

Assicurazione multirischio a tutela della persona

Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: AXA FRANCE VIE

Prodotto: Temporanea Caso Morte



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

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

Temporanea Caso Morte è una Polizza Collettiva (n. 4967) stipulata Iside Broker Insurance S.r.l. (**contraente**) alla quale possono aderire in qualità di **aderenti/assicurati** i clienti della contraente. L'adesione alla Polizza Collettiva, su base individuale e facoltativa, ha la finalità di protezione contro l'accadimento di eventi imprevedibili che possono colpire la persona assicurata, garantendo in caso di sinistro il pagamento di una prestazione pari al capitale assicurato.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **invalidità totale e permanente da infortunio o malattia, di grado pari o superiore al 60%** - In caso di sinistro, la compagnia liquida una somma pari al capitale assicurato tra un minimo di € 5.000,00 ed un massimo di € 200.000,00 prescelto dall'aderente/assicurato al momento dell'adesione, con un limite massimo di indennizzo pari ad € 200.000,00.

La predetta garanzia di ramo danni è sempre prestata congiuntamente alla garanzia di ramo vita (decesso) prestata dalla Compagnia AXA France Vie.

Il soggetto assicurato coincide sempre con l'aderente alla Polizza Collettiva.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurati gli eventi diversi da quelli indicati nella sezione "Che cosa è assicurato".

Non è assicurabile il soggetto persona fisica che:

- ✗ non sia residente nell'Unione Europea e non sia domiciliato in Italia;
- ✗ al momento dell'adesione, abbia un'età inferiore ai 18 anni o un'età superiore ai 51 anni compiuti.

Inoltre:

- ✗ la permanenza in copertura è limitata al compimento dei 61 anni per la garanzia invalidità totale e permanente.



Ci sono limiti di copertura?

Principali esclusioni per la garanzia invalidità totale e permanente

- ! Infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'aderente/assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- ! Infortuni causati all'aderente/assicurato da abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- ! Infortuni occorsi mentre alla guida di veicoli a motore e natanti, se dovuti ad un tasso alcolemico dell'aderente/assicurato superiore a quanto consentito dalla normativa in vigore al momento del sinistro.
- ! Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'aderente/assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti.
- ! Eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici;
- ! Mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
- ! Infortuni causati da: tutte le attività sportive compiute a livello professionistico;
- ! Infortuni causati da HIV o AIDS.



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- **all'inizio dell'adesione alla polizza:** l'aderente/assicurato deve compilare accuratamente la richiesta di adesione e il questionario anamnestico, evitando macchie e cancellature, e deve rendere dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la risoluzione della polizza.
- **in caso di presentazione di una denuncia di sinistro:** l'aderente/assicurato è tenuto a denunciare eventuali sinistri nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, allegando alla denuncia tutta la documentazione richiesta dalla compagnia.



Quando e come devo pagare?

- L'aderente/assicurato è tenuto a pagare un premio unico in via anticipata per tutta la durata pluriennale della polizza.
- I premi vanno versati, per il tramite della contraente, con le seguenti modalità: bonifico bancario.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- La copertura ha effetto dalle ore 24:00 della data di decorrenza coincidente con la data di firma della richiesta di adesione e questionario anamnestico, a condizione che ci sia stata l'accettazione dell'adesione alla polizza da parte della compagnia e che il premio sia stato pagato.
- La durata delle coperture previste è pari a 3, 5, 7 o 10 anni.



Come posso disdire il contratto?

- L'aderente/assicurato ha diritto di recedere dal contratto entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza.
- Il recesso deve essere comunicato per iscritto alla compagnia, mediante lettera raccomandata contenente gli estremi dell'adesione alla polizza, ed inviata a: AXA France Vie c/o Iside Broker Insurance S.r.l., Via Asiago, 27 – 22063 Cantù (CO).
- L'esercizio del diritto di recesso implica necessariamente il recesso da tutte le coperture assicurative.
- Non è previsto il tacito rinnovo e, pertanto, alla scadenza della copertura assicurativa non è necessario comunicare la disdetta.



Polizza collettiva n. 4967 “Temporanea Caso Morte”

FASCICOLO INFORMATIVO

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- Nota Informativa
- Condizioni di Assicurazione
- Glossario
- Informativa sul Trattamento dei Dati Personali
- Fac-simile Richiesta di Adesione comprensiva di Questionario Anamnestico

DEVE ESSERE CONSEGNATO ALL'ADERENTE/ASSICURATO PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA RICHIESTA DI ADESIONE CONTRATTUALE.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

**POLIZZA COLLETTIVA N. 4967 STIPULATA TRA
Iside Broker Insurance S.r.l. e AXA FRANCE VIE**

Il presente Fascicolo Informativo è stato redatto il 01 Ottobre 2018

Polizza collettiva n. 4967 “Temporanea Caso Morte”

FASCICOLO INFORMATIVO

La presente Polizza Collettiva prevede le seguenti garanzie:

Opzione	Durata	GARANZIA	COMPAGNIA
1	3 anni	A – Decesso (ramo vita)	AXA FRANCE VIE
2	5 anni	A – Decesso (ramo vita)	AXA FRANCE VIE
3	7 anni	A – Decesso (ramo vita)	AXA FRANCE VIE
4	10 anni	A – Decesso (ramo vita)	AXA FRANCE VIE
5	3 anni	A – Decesso (ramo vita) B – Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia (ramo danni)	AXA FRANCE VIE
6	5 anni	A – Decesso (ramo vita) B – Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia (ramo danni)	AXA FRANCE VIE
7	7 anni	A – Decesso (ramo vita) B – Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia (ramo danni)	AXA FRANCE VIE
8	10 anni	A – Decesso (ramo vita) B – Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia (ramo danni)	AXA FRANCE VIE

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ora IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

L'Aderente/Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Richiesta di Adesione.

La Nota Informativa non sostituisce quanto regolamentato dalle Condizioni di Assicurazione.

Le definizioni contenute nel Glossario riportato nella Nota Informativa, integrano e precisano quanto disciplinato all'interno delle Condizioni di Assicurazione.

A. INFORMAZIONI SULLA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

AXA France Vie iscritta al registro di commercio delle Imprese di Nanterre n°310499959 con sede legale al 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Francia, autorizzata ad operare in Italia in regime di Libera Prestazione di Servizi con Provvedimento ISVAP (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo) ai sensi dell'art. 24 del D.Lgs. 209/2005 con provvedimento emesso il 20 febbraio 2006 per le garanzie in caso di Decesso e Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia.

AXA France Vie viene di seguito denominata “Compagnia”.

La Compagnia mette a disposizione dei clienti il proprio sito internet: <http://it.clp.partners.axa>.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Compagnia (dati aggiornati al 31 dicembre 2017)

Patrimonio netto di **AXA France Vie S.A.**: 3.934.394 migliaia di euro di cui 487.725 migliaia di euro relativi al capitale sociale e 3.446.669 migliaia di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio.

L'indice di solvibilità di **AXA France Vie S.A.** riferito alla gestione vita e relativo all'ultimo bilancio approvato è pari al 149%. Tale indice è definito come rapporto tra fondi propri di base e requisito patrimoniale di solvibilità.

Tali dati si riferiscono all'ultimo bilancio approvato. I dati aggiornati anno per anno sono consultabili sul sito internet italiano della Compagnia: <https://it.clp.partners.axa>.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

La Polizza Collettiva 4967 (di seguito definita Contratto) è un Contratto di Assicurazione con distinte tariffe e con coperture assicurative prestate per una durata variabile pari a 3, 5, 7 o 10 anni a seconda dell'opzione scelta dall'Aderente/Assicurato.

Avvertenza

La copertura assicurativa relativa a ciascuna Adesione al Contratto ha durata pari a 3, 5, 7 o 10 anni secondo l'opzione scelta dall'Aderente/Assicurato.

Non è previsto il tacito rinnovo e, pertanto, alla scadenza della copertura assicurativa non è necessario comunicare la disdetta.

Per i dettagli relativi al recesso dall'Adesione al Contratto si rinvia all'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione.

Sono assicurabili le persone fisiche residenti nell'Unione Europea e domiciliate in Italia, che hanno un'età compresa tra 18 e 51 anni non compiuti, fermo restando che l'età di permanenza in copertura è limitata a 61 anni non compiuti per tutte le garanzie.

L'Adesione al Contratto da parte dell'Aderente/Assicurato avrà effetto dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza, a condizione che:

- siano stati compilati, datati e sottoscritti la Richiesta di Adesione e il Questionario Anamnestico, compilato datato e sottoscritto dall'Assicurato da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia
- sia stata fornita l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta
- ci sia stata l'accettazione da parte della Compagnia
- sia stato pagato il Premio previsto.

L'Aderente/Assicurato manifesta l'interesse ad aderire alla Polizza mediante la sottoscrizione della Richiesta di Adesione la cui validità è pari a 6 mesi.

Ogni Adesione dovrà essere completata presentando il Questionario Anamnestico debitamente compilato presente sulla Richiesta di Adesione. L'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che la Compagnia avrà dato il proprio consenso.

In caso di sottoscrizione del Questionario Anamnestico con tutte le risposte negative, la copertura si intende accettata da parte della Compagnia a seguito della stessa sottoscrizione della Richiesta di Adesione. In caso di sottoscrizione del Questionario Anamnestico con almeno una risposta positiva, la Compagnia si riserva il diritto di decidere circa l'accettazione o il rifiuto della copertura assicurativa o di richiedere eventuale ulteriore documentazione sanitaria. In tali casi, la Compagnia si impegna a comunicare tempestivamente l'accettazione o il rifiuto del rischio all'Aderente/Assicurato e, per conoscenza, alla Contraente.

Il Contratto prevede le seguenti opzioni contrattuali e prestazioni assicurative:

Opzione 1 – sottoscrivibile da tutti gli Assicurati

Copertura assicurativa	Prestazione assicurata	Durata	Carenza	Franchigia	Limite
A – Decesso (ramo vita)	Pagamento Capitale Assicurato	3 anni	nessuna	nessuna	200.000€

Opzione 2– sottoscrivibile da tutti gli Assicurati

Copertura assicurativa	Prestazione assicurata	Durata	Carenza	Franchigia	Limite
A – Decesso (ramo vita)	Pagamento Capitale Assicurato	5 anni	nessuna	nessuna	200.000€

Opzione 3– sottoscrivibile da tutti gli Assicurati

Copertura assicurativa	Prestazione assicurata	Durata	Carenza	Franchigia	Limite
A – Decesso (ramo vita)	Pagamento Capitale Assicurato	7 anni	nessuna	nessuna	200.000€

Opzione 4– sottoscrivibile da tutti gli Assicurati

Copertura assicurativa	Prestazione assicurata	Durata	Carenza	Franchigia	Limite
A – Decesso (ramo vita)	Pagamento Capitale Assicurato	10 anni	nessuna	nessuna	200.000€

Opzione 5– Sottoscrivibile da tutti gli Assicurati

Copertura assicurativa	Prestazione assicurata	Durata	Carenza	Franchigia	Limite
A – Decesso (ramo vita)	Pagamento Capitale Assicurato	3 anni	nessuna	nessuna	200.000€
B – Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia >=60% (ramo danni)	Pagamento Capitale Assicurato	3 anni	nessuna	nessuna	200.000€

Opzione 6– Sottoscrivibile da tutti gli Assicurati

Copertura assicurativa	Prestazione assicurata	Durata	Carenza	Franchigia	Limite
A – Decesso (ramo vita)	Pagamento Capitale Assicurato	5 anni	nessuna	nessuna	200.000€
B – Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia >=60% (ramo danni)	Pagamento Capitale Assicurato	5 anni	nessuna	nessuna	200.000€

Opzione 7– Sottoscrivibile da tutti gli Assicurati

Copertura assicurativa	Prestazione assicurata	Durata	Carenza	Franchigia	Limite
A – Decesso (ramo vita)	Pagamento Capitale Assicurato	7 anni	nessuna	nessuna	200.000€
B – Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia >=60% (ramo danni)	Pagamento Capitale Assicurato	7 anni	nessuna	nessuna	200.000€

Opzione 8– Sottoscrivibile da tutti gli Assicurati

Copertura assicurativa	Prestazione assicurata	Durata	Carenza	Franchigia	Limite
A – Decesso (ramo vita)	Pagamento Capitale Assicurato	10 anni	nessuna	nessuna	200.000€
B – Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia >=60% (ramo danni)	Pagamento Capitale Assicurato	10 anni	nessuna	nessuna	200.000€

L’Aderente/Assicurato potrà scegliere il Capitale Assicurato tra un minimo di 5.000 € ed un massimo di 200.000 €.

Le coperture assicurative di cui alle tabelle sopra riportate sono regolamentate dall'art. 1 – Oggetto dell'Assicurazione – delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza

Ai sensi dell'art. 1 – Oggetto dell'Assicurazione – delle Condizioni di Assicurazione, la copertura assicurativa relativa al caso di Invalidità Totale e Permanente (copertura B) non è operante se il grado di invalidità permanente accertato non sia maggiore o uguale al 60%.

Avvertenza

Ai sensi dell'art. 1 – Oggetto dell'Assicurazione – delle Condizioni di Assicurazione le coperture assicurative sono prestate con le carenze e franchigie come indicato nella tabella di cui sopra e con i limiti di indennizzo previsti dall'art. 3 – Limiti di indennizzo – delle Condizioni di Assicurazione.

Esempio di operatività della copertura in caso di riscontrata Invalidità Totale e Permanente (copertura assicurativa B)

Grado di invalidità permanente accertato	Indennizzo
30%	Non indennizzabile
60%	Indennizzo pari al debito residuo

Avvertenza

Ai sensi dell'art. 2 – Delimitazioni ed Esclusioni – delle Condizioni di Assicurazione, le coperture assicurative sono prestate con limitazioni ed esclusioni.

Avvertenza

Ai sensi dell'art. 10 - Persone assicurabili - delle Condizioni di Assicurazione, al momento della sottoscrizione dell'Adesione l'età degli assicurati non potrà essere inferiore a 18 e superiore a 51 anni compiuti, ferma restando che l'età di permanenza in copertura è limitata al compimento dei 61 anni per tutte le garanzie.

4. Premi

Periodicità. Le prestazioni assicurate sono garantite previo pagamento, alla Compagnia da parte dell'Aderente/Assicurato o per suo conto dalla Contraente, di un Premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione. Il suo ammontare dipende dall'importo del Capitale Assicurato, dall'opzione e dalla durata scelti dall'Aderente/Assicurato.

Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Aderente/Assicurato, che è obbligato, pertanto, a rimborsare alla Contraente l'importo del Premio corrisposto alla Compagnia.

Mezzi di pagamento. Il pagamento del Premio avviene, per il tramite della Contraente, mediante bonifico bancario.

Il contratto non prevede il riscatto.

Il costo trattenuto dalla Compagnia a titolo di spese di acquisizione e gestione del Contratto, già incluso nei tassi di Premio, è pari al 83,00% del Premio unico anticipato al netto delle imposte, dove applicabili. La quota parte percepita in media per l'intermediazione è pari al 84,34% del costo stesso.

A titolo esemplificativo per un Premio unico anticipato di Euro 1.000,00, al netto delle imposte, i costi trattenuti dalla Compagnia a titolo di spese di acquisizione e gestione del Contratto sono pari a Euro 830,00 di cui Euro 700,00 rappresentano l'importo percepito per l'intermediazione.

5. Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

Il presente contratto non prevede alcuna partecipazione agli utili.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

6. Costi

6.1 Costi gravanti sul Premio

Costi a carico dell'Aderente/Assicurato	Periodicità di prelievo	Modalità di prelievo
83,00%	Sul Premio unico anticipato	Compresi nel Premio

6.2 Costi per riscatto

Il contratto non prevede il riscatto della prestazione assicurata.

6.3 Costi applicati in funzione della modalità di partecipazione agli utili

Non previsti.

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

Quota parte percepita per l'intermediazione	84,34%
---	--------

7. Sconti

Il contratto non prevede sconti.

8. Regime fiscale

Trattamento fiscale dei premi

Sui premi versati alla Compagnia aventi ad oggetto il rischio di Decesso e Invalidità Totale e Permanente entro il limite massimo di € 530,00, in base alla normativa vigente alla data di redazione della presente Polizza collettiva, è riconosciuta una detrazione di imposta ai fini IRPEF attualmente del 19% dei Premi stessi.

Tassazione delle prestazioni

Le prestazioni erogate non sono soggette ad alcuna tassazione.

Non pignorabilità e non sequestrabilità

Ai sensi dell'art. 1923 del c.c., le somme dovute per la copertura in caso di Decesso non sono pignorabili né sequestrabili.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

9. Modalità di Perfezionamento del Contratto

Per le modalità di perfezionamento del Contratto e la decorrenza delle coperture assicurative si rinvia agli art. 4 - Durata delle Coperture - Effetto - Decorrenza delle Coperture - e Art.10 - Persone Assicurabili e Formalità di Ammissione - delle Condizioni di Assicurazione.

10. Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi

Il presente Contratto non prevede la sospensione del pagamento dei premi.

11. Riscatto e riduzione

Il Contratto non prevede valore di riduzione e di riscatto.

12. Revoca della proposta

Il Contratto non prevede revoca della proposta.

13. Diritto di recesso

Avvertenza

L'Aderente/Assicurato ha diritto di recedere dalle coperture assicurative relative alla propria Adesione entro **60 (sessanta)** giorni dalla Data di decorrenza.

Il Recesso deve essere comunicato per iscritto alla Compagnia, o eventualmente per il tramite del soggetto incaricato del collocamento, mediante lettera raccomandata contenente gli estremi identificativi della Polizza, ed inviata a:

**AXA France Vie c/o Iside Broker Insurance S.r.l.
Via Asiago 27 – 22063 Cantù (CO)**

Entro **30 (trenta)** giorni dal ricevimento della comunicazione di Recesso, la Compagnia rimborsa all'Aderente/Assicurato il Premio da questi corrisposto al netto della parte relativa al periodo per il quale l'Adesione al Contratto ha avuto effetto. L'esercizio del diritto di Recesso da parte dell'Aderente/Assicurato implica necessariamente il recesso da tutte le coperture assicurative. Il Contratto non prevede la facoltà di esercitare il diritto di recesso da parte della Compagnia per la singola Applicazione emessa.

14. Documentazione da consegnare alla Compagnia per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

Si rinvia all'art. 8 – Denuncia dei sinistri – delle Condizioni di Assicurazione per il dettaglio della documentazione che l'avente diritto è tenuto a presentare alla Compagnia per la liquidazione delle prestazioni.

La Compagnia si impegna a liquidare il Sinistro entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa, prevista dall'art. 8 – Denuncia dei sinistri – delle Condizioni di Assicurazione, comprovante il Sinistro. In riferimento alla garanzia di ramo vita per il caso Decesso, le somme liquidate saranno corrisposte ai beneficiari. 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, come da Art. 2952 Codice Civile, così come modificato dalla Legge 221 del 17/12/2012.

Decorso tale termine senza che la Compagnia 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 (Regolamento di attuazione L. 23 dicembre 2005 n. 266 con D.P.R. n.116 del 22/6/2007 in materia di "Rapporti dormienti").

In riferimento alla garanzia di ramo danni per il caso di Invalidità Totale e Permanente, il diritto all'Indennizzo si prescrive nel termine di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

15. Legge applicabile al Contratto

Al Contratto si applica la legge italiana.

16. Lingua in cui è redatto il Contratto

Il Contratto, e ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di Contratto, sono redatti in lingua italiana.

17. Reclami

Eventuali reclami relativi al rapporto contrattuale o alla gestione del Sinistro possono essere presentati alla Compagnia, per il tramite del Broker, secondo le seguenti modalità:

- **Posta: AXA France Vie c/o Iside Broker Insurance S.r.l., Via Asiago 27 – 22063 Cantù (CO);**
- **mail: isidebroker@legalmail.it**
- **fax: 0331/926045**

I reclami indirizzati alla Compagnia contengono:

- nome, cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante;
- numero della polizza, nominativo della Contraente, numero dell'Adesione 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 descrizione del motivo di lamentela;
- ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze.

Sarà cura della Compagnia comunicare gli esiti del reclamo entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo.

In caso di assenza di riscontro da parte della Compagnia entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo o in caso di risposta ritenuta non soddisfacente, il reclamante potrà presentare formale reclamo a:

IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni

Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma

Fax: 06.42.133.745 – 06.42.133.353

utilizzando l'apposito modello predisposto per la presentazione dei reclami, disponibile sul sito dell'Autorità al seguente link:

http://www.ivass.it/ivass_cms/docs/F2180/Allegato2_Guida%20ai%20reclami.pdf

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato alla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

In **alternativa**, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo direttamente al sistema estero competente:

La Médiation de l'Assurance

TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09

O tramite la procedura sul sito web:

<https://www.mediation-assurance.org>,

chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, oltre a quanto previsto in base alla vigente normativa in merito alla mediazione civile.

18. Informativa in corso di Contratto

La Compagnia si impegna a comunicare all’Aderente/Assicurato le eventuali variazioni delle informazioni contenute nella Nota Informativa, intervenute per effetto di modifiche alla normativa successive alla Conclusione del Contratto.

19. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione nella professione

L’Aderente/Assicurato è esonerato dal dover dare comunicazioni alla Compagnia di eventuali aggravamenti e diminuzioni di rischio ai sensi degli Artt. 1897-1898 Codice Civile, nonché dall’obbligo di comunicare cambiamenti di professione ai sensi dell’Art. 1926 Codice Civile.

20. Sanzioni

In nessun caso la Compagnia sarà tenuta a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcuna richiesta di risarcimento, garantire alcun pagamento o indennizzo sulla base del presente Contratto, qualora detta copertura, pagamento o indennizzo possa esporre la stessa a qualunque divieto, sanzione economica o restrizione in forza di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o regolamenti dell’Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d’America.

21. Conflitto di interessi

In relazione al presente Contratto non sussistono, al momento della redazione della presente Nota Informativa, situazioni di conflitto d’interesse anche derivanti da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo.

La Compagnia è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa.

AXA France Vie
Il rappresentante legale
Gilles Cuvillier



Aderente/Assicurato:	Soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Adesione:	Applicazione derivante dalla sottoscrizione della Richiesta di Adesione da parte dell'Aderente/Assicurato al Contratto (o Polizza Collettiva).
Beneficiario:	Soggetto a cui spettano le prestazioni assicurative previste dal Contratto.
Broker:	Iside Broker Insurance S.r.l.
Capitale Assicurato:	Prestazione in forma di capitale che la Compagnia corrisponde al Beneficiario in caso di Decesso o Invalidità permanente e totale dell'Assicurato nel corso della Durata delle coperture assicurative.
Carenza:	Periodo di tempo, immediatamente successivo alla Data di Decorrenza, durante il quale la garanzia non ha effetto.
Compagnia:	AXA France Vie.
Conclusione dell'Adesione al Contratto:	<p>L'Adesione si intenderà conclusa a condizione che:</p> <ul style="list-style-type: none">• sia stata compilata, datata e sottoscritta la Richiesta di Adesione comprendente il Questionario Anamnestico (compilato e sottoscritto dall'Assicurato da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia) e fornita l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta, con contestuale accettazione del rischio da parte della Compagnia;• sia stato pagato il Premio unico anticipato previsto <p>e avrà effetto dalle ore 24,00 della Data di Decorrenza coincidente con la data di firma della Richiesta di Adesione.</p>
Condizioni di Assicurazione:	Insieme delle clausole di base che regolano il Contratto e riguardano gli aspetti generali quali il pagamento del Premio, la Data di Decorrenza, la Durata delle coperture assicurative.
Contraente:	Iside Broker Insurance S.r.l., con sede in via Asiago, 27 - 22063 - Cantù (CO), Partita IVA/C.F. 03361320132, rappresentata dal Dott. Pirulli Christian.
Contratto (o Polizza Collettiva):	Convenzione stipulata tra la Compagnia e la Contraente nell'interesse di più Assicurati che vogliono proteggersi contro i rischi coperti dalla stessa convenzione, attraverso la sottoscrizione della Richiesta di Adesione e la Conclusione dell'Adesione.
Costi (o spese):	Oneri a carico dell'Aderente/Assicurato e gravanti sul Premio.
Data di Decorrenza e Perfezionamento dell'Adesione:	Data a partire dalla quale l'Adesione produce i suoi effetti. La Data di Decorrenza coincide con la Conclusione dell'Adesione al Contratto.

Data di Scadenza:	Data prevista come termine di efficacia delle coperture assicurative relative a ciascuna Applicazione al Contratto ed a partire dalla quale cessano gli effetti delle stesse.
Decesso:	La morte dell’Aderente/Assicurato.
Diritti (propri) del Beneficiario:	Diritto del Beneficiario alle prestazioni dovute dalla Compagnia; è acquisito per effetto della designazione da parte dell’Aderente/Assicurato.
Durata delle coperture assicurative:	Periodo che intercorre dalla Data di Decorrenza alla Data di Scadenza o di cessazione delle coperture assicurative o, se precedente, alla data in cui si manifesta l’evento coperto dal Decesso.
Esclusioni:	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del Contratto.
Fascicolo Informativo:	Insieme della presente documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: <ul style="list-style-type: none">- Nota Informativa;- Glossario;- Condizioni di Assicurazione;- Informativa sul trattamento dei dati personali;- Fac-simile modulo di Richiesta di Adesione comprensivo di Questionario Anamnestico.
Indennizzo, Indennità o Liquidazione:	Pagamento al Beneficiario delle prestazioni dovute al verificarsi di uno degli eventi assicurati.
Infortunio:	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca il Decesso dell’Assicurato o lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano come conseguenza l’Invalidità Totale e Permanente. Sono inoltre parificati agli infortuni: l’asfissia non di origine morbosa, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; l’infezione e l’avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali; l’annegamento; l’assideramento o il congelamento; i colpi di sole o di calore; le lesioni muscolari determinate da sforzi, con esclusione di ogni tipo di infarto e delle rotture sottocutanee dei tendini; le ernie addominali, con esclusione di ogni tipo di ernia; gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.
Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia:	La perdita totale e definitiva della capacità lavorativa generica dell’Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata. Tale invalidità è riconosciuta quando il grado di percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 60%, ai sensi del DPR 38/2000 e successive modificazioni.
ISVAP:	Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che ha svolto, fino al 31 dicembre 2012, funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.
IVASS:	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell’ISVAP a decorrere dal 1° gennaio 2013.

Limiti di indennizzo:	Limite dell'esposizione finanziaria della Compagnia, al di là del quale le conseguenze economiche del Sinistro restano a carico dell'Assicurato.
Malattia:	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
Nota Informativa:	Il documento che precede le Condizioni di Assicurazione, redatto secondo le disposizioni dell'ISVAP, ora IVASS, che la Compagnia consegna all'Aderente/Assicurato prima della sottoscrizione della Richiesta di Adesione e che contiene informazioni relative alla Compagnia e alle caratteristiche assicurative del Contratto (o Polizza Collettiva).
Parti:	La Compagnia e la Contraente
Premio unico anticipato:	Importo, comprensivo di imposte, che l'Aderente/Assicurato deve corrispondere alla sottoscrizione della Richiesta di Adesione per le coperture assicurative prestate.
Questionario Anamnestico:	Documenti che l'Assicurato deve compilare, ove richiesto dalla Compagnia, prima della stipulazione dell'assicurazione, contenente domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dello stesso. Le informazioni fornite dal dichiarante servono alla Compagnia per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.
Recesso:	Diritto di recedere dalle coperture assicurative relative alla propria Adesione e farne cessare gli effetti, da comunicarsi alla Compagnia da parte dell'Aderente/Assicurato entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza.
Richiesta di Adesione:	Modulo sottoscritto dall'Aderente/Assicurato, in qualità di Aderente, con il quale egli conferma di avere ricevuto, letto e valutato tutti i documenti inclusi nel Fascicolo Informativo del Contratto e manifesta alla Compagnia la volontà di aderire al Contratto.
Sinistro:	Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del Contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurativa, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.
Trattamento fiscale del Premio	Possibilità di portare in detrazione dalle imposte sui redditi delle persone fisiche, nella misura prevista dalla normativa vigente, una parte del Premio versato per il contratto di assicurazione.

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Compagnia, alle condizioni di seguito indicate, garantisce, secondo le opzioni, gli Aderenti/Assicurati contro i rischi di:

Opzione contrattuale	Durata	Coperture assicurative	
		Decesso	Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia
Opzione 1	3 anni	Si	No
Opzione 2	5 anni	Si	No
Opzione 3	7 anni	Si	No
Opzione 4	10 anni	Si	No
Opzione 5	3 anni	Si	Si
Opzione 6	5 anni	Si	Si
Opzione 7	7 anni	Si	Si
Opzione 8	10 anni	Si	Si

A) Decesso per qualunque causa (garanzia di ramo vita) – OPZIONI 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

1. **Assicurati garantiti:** tutti gli Aderenti.
2. **Rischio assicurato:** decesso per qualunque causa.

A deroga dell'art. 1900 C.C. sono compresi i sinistri cagionati da colpa grave dell'Aderente/Assicurato.

3. **Franchigia e Carenza:** non previste.
4. **Prestazione assicurativa:** Fermi i Limiti di indennizzo di cui all'art. 3 – Limiti di indennizzo – delle Condizioni di Assicurazione, la Compagnia liquida ai Beneficiari una somma pari al Capitale Assicurato prescelto dall'Aderente/Assicurato al momento dell'Adesione.

B) Invalidità Totale e Permanente, a seguito di Infortunio o Malattia (garanzia di ramo danni) – OPZIONI 5, 6, 7, 8

1. **Assicurati garantiti:** tutti gli Aderenti.
2. **Rischio assicurato:** Invalidità Totale e Permanente, **di grado uguale o superiore al 60%**, a seguito di Infortunio o Malattia.

A deroga dell'art. 1900 C.C. sono compresi i sinistri cagionati da colpa grave dell'Aderente/Assicurato.

3. **Franchigia:** la copertura prevede un periodo di franchigia di 60 giorni.
4. **Carenza:** la copertura prevede un periodo di carenza di 60 giorni per evento derivante da Malattia.
5. **Prestazione assicurativa:** Fermi i Limiti di indennizzo di cui all'art. 3 – Limiti di indennizzo – delle Condizioni di Assicurazione, la Compagnia liquida ai Beneficiari una somma pari al Capitale Assicurato prescelto dall'Aderente/Assicurato al momento dell'Adesione.

2 – DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

La copertura relativa al rischio Decesso è esclusa nei seguenti casi:

- a) Dolo dell'Aderente/Assicurato ovvero della Contraente o del Beneficiario;
- b) Partecipazione attiva dell'Aderente/Assicurato: a delitti dolosi; a fatti di guerra, dichiarata o di fatto, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; a risse, tranne per il caso di legittima difesa; ad atti di terrorismo e sabotaggio;
- c) Infortuni di volo se l'Aderente/Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo ed, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- d) l'esercizio di un'attività sportiva pericolosa praticata sia a scopo amatoriale che agonistico quale: alpinismo (inteso anche come scalata di rocce, accesso a ghiacciai) con o senza accompagnamento di guida alpina; acrobazie; esibizioni; record o tentativi di record; voli di collaudo; salti dal trampolino con sci o idrosci; sci acrobatico; sci fuoripista; immersione con autorespiratore; speleologia; motonautica; automobilismo; motociclismo; paracadutismo; sport aerei in genere; pugilato; lotta nelle sue varie forme; rugby; football americano;
- e) Suicidio per i 12 mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- f) Malattie ed Infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
- g) Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate.

La copertura relativa al rischio Invalidità Totale e Permanente è esclusa nei seguenti casi:

- h) Infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Aderente/Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- i) Infortuni causati all'Aderente/Assicurato da abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- j) Infortuni occorsi mentre alla guida di veicoli a motore e natanti, se dovuti ad un tasso alcolemico dell'Aderente/Assicurato superiore a quanto consentito dalla normativa in vigore al momento del sinistro.
- k) Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Aderente/Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- l) Infortuni causati da guerra anche non dichiarata od insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni;
- m) Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti e risse a cui l'Aderente/Assicurato abbia preso parte attiva;
- n) Infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
- o) Eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- p) Applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Aderente/Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione;
- q) Mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di invalidità totale;
- r) Infortuni causati da:
 - paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

- tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- dalla guida di natanti a motore per uso non privato;
- dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Aderente/Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Aderente/Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;
- dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- HIV o AIDS.

3 – LIMITI DI INDENNIZZO

Per ciascun Aderente/Assicurato, la prestazione massima garantita dalla Compagnia è Euro 200.000,00 per le garanzie Decesso e Invalidità Permanente e Totale.

4– DURATA DELLE COPERTURE – EFFETTO – DECORRENZA DELLE COPERTURE

Art. 4.1 Data di Decorrenza delle coperture assicurative

L'Adesione al Contratto da parte dell'Aderente/Assicurato avrà effetto dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza, a condizione che:

- siano stati compilati, datati e sottoscritti la Richiesta di Adesione e il Questionario Anamnestico compilato datato e sottoscritto dall'Assicurato da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia
- sia stata fornita l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta
- ci sia stata l'accettazione da parte della Compagnia
- sia stato pagato il Premio unico anticipato previsto.

Art. 4.2 Durata delle coperture assicurative

La durata delle coperture previste dalla Polizza è pari a 3, 5, 7 o 10 anni.

Art. 4.3 Cessazione delle coperture assicurative

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

- liquidazione della Prestazione di cui alle garanzie Decesso e Invalidità Permanente e Totale prestate da AXA France Vie in forza della presente Polizza n. 4967;
- compimento da parte dell'Assicurato dei 61 anni di età se precedente alla Data di scadenza per le garanzie Decesso e Invalidità Permanente e Totale.

5 – RECESSO

Avvertenza

L'Aderente/Assicurato ha diritto di recedere dalle coperture assicurative relative alla propria Adesione entro **60 (sessanta)** giorni dalla Data di decorrenza.

Il Recesso deve essere comunicato per iscritto alla Compagnia, o eventualmente per il tramite del Soggetto Incaricato del collocamento, mediante lettera raccomandata contenente gli estremi identificativi della Polizza, ed inviata a:

AXA France Vie c/o Iside Broker Insurance S.r.l.

Via Asiago, 27 – 22063 Cantù (CO)

Entro **30 (trenta)** giorni dal ricevimento della comunicazione di Recesso, la Compagnia rimborsa all'Aderente/Assicurato il Premio da questi corrisposto al netto della parte relativa al periodo per il quale l'Adesione al Contratto ha avuto effetto. L'esercizio del diritto di Recesso da parte dell'Aderente/Assicurato implica necessariamente il recesso da tutte le coperture assicurative. La Compagnia, tramite la Contraente, restituisce all'Aderente/Assicurato la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria, al netto delle imposte.

Il Contratto non prevede la facoltà di esercitare il diritto di recesso da parte della Compagnia per la singola Applicazione emessa.

6 – BENEFICIARI

Beneficiario delle prestazioni assicurative è l'Aderente/Assicurato (per la garanzia Invalidità Totale e Permanente) o, in mancanza, gli eredi legittimi e/o testamentari o altro soggetto comunicato dall'Aderente/Assicurato nella Richiesta di Adesione (per la garanzia Decesso).

7 – MODIFICHE ALLA RICHIESTA DI ADESIONE

Le eventuali modifiche alle informazioni, comunicate dall'Aderente/Assicurato nella Richiesta di Adesione, devono essere approvate per iscritto da parte della Compagnia e dell'Aderente/Assicurato.

8 – DENUNCIA DEI SINISTRI

Per ottenere la liquidazione della prestazione **devono essere consegnati alla Compagnia, entro 30 giorni dal momento del sinistro o dal momento in cui l'Aderente/Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità**, i seguenti documenti, necessari a verificare l'effettiva sussistenza dell'obbligo di pagamento, con una delle seguenti modalità:

Modalità di denuncia	Recapito
Via Posta (anche raccomandata a/r)	AXA France Vie c/o Iside Broker Insurance S.r.l., "Ufficio Sinistri", Via Asiago 27 – 22063 Cantù (CO)
Via e-mail	amministrazione@isidebroker.net
Via PEC	isidebroker@legalmail.it

Art. 8.1 Decesso

- copia della Richiesta di Adesione alle coperture assicurative e dell'eventuale Questionario Anamnestico;
- certificato di morte;
- Scheda di morte oltre il 1° anno di vita (ISTAT Modello D4); copia della cartella clinica;
- 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.

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

Gli aventi causa dovranno inoltre fornire la seguente documentazione:

- l'atto di notorietà da cui risulti l'esistenza o meno di testamento e, in caso affermativo, copia autentica del testamento pubblicato;
- nel caso in cui la designazione beneficiaria sia genericamente determinata, dall'atto notorio dovrà risultare l'elenco di tutti gli eredi con l'indicazione delle generalità complete, dell'età, dello stato civile, della capacità di agire di ciascuno di essi, del rapporto e grado di parentela con l'Assicurato e con

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

l'esplicita dichiarazione che oltre a quelli elencati non esistono, né esistevano alla morte dell'Assicurato, altre persone aventi comunque diritto per legge alla successione;

- nel caso in cui tra i Beneficiari vi siano soggetti minori od incapaci, il decreto di autorizzazione del Giudice Tutelare a riscuotere la somma dovuta con esonero di AXA France Vie da ogni responsabilità circa il pagamento della somma stessa.
- In entrambi i casi, AXA France Vie esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento presso la propria sede della documentazione completa.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore degli aventi diritto.

Art. 8.2 Invalidità Totale e Permanente

- copia della Richiesta di Adesione alle coperture assicurative e dell'eventuale Questionario Anamnestico;
- dichiarazione del sinistro compilato dal medico curante;
- copia della cartella clinica se, a seguito del sinistro, è stato necessario il ricovero;
- in caso di sinistro avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- certificazione di invalidità permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.); in difetto, un certificato di un medico legale, se disponibile.

Disposizioni comuni

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

L'Aderente/Assicurato deve inoltre:

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

9 – LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

La Compagnia si impegna a liquidare il Sinistro agli aventi diritto entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa comprovante il Sinistro. Decorso tale termine saranno dovuti gli interessi moratori.

10 – PERSONE ASSICURABILI e FORMALITA' DI AMMISSIONE

Sono assicurabili le persone fisiche residenti nell'Unione Europea e domiciliate in Italia che hanno un'età compresa tra 18 e 51 anni non compiuti al momento della sottoscrizione della richiesta di Adesione, fermo restando che l'età di permanenza in copertura è limitata al compimento dei 61 anni per tutte le garanzie.

L'Adesione al Contratto da parte dell'Aderente/Assicurato avrà effetto dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza, a condizione che:

- siano stati compilati, datati e sottoscritti la Richiesta di Adesione e il Questionario Anamnestico compilato datato e sottoscritto dall'Assicurato da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia
- sia stata fornita l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta
- ci sia stata l'accettazione da parte della Compagnia
- sia stato pagato il Premio unico anticipato previsto.

L'Aderente/Assicurato manifesta l'interesse ad aderire alla Polizza mediante la sottoscrizione della Richiesta di Adesione la cui validità è pari a 6 mesi.

Ogni Adesione dovrà essere completata con la documentazione indicata al successivo punto 10.1 Limiti assuntivi.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

In caso di sottoscrizione del Questionario Anamnestico con tutte le risposte negative, la copertura si intende accettata da parte della Compagnia a seguito della stessa sottoscrizione della Richiesta di Adesione. In caso di sottoscrizione del Questionario Anamnestico con almeno una risposta positiva, la Compagnia si riserva il diritto di decidere circa l'accettazione o il rifiuto della copertura assicurativa o di richiedere eventuale ulteriore documentazione sanitaria. In tali casi, la Compagnia si impegna a comunicare tempestivamente l'accettazione o il rifiuto del rischio all'Aderente/Assicurato e, per conoscenza, alla Contraente.

10.1 Limiti assuntivi

L'accettazione del rischio avviene sulla base dei dati forniti con la Richiesta di Adesione, completata in ogni parte, datata e firmata dall'Aderente/Assicurato e del Questionario Anamnestico, compilato, datato e sottoscritto dall'Assicurato da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia e di ulteriore documentazione eventualmente richiesta.

Ogni Adesione dovrà essere completata con la presentazione del Questionario Anamnestico debitamente compilato presente sulla Richiesta di Adesione. L'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che la Compagnia avrà dato il proprio consenso.

Di volta in volta la Compagnia si riserva di richiedere ulteriore documentazione sanitaria.

11 – LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per sinistri verificatisi nel mondo intero per le garanzie Decesso e Invalidità Totale e Permanente.

12 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

13 – COMUNICAZIONI

Salvo quanto previsto nell'art. 5 – Recesso – delle Condizioni di Assicurazione, tutte le comunicazioni da parte dell'Aderente/Assicurato alla Compagnia dovranno essere fatte per iscritto.

Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia saranno indirizzate al domicilio indicato dall'Aderente/Assicurato sulla Richiesta di Adesione.

14 – IMPOSTE E ALTRI ONERI FISCALI

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

15 – RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

Qualora l'Infortunio subito dall'Aderente/Assicurato sia imputabile a responsabilità di terzi, la Compagnia rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 del c.c.

16 – ARBITRATO

Le Parti hanno la facoltà di rimettere alla decisione di un collegio di tre medici le eventuali controversie sulla natura e valutazione delle lesioni, delle malattie o sul grado di invalidità che sono oggetto delle coperture prestate dalla presente Polizza. In tal caso le Parti conferiranno mandato, con scrittura privata, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Tale luogo si intende la città sede dell'istituto di medicina legale più vicino all'Aderente/Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. Le decisioni del Collegio dei Medici sono vincolanti per le Parti. **È possibile in ogni caso rivolgersi all'autorità giudiziaria.**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

17 – LEGGE APPLICABILE

La Legge applicabile al contratto di assicurazione è quella italiana.

18 – FORO COMPETENTE

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

19 – SANZIONI

In nessun caso la Compagnia sarà tenuta a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcuna richiesta di risarcimento, garantire alcun pagamento o indennizzo sulla base del presente Contratto, qualora detta copertura, pagamento o indennizzo possa esporre la stessa a qualunque divieto, sanzione economica o restrizione in forza di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

20 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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



INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati) si informa l' "Interessato" (contraente / aderente alla polizza collettiva o convenzione / assicurato / beneficiario / loro aventi causa) di quanto segue.

AVVERTENZA PRELIMINARE

In caso di prodotti assicurativi intermediati ai singoli aderenti a Polizze Collettive o convenzioni, la presente Informativa viene resa dalla compagnia assicurativa (Titolare del Trattamento) anche nell'interesse degli altri titolari del trattamento nell'ambito della c.d. catena assicurativa, ai sensi del Provvedimento del Garante Per la Protezione dei Dati Personali del 26 aprile 2007 (doc. web n. 1410057).

1. IDENTITA' E DATI DI CONTATTO DELLA COMPAGNIA TITOLARE DEL TRATTAMENTO

AXA FRANCE VIE iscritta al registro di commercio delle Imprese di Nanterre n°310 499 959 con sede legale al 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Francia, autorizzata ad operare in Italia in regime di Libera Prestazione di Servizi con Provvedimento IVASS (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni) emesso il 20 febbraio 2006 ai sensi dell'art. 24 del D.Lgs. 209/2005, iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco II, nr. II.00022.

2. DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)

L'Interessato può contattare il Responsabile della Protezione dei dati (DPO - Data Protection Officer) della compagnia Titolare del Trattamento scrivendo ai seguenti contatti:

- per posta: AXA FRANCE VIE - Att.ne del Data Protection Officer - Corso Como n. 17 – 20154 MILANO
- per e-mail: clp.it.privacy@partners.axa

3. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO CUI SONO DESTINATI I DATI PERSONALI E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Le finalità del trattamento dei dati personali raccolti sono le seguenti:

- a. finalità strettamente connesse e strumentali all'offerta, conclusione ed esecuzione del contratto di assicurazione stipulato (inclusi gli eventuali rinnovi), al pagamento dei premi, alla gestione e liquidazione dei sinistri, ivi inclusa la prevenzione, l'individuazione e il perseguimento di frodi assicurative;
- b. espletamento di attività amministrativo – contabili e di quelle attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa, alle quali la compagnia Titolare del Trattamento è autorizzata, ivi inclusa la redistribuzione del rischio attraverso co-assicurazione e/o riassicurazione.
- c. finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e controllo.

Il trattamento dei dati di cui alle lettere "a" e "b" è da considerarsi lecito in quanto necessario per dare esecuzione al contratto di assicurazione (dalla fase precontrattuale di assunzione del rischio alla fase liquidativa di accertamento del diritto alla prestazione), in quanto l'Interessato esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali, anche relativi al proprio stato di salute, per le finalità sopra indicate (mediante apposita dichiarazione resa in forma scritta), nonché per il perseguimento e tutela di un legittimo interesse della compagnia Titolare del Trattamento. Il trattamento dei dati di cui alla lettera "c" è da considerarsi lecito perché effettuato in adempimento ad obblighi di legge gravanti sulla compagnia Titolare del Trattamento.

4. LE CATEGORIE DI DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO

Possono essere oggetto di trattamento, solo ed esclusivamente per le finalità sopra indicate, le seguenti categorie di dati personali dell'Interessato:

- a. Dati identificativi dell'Interessato, quali: il nome e il cognome, il luogo e la data di nascita, la residenza anagrafica e il domicilio, estremi del documento di identificazione, il codice fiscale, e-



mail, numero di telefono;

- b. dati dell'Interessato idonei a rivelare lo stato di salute, solo qualora strettamente necessari a dare esecuzione al contratto di assicurazione, dalla fase precontrattuale di assunzione del rischio alla fase liquidativa di accertamento del diritto alla prestazione.

In caso di polizze connesse a finanziamenti o mutui, sono altresì oggetto di trattamento i dati relativi al finanziamento/mutuo strettamente necessari per l'assicurazione (ad esempio: numero del finanziamento assicurato, decorrenza e durata del finanziamento ai fini della copertura, società finanziaria erogante, capitale erogato e rata mensile ai fini della quantificazione delle prestazioni in caso di sinistro). In caso di polizze vendute aventi ad oggetto rischi sugli autoveicoli, sono altresì oggetto di trattamento i dati che identificano il mezzo assicurato (targa, numero di telaio, data di immatricolazione).

In caso di pagamento premi con modalità bonifico bancario o SEPA direct debit, saranno altresì oggetto di trattamento le coordinate bancarie (IBAN) dell'Interessato, così come in caso di liquidazione delle prestazioni previste dal contratto.

5. DESTINATARI / CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono anzitutto i dipendenti e/o collaboratori della compagnia Titolare del Trattamento, facenti parte della organizzazione interna del Titolare, che trattano i dati raccolti esclusivamente nell'ambito delle rispettive mansioni (ad es.: ufficio sinistri, ufficio reclami, ufficio back-office, ufficio underwriting), in conformità alle istruzioni ricevute dal Titolare e sotto la sua autorità.

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono altresì le seguenti categorie di soggetti terzi, esterni alla organizzazione della compagnia Titolare del Trattamento, ai quali i dati personali possono essere comunicati. Tali soggetti agiscono in qualità di autonomi titolari del trattamento, salvo il caso in cui siano stati designati responsabili del trattamento. Tali soggetti sono:

- a. altri soggetti del settore assicurativo (c.d. catena assicurativa), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, broker, agenti ed altri intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione);
- b. professionisti, consulenti, studi o società operanti nell'ambito di rapporti di consulenza e assistenza professionale, quali studi legali, medici di fiducia, periti, consulenti privacy, consulenti antiriciclaggio, consulenti fiscali, consulenti/società antifrode, professionisti/società di recupero crediti, società incaricate del monitoraggio/controllo qualità dell'offerta e collocamento dei contratti di assicurazione, etc.;
- c. soggetti che svolgono attività connesse e strumentali all'esecuzione del contratto di assicurazione e alla gestione e liquidazione del sinistro, quali: attività di stoccaggio, gestione, archiviazione e distruzione della documentazione dei rapporti intrattenuti con la clientela e non; attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela; attività di assistenza alla clientela (es.: call center, help desk); attività di offerta e collocamento a distanza di contratti di assicurazione (call center esterni); attività di assunzione medica del rischio, gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri; attività di amministrazione delle polizze e supporto alla gestione ed incasso dei premi;
- d. organismi associativi consortili propri del settore assicurativo (ANIA) o finanziario, cui il Titolare o gli altri titolari della catena assicurativa sono iscritti;
- e. società del gruppo di appartenenza della compagnia Titolare del Trattamento o degli altri titolari della catena assicurativa (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- f. altri soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria per legge quali, a titolo esemplificativo: IVASS, Banca d'Italia - UIF (Unità d'informazione finanziaria), Agenzia delle Entrate, Magistratura, Forze dell'Ordine.



6. TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A DESTINATARI UBICATI IN PAESI TERZI

I dati personali dell'Interessato non sono trasferiti a destinatari ubicati in paesi terzi.

7. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati personali sono conservati per un periodo di 10 anni dalla scadenza o anticipata cessazione, per qualsiasi causa, del contratto di assicurazione e, in ogni caso, in conformità alle regole dell'autorità di vigilanza di settore.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'Interessato ha il diritto di chiedere al Titolare:

- a. l'accesso ai dati personali che lo riguardano;
- b. la rettifica dei dati personali che lo riguardano;
- c. la cancellazione dei dati personali che lo riguardano;
- d. la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano.

L'Interessato ha altresì i seguenti diritti nei confronti del Titolare:

- e. diritto di opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano;
- f. diritto alla portabilità dei dati che lo riguardano. Per "diritto alla portabilità" si intende il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali forniti al Titolare, nonché il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del Titolare cui li ha forniti (ai sensi dell'Art. 20 del Regolamento);
- g. diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

L'Interessato ha, infine, il seguente diritto:

- h. diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati Personali, per lamentare una violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali. Il reclamante potrà far pervenire il reclamo al Garante utilizzando la modalità che ritiene più opportuna, consegnandolo a mano presso gli uffici del Garante (all'indirizzo di seguito indicato) o mediante l'inoltro di:
 - i. raccomandata A/R indirizzata a: *Garante per la protezione dei dati personali - Piazza di Monte Citorio, 121 - 00186 Roma;*
 - ii. e-mail all'indirizzo: *garante@gpdp.it*, oppure *protocollo@pec.gpdp.it*;
 - iii. fax al numero: *06/696773785*.

9. FONTE DA CUI HANNO ORIGINE I DATI PERSONALI

La compagnia Titolare del Trattamento raccoglie i dati personali dell'Interessato direttamente dall'Interessato stesso (anche tramite propri outsourcer che entrano in contatto con esso) oppure presso gli intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione) incaricati o comunque coinvolti nella distribuzione del prodotto assicurativo oppure presso il Contraente della Polizza Collettiva o convenzione.

10. INFORMAZIONI SU PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI E PROFILAZIONI

I dati personali raccolti non sono oggetto di processi decisionali automatizzati, né sono oggetto di profilazione.

Data dell'ultimo aggiornamento del presente documento 01/10/2018

RICHIESTA DI ADESIONE – FAC SIMILE

1) Dati dell'Aderente/Assicurato			
Cognome		Nome	
Indirizzo	Località	Provincia	CAP
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Codice Fiscale
Professione	Documento Tipo	Numero	Data e luogo di emissione

Totale capitali già assicurati da AXA France Vie tramite Iside Broker Insurance S.r.l. o sue partecipate o controllate _____ Euro

Preso atto che Iside Broker Insurance S.r.l. ha stipulato ai sensi dell'art. 1891 C.C. con AXA France Vie (di seguito "AXA") una polizza collettiva di assicurazione a cui possono aderire i clienti persone fisiche della Iside Broker Insurance S.r.l., o delle sue partecipate o controllate.

RICHIEDE DI ADERIRE A:

<input type="checkbox"/> Opzione 1	
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte	
Durata	
<input type="checkbox"/> 3 anni	
Capitale assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro

<input type="checkbox"/> Opzione 2	
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte	
Durata	
<input type="checkbox"/> 5 anni	
Capitale assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro

<input type="checkbox"/> Opzione 3	
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte	
Durata	
<input type="checkbox"/> 7 anni	
Capitale assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro

<input type="checkbox"/> Opzione 4	
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte	
Durata	
<input type="checkbox"/> 10 anni	
Capitale assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro

<input type="checkbox"/> Opzione 5	
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte	
B) Assicurazione Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia	
Durata	
<input type="checkbox"/> 3 anni	
Capitale assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro

RICHIESTA DI ADESIONE – FAC SIMILE

<input type="checkbox"/> Opzione 6	
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte B) Assicurazione Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia	
Durata	
<input type="checkbox"/> 5 anni	
Capitale assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro

<input type="checkbox"/> Opzione 7	
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte B) Assicurazione Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia	
Durata	
<input type="checkbox"/> 7 anni	
Capitale assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro

<input type="checkbox"/> Opzione 8	
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte B) Assicurazione Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia	
Durata	
<input type="checkbox"/> 10 anni	
Capitale assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro

BENEFICIARI		
Beneficiario delle prestazioni assicurative, in riferimento alla garanzia Invalidità Totale e Permanente, è l'Aderente/Assicurato; in riferimento alla garanzia Decesso, Beneficiari sono gli aventi diritto dell'Aderente/Assicurato (eredi legittimi e testamentari), ovvero la persona di seguito designata dall'Aderente/Assicurato:		
Cognome	Nome	Codice Fiscale
FIRMA DELL'ASSICURATO		

AVVERTENZA – Si informa l'Aderente/Assicurato del diritto di ricevere l'informativa precontrattuale della Polizza Collettiva n.4967, nei limiti e con le modalità di cui alla regolamentazione sulla distribuzione assicurativa.

DICHIARO di aver ricevuto, prima della sottoscrizione del Contratto, in formato cartaceo:

- il Fascicolo Informativo – redatto secondo le prescrizioni IVASS - contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario, l'Informativa sul Trattamento dei dati personali e la presente Richiesta di Adesione che definiscono il Contratto. A tal proposito prendo/iamo atto che il testo integrale delle Polizze Collettive sono depositate a mia/nostra disposizione presso la sede della Contraente nonché presso qualsiasi soggetto e/o punto vendita dei quali la stessa si avvalga per il collocamento dei finanziamenti;
- il "DIP Danni" relativo alla garanzia di ramo danni Invalidità Totale e Permanente, ovvero l'IPID il documento informativo relativo al prodotto assicurativo, come disciplinato dal Regolamento di Esecuzione (UE) 2017/1469 dell'11 agosto 2017);
- gli Allegati 3 e 4 di cui al Regolamento IVASS n. 40/2018 ("comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento degli intermediari nei confronti dei contraenti" ed "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, della conclusione del contratto");
- di aver LETTO, COMPRESO ed ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.

Con l'apposizione della firma in calce, DICHIARO di voler aderire alla Polizza Collettiva n. 4967 e di voler attivare la copertura assicurativa (a seconda dell'Opzione da me scelta), accettando integralmente le condizioni di assicurazione contenute nel Fascicolo Informativo.

Luogo e Data
FIRMA DELL'ASSICURATO

RICHIESTA DI ADESIONE – FAC SIMILE

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (INCLUSI QUELLI SULLO STATO DI SALUTE)

Io sottoscritto, dopo aver letto l'Informativa Privacy della compagnia Titolare del Trattamento redatta ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali), contenuta all'interno del Fascicolo Informativo, della quale confermo ricezione, presto il consenso al trattamento dei miei dati personali, ivi inclusi quelli eventualmente da me conferiti in riferimento al mio stato di salute, ai fini dell'esecuzione del contratto di assicurazione. Resta inteso che in caso di negazione del consenso non sarà possibile finalizzare il rapporto contrattuale.

Luogo e Data
FIRMA DELL'ASSICURATO

DICHIARO ALTRESÌ:

- di essere a conoscenza che in caso di mancato assenso da parte di AXA all'adesione alla Polizza Collettiva, solo in caso di sottoscrizione del Questionario Anamnestico, le coperture richieste non saranno attivate;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte di AXA, sono veritiere, precise e complete;
- di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono avermi curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali AXA volesse rivolgersi per informazioni;
- di non aver compiuto 51 anni.

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

Io sottoscritto dichiaro di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli Articoli del Codice Civile: 1341: Condizioni Generali di Contratto e 1342: Contratto concluso mediante moduli e formulari - le Clausole Vessatorie e il disposto dei seguenti articoli delle **Condizioni di Assicurazioni: Art. 1** "Oggetto dell'Assicurazione", **Art. 2** "Delimitazioni ed Esclusioni", **Art. 4** "Durata della Copertura - Effetto - Decorrenza delle Coperture", **Art. 8** "Denuncia dei sinistri", **Art. 12** "Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio", **Art. 18** "Foro Competente".

Luogo e Data
FIRMA DELL'ASSICURATO

AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato nei questionari possono compromettere il diritto alla prestazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.
- prima della sottoscrizione dei questionari, il soggetto di cui alla lettera a) è tenuto a verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte rese;
- anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

Le dichiarazioni rese sono valide 6 mesi. Il questionario dovrà essere compilato accuratamente, evitando macchie o cancellature; un semplice tratto non sarà considerato come una risposta valida.

COSTI GRAVANTI SUL CONTRATTO

Sul Premio vengono applicati i seguenti costi:

Costi effettivamente sostenuti sul Premio	Quota parte sui costi effettivamente percepita per l'intermediazione
Euro _____	Euro _____
% _____	% _____

QUESTIONARIO ANAMNESTICO – POLIZZA N° 4967

NOME: _____ COGNOME: _____ NATO/A IL: _____

AVVERTENZA SULLE MODALITÀ DI INVIO DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO ALLA COMPAGNIA

Il presente Questionario Anamnestico potrà essere trasmesso alla Compagnia di assicurazione AXA FRANCE VIE:

- a) per il tramite del Contraente ovvero
- b) direttamente dall'Assicurato, indirizzandolo al medico specializzato della Compagnia di assicurazione AXA FRANCE VIE, utilizzando una busta chiusa intestata a "All'attenzione del Medico Specializzato AXA Partners – Credit and Lifestyle Protection c/o CBP ITALIA, Viale V. Lancetti 43, 20158 Milano" ovvero tramite ogni mezzo a Suo piacimento, purché idoneo ad assicurare la riservatezza delle informazioni oggetto di comunicazione.

IMPORTANTE - In ogni caso, il Questionario Anamnestico deve essere fatto pervenire alla Compagnia di assicurazione AXA FRANCE VIE sempre unitamente alla Richiesta di Adesione compilato e sottoscritto dall'Aderente in ogni sua parte, ivi inclusa quella relativa alla prestazione del consenso al trattamento dei dati personali. In caso di mancato consenso al trattamento dei dati personali, la Compagnia di assicurazione non potrà processare la posizione assicurativa.

AVVERTENZA SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO

In caso di compilazione del Questionario Anamnestico, si avverte di quanto segue:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato nel questionario possono compromettere il diritto alla prestazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.;
- b) prima della sottoscrizione del questionario, l'Assicurato è tenuto a verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte rese;
- c) la compagnia AXA FRANCE VIE si riserva il diritto di prestare o meno la copertura assicurativa previo esame delle risposte rese nel questionario e della documentazione sanitaria prodotta eventualmente richiesta.

Le dichiarazioni rese sono valide 6 mesi. Il questionario dovrà essere compilato accuratamente, evitando macchie o cancellature; un semplice tratto non sarà considerato come una risposta valida. La compagnia si riserva di chiedere documentazione medica supplementare.

Altezza: cm Peso: kg Differenza (Altezza - Peso):		In caso di risposta affermativa, fornire le precisazioni richieste
1 Questa differenza è inferiore a 80 o superiore a 120?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
2 E' attualmente inabile al lavoro, totalmente o parzialmente, per malattia o infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Da quando? Per quale motivo?
3 E' sottoposto attualmente ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? Da quando? Trattamento e posologia.....
4 E' colpito da una malattia cronica, da infermità, invalidità o da postumi di una malattia o di un infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Di quale natura? Da quando?
5 E' titolare di una pensione per malattia o infortunio? E' titolare di una rendita per infortunio sul lavoro superiore al 15%?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? Percentuale(i)?% Da quando? (allegare copia della notifica di rendita)
6 Gode dell'esonero dal ticket a causa di una malattia o di un infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? Da quando?
7 Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere il lavoro per più di 30 giorni consecutivi per malattia o infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? Quando? Per quanto tempo?
8 Ha subito un test di individuazione sierologica che si sia rivelato positivo per le sierologie Epatite B, C e/o: HIV (virus dell'immunodeficienza umana)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Quale(i)? Quando? Risultato? Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/>

