsto dalla normativa in vigore, adeguata verifica per il censimento dei Beneficiari della prestazione (modulo reperibile presso l'Intermediario). <u>Caso di malattia grave</u> Nel caso sia diagnosticata una malattia grave all'Assicurato, dovranno essere trasmessi: - informativa e consenso privacy; - certificato del medico curante o del medico ospedaliero che riporti la diagnosi della "malattia grave" di cui risulti affetto l'Assicurato, con la data della sua sopravvivenza e l'origine incidentale o patologica, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato allegando tutta la documentazione già in possesso dell'Assicurato al momento della denuncia. <u>Caso di non autosufficienza</u> Nel caso si verifichi lo stato di non autosufficienza dell'assicurato, l'Assicurato stesso o chi per suo conto, dovrà darne avviso alla Compagnia con lettera raccomandata accompagnata da tutta la documentazione necessaria per verificare lo stato di salute dell'Assicurato: - informativa e consenso privacy; - certificato del medico curante o del medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza, recante la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica dello stato di non autosufficienza, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato; - *Mini Mental State Examination*, qualora la non autosufficienza sia in relazione a demenza invalidante, malattia di Alzheimer o Parkinson.
	Prescrizione Alla data di redazione del presente documento 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 e senza che la Compagnia abbia ricevuto alcuna comunicazione e/o disposizione, gli importi derivanti dal Contratto saranno devoluti al Fondo costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.
	Liquidazione della prestazione In caso di decesso, la Compagnia si impegna ad effettuare il pagamento entro 30 giorni dalla data di ricezione della denuncia dell'avvenuto decesso completa di tutta la documentazione prevista. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore dei beneficiari. In caso di malattia grave, la Compagnia si impegna ad accertare lo stato di malattia grave diagnosticato all'Assicurato e ad eseguire il pagamento del Capitale Assicurato entro 30 giorni dalla data di ricezione della denuncia completa di tutta la documentazione prevista. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore dei beneficiari. In caso di perdita dell'autosufficienza, la Compagnia si impegna ad accertare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato entro 180 giorni dalla data di ricezione della denuncia. Una volta accertato e riconosciuto il diritto alla prestazione assicurata, la Compagnia eroga il capitale iniziale previsto e inizia a corrispondere la rendita mensile assicurata. Decorsi 180 giorni sono dovuti gli interessi moratori a favore dell'Assicurato.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni del Contraente 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: - in caso di dolo o colpa grave: o 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 Assicurazioni decade da tale diritto; o di rifiutare, in caso di sinistro ed in ogni tempo, qualsiasi pagamento; - ove non sussista dolo o colpa grave: o 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; o 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. Il Contraente è tenuto a rivolgersi all'agenzia di riferimento oppure inoltrare per iscritto ad AXA Assicurazioni S.p.A. (tramite posta ordinaria o modulo online presente sul sito www.axa.it alla sezione Contatti), allegando la copia di un documento d'identità eventuali comunicazioni inerenti: - modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di Contratto; - modifiche all'indirizzo presso il quale intende ricevere le comunicazioni relative al Contratto; - variazione della residenza, nel corso della durata del Contratto, presso altro Paese membro dell'Unione Europea; - variazione degli estremi di conto corrente bancario. In tal caso è necessario inoltrare la richiesta attraverso l'invio del modulo di mandato, compilato e sottoscritto dal Contraente, reperibile sul sito internet www.axa.it/comunicazioni, oppure richiedendolo alla Compagnia al seguente recapito: numero verde 800.08.55.59. **Antiriciclaggio** Il Contraente è tenuto a fornire alla Compagnia tutte le informazioni necessarie al fine dell'assolvimento degli obblighi di adeguata verifica dettati dalla normativa antiriciclaggio. Qualora la Compagnia, in ragione della mancata collaborazione del Contraente, non sia in grado di portare a compimento l'adeguata verifica, la stessa non potrà concludere il Contratto o eseguire le operazioni richieste, effettuare modifiche contrattuali, accettare i versamenti aggiuntivi non contrattualmente obbligatori, nonché dare seguito alla designazione di nuovi beneficiari. In nessun caso gli assicuratori/i riassicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare richieste di indennizzo o risarcimento o garantire alcuna indennità in virtù del presente contratto, qualora tale copertura, pagamento o indennità possano esporli a divieti, sanzioni economiche o restrizioni disposte ai sensi di Risoluzioni assunte dall'Organizzazione delle Nazioni Unite ("ONU"), oppure a sanzioni economiche o commerciali disposte da leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

Quando e come devo pagare?

Premio	L'assicurazione viene prestata dietro pagamento del Premio in forma anticipata indicato nella Proposta di Assicurazione. Il Contraente è tenuto al pagamento di un Premio annuo o mensile costante per tutta la durata contrattuale. Al momento della sottoscrizione del contratto, si attivano congiuntamente le tre coperture fisse previste: decesso, malattie gravi e perdita di autosufficienza. Il Contraente ha comunque facoltà di scegliere l'importo di capitale da assicurare tra i seguenti 9 scaglioni: €25.000 - €37.500 - €50.000 - €62.500 - €75.000 - €87.500 - €100.000 - €112.500 - €125.000. Ciascun premio annuo prevede un caricamento percentuale pari al 25% del premio stesso. Detto caricamento è già compreso in ciascun premio pagato. Il Premio può essere corrisposto, oltre che annualmente, anche in rate mensili, trimestrali o semestrali senza costi aggiuntivi. Il Premio è dovuto fino alla scadenza o all'estinzione del Contratto. Il diritto della Compagnia alla riscossione del premio si interrompe comunque al ricevimento della denuncia dello stato di morte, malattia grave o perdita di autosufficienza dell'Assicurato che per primo subisce l'evento. **Modalità di pagamento dei premi** Il premio deve essere versato dal Contraente alla Compagnia in via anticipata all'atto della sottoscrizione della proposta di assicurazione ed alle ricorrenze stabilite (annuale, semestrale, trimestrale, mensile) e comunque non oltre la morte dell'Assicurato utilizzando esclusivamente i seguenti mezzi di pagamento secondo le modalità di seguito precisate: - assegno (circolare, bancario o postale) o vaglia (cambiario, postale o telegrafico), sempre intestato ad AXA Assicurazioni S.p.A. ovvero all'Intermediario ("in qualità di Agente di AXA Assicurazioni S.p.A.") e munito di clausola di non trasferibilità, accettato salvo buon fine; - bonifico (bancario domestico, estero o postale) per il quale occorre indicare nella causale del bonifico il n° di polizza (se non conosciuto, il n° di proposta), senza spazi; - bollettino postale da utilizzarsi secondo le modalità previste dalla legge intestato ad AXA Assicurazioni S.p.A. ovvero all'Intermediario ("in qualità di Agente di AXA Assicurazioni S.p.A."); - moneta elettronica (carta di credito, carta di debito, POS -bancomat-); - SDD (SEPA Direct Debit) per i premi successivi al primo. In caso di modifica o di chiusura del conto, al fine di garantire la continuità dei versamenti, il Contraente è

	tenuto a comunicare alla Compagnia la variazione delle coordinate bancarie almeno sessanta giorni prima della scadenza prevista per il versamento del premio successivo. Non è consentito per questo tipo di polizza effettuare pagamenti in contanti (banconote e monete metalliche).
Rimborso	Il rimborso del premio versato è previsto in caso in cui il Contraente decida di revocare la proposta finché il Contratto non è concluso ovvero in caso di esercizio di recesso.
Sconti	Nell'ambito di specifiche campagne commerciali promosse dalla Compagnia e/o al verificarsi di condizioni particolari ed eccezionali che potrebbero riguardare, a titolo esemplificativo e non esaustivo, sia il Contraente 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 ai Contraenti, stabilendone le condizioni oggettive e soggettive.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.
Sospensione	Il Contraente ha la 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. Entro sei mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata, il Contraente ha comunque diritto di riattivare l'assicurazione pagando le rate di Premio arretrate aumentate degli interessi legali. Trascorsi sei mesi dalla predetta scadenza, la riattivazione può avvenire invece solo dietro espressa domanda del Contraente ed accettazione scritta della Compagnia che può richiedere nuovi accertamenti sanitari, il cui costo è a carico del Contraente, e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito. Trascorsi 24 mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagato, l'assicurazione non può essere più riattivata

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

Revoca	Il Contraente può revocare la proposta di assicurazione prima della conclusione del Contratto. La revoca deve essere comunicata per iscritto, precisando gli estremi identificativi della proposta contrattuale, alla Compagnia (rif. Ufficio Assunzioni Vita, Corso Como, 17 - 20154 Milano - MI) eventualmente per il tramite dell'Intermediario. 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.
Recesso	Il Contraente ha diritto di 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 (rif. Ufficio Front Office Contabilità Tecnica Agenzie, Corso Marconi, 10 – 10125 Torino - TO) eventualmente tramite l'Intermediario. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di ricevimento. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso, la Compagnia rimborsa al Contraente il premio da questi eventualmente corrisposto al netto della parte relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.
Risoluzione	Il mancato pagamento anche di una sola rata del Premio determina, trascorsi 30 giorni dalla scadenza, la risoluzione del Contratto. A giustificazione del mancato pagamento del Premio, il Contraente non può in nessun caso opporre che la Compagnia non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio. Un versamento di somme parziali non costituisce pagamento di Premio.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

Valori di riscatto e riduzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.

Richiesta di informazioni	Il Contratto non prevede il riscatto e/o la riduzione della prestazione assicurata.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è indirizzato a persone fisiche che al momento della sottoscrizione hanno un'età compresa tra i 18 anni e i 60 anni. Il prodotto può essere sottoscritto anche da persone giuridiche che intendano tutelarsi dal rischio di premorienza, malattie gravi o perdita di autosufficienza che possa colpire due dei propri collaboratori che ricoprono ruoli e funzioni chiave all'interno delle medesime e che abbiano un'età compresa tra i 18 anni e i 60 anni.

Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul premio

Ciascun premio annuo prevede un caricamento percentuale pari al 25% del premio stesso. Detto caricamento è già compreso in ciascun premio pagato.

Tipologia	Importo	Periodicità di prelievo	Modalità di prelievo
Caricamento percentuale	25%	Su ciascun premio	Ricompresi nel premio

Costi di intermediazione

La quota parte del Caricamento Percentuale è pari al 92% dei costi indicati.

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 devono essere presentati all'Ufficio Gestione Reclami tramite modulo di richiesta online su sito internet www.axa.it "sezione Contatti" e da Area Riservata. Sono inoltre disponibili i seguenti altri canali: - email: reclami@axa.it - PEC: reclamiisvapaxa@axa.legalmail.it - Posta: AXA ASSICURAZIONI S.p.A. - C.A. Ufficio Gestione Reclami - Corso Como, 17 - 20154 MILANO avendo cura di indicare: - nome e cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante; - numero della polizza e nominativo del Contraente; - 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 riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo. Per eventuali reclami aventi ad oggetto il comportamento di un Agente piuttosto che di un collaboratore/dipendente di quest'ultimo, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un periodo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con il suddetto intermediario 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'impesa 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.**
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	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.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** Sui premi versati per assicurazioni aventi ad oggetto il rischio di morte, malattie gravi che comportino un'invalidità permanente superiore al 5% è riconosciuta una detrazione d'imposta IRPEF entro i limiti previsti dalla normativa di legge. La quota di premio relativo al rischio di perdita di autosufficienza non è invece detraibile in funzione della tipologia di prestazione ad essa associata. I premi versati inerenti l'attività d'impresa sono fiscalmente deducibili nei limiti previsti dalla normativa in vigore. Nel caso in cui i premi versati siano relativi ad assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte finalizzate alla tutela delle persone con disabilità grave è riconosciuta una maggiorazione dell'importo detraibile, così come indicato nella legge 112/2016 ("dopo di noi"). **Trattamento fiscale delle prestazioni** Le somme corrisposte in caso di sinistro (capitale assicurato) sono esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF). Il capitale corrisposto in caso di morte dell'Assicurato non concorre alla formazione dell'asse ereditario ai fini dell'imposta di successione. 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'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE IL DOCUMENTO UNICO DI RENDICONTAZIONE 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 UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. *HOME INSURANCE*), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.