



## **Polizza collettiva n. 4943 “Income Protection”**

### **FASCICOLO INFORMATIVO**

**IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:**

- Note Informative
- Condizioni di Assicurazione
- Glossari
- Informativa sul Trattamento dei Dati Personali
- Richiesta di Adesione comprensiva del Questionario Medico Semplificato
- 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. 4943 STIPULATA TRA  
GB INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE S.R.L., AXA FRANCE VIE e AXA FRANCE IARD**

**Il presente Fascicolo Informativo è stato redatto il 22 Febbraio 2016**

# Polizza collettiva n. 4942 “Income Protection”

## FASCICOLO INFORMATIVO

La presente Polizza Collettiva prevede, a seconda delle opzioni sottoscrivibili le seguenti garanzie:

OPZIONE	PERSONE ASSICURABILI	GARANZIA	COMPAGNIA
1	Tutti gli Assicurati	A – Decesso B – Invalidità Totale e Permanente	AXA FRANCE VIE
2	Riservata ai Lavoratori Autonomi, Lavoratori Dipendenti Pubblici e Lavoratori con contratto a tempo determinato	A – Decesso B – Invalidità Totale e Permanente C – Inabilità Temporanea Totale	AXA FRANCE VIE
3	Riservata ai soli Dipendenti Privati con contratto a tempo indeterminato	A – Decesso B – Invalidità Totale e Permanente D – Perdita d’impiego	AXA FRANCE IARD

*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, Invalidità Totale e Permanente, e Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia.

**AXA France Vie viene di seguito denominata “Compagnia”.**

La Compagnia mette a disposizione dei clienti il proprio sito internet: [www.axa-creditor.com](http://www.axa-creditor.com).

### **2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Compagnia (dati aggiornati al 31 dicembre 2014)**

Patrimonio netto di **AXA France Vie S.A.**: 3.712.538 migliaia di euro di cui 487.725 migliaia di euro relativi al capitale sociale e 3.224.813 migliaia di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio.

Indice di solvibilità di **AXA France Vie S.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): riferito alla gestione vita e relativo all'ultimo bilancio approvato, è pari al 584%.

---

## **B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE**

---

### **3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte**

La Polizza Collettiva 4943 (di seguito definita Contratto) è un Contratto di Assicurazione con distinte tariffe e con coperture assicurative prestate per una durata variabile pari a 5 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 5 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 in Europa che hanno un'età compresa tra:

- 18 e 70 anni non compiuti al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione per l'opzione 1 con durate pari a 5 anni;
- 18 e 65 anni non compiuti al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione per l'opzione 1 con durata pari a 10 anni;

## NOTA INFORMATIVA – GARANZIE DECESSO, INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE, INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

- 18 e 55 anni non compiuti al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione per l'opzione 2, 3 con durate pari a 5 anni,
- 18 e 50 anni non compiuti al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione per l'opzione 2, 3 con durate pari a 10 anni;

ferma restando che l'età di permanenza in copertura è limitata a 75 anni per la garanzia Decesso e Invalidità Totale e Permanente, e al Pensionamento per la garanzia Inabilità Temporanea e Totale.

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, il Questionario Medico Semplificato e, ove richiesto, 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 con la seguente documentazione:

- Qualora l'età dell'Aderente/Assicurato sia inferiore o uguale a 55 anni al momento dell'Adesione dovrà essere fornito il Questionario Medico Semplificato debitamente compilato presente sulla Richiesta di Adesione. In caso di almeno una risposta positiva nel precedente questionario dovrà essere trasmesso alla Compagnia lo specifico Questionario Anamnestico. L'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che la Compagnia avrà dato il proprio consenso.
- Qualora l'età dell'Aderente/Assicurato sia superiore a 55 anni al momento dell'Adesione dovrà essere trasmesso alla Compagnia lo specifico Questionario Anamnestico. L'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che la Compagnia avrà dato il proprio consenso.

In caso di sottoscrizione del Questionario Medico Semplificato 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, 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 Produttori o meno di reddito**

Copertura assicurativa	Prestazione assicurata	Durata	Carenza	Franchigia	Limite
A – Decesso	Pagamento capitale assicurato	5 o 10 anni	nessuna	nessuna	150.000€
B – Invalidità Totale e Permanente	Pagamento capitale assicurato	5 o 10 anni	nessuna	nessuna	150.000€

**Opzione 2– Sottoscrivibile dai Lavoratori Autonomi, Lavoratori Dipendenti Pubblici e Lavoratori con contratto a tempo determinato**

Copertura assicurativa	Prestazione assicurata	Durata	Carenza	Franchigia	Limite
------------------------	------------------------	--------	---------	------------	--------

**NOTA INFORMATIVA – GARANZIE DECESSO, INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE, INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE**

A – Decesso	Pagamento capitale assicurato	5 o 10 anni	nessuna	nessuna	150.000€
B – Invalidità Totale e Permanente	Pagamento capitale assicurato	5 o 10 anni	nessuna	nessuna	150.000€
C – Inabilità Temporanea Totale	Pagamento prestazione mensile assicurata	5 o 10 anni	60 giorni	60 giorni	Max 18 mensilità per ogni sinistro e max 36 per Assicurato e per tutta la durata (Max 1.125€)

**Opzione 3– Sottoscrivibile dai soli Dipendenti Privati con un contratto a tempo indeterminato**

Copertura assicurativa	Prestazione assicurata	Durata	Carenza	Franchigia	Limite
A – Decesso	Pagamento capitale assicurato	5 o 10 anni	nessuna	nessuna	150.000€
B – Inabilità Temporanea Totale	Pagamento prestazione mensile assicurata	5 o 10 anni	60 giorni	60 giorni	Max 18 mensilità per ogni sinistro e max 36 per Assicurato e per tutta la durata (Max 1.125€)

L'opzione 3 sopra descritta é offerta in modo congiunto alla copertura per Perdita d'impiego fornita da AXA France Iard e oggetto della stessa Polizza Collettiva n. 4943. Per tale ragione le Condizioni di Assicurazione descrivono congiuntamente le coperture assicurative garantite dalle due compagnie AXA France Vie e AXA France Iard.

L'Aderente/Assicurato potrà optare per uno dei seguenti livelli di capitali/prestazioni mensili assicurati:

Capitale assicurato (Euro)	Prestazione mensile assicurata (Euro)
150.000	1.125
100.000	750
50.000	375
20.000	150

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

## NOTA INFORMATIVA – GARANZIE DECESSO, INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE, INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

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

### Esempio di operatività della Carenza (60 giorni) in caso di riscontrata Inabilità Temporanea Totale (copertura assicurativa C).

Data Adesione	Evento	Carenza	Indennizzo
01/03	01/04	60 giorni	Non indennizzabile
01/03	01/08	60 giorni	Indennizzabile a partire dal 01/05

### Esempio di operatività della Franchigia in caso di riscontrata Inabilità Temporanea Totale (copertura assicurativa C).

Data evento	Periodo di inabilità	Franchigia	Indennizzo
01/03	120 gg	60 giorni	Mensilità indennizzate: 2 (maggio e giugno)
01/03	40 gg	60 giorni	Mensilità indennizzate: nessuna

#### 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 70 anni non compiuti al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione per l'opzione 1 con durata pari a 5 anni;
- Inferiore a 18 e superiore a 65 anni non compiuti al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione per l'opzione 1 con durata pari a 10 anni;
- Inferiore a 18 e superiore a 55 anni non compiuti al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione per l'opzione 2, 3 con durata pari a 5 anni,
- Inferiore a 18 e superiore a 50 anni non compiuti al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione per l'opzione 2, 3 con durata pari a 10 anni,

ferma restando che l'età di permanenza in copertura è limitata a 75 anni per la garanzia Decesso e Invalidità Totale e Permanente, e al Pensionamento per la garanzia Inabilità Temporanea e Totale.

#### 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 o di un premio annuale ricorrente con tacito rinnovo nel caso di coperture annuali. Il suo ammontare dipende dall'importo del capitale assicurato, dall'opzione e dalla durata scelti dall'Aderente/Assicurato. In caso di copertura assicurativa con durata pari a un anno, se alla Data di Scadenza l'Aderente/Assicurato, o per suo conto la Contraente, non paga il Premio dell'annualità successiva, la copertura assicurativa resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo alla Data di Scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, e così per le annualità successive, fermi le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei Premi scaduti. In questa fattispecie, qualora il periodo di sospensione della copertura superasse i 180 giorni, il cliente dovrà nuovamente produrre la documentazione sanitaria richiesta all'art. 10.1 - Limiti Assuntivi - delle

## NOTA INFORMATIVA – GARANZIE DECESSO, INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE, INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

---

Condizioni di Assicurazione. La Compagnia si riserva nuovamente il diritto di decidere circa l'accettazione o il rifiuto della copertura assicurativa o di richiedere eventuale ulteriore documentazione sanitaria.

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 oppure altra modalità.

**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 62,00% del Premio unico anticipato al netto delle imposte, dove applicabili. La quota parte percepita in media per l'intermediazione è pari al 80,65% del costo stesso.

A titolo esemplificativo per un Premio unico anticipato o Premio annuale 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 620,00 di cui Euro 500,00 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
62,00%	Sul Premio unico anticipato o Premio annuale	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	80,65%
---	--------

### 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 di 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 morte 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 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 **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, AXA France IARD  
Piazzale Biancamano 8- 20121 Milano MI**

Entro 30 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, comprese quelle fornite da AXA France Iard.

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. 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



## **NOTA INFORMATIVA – GARANZIE DECESSO, INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE, INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE**

---

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”).

### **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, AXA France IARD, Piazzale Biancamano 8- 20121 Milano MI;**
- **mail: [service.axacreditorit@axa.fr](mailto:service.axacreditorit@axa.fr);**
- **fax: +33 1.64.73.46.60;**
- **tel: +39 02.62.03.30.09**

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](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:

#### **Le Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA)**

BP 290, 75425 PARIS CEDEX 09

fax (+33) 01.45.23.27.15

e-mail: [le.mediateur@mediation-assurance.org](mailto:le.mediateur@mediation-assurance.org)

sito web: [www.ffsa.fr](http://www.ffsa.fr),

## **NOTA INFORMATIVA – GARANZIE DECESSO, INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE, INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE**

---

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.

**L'Aderente/Assicurato è tenuto a comunicare alla Compagnia eventuali cambiamenti di status occupazionale.**

#### **Avvertenza**

L'Aderente/Assicurato può aderire solo all'opzione che, alla data di sottoscrizione della Richiesta di Adesione, corrisponde al suo effettivo status occupazionale. Qualora lo status occupazionale dell'Aderente/Assicurato cambi in corso di durata delle coperture assicurative, egli è tenuto a comunicare il cambiamento alla Compagnia, sapendo che:

- la copertura Decesso e Invalidità Totale e Permanente (presente in tutte e quattro le opzioni) restano in vigore senza alcuna modifica;
- le coperture Inabilità Totale e Temporanea e Ricovero Ospedaliero (operanti in funzione dello status occupazionale dell'Aderente/Assicurato a seconda dell'opzione sottoscritta) cessano la loro efficacia e la Compagnia rimborserà all'Aderente/Assicurato la relativa parte di premio non goduta.

### **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**  
Corinne Vitrac



<b>Aderente/Assicurato:</b>	Soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
<b>Adesione:</b>	Applicazione derivante dalla sottoscrizione della Richiesta di Adesione da parte dell'Aderente/Assicurato al Contratto (o Polizza Collettiva).
<b>Beneficiario:</b>	Soggetto a cui spettano le prestazioni assicurative previste dal Contratto.
<b>Capitale Assicurato:</b>	Prestazione in forma di capitale che la Compagnia corrisponde al Beneficiario in caso di Decesso o Inabilità Totale e Permanente dell'Assicurato nel corso della Durata delle coperture assicurative.
<b>Carenza:</b>	Periodo di tempo, immediatamente successivo alla Data di Decorrenza, durante il quale la garanzia non ha effetto.
<b>Compagnia:</b>	AXA France Vie.
<b>Conclusione dell'Adesione al Contratto:</b>	L'Adesione si intenderà conclusa a condizione che: <ul style="list-style-type: none"><li>• sia stata compilata, datata e sottoscritta la Richiesta di Adesione comprendente il Questionario Medico Semplificato e, ove previsto, 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;</li><li>• sia stato pagato il Premio unico anticipato o il Premio annuale previsto e avrà effetto dalle ore 24,00 della Data di Decorrenza coincidente con la data di firma della Richiesta di Adesione.</li></ul>
<b>Condizioni di Assicurazione:</b>	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.
<b>Contraente:</b>	GB INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE S.R.L.
<b>Contratto (o Polizza Collettiva):</b>	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.
<b>Costi (o spese):</b>	Oneri a carico dell'Aderente/Assicurato e gravanti sul Premio.
<b>Data di Decorrenza e Perfezionamento dell'Adesione:</b>	Data a partire dalla quale l'Adesione produce i suoi effetti. La Data di Decorrenza coincide con la Conclusione dell'Adesione al Contratto.
<b>Data di Scadenza:</b>	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.
<b>Diritti (propri) del Beneficiario:</b>	Diritto del Beneficiario alle prestazioni dovute dalla Compagnia; è acquisito per effetto della designazione da parte dell'Aderente/Assicurato.
<b>Durata delle coperture</b>	Periodo che intercorre dalla Data di Decorrenza alla Data di Scadenza o di

<b>assicurative:</b>	cessazione delle coperture assicurative o, se precedente, alla data in cui si manifesta l'evento coperto dal Decesso.
<b>Esclusioni:</b>	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del Contratto.
<b>Fascicolo Informativo:</b>	Insieme della presente documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: <ul style="list-style-type: none"><li>- Note Informative;</li><li>- Glossari;</li><li>- Condizioni di Assicurazione;</li><li>- Informativa sul trattamento dei dati personali;</li><li>- Modulo di Richiesta di Adesione comprensiva di Questionario Medico Semplificato;</li><li>- Questionario Anamnestico.</li></ul>
<b>Franchigia Assoluta:</b>	Periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro dovuto a Inabilità Temporanea Totale, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini del Contratto, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.
<b>Inabilità Temporanea Totale:</b>	La perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria Normale Attività Lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia.
<b>Indennizzo, Indennità o Liquidazione:</b>	Pagamento al Beneficiario delle prestazioni dovute al verificarsi di uno degli eventi assicurati.
<b>Infortunio:</b>	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'Inabilità Temporanea Totale. 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.
<b>Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia:</b>	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.
<b>ISVAP:</b>	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.
<b>IVASS:</b>	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP a decorrere dal 1° gennaio 2013.

- Lavoratore Autonomo:** È la persona fisica che abbia presentato ai fini dell'imposta sul reddito (IRPEF) una dichiarazione relativa all'anno precedente che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente (pubblico o privato) e che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli artt. 29 (reddito agrario), 49 (redditi di lavoro autonomo), 51 (redditi di impresa), del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone.  
A titolo esemplificativo sono considerati lavoratori autonomi:
- i "Lavoratori a Progetto";
  - i "Collaboratori coordinati e continuativi";
  - gli apprendisti;
  - i lavoratori stagionali;
- le persone fisiche che percepiscono un reddito che non derivi dalle tipologie elencate nelle definizioni di Lavoratore Dipendente di Azienda Privata o Lavoratore Dipendente Pubblico.
- Lavoratore Dipendente di Azienda Privata:** La persona fisica che svolge la propria attività lavorativa, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria in un'unità giuridico-economica, che è iscritta nei libri paga dell'azienda con un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato o determinato non del pubblico impiego, comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali.  
A titolo esemplificativo sono considerati lavoratori dipendenti:
- i dirigenti, i quadri, gli impiegati e gli operai;
  - i soci di cooperativa iscritti nei libri paga.
- Lavoratore Dipendente di Azienda Pubblica:** La persona fisica che sia Lavoratore Dipendente come sopra definito ma presso la Pubblica Amministrazione.  
A titolo esemplificativo fanno parte della Pubblica Amministrazione:
- le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado;
  - le aziende e amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo;
  - le Regioni, le Province e i Comuni;
  - le Comunità Montane e loro consorzi e associazioni;
  - le Istituzioni Universitarie;
  - la Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni;
  - le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale.
- 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.
- Normale Attività Lavorativa:** Attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato, con carattere di abitualità e prevalenza, immediatamente prima del Sinistro.
- 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).

<b>Non Lavoratore:</b>	La persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo, né Lavoratore Dipendente Privato, né Lavoratore Dipendente Pubblico come determinati nelle definizioni sopra indicate. Sono altresì considerati Non Lavoratori, i pensionati, i lavoratori dipendenti con contratti di lavoro a chiamata o con contratti di lavoro accessorio o occasionale o con contratti di lavoro stipulati all'estero (se non regolati dalla legge italiana)
<b>Parti:</b>	La Compagnia e la Contraente
<b>Pensionamento:</b>	Il passaggio del lavoratore dal servizio attivo alla condizione di pensionato. Tale situazione autorizza o impone la cessazione dell'attività di un lavoratore e la sua messa in pensione.
<b>Premio unico anticipato o Premio annuale:</b>	Importo, comprensivo di imposte, che l'Aderente/Assicurato deve corrispondere alla sottoscrizione della Richiesta di Adesione per le coperture assicurative prestate.
<b>Prestazione mensile assicurata:</b>	Prestazione in forma di importo mensile che la Compagnia corrisponde al Beneficiario in caso di Inabilità Totale e Temporanea dell'Assicurato nel corso della Durata delle coperture assicurative.
<b>Produttore/i di reddito:</b>	Il soggetto che percepisca, al momento dell'Adesione, redditi di lavoro o di impresa, ovvero redditi derivanti da prestazioni di lavoro dipendente, dall'esercizio di arti o professioni o derivanti dall'esercizio di attività commerciali.
<b>Questionario Medico Semplificato / Questionario Anamnestico:</b>	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.
<b>Recesso:</b>	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.
<b>Richiesta di Adesione:</b>	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.
<b>Sinistro:</b>	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.
<b>Trattamento fiscale del Premio</b>	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.



*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 IARD**, iscritta al registro di commercio delle Imprese di Nanterre n° 722057460, 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 l’1 Aprile 2003, per la garanzia Perdita d’impiego.

**AXA France Iard viene di seguito denominata “la Compagnia”.**

La Compagnia mette a disposizione dei clienti il proprio sito internet: [www.axa-creditor.com](http://www.axa-creditor.com).

### **2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Compagnia (dati aggiornati al 31 dicembre 2014)**

Patrimonio netto di **AXA France IARD S.A.**: 1.171.996 migliaia di euro di cui 214.799 migliaia di euro relativi al capitale sociale e 957.197 migliaia di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio.

Indice di solvibilità di **AXA France IARD S.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) riferito alla gestione danni e relativo all’ultimo bilancio approvato è pari al 369%.

---

## **B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**

---

La Polizza Collettiva 4943 (di seguito definito Contratto) è un Contratto di Assicurazione con distinte tariffe e con coperture assicurative prestate per una durata pari a 5 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 5 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 in Europa che hanno un’età compresa tra:

- 18 e 55 anni non compiuti al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione per l’opzione 3 con durata pari a 5 anni;
- 18 e 50 anni non compiuti al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione per le l’opzione 3 con durata pari a 10 anni,

ferma restando che l’età di permanenza in copertura è limitata al Pensionamento per la garanzia Perdita d’Impiego.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La copertura assicurativa in seguito descritta può essere offerta in modo congiunto all’opzione 3 fornita da AXA France Vie e oggetto della stessa Polizza collettiva n. 4943. Per tale ragione le Condizioni di Assicurazione descrivono congiuntamente le coperture assicurative garantite dalle due compagnie AXA France Vie e AXA France Iard.

**Opzione 3**

**Sottoscrivibili dai soli Dipendenti Privati con un contratto a tempo indeterminato**

Copertura assicurativa	Prestazione assicurata	Durata	Carenza	Franchigia	Limite
C – Perdita d’impiego	Pagamento prestazione mensile assicurata	5 o 10 anni	60 giorni	60 giorni	Max 18 mensilità per ogni sinistro e max 36 per Assicurato e per tutta la durata (max 1.125€)

L’Aderente/Assicurato potrà optare per uno dei seguenti livelli di prestazione mensile assicurate:

Prestazione mensile assicurata (Euro)
1.125
750
375
150

La Compagnia corrisponde un’indennità pari alle rate mensili che hanno scadenza durante il periodo di Disoccupazione, ad eccezione del premio e dell’ultimo Indennizzo che saranno calcolati al prorata dei giorni effettivi di Disoccupazione.

La copertura assicurativa é regolamentata dall’art.1 – Oggetto dell’Assicurazione – delle Condizioni di Assicurazione.

**Esempio di operatività della carenza (60 giorni) in caso di Perdita d’impiego (Copertura assicurativa D).**

Data Adesione	Evento	Carenza	Indennizzo
01/03	01/04	60 giorni	Non indennizzabile
01/03	01/08	60 giorni	Indennizzabile a partire dal 01/05

**Esempio di operatività della Franchigia in caso di Perdita d’impiego (Copertura assicurativa D).**

Data evento	Periodo di disoccupazione	Franchigia	Indennizzo
01/03	120 gg	60 giorni	Mensilità indennizzate: 2 (maggio e giugno)
01/03	40 gg	60 giorni	Mensilità indennizzate: nessuna

**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 55 anni non compiuti al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione per l'opzione 3 con durate pari a 5 anni;
- 18 e superiore a 50 anni non compiuti al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione per l'opzione 3 con durata pari a 10 anni,

ferma restando che l'età di permanenza in copertura è limitata al Pensionamento per la garanzia Perdita d'Impiego.

**4. Periodi di Carenza contrattuale**

**Avvertenza**

Ai sensi dell'art. 1 (copertura D) – Oggetto dell'Assicurazione – delle Condizioni di Assicurazione é prevista una Carenza per la copertura assicurativa in caso di Perdita d'impiego.

**5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine delle circostanze del rischio – Nullità**

**Avvertenza**

Dichiarazioni false e reticenti in sede di Conclusione dell'Adesione, potrebbero comportare l'annullamento dello stesso con la perdita totale o parziale dell'Indennizzo/Liquidazione, così come disposto dall'art. 12 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – delle Condizioni di Assicurazione.

**Avvertenza**

E' di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dall'Aderente/Assicurato per la definizione del rischio siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive, legittime contestazioni della Compagnia che potrebbero anche pregiudicare il diritto dei Beneficiari di ottenere il pagamento del Capitale Assicurato.

**Avvertenza**

Non sono previste specifiche cause di nullità oltre a quelle stabilite generalmente dalla Legge.

**6. 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.

**L'Aderente/Assicurato è tenuto a comunicare alla Compagnia eventuali cambiamenti di status occupazionale.**

**Avvertenza**

L'Aderente/Assicurato può aderire solo all'opzione che, alla data di sottoscrizione della Richiesta di Adesione, corrisponde al suo effettivo status occupazionale. Qualora lo status occupazionale dell'Aderente/Assicurato cambi in corso di durata delle coperture assicurative, egli è tenuto a comunicare il cambiamento alla Compagnia, sapendo che:

- la copertura Decesso e Invalidità Totale e Permanente (presente in tutte e quattro le opzioni) restano in vigore senza alcuna modifica;
- la copertura Perdita d'Impiego (operante in funzione dello status occupazionale dell'Aderente/Assicurato a seconda dell'opzione sottoscritta) cessa la sua efficacia e la Compagnia rimborserà all'Aderente/Assicurato la relativa parte di premio non goduta.

**7. 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 o di un premio annuale ricorrente con tacito rinnovo nel caso di coperture annuali. Il suo ammontare dipende dall'importo del capitale assicurato, dall'opzione e dalla durata scelti dall'Aderente/Assicurato. In caso di copertura assicurativa con durata pari a un anno, se alla Data di Scadenza l'Aderente/Assicurato, o per suo conto la Contraente, non paga il Premio dell'annualità successiva, la copertura assicurativa resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo alla Data di Scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, e così per le annualità successive, fermi le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei Premi scaduti. 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 oppure altra modalità.

### **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 62,00% del Premio unico anticipato al netto delle imposte, dove applicabili. La quota parte percepita in media per l'intermediazione è pari al 80,65% del costo stesso.

A titolo esemplificativo per un Premio unico anticipato o Premio annuale 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 620,00 di cui Euro 500,00 rappresentano l'importo percepito per l'intermediazione.

### **8. Rivalse**

#### **Avvertenza**

Non sono previste rivalse salvo quelle previste dalla Legge (Art. 1916 c.c.)

### **9. Adeguamento del Capitale Assicurato e del Premio**

Il Capitale Assicurato e il Premio non sono soggetti ad adeguamento.

### **10. Diritto di Recesso**

#### **Avvertenza**

L'Aderente/Assicurato ha diritto di recedere dalle coperture assicurative relative alla propria Adesione entro **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, AXA France IARD  
Piazzale Biancamano 8 - 20121 Milano MI**

Entro 30 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, comprese quelle fornite da AXA France Vie.

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

### **11. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal Contratto**

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., i diritti derivanti da un qualsiasi contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato l'evento su cui i diritti stessi si fondano.

### **12. Legge applicabile al Contratto**

Il presente Contratto è disciplinato dalla legge italiana.

### 13. Regime fiscale

Sul Premio versato non è riconosciuta alcuna detrazione di imposta ai fini IRPEF.

I premi versati sono soggetti alla tassazione prevista dalla Legge, attualmente pari al 2,5% del premio imponibile.

---

## C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

---

### 14. Sinistri – Liquidazione dell’Indennizzo

#### **Avvertenza**

Ai sensi dell’art. 8 – Denuncia dei sinistri – delle Condizioni di Assicurazione si applica quanto segue:

- **momento di insorgenza del Sinistro.** L’insorgenza del sinistro è il momento in cui si determina l’evento previsto dalla copertura assicurativa;
- **momento e termini per la denuncia del sinistro.** La denuncia deve essere presentata, per iscritto, entro 30 giorni dal momento del sinistro o dal momento in cui l’Aderente/Assicurato ne abbia avuto la possibilità. La denuncia deve contenere l’indicazione del luogo, giorno ed ora dell’evento e delle cause che lo determinarono e deve essere corredata della documentazione di cui all’art. 8 – Denuncia dei sinistri – delle Condizioni di Assicurazione;
- **spese per accertamento del danno.** Non sono previste, salvo quelle necessarie per la produzione ed invio della documentazione attestante il diritto all’indennizzo, nonché quelle previste dall’art. 16 – Arbitrato – delle Condizioni di Assicurazione (vedi art. 17 della presente Nota Informativa).

### 15. 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, AXA France IARD, Piazzale Biancamano 8 - 20121 Milano MI;**
- **mail: [service.axacreditorit@axa.fr](mailto:service.axacreditorit@axa.fr);**
- **fax: +33 1.64.73.46.60;**
- **tel: +39 02.62.03.30.09**

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](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:

**Le Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA)**

BP 290, 75425 PARIS CEDEX 09

fax (+33) 01.45.23.27.15

e-mail: [le.mediateur@mediation-assurance.org](mailto:le.mediateur@mediation-assurance.org)

sito web: [www.ffsa.fr](http://www.ffsa.fr),

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.

**16. 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.

**17. Arbitrato**

**Avvertenza**

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità che implichi un accertamento del fatto, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

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

**AXA France IARD**  
**Il rappresentante legale**  
Corinne Vitrac



<b>Aderente/Assicurato:</b>	Soggetto il cui interesse è protetto dall’assicurazione.
<b>Adesione:</b>	Applicazione derivante dalla sottoscrizione della Richiesta di Adesione da parte dell’Aderente/Assicurato al Contratto (o Polizza Collettiva).
<b>Beneficiario:</b>	Soggetto a cui spettano le prestazioni assicurative previste dal Contratto.
<b>Carenza:</b>	Periodo di tempo, immediatamente successivo alla Data di Decorrenza, durante il quale la garanzia non ha effetto.
<b>Compagnia:</b>	AXA France IARD.
<b>Conclusione dell’Adesione al Contratto:</b>	<p>L’Adesione si intenderà conclusa a condizione che:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• sia stata compilata, datata e sottoscritta la Richiesta di Adesione comprendente il Questionario Medico Semplificato e, ove previsto, 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;</li><li>• sia stato pagato il Premio unico anticipato o il Premio annuale previsto</li></ul> <p>e avrà effetto dalle ore 24,00 della Data di Decorrenza coincidente con la data di firma della Richiesta di Adesione.</p>
<b>Condizioni di Assicurazione:</b>	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.
<b>Contraente:</b>	GB INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE S.R.L.
<b>Contratto (o Polizza Collettiva):</b>	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.
<b>Costi (o spese):</b>	Oneri a carico dell’Aderente/Assicurato e gravanti sul Premio
<b>Data di Decorrenza e Perfezionamento dell’Adesione:</b>	Data a partire dalla quale l’Adesione produce i suoi effetti. La Data di Decorrenza coincide con la Conclusione dell’Adesione al Contratto.

<b>Diritti (propri) del Beneficiario:</b>	Diritto del Beneficiario alle prestazioni del Contratto dovute dalla Compagnia; è acquisito per effetto della designazione da parte dell’Aderente/Assicurato.
<b>Disoccupazione:</b>	Lo stato dell’Assicurato, Lavoratore Dipendente di Azienda Privata, qualora egli contemporaneamente: <ol style="list-style-type: none"><li>1. abbia cessato la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione di durata superiore alle 16 ore settimanali che generi un reddito o un guadagno;</li><li>2. sia iscritto negli elenchi anagrafici o percepisca un’indennità derivante da trattamento di Mobilità o di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria;</li><li>3. non rifiuti eventuali offerte di lavoro.</li></ol>
<b>Durata delle coperture assicurative:</b>	Periodo che intercorre dalla Data di Decorrenza alla Data di Scadenza o di cessazione delle coperture assicurative.
<b>Esclusioni:</b>	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del Contratto.
<b>Fascicolo Informativo:</b>	Insieme della presente documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: <ul style="list-style-type: none"><li>- Note Informative e Condizioni di Assicurazione;</li><li>- Glossari;</li><li>- Informativa sul trattamento dei dati personali;</li><li>- Modulo di Richiesta di Adesione comprensiva di Questionario Medico Semplificato</li><li>- Questionario Anamnestico.</li></ul>
<b>Franchigia Assoluta:</b>	Periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro dovuto a Perdita d’impiego, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini del Contratto, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.
<b>Indennizzo, Indennità o Liquidazione:</b>	Pagamento al Beneficiario delle prestazioni dovute al verificarsi di uno degli eventi assicurati.
<b>ISVAP:</b>	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.
<b>IVASS:</b>	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell’ISVAP a decorrere dal 1° gennaio 2013.
<b>Lavoratore Dipendente di Azienda Privata:</b>	La persona fisica che svolge la propria attività lavorativa, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria in un’unità giuridico-economica, che è iscritta nei libri paga della Compagnia con un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato non del pubblico impiego, comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali. A titolo esemplificativo sono considerati lavoratori dipendenti: <ul style="list-style-type: none"><li>- i dirigenti, i quadri, gli impiegati e gli operai;</li><li>- i soci di cooperativa iscritti nei libri paga.</li></ul>

<b>Limiti di indennizzo:</b>	Limite dell’esposizione finanziaria della Compagnia, al di là del quale le conseguenze economiche del Sinistro restano a carico dell’Assicurato.
<b>Normale attività lavorativa:</b>	Attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall’Assicurato, con carattere di abitudine e prevalenza, immediatamente prima del Sinistro.
<b>Nota Informativa:</b>	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, al Contratto stesso e alle caratteristiche assicurative della Polizza.
<b>Parti:</b>	La Compagnia e la Contraente.
<b>Pensionamento:</b>	Il passaggio del lavoratore dal servizio attivo alla condizione di pensionato. Tale situazione autorizza o impone la cessazione dell’attività di un lavoratore e la sua messa in pensione.
<b>Periodo di Riqualificazione:</b>	Periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Disoccupazione, liquidabile ai sensi del Contratto, durante il quale l’Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa prima di poter presentare un’altra denuncia relativa ad un nuovo Sinistro.
<b>Premio unico anticipato o Premio annuale:</b>	Importo, comprensivo di imposte, che l’Aderente/Assicurato deve corrispondere alla sottoscrizione della Richiesta di Adesione per le coperture assicurative prestate.
<b>Prestazione mensile assicurata:</b>	Prestazione in forma di importo mensile che la Compagnia corrisponde al Beneficiario in caso di Inabilità Totale e Temporanea dell’Assicurato nel corso della Durata delle coperture assicurative.
<b>Produttore/i di reddito:</b>	Il soggetto che percepisca, al momento dell’Adesione, redditi di lavoro o di impresa, ovvero redditi derivanti da prestazioni di lavoro dipendente, dall’esercizio di arti o professioni o derivanti dall’esercizio di attività commerciali.
<b>Questionario Medico Semplificato / Questionario Anamnestico:</b>	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.



<b>Recesso:</b>	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
<b>Regime fiscale:</b>	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
<b>Richiesta di Adesione:</b>	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.
<b>Sinistro:</b>	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 licenziamento per “giustificato motivo oggettivo” del dipendente Aderente.



## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### 1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

Opzione contrattuale	Garanzie	Persone Assicurabili	Durata	Coperture assicurative			
				Decesso	Invalidità Totale e Permanente	Inabilità Temporanea Totale	Perdita d'impiego
Opzione 1	Decesso Invalidità Totale e Permanente	Tutti gli Assicurati	5 o 10 anni a scelta dell'Aderente/Assicurato	Si	Si	No	No
Opzione 2	Decesso Invalidità Totale e Permanente Inabilità Temporanea Totale	Riservata ai soli Lavoratori Autonomi, Lavoratori Dipendenti Pubblici e Lavoratori con contratto a tempo determinato	5 o 10 anni a scelta dell'Aderente/Assicurato	Si	Si	Si	No
Opzione 3	Decesso Invalidità Totale e Permanente Perdita d'impiego	Riservata ai soli Dipendenti Privati con contratto a tempo indeterminato	5 o 10 anni a scelta dell'Aderente/Assicurato	Si	Si	No	Si

#### A) Decesso per qualunque causa – OPZIONE 1, 2, 3

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) Inabilità Totale e Permanente a seguito di Infortunio o Malattia – OPZIONE 1, 2, 3

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.

#### C) Inabilità Temporanea e Totale al lavoro, a seguito di Infortunio o Malattia – OPZIONE 2

1. **Assicurati garantiti:** tutti gli Aderenti che al momento dell'Adesione siano Produttori di reddito.
2. **Rischio assicurato:** Inabilità Temporanea e Totale al lavoro. L'Aderente si definisce temporaneamente "inabile totale al lavoro" se, a causa di un Infortunio o di una Malattia, si trova nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua Normale

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

Attività Lavorativa, a condizione che il giorno in cui si verifica il Sinistro egli eserciti effettivamente una attività lavorativa regolare.

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:** la Compagnia, dopo il periodo di Franchigia indicato sopra e fermi i Limiti di indennizzo di cui al successivo Art. 3 - Limiti di Indennizzo -, liquida al Beneficiario un'Indennità pari alla Prestazione mensile assicurata prescelta al momento dell'Adesione dall'Aderente/Assicurato, fino ad un limite massimo di **12** mensilità per ogni Sinistro. In ogni caso la Compagnia non liquiderà più di **36** mensilità per ogni singolo Aderente/Assicurato. Qualora l'Aderente/Assicurato riprenda l'attività lavorativa ed abbia, entro **60** giorni, una nuova inabilità dovuta alla stessa Malattia o Infortunio, la copertura assicurativa viene ripristinata senza applicazione di un nuovo periodo di franchigia. Diversamente, per ogni evento che determini un Sinistro viene applicata la Franchigia di **60** giorni.

### D) Perdita d'impiego - OPZIONE 3

1. **Assicurati garantiti:** tutti gli Aderenti che al momento dell'Adesione siano lavoratori dipendenti del settore privato con contratto a tempo indeterminato e che al momento dell'Adesione siano assunti da almeno 12 mesi, e abbiano superato il periodo di prova.
2. **Rischio assicurato:** il licenziamento per "giustificato motivo oggettivo" del dipendente 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.
5. **Prestazione assicurativa:** la Compagnia, dopo i periodi di Franchigia e Carenza indicati sopra e fermi i Limiti di indennizzo di cui al successivo Art. 3 - Limiti di Indennizzo -, liquida al Beneficiario un'indennità pari alla Prestazione mensile assicurata prescelta al momento dell'Adesione dall'Aderente/Assicurato, fino ad un limite massimo di **12** mensilità per ogni Sinistro. In ogni caso la Compagnia non liquiderà più di **36** mensilità per ogni singolo Aderente/Assicurato.

---

## 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 e conseguenze di situazioni patologiche o lesioni diagnosticate all'Aderente/Assicurato prima della data di sottoscrizione della Richiesta di adesione;
- g) Malattie ed Infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

h) Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate.

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

- i) 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;
- j) 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;
- k) Infortuni alla guida dovuti ad un tasso alcolemico dell'Aderente/Assicurato superiore a quanto consentito dalla normativa in vigore al momento del sinistro.
- l) Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Aderente/Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- m) Infortuni causati da guerra anche non dichiarata od insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni;
- n) Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti e risse a cui l'Aderente/Assicurato abbia preso parte attiva;
- o) 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);
- p) Eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- q) 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;
- r) Le conseguenze di infortuni avvenuti nei 360 gg. antecedenti la data iniziale e le conseguenze di situazioni patologiche insorte nei 360 gg. antecedenti la data iniziale, già diagnosticate in tale data all'Aderente/Assicurato;
- s) Mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
- t) Infortuni causati da:
  - paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
  - 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.

La copertura relativa al rischio di Inabilità Temporanea e Totale è esclusa nei seguenti casi:

- u) 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;
- v) 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

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

- scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- w) Infortuni alla guida dovuti ad un tasso alcolemico dell'Aderente/Assicurato superiore a quanto consentito dalla normativa in vigore al momento del sinistro.
  - x) Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Aderente/Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
  - y) Infortuni causati da guerra anche non dichiarata od insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni;
  - z) Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti e risse a cui l'Aderente/Assicurato abbia preso parte attiva;
  - aa) Parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi
  - bb) 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);
  - cc) Eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
  - dd) 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;
  - ee) Le conseguenze di infortuni avvenuti nei 360 gg. antecedenti la data iniziale e le conseguenze di situazioni patologiche insorte nei 360 gg. antecedenti la data iniziale, già diagnosticate in tale data all'Aderente/Assicurato;
  - ff) Mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
  - gg) Infortuni causati da:
    - paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
    - 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;

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

- hh) l'Aderente/Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente in modo consecutivo e con contratto a tempo indeterminato per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- ii) all'atto dell'Adesione, l'Aderente/Assicurato é a conoscenza della prossima Disoccupazione o é al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di Disoccupazione;
- jj) la Disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa;
- kk) risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Aderente/Assicurato;

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

- ll) se la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base al contratto di lavoro a tempo determinato o il rapporto di lavoro dell'Aderente/Assicurato aveva carattere stagionale o, comunque, se è la conseguenza di scadenza di un contratto a termine;
- mm) l'Aderente/Assicurato non si è iscritto nella lista di collocamento, salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in mobilità;
- nn) l'Aderente/Assicurato percepisca il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
- oo) la Disoccupazione è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dalle prestazioni in caso di Inabilità temporanea totale;
- pp) l'Aderente/Assicurato rientra nei casi di Disoccupazione parziale (Lavori Socialmente Utili).

---

### 3 – LIMITI DI INDENNIZZO

---

Per ciascun Aderente/Assicurato, la prestazione massima garantita dalla Compagnia è:

- per le garanzie Decesso: Euro 150.000,00;
- per la garanzia Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego: Euro 1.125,00 di Indennità per ciascuna rata mensile. Inoltre, l'Indennità è riconosciuta fino ad un numero massimo di:
  - per singolo sinistro, 12 rate mensili; e,
  - per ogni singolo Aderente/Assicurato e per l'intera durata della copertura, 36 rate mensili.

---

### 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, il Questionario Medico Semplificato e, ove richiesto, 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 o il Premio annuale previsto.

#### Art. 4.2 Durata delle coperture assicurative

La durata delle coperture previste dalla Polizza è pari a 1, 5 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 o Inabilità Totale e Permanente prestate da AXA France Vie in forza della presente Polizza n. 4943;
- scadenza della ricorrenza annuale in caso di disdetta da parte dell'Aderente/Assicurato per adesioni con durata annuale;
- compimento da parte dell'Assicurato dei 75 anni di età se precedente alla Data di scadenza per le garanzie Decesso;
- Pensionamento (solo per le coperture Inabilità Temporanea e Totale al lavoro e Perdita d'impiego).

---

### 5 – RECESSO

---

#### **Avvertenza**

L'Aderente/Assicurato ha diritto di recedere dalle coperture assicurative relative alla propria Adesione Contratto entro **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

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

identificativi della Polizza, ed inviata a:

**AXA France Vie, AXA France IARD  
Piazzale Biancamano 8 – 20121 Milano MI**

Entro 30 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 o, in mancanza, gli eredi legittimi e/o testamentari o altro soggetto comunicato dall'Aderente/Assicurato nella Richiesta di Adesione.

---

### 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, AXA France IARD, <b>Piazzale Biancamano 8 – 20121 Milano MI</b>
Via e-mail	<a href="mailto:service.axacreditorit@axa.fr">service.axacreditorit@axa.fr</a>
Via PEC	+33 1.64.73.46.60

#### 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 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;



## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

- 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 Inabilità temporanea e totale al lavoro**

- copia della Richiesta di Adesione alle coperture assicurative e dell'eventuale Questionario Anamnestico;
- dichiarazione del Sinistro compilata dal medico curante;
- copia della cartella clinica.

La documentazione andrà presentata al verificarsi del sinistro e allo scadere di ogni periodo di Inabilità certificato dal medico.

### **Art. 8.3 Perdita di impiego**

- copia della Richiesta di Adesione alle coperture assicurative e dell'eventuale Questionario Anamnestico;
- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- copia del libretto di lavoro e della scheda professionale;
- copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del Centro per l'impiego e dell'eventuale permanenza nella detta sezione di mese in mese;
- certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale per l'impiego);
- copia della domanda del datore di lavoro della CIGS (qualora l'Assicurato sia in regime di CIGS);
- attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento (qualora l'Assicurato sia in regime di CIGS).

L'Assicurato deve consentire alla Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia stessa. L'Assicurato si impegna a dare tempestiva comunicazione alla Compagnia in caso di cessazione dello stato di Disoccupazione.

#### **8.3.1 Denunce successive -sospensione delle prestazioni**

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita d'impiego o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale periodo di Carezza di 60 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri di Disoccupazione se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di Riqualficazione di 60 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere lavoratore dipendente di ente privato a tempo indeterminato ed abbia superato il periodo di prova.

Qualora la Compagnia stia corrispondendo la prestazione mensile e l'Assicurato intraprenda un'attività lavorativa in qualità di lavoratore dipendente di ente privato, quest'ultimo dovrà informare tempestivamente per iscritto la Compagnia della cessazione dello stato di Disoccupazione. In tal caso il pagamento dell'Indennizzo verrà interrotto definitivamente.

Tuttavia, qualora il contratto di lavoro dipendente di ente privato sia solo a tempo determinato per una durata non superiore a sei mesi, il pagamento dell'Indennizzo verrà sospeso per la durata del contratto e riprenderà al termine dello stesso come continuazione del Sinistro iniziale, sempre che persista la Disoccupazione. Si precisa che per ogni Sinistro tale sospensione non potrà superare i sei mesi trascorsi i quali l'interruzione sarà definitiva.

#### **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.

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

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 in Europa che hanno un'età compresa tra:

- 18 e 70 anni non compiuti al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione per l'opzione 1 con durata pari a 5 anni;
- 18 e 65 anni non compiuti al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione per l'opzione 1 con durata pari a 10 anni;
- 18 e 55 anni non compiuti al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione per l'opzione 2, 3 con durata pari a 5 anni,
- 18 e 50 anni non compiuti al momento della sottoscrizione della Richiesta di Adesione per l'opzione 2, 3 con durata pari a 10 anni;

ferma restando che l'età di permanenza in copertura è limitata a 75 anni per la garanzia Decesso e Invalidità Totale e Permanente, e al Pensionamento per le garanzie Inabilità Temporanea e Totale e Perdita d'Impiego.

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, il Questionario Medico Semplificato e, ove richiesto, 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 o il Premio annuale 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.

In caso di sottoscrizione del Questionario Medico Semplificato 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, 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, ove richiesto, 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 seguente documentazione:**



## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

- Qualora l'età dell'Aderente/Assicurato sia inferiore o uguale a 55 anni al momento dell'Adesione dovrà essere fornito il Questionario Medico Semplificato debitamente compilato presente sulla Richiesta di Adesione. In caso di almeno una risposta positiva nel precedente questionario dovrà essere trasmesso alla Compagnia lo specifico Questionario Anamnestico. L'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che la Compagnia avrà dato il proprio consenso.
- Qualora l'età dell'Aderente/Assicurato sia superiore a 55 anni al momento dell'Adesione dovrà essere trasmesso alla Compagnia lo specifico Questionario Anamnestico. L'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che la Compagnia avrà dato il proprio consenso.  
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 Inabilità Temporanea Totale. Per la garanzia Perdita di Impiego, qualora presente, sono coperti esclusivamente i sinistri verificatisi nell'ambito del territorio italiano.

---

### 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.**

---

### 17 – LEGGE APPLICABILE

La Legge applicabile al contratto di assicurazione è quella italiana.

---

### 18 – FORO COMPETENTE

---

## **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

---

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.

**A) Trattamento dei suoi dati personali per finalità assicurative <sup>1</sup>**

Al fine di fornirle i servizi e/o i prodotti assicurativi e/o le prestazioni richiesti o previsti in suo favore, in qualità di:

- Assicurato                       Investitore-Contraente    Erede/beneficiario  
(barrare la casella corrispondente alla natura del suo rapporto con la nostra Società)

la nostra Società ha la necessità di disporre di dati personali che la riguardano (dati ancora da acquisire, alcuni dei quali ci debbono essere forniti da lei o da terzi per obbligo di legge<sup>2</sup>, e/o dati già acquisiti, forniti da lei o da altri soggetti<sup>3</sup>) e deve trattarli nel quadro delle finalità assicurative.

Pertanto le chiediamo di esprimere il consenso per il trattamento dei suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte della nostra Società e di terzi a cui tali dati saranno comunicati<sup>4</sup>.

Il consenso che le chiediamo riguarda anche il trattamento degli eventuali dati sensibili strettamente inerenti alla fornitura dei servizi, e/o prodotti assicurativi e/o delle prestazioni citate <sup>5</sup> il cui trattamento è ammesso dalle autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali. Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra lei e la nostra Società, secondo i casi, i suoi dati possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo o di natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa"<sup>6</sup>, in parte anche in funzione meramente organizzativa.

---

<sup>1</sup> La "finalità assicurativa" richiede, che i dati siano trattati necessariamente per: predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivati; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri, pagamento o esecuzione di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; esercizio o difesa di diritti della Compagnia; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi o prodotti o servizi; gestione e controllo interno; attività statistiche.

<sup>2</sup> Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.

<sup>3</sup> Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che la riguarda (contraenti di assicurazioni in cui lei risulti Assicurato, beneficiario ecc.; coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione ecc.); soggetti che, per soddisfare le sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.

<sup>4</sup> I dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società, (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); Società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti; assicuratori, coassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim.

<sup>5</sup> Cioè i dati di cui all'art. 4, comma 1, lett. d) ed e), del Codice, quali dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche, sindacali, religiose ovvero dati relativi a sentenze o indagini penali.

<sup>6</sup> Secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:

- assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim; legali; periti; medici; autofficine; centri di demolizione di autoveicoli;
- società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, tra cui centrale operativa di assistenza, società di consulenza per tutela giudiziaria, cliniche convenzionate; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela); società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi ed il monitoraggio delle attività di distribuzione; società di recupero crediti;
- società ed enti facenti riferimento al Gruppo a cui appartiene la nostra Società (società controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- ANIA (Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici); organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo o comunque inerenti a materie di interesse per l'attività assicurativa; nonché altri soggetti, istituiti presso Autorità Amministrative indipendenti o Organismi di Controllo e Ministeri; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAl, INPGI ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria; Magistratura; Forze dell'ordine; altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria in base a leggi o regolamenti.

Il consenso che le chiediamo riguarda, pertanto, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti.

Precisiamo che senza i suoi dati non saremo in grado di fornirle, le prestazioni, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati. Quindi, in relazione a questa specifica finalità, il suo consenso è presupposto necessario per lo svolgimento del rapporto assicurativo.

### **B) Modalità d'uso dei suoi dati personali e suoi diritti**

Le precisiamo inoltre che i nostri dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati nell'ambito delle rispettive mansioni possono venire a conoscenza dei suoi dati quali "responsabili" o "incaricati" del trattamento.

#### **Modalità di uso dei suoi dati personali**

I suoi dati personali sono trattati<sup>7</sup> dalla Compagnia - titolare del trattamento - solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirle le prestazioni, i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o previsti in suo favore, ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche e attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati per i suddetti fini ai soggetti già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa.

Nella nostra Società, i dati sono trattati da dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità alle istruzioni ricevute, per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia – operanti talvolta anche all'estero – che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa o gestione<sup>8</sup>; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

#### **I suoi diritti**

Lei ha il diritto di conoscere quali sono i suoi dati presso i singoli titolari di trattamento, cioè presso la nostra Società o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> Il trattamento può comportare le operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a), del Codice: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.

<sup>8</sup> Questi soggetti sono società o persone fisiche nostre dirette collaboratrici e svolgono le funzioni di responsabili del nostro trattamento dei dati. Nel caso invece che operino in autonomia come distinti "titolari" di trattamento rientrano, come detto, nella c.d. "catena assicurativa" con funzione organizzativa.

<sup>9</sup> Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. L'art. 7 (*Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti*) prevede che:

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
  - a) dell'origine dei dati personali;
  - b) delle finalità e modalità del trattamento;
  - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
  - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5, comma 2;
  - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
  - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
  - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
  - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS. N. 196/03 –  
CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI**

---

Per l'esercizio dei Suoi diritti Lei può rivolgersi alla Direzione Legale e Affari Societari presso **AXA France Vie e AXA France Iard** con sede e Direzione Generale al 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex scrivendo al seguente indirizzo: **AXA Assicurazioni - AXA Creditor, Piazzale Biancamano, 8 20121 Milano MI, Italia.**

**Data dell'ultimo aggiornamento del presente documento 22/02/2016**

- 
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
- a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
  - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale."

## 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
<b>Status Lavorativo</b>			
<input type="checkbox"/> Non Lavoratore			
<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo			
<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente pubblico			
<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente privato (determinato)			
<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente privato (indeterminato)			

Totale capitali già assicurati da AXA France Vie e AXA France Iard tramite GB INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE S.R.L. o sue partecipate o controllate \_\_\_\_\_ Euro

Preso atto che la GB INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE S.R.L. ha stipulato ai sensi dell'art. 1891 C.C. con AXA France Vie e AXA France IARD (di seguito congiuntamente "AXA") una polizza collettiva di assicurazione a cui possono aderire i clienti persone fisiche della GB INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE S.R.L., o delle sue partecipate o controllate.

### RICHIESTE DI ADERIRE A:

<input type="checkbox"/> Opzione 1	
<b>Riservata a Tutti gli Assicurati</b>	
A) Assicurazione Temporanea Caso Morte	
B) Assicurazione Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia	
Durata	
<input type="checkbox"/> 5 anni	
<input type="checkbox"/> 10 anni	
Capitale assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro

<input type="checkbox"/> Opzione 2	
<b>Riservata ai soli Lavoratori Autonomi, Lavoratori Dipendenti Pubblici e Lavoratori con contratto a tempo determinato</b>	
A) Assicurazione Temporanea Caso Morte	
B) Assicurazione Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia	
C) Assicurazione Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia	
Durata	
<input type="checkbox"/> 5 anni	
<input type="checkbox"/> 10 anni	
Capitale assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro

<input type="checkbox"/> Opzione 3	
<b>Riservata ai soli Dipendenti Privati con contratto a tempo indeterminato</b>	
A) Assicurazione Temporanea Caso Morte	
B) Assicurazione Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia	
D) Assicurazione Perdita d'impiego	
Durata	
<input type="checkbox"/> 5 anni	
<input type="checkbox"/> 10 anni	
Capitale assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro

## RICHIEDA DI ADESIONE – FAC SIMILE

---

BENEFICIARI		
Beneficiario delle prestazioni assicurative è l'Aderente/Assicurato, ovvero 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		

---

### DICHIARO

- di aver ricevuto il Fascicolo Informativo – redatto secondo le prescrizioni IVASS - contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario, l'Informativa sulla Privacy 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;
- di aver ricevuto la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli Intermediari sono tenuti - ai sensi dell'art. 49 comma 2 lettera a) bis del Regolamento ISVAP n. 5/2006 - nei confronti dei Contraenti (modello predisposto dall'Intermediario);
- di aver ricevuto il documento contenente - ai sensi dell'art. 49 del Regolamento ISVAP n. 5/2006 - i dati essenziali degli Intermediari e della loro attività, le informazioni su potenziali situazioni di conflitto d'interessi e sugli strumenti di tutela dei Contraenti (modello predisposto dall'intermediario);
- di aver ricevuto e sottoscritto il documento atto alla verifica dell'adeguatezza dell'offerta – ai sensi dell'art. 52 del regolamento ISVAP n. 5/2006;
- di aver LETTO, COMPRESO ed ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.

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 essere pronto ad esibire ulteriore documentazione sanitaria richiesta, di volta in volta, da AXA;
- 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 70 anni per le durate pari a 5 anni per l'Opzione 1;
- di non aver compiuto 65 anni per le durate pari a 10 anni per l' Opzione 1;
- di non aver compiuto 55 anni per le durate pari a 1 e 5 anni per le Opzioni 2, 3;
- di non aver compiuto 50 anni per le durate pari a 10 anni per le Opzioni 2, 3.

---

### DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

Dichiaro/iamo 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: Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio – Durata della Copertura – Effetto - Decorrenza delle Coperture Assicurative - Denuncia di sinistro - Cessione dei Diritti - Foro Competente – Controversie – Prestazioni Assicurate – Esclusioni

Luogo e Data
FIRMA DELL'ASSICURATO 1

---

**Tutela Privacy:** AXA, la Contraente e il Broker si impegnano a trattare i dati esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del rapporto assicurativo posto in essere con il presente contratto/

L'Assicurato dichiara inoltre, nella sua qualità di interessato, di aver ricevuto mediante apposito modulo "Tutela Privacy" l'informativa di cui all'art. 13 del D.L. n. 196 del 30/06/2003.

---

## **RICHIESTA DI ADESIONE – FAC SIMILE**

---

### **COSTI GRAVANTI SUL CONTRATTO**

Sul Premio vengono applicati i seguenti costi:

<i>Costi effettivamente sostenuti sul Premio</i>	<i>Quota parte sui costi effettivamente percepita per l'intermediazione</i>
<b>Euro</b> _____	<b>Euro</b> _____



## RICHIESTA DI ADESIONE – FAC SIMILE

QUESTIONARIO MEDICO (da compilarsi a cura del Richiedente)		Fare una croce nella casella del SI o del NO
1.	Lei é attualmente inabile al lavoro, totalmente o parzialmente, per malattia o infortunio o lo è stato negli ultimi 5 anni per più di 30 giorni consecutivi?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2.	Lei é attualmente colpito da infermità, invalidità o malattia cronica	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3.	Lei é attualmente sottoposto per una durata > 30 giorni ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica per una qualsivoglia affezione o infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4.	Lei é stato colpito, negli ultimi 10 anni, da:	
	Angina, infarto, valvulopatia, disturbi cardiaci congeniti, aritmie cardiache (pacemaker incluso), ipertensione arteriosa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Ictus cerebrale, emorragia cerebrale, infarto cerebrale, emorragia subaracnoidea, nevrosi, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, alcolismo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Asma, bronchite cronica, enfisema, tubercolosi polmonare, pneumoconiosi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Ulcera duodenale o gastrica, colite ulcerosa (Crohn) pancreatite	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Epatite B, C, cirrosi epatica, disfunzioni epatiche, calcoli vescicali o biliari	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Insufficienza renale, cisti renali, calcoli renali, disturbi alla prostata	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Cataratta, glaucoma, disturbo retina, otite media, empiema	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Miomi uterini, endometriosi, cisti ovariche, mastopatia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Reumatismi, anemia, porpora, ipotiroidismo, ipertiroidismo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Diabete, insulino-dipendente e non insulino-dipendente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Cancro o tumori maligni di qualsiasi natura	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5.	Lei ha subito, negli ultimi 10 anni, interventi chirurgici (ad esclusione dell'asportazione dell'appendice, delle tonsille e/o delle adenoidi, della cistifellea, d'un parto cesareo, di un'ernia inguinale o ombelicale) e/o dovrà subire, a sua conoscenza, un intervento chirurgico nei prossimi 12 mesi?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6.	Lei è o è stato titolare di pensione di invalidità?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7.	La differenza tra la Sua altezza in centimetri <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ed il Suo peso in kilogrammi <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> è inferiore a 80 o superiore a 120?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

### DATI DEL MEDICO CURANTE

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

### IL RICHIEDENTE

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma (per esteso e ben leggibile) \_\_\_\_\_

## TASSI DI PREMIO – VALIDITÀ DELLA POLIZZA COLLETTIVA - FIRMA

### QUESTIONARIO ANAMNESTICO – POLIZZA N° 4943

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_ NATO/A IL: \_\_\_\_\_

Richiamiamo la Sua attenzione sulla necessità di compilare accuratamente il presente questionario. In mancanza di una risposta da parte Sua, non potremo decidere sulla Sua richiesta di ammissione all'assicurazione. Le consigliamo di prendere **da solo** il tempo della riflessione per rispondere precisamente alle domande poste. Può anche chiedere l'assistenza del Suo consulente bancario o del Suo medico di fiducia. Il presente questionario potrà essere trasmesso alla Compagnia di assicurazione o tramite il Suo consulente bancario, nel rispetto delle regole del segreto professionale, ovvero direttamente da Lei, indirizzandolo al medico specializzato della Compagnia di assicurazione, insieme alla Sua richiesta d'ammissione, utilizzando la busta confidenziale fornitaLe dal Suo consulente bancario, intestata a "All'attenzione del Medico Specializzato AXA France Creditor, Piazzale Biancamano 8, 20121, Milano, ovvero tramite ogni mezzo a Suo piacimento, purché idoneo ad assicurare la riservatezza delle informazioni oggetto di comunicazione. Può accelerare lo studio del suo dossier allegando al questionario documenti che si riferiscano alla Sua salute (analisi del sangue, lastre, copia di ricette mediche, ecc.). Il medico specializzato della Compagnia di assicurazione si riserva il diritto di chiederLe documenti medici complementari. Le sue dichiarazioni sono valide 6 mesi. Il presente documento dovrà essere compilato accuratamente, evitando macchie o cancellature; un semplice tratto non sarà considerato come una risposta valida.

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 <b>positivo</b> 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"/>
9 Nel corso degli ultimi 10 anni è stato sottoposto ad un trattamento medico per le seguenti affezioni : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angina, infarto, valvulopatia, disturbi cardiaci congeniti, aritmie cardiache (pacemaker incluso), ipertensione arteriosa</li> <li>• Ictus cerebrale, emorragia cerebrale, infarto celebrale, emorragia subaracnoidea, nevrosi, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, alcolismo</li> <li>• Asma, bronchite cronica, enfisema, tubercolosi polmonare, pneumoconiosi</li> <li>• Ulcera duodenale o gastrica, colite ulcerosa (Crohn) pancreatite</li> <li>• Epatite B, C cirrosi epatica, disordini delle funzioni del fegato, calcoli vescicali o biliari</li> <li>• Insufficienza renale, cisti renali, calcoli renali, disturbi alla prostata</li> <li>• Cataratta, glaucoma, disturbo retina, otite media, empiema</li> <li>• Miomi uterini, endometriosi, cisti ovariche, mastopatia</li> <li>• Reumatismi, anemia, porpora, ipotiroidismo, ipertiroidismo</li> <li>• Diabete, insulino-dipendente e non insulino-dipendente</li> <li>• Cancro o tumori maligni di qualsiasi natura</li> <li>• Altre patologie non ricomprese nell'elenco di cui sopra</li> </ul>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? Quando? Durata? ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....

