

Polizza Collettiva n.000000

Temporanea Caso Morte e Invalidità Permanente Totale Tariffa 0022

Contraente: FONDO SOLIDARIETÀ VENETO, con sede legale in via F.lli Bandiera 54/58 - cap 30175, comune Marghera (VE), Registro delle imprese, codice fiscale : 90023570279.

Impresa di assicurazioni: AXA Assicurazioni, iscritta all'Albo Imprese IVASS n. 1.00025, con sede in C.so Como 17, CAP 20154 Milano, rappresentata da Maurizio Cappiello.

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

Nota Informativa

Condizioni Generali di Assicurazione

Glossario

Informativa sul Trattamento dei Dati Personali

Modulo Proposta di Assicurazione

Modulo di Adesione

FONDO SOLIDARIETÀ VENETO, IN SEGUITO DENOMINATO PER BREVIÀ "CONTRAENTE", VUOLE OFFRIRE AI PROPRI ADERENTI LA POSSIBILITÀ DI TUTELARE SE STESSI CON COPERTURE ASSICURATIVE SULLA PERSONA (PER LE GARANZIE IN CASO DI DECESSO E INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE), E AXA ASSICURAZIONI, IN SEGUITO DENOMINATA PER BREVIÀ "COMPAGNIA", È DISPOSTA AD ASSUMERE I RELATIVI RISCHI.

La presente Nota Informativa è aggiornata alla data del 31 Ottobre 2016.

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

Il Contraente e l'Assicurato devono prendere visione delle Condizioni Generali di Assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

AXA ASSICURAZIONI S.p.A., con sede legale in Italia, Milano, Corso Como 17 (20154), soggetta alla direzione e al coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU (calle Monsenor Palmer, 1 - Palma de Mallorca - Spagna) ai sensi dell'art. 2497 bis c.c.

La Compagnia mette a disposizione dei clienti i seguenti recapiti per richiedere eventuali informazioni sia in merito alla Compagnia sia in relazione al Contratto proposto: numero telefonico (+39)02-480841; fax: (+39)02-48084331; indirizzo internet: www.axa.it; indirizzo di posta elettronica: relazioniesterne@axa.it.

La Compagnia è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto Ministeriale del 31.12.1935, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 83 del 09.04.1936. La Compagnia è iscritta all'Albo delle Imprese Ivass n. 1.00025, Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi Ivass con il n. 041.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa (dati aggiornati al 31 dicembre 2015)

Il patrimonio netto di AXA Assicurazioni S.p.A., riferito all'ultimo bilancio approvato (esercizio 2015), ammonta a € 759 milioni di cui € 211 milioni di capitale sociale interamente versato e € 548 milioni di riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio.

L'indice di solvibilità di AXA Assicurazioni S.p.A., ovvero l'indice che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, riferito alla gestione vita e relativo all'ultimo bilancio approvato, è pari al 107,72%.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Temporanea Caso Morte e Invalidità Permanente Totale, Tariffa 0022, è una assicurazione collettiva temporanea per il caso morte, destinata agli aderenti del Fondo Pensione Solidarietà Veneto che prevede la liquidazione di un capitale in un'unica soluzione ai Beneficiari in caso di decesso o all'Assicurato stesso in caso di invalidità totale permanente dell'Assicurato sempreché l'evento avvenga durante il periodo di validità della copertura assicurativa, a condizione che l'Assicurato sia incluso in assicurazione e la Contraente sia in regola con il pagamento dei premi.

La copertura assicurativa viene prestata sulla base di un Contratto (Convenzione) stipulato tra la Compagnia e la Contraente che riporta le condizioni specificatamente concordate tra le Parti. Il Contratto (Convenzione) ha una durata di 3 anni.

In forza del contratto viene accesa una copertura assicurativa monoannuale rinnovabile di anno in anno in riferimento a ciascun assicurato incluso nel Contratto stesso.

NOTA INFORMATIVA

La copertura assicurativa è attivabile e rinnovabile a condizione che l'età dell'assicurato sia compresa tra 18 e 75 anni.

La copertura assicurativa non è rinnovabile per gli assicurati di età assicurativa pari a 76 anni.

Per età dell'Assicurato deve intendersi l'età assicurativa ossia se dall'ultimo compleanno sono trascorsi meno di sei mesi l'età è quella compiuta; se invece sono trascorsi sei o più mesi l'età è quella prossima da compiere.

La prestazione (Capitale Assicurato) è indicata, per ciascuna testa, nell'elenco degli Assicurati e non potrà essere inferiore a Euro 20.000,00 e maggiore di Euro 200.000,00 con la possibilità per l'aderente di aumentare il capitale assicurato per multipli di Euro 10.000,00 entro i limiti predetti.

Poiché i premi versati servono esclusivamente alla copertura del rischio di morte e di invalidità permanente nessuna prestazione è prevista per l'Assicurato al termine del periodo di validità della copertura assicurativa se non si verificano gli eventi oggetto di copertura del contratto.

Il Contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative:

a) Prestazione in caso di morte dell'Assicurato

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso del periodo di validità della copertura assicurativa, la Compagnia pagherà ai Beneficiari, il capitale Assicurato al momento del decesso, come meglio indicato all'art. 1.1 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

In caso di sinistro che colpisca più teste assicurate a seguito di uno stesso evento accidentale verrà liquidato un importo complessivo che non potrà essere superiore a 200 volte il Capitale medio Assicurato, con il limite di € 10 milioni.

AVVERTENZA Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, **fatte salve le esclusioni indicate all'articolo 1.3 delle Condizioni Generali di Assicurazione.**

b) Prestazione in caso di Invalidità totale e permanente dell'Assicurato

In caso di infortunio o malattia dell'Assicurato che abbiano come conseguenza un'invalidità totale permanente (così come definita al punto 1.2 delle Condizioni Generali di Assicurazione) nel corso del periodo di validità della copertura assicurativa la Compagnia pagherà ai Beneficiari, il capitale Assicurato, come meglio indicato all'art. 5.4 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

AVVERTENZA Il rischio di Invalidità totale e permanente dell'Assicurato è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, **fatte salve le esclusioni indicate all'articolo 1.3 delle Condizioni Generali di Assicurazione.**

Prima della sottoscrizione leggere le avvertenze contenute nella Proposta di Assicurazione e/o nel Modulo di Adesione relative alla compilazione del questionario sanitario.

E' di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dalla Contraente e dall'Assicurato, come meglio definito all'art. 2.3 delle Condizioni Generali di Assicurazione, 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.

4. Premi

A fronte delle prestazioni assicurate, la Contraente è tenuta a pagare un premio per l'insieme delle posizioni individuali degli Assicurati inclusi nel Contratto, da corrispondere tramite un versamento unico annuale all'inizio di ciascun periodo assicurativo.

L'entità del premio dovuto per ciascun Assicurato dipende da una serie di fattori quali il Capitale Assicurato prescelto e l'età dell'Assicurato.

Tale premio **monoannuale** viene ricalcolato all'inizio di ciascun periodo assicurativo in funzione dell'età raggiunta in quella data dagli Assicurati come meglio indicato nell'art. 3.1 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Nel caso di inserimento di nuovi Assicurati nel contratto nel corso dell'anno, il premio dovuto per gli stessi è determinato proporzionalmente alla durata della copertura effettiva di ciascun Assicurato, come meglio descritto dall'articolo 3.3 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Si precisa che la garanzia assicurativa rimarrà operativa fino al termine del periodo assicurativo anche nel caso in cui l'Assicurato nel corso di tale periodo revochi l'iscrizione a Solidarietà Veneto Fondo Pensione. Pertanto i premi pagati non verranno rimborsati alla Contraente.

Il premio deve essere versato dalla Contraente alla Compagnia all'inizio di ciascun periodo assicurativo utilizzando esclusivamente i seguenti mezzi di pagamento secondo le modalità di seguito precisate:

- bonifico (bancario domestico, estero o postale) per il quale occorre indicare nella causale del bonifico il n° di polizza (se non conosciuto, il n° di proposta), senza spazi;

Non è consentito per questo tipo di polizza effettuare pagamenti in contanti (banconote e monete metalliche).

Il Contratto non prevede il diritto di Riscatto o di Riduzione delle prestazioni a scadenza e pertanto il mancato pagamento dei Premi determina la risoluzione del Contratto ed i Premi versati resteranno acquisiti dalla Compagnia.

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, REGIME FISCALE

6. Costi

6.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

6.1.1 Costi gravanti sui Premi

Sui Premi Versati saranno applicati i seguenti costi:

Tariffa a Premio Annuo

Costi di acquisto	11%
Costi di gestione	4%
Diritti fissi	0

La quota parte dei "Costi gravanti sui Premi" di cui all'articolo 5.1 retrocessa dalla Compagnia in media agli intermediari è pari al 10% del premio di tariffa.

7. Misure e modalità di eventuali sconti

Non sono previsti sconti.

8. Regime fiscale

8.1 Tassazione dei Premi

I premi versati sono esenti da imposta.

8.2 Altre implicazioni di natura fiscale

L'eventuale applicazione di ulteriori disposizioni fiscali può dipendere da elementi diversi quali, ad esempio, la fonte istitutiva dell'assicurazione collettiva, la natura delle prestazioni corrisposte, i soggetti che sopportano l'onere economico del premio, ecc.

In presenza di casi particolarmente complessi, si consiglia di avvalersi di una adeguata e professionale assistenza in campo fiscale.

8.3 Dichiarazioni del Contraente

Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia, sulla base della dichiarazione rilasciata dal Contraente riguardo la sua residenza italiana, riportata nella proposta o nella polizza.

Il regime fiscale deve tuttavia essere adattato, secondo la legislazione dell'Unione Europea (Direttiva n.2002/83/CE), in caso di variazione di residenza del Contraente, nel corso di durata del contratto, presso altro Paese membro della stessa Unione.

A tal fine, il Contraente è tenuto a comunicare per iscritto l'avvenuto trasferimento, non oltre i 30 giorni dallo stesso e comunque in tempo utile per gli adeguamenti conseguenti in prossimità del pagamento del premio, in conformità alla legislazione fiscale del Paese di nuova residenza.

Sarà cura di AXA Assicurazioni S.p.A. l'espletamento degli adempimenti dichiarativi ed il pagamento del tributo per conto del Contraente.

In caso di omessa comunicazione, AXA Assicurazioni S.p.A. avrà diritto di rivalsa sul Contraente per le somme versate all'Autorità fiscale dello Stato estero di nuova residenza, sia a titolo di imposta, sia di sanzioni, interessi e spese, in conseguenza di addebiti per omesso od insufficiente versamento del tributo.

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 all'articolo 2.1 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

10. Risoluzione del Contratto per sospensione del pagamento dei Premi

Il Contraente ha la facoltà di risolvere il Contratto sospendendo il pagamento dei Premi, con conseguente scioglimento del Contratto.

In tal caso le Garanzie Assicurative decadono e i Premi pagati rimangono acquisiti dalla Compagnia.

11. Riscatto e riduzione

Il Contratto non prevede né il diritto di Riscatto né quello di Riduzione della prestazione a scadenza e, pertanto, il mancato pagamento dei Premi determina la risoluzione del Contratto ed i Premi versati resteranno acquisiti dalla Compagnia.

12. Revoca della Proposta

La Contraente può revocare la Proposta Contrattuale prima della conclusione del Contratto.

La revoca deve essere esercitata mediante lettera raccomandata contenente gli estremi identificativi della Proposta Contrattuale, ed inviata alla Compagnia (rif. Ufficio "Life Insurance Collective Portfolio Management", Corso Como, 17 - 20154 Milano -MI-) eventualmente per il tramite del Soggetto Incaricato del collocamento.

Entro trenta giorni dalla data di ricevimento della comunicazione relativa alla richiesta di Revoca, la Compagnia restituirà alla Contraente l'intero Premio eventualmente già corrisposto.

13. Diritto di recesso

La Contraente ha diritto di recedere dal Contratto entro trenta giorni dal momento in cui è informata che lo stesso è concluso come indicato dall'articolo 2.3 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Il Recesso deve essere comunicato per iscritto alla Compagnia, mediante lettera raccomandata contenente gli estremi identificativi della polizza, ed inviata alla Compagnia (rif. Ufficio "Life Insurance Collective Portfolio Management", Corso Como, 17 - 20154 Milano -MI-) eventualmente per il tramite del Soggetto Incaricato del collocamento.

Il Recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto a decorrere dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della comunicazione di Recesso quale risulta dal timbro postale di invio.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione del Recesso, la Compagnia rimborsa alla Contraente il Premio da questa eventualmente corrisposto al netto della parte relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

L'impresa rinuncia al diritto di recuperare le spese sostenute per l'emissione del Contratto.

14. Documentazione da consegnare alla Compagnia per la liquidazione delle prestazioni

La Compagnia provvederà alla liquidazione delle prestazioni dovute, entro trenta giorni dalla data di ricevimento della relativa richiesta corredata di tutta la documentazione prevista elencata nel relativo modulo di liquidazione allegato al presente Fascicolo Informativo.

Alla data di redazione del presente Fascicolo Informativo, i diritti derivanti da un qualsiasi Contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato l'evento su cui i diritti stessi si fondano, ai sensi dell'articolo 2952, comma 2 del Codice Civile modificato dal Decreto Legge 18 ottobre 2012 n. 179, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 19 ottobre 2012, n.245. Tale prescrizione resterà in vigore, salvo eventuali modifiche successive.

Superato questo termine senza alcuna richiesta da parte dell'interessato, il diritto alle prestazioni si prescrive e non può essere esercitato, in quanto le somme maturate e non riscosse entro il termine di prescrizione del relativo diritto sono infatti devolute, ai sensi dell'art. 1 comma 345 della legge n. 266/2005 al fondo "depositi dormienti".

15. Legge applicabile al Contratto

In caso di mancata scelta delle parti il presente contratto è disciplinato dalla legge italiana.

16. Lingua in cui è redatto il Contratto

Il Contratto, e ogni documento ad esso collegato, vengono redatti in lingua italiana salvo che le parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

17. Reclami

Eventuali reclami relativi ad un contratto o servizio assicurativo nei confronti dell'Impresa di assicurazione o dell'Intermediario assicurativo con cui si entra in contatto, devono essere preliminarmente presentati per iscritto (posta, fax, email/PEC) all'**Ufficio Gestione Reclami** secondo le seguenti modalità:

- mail - reclami@axa.it
- pec - reclamiisvapaxa@axa.legalmail.it
- posta - AXA Assicurazioni S.p.A c.a Ufficio Gestione Reclami Corso Como, 17 - 20154 Milano
- fax- +39 02 43448103

I reclami indirizzati alla Compagnia contengono:

- nome, cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante;
- numero della polizza e nominativo del contraente;
- numero e data del sinistro al quale si fa riferimento;
- indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze.

Sarà cura della Compagnia fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo.

Si segnala che a fronte dell'entrata in vigore del Provvedimento IVASS n. 46, dal 26 novembre 2016 per eventuali reclami aventi ad oggetto il comportamento di un Agente piuttosto che di un collaboratore/dipendente di quest'ultimo, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un periodo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con l'intermediario di cui sopra e consentire allo stesso di effettuare le necessarie integrazioni istruttorie e di esprimere le proprie posizioni relativamente all'oggetto del reclamo così come previsto dalla normativa vigente.

Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, nella risposta verrà fornita una chiara spiegazione della posizione assunta sia dalla Compagnia che dall'Agente interessato in relazione al reclamo stesso ovvero della sua mancata risposta.

Qualora il reclamante non abbia ricevuto risposta oppure ritenga la stessa non soddisfacente, prima di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, può scrivere all'IVASS (Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma; fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, ivass@pec.ivass.it) fornendo copia del reclamo già inoltrato all'impresa ed il relativo riscontro anche utilizzando il modello presente nel sito [http://www.ivass.it/PER IL CONSUMATORE/](http://www.ivass.it/PER_IL_CONSUMATORE/)come presentare un reclamo.

Inoltre il reclamante può ricorrere ai sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale, quali:

- **Mediazione:** per controversie relative a contratti assicurativi e a diritti al risarcimento derivanti da responsabilità medica e sanitaria, le Parti, ai sensi dell'art. 5, comma 1-bis, del d.lgs. n. 28/2010 sono tenute a tentare di risolvere la questione avanti un Organismo di Mediazione (compreso tra gli Enti o le persone fisiche abilitati, in quanto iscritti nel registro ufficiale del Ministero della Giustizia). Per attivare la procedura, il contraente, l'assicurato o il danneggiato dovranno rivolgersi ad un Organismo di Mediazione del luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia, che provvederà a trasmettere alla Compagnia la domanda di

attivazione, con indicazione della data fissata per il primo incontro. La Compagnia provvederà a rispondere almeno 7 giorni lavorativi prima della data prevista per il primo incontro.

- Arbitrato irrituale: laddove espressamente previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, per controversie relative alla determinazione del valore del danno o alle conseguenze di natura medica di un sinistro, che verranno devolute ai consulenti tecnici nominati da ciascuna delle Parti. Per attivare la procedura è necessario comunicare alla Compagnia la volontà di dare avvio alla stessa. La Compagnia provvederà a dare riscontro al richiedente indicando il nominativo del proprio consulente tecnico e la Procedura seguirà le modalità espressamente indicate nella relativa previsione di Polizza.

Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito www.axa.it

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Eventuali reclami non relativi al rapporto contrattuale o alla gestione del sinistro, ma relativi alla mancata osservanza da parte della Compagnia, degli intermediari e dei periti assicurativi, delle disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi possono essere presentati direttamente all'IVASS, secondo le modalità sopra indicate.

I reclami relativi ad aspetti di trasparenza informativa dei prodotti unit e index linked o delle operazioni di capitalizzazione, devono essere inviati alla CONSOB Divisione Tutela del Consumatore Ufficio Consumer Protection, via G.B. Martini, 3 - 00198 Roma.

18. Informativa in corso di Contratto

La Compagnia si impegna a comunicare al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute nella Nota Informativa, intervenute per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del Contratto.

19. Comunicazioni del Contraente alla Compagnia

In merito alle comunicazioni che il Contraente deve rendere alla Compagnia in caso di modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di Contratto, si richiamano le disposizioni di cui all'articolo 1926 del Codice Civile.

20. 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

AXA Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

AXA Assicurazioni S.p.A.

Il Direttore Generale
Maurizio Cappiello



CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Le presenti Condizioni Generali di Assicurazione sono aggiornate alla data del 31 Ottobre 2016

PREMESSA

Le presenti Condizioni Generali di Assicurazione disciplinano la polizza Temporanea Caso Morte e Invalidità Permanente Totale (Tariffa) 0022 destinata agli aderenti del Fondo Pensione Solidarietà Veneto

1. PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 1.1 – Capitale Assicurato

L'assicurazione prevede la liquidazione di un capitale in un'unica soluzione ai Beneficiari in caso di decesso o all'Assicurato stesso in caso di invalidità totale permanente dell'Assicurato sempreché l'evento avvenga durante il periodo di validità della copertura assicurativa, a condizione che l'Assicurato sia incluso in assicurazione e la Contraente sia in regola con il pagamento dei premi.

Tale assicurazione, in particolare, presuppone:

- un'unica Contraente ed un unico Contratto di assicurazione;
- la determinazione del capitale assicurato per ogni testa

L'importo del Capitale Assicurato è indicato, per ciascuna testa, nell'Elenco degli Assicurati.

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, **fatte salve le esclusioni indicate al successivo articolo 1.3.**

Art. 1.2 – Definizione di invalidità totale e permanente

L'Invalidità Totale e Permanente a seguito di malattia o infortunio, indipendentemente dalla specifica professione esercitata è riconosciuta quando il grado di invalidità permanente accertato sia pari o superiore al 50%, secondo i criteri e le percentuali previste dalla tabella delle valutazioni del grado di invalidità permanente per l'industria allegata al T.U. delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali approvato con D.P.R. 30/6/65 n. 1124, e successive modificazioni intervenute fino alla stipula dell'assicurazione, riportata in Appendice alla presente Polizza Collettiva.

Poiché i Premi versati servono esclusivamente alla copertura del rischio di morte e di invalidità totale e permanente, nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato al termine del periodo di validità della copertura assicurativa.

Art. 1.3 - Esclusioni

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

- a) Dolo dell'Assicurato ovvero del Contraente o del Beneficiario;
- b) Partecipazione attiva dell'Assicurato a: delitti dolosi; fatti di guerra, dichiarata o di fatto, salvo quanto previsto dall'Art. 13 – Rischio Guerra; risse, tranne per il caso di legittima difesa e per atti compiuti per dovere di solidarietà umana; atti di terrorismo, attentati e atti di sabotaggio;
- c) Incidente di volo se l'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) Suicidio per i 24 mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- e) Malattie e Infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
- f) Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

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

- g) Infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- h) Infortuni causati all'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;
- i) Infortuni occorsi alla guida di veicoli a motore e dovuti ad un tasso alcolemico dell'Assicurato superiore a quanto consentito dalla normativa in vigore al momento del sinistro.
- j) Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- k) Infortuni causati da guerra anche non dichiarata od insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni;
- l) Partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di terrorismo, attentati e atti di sabotaggio;
- m) Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- n) Infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
- o) Eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- p) Applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio ed attinentemente alle garanzie Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero ospedaliero avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione;
- q) 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'Assicurato;
- r) Mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di invalidità totale;
- s) Infortuni causati da:
 - paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
 - 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'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'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 oltre il 3° grado della Scala di Monaco, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
 - dalla partecipazione a competizioni compiute a livello professionistico - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- t) HIV o AIDS.

2. CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

Art. 2.1 - Ingresso e permanenza in assicurazione

Il Contratto si intende concluso nel momento dell'accettazione da parte della Compagnia.

La copertura assicurativa decorre dalla data indicata nella polizza ed è subordinata:

- al pagamento del premio, fermo restando quanto previsto al successivo art. 3.2.

La Contraente si impegna per ciascun Assicurato, per il quale verrà richiesto l'inserimento in copertura assicurativa, a provvedere ai seguenti adempimenti:

- effettuare l'elencazione nominativa degli Assicurati, con l'indicazione della data e del luogo di nascita, del luogo di residenza, del codice fiscale e del capitale da garantire e della società di appartenenza, laddove diversa dalla Contraente. Gli elenchi degli Assicurati potranno essere forniti anche su supporto informatico, previo accordo con la Compagnia;
- consegnare l'informativa, ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e raccogliere il consenso degli Assicurati al trattamento di tali dati;
- consegnare copia delle presenti condizioni di polizza;
- consegnare ogni altro documento previsto dal contratto di assicurazione ovvero dalle condizioni di polizza.

La Contraente sarà tenuta a fornire ogni ulteriore documentazione richiesta dalla Compagnia per l'inserimento degli Assicurati nella polizza collettiva e per il pagamento delle prestazioni garantite.

Le comunicazioni di cui al precedente comma devono essere effettuate per tutti i nuovi ingressi nel corso del periodo di validità dell'assicurazione.

Almeno 15 giorni prima della scadenza annuale dell'assicurazione, la Contraente dovrà comunicare, per il conseguente rinnovo, le eventuali modifiche intervenute nella Contraente medesima (e/o nelle società od enti ad essa raggruppati, convenzionati, associati o iscritti) e le eventuali variazioni da apportare per ciascun Assicurato.

Art. 2.2 - Diritto di recesso

La Contraente ha diritto di recedere dal Contratto entro trenta giorni dal momento in cui è informata che lo stesso è concluso.

Il Recesso deve essere comunicato per iscritto alla Compagnia, mediante lettera raccomandata contenente gli estremi identificativi della polizza, ed inviata alla Compagnia (rif. Ufficio "Life Insurance Collective Portfolio Management", Corso Como, 17 - 20154 Milano -MI-) eventualmente per il tramite del Soggetto Incaricato del collocamento.

Il Recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto a decorrere dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della comunicazione di Recesso quale risulta dal timbro postale di invio.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione del Recesso, la Compagnia rimborsa alla Contraente il Premio da questa eventualmente corrisposto al netto della parte relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

L'impresa rinuncia al diritto di recuperare le spese sostenute per l'emissione del Contratto.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 2.3 - Dichiarazioni della Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni della Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Decorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o della sua riattivazione, il Contratto tuttavia non è contestabile per dichiarazioni inesatte o reticenti rese dalla Contraente o dall'Assicurato, salvo il caso in cui la verità sia stata alterata o taciuta in malafede.

In ogni caso, l'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

3. PREMIO E COSTI

Art. 3.1 - Premi di assicurazione

Il premio, dovuto dalla Contraente per ciascun Assicurato ed all'inizio di ciascun periodo assicurativo, verrà determinato secondo la tariffa per l'assicurazione temporanea di gruppo per il caso morte o invalidità totale permanente. Il premio per ogni assicurato si calcola tenendo in considerazione l'età raggiunta e l'importo del capitale assicurato.

Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno, si stabiliranno dei ratei di premio, riducendo i premi annui come sopra determinati, in proporzione alla durata della copertura.

Qualora il periodo assicurativo sia trascorso senza che si siano verificati eventi coperti dalla garanzia assicurativa, ogni obbligazione della Compagnia dovrà ritenersi estinta ed i premi pagati dalla Contraente rimarranno acquisiti dalla Compagnia.

Art. 3.2 - Pagamento dei premi e risoluzione

La Contraente è tenuta a pagare il premio, stabilito in polizza, alle rispettive scadenze utilizzando esclusivamente i mezzi di pagamento secondo le modalità di seguito precisate:

– bonifico (bancario domestico, estero o postale) per il quale occorre indicare nella causale del bonifico il n° di polizza (se non conosciuto, il n° di proposta), senza spazi;

Non è consentito per questo tipo di polizza effettuare pagamenti in contanti (banconote e monete metalliche).

Salvo diversi accordi scritti fra le parti, il premio deve essere pagato alla consegna della polizza o di sua eventuale Appendice, nella quale sarà evidenziata la data di pagamento e le modalità dello stesso. Copia di tali documenti dovrà essere restituita controfirmata alla Compagnia.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno salvo il caso di contratti di durata inferiore.

Per tali pagamenti è concesso il termine di rispetto di 60 giorni, trascorso il quale la Compagnia ha il diritto di dichiarare, con lettera raccomandata A/R, la risoluzione del contratto.

In caso di mancato pagamento del Premio, trascorsi trenta giorni dalla scadenza dello stesso, la garanzia caso morte decade e i Premi pagati rimangono acquisiti dalla Compagnia.

A giustificazione del mancato pagamento del Premio, la Contraente non può opporre che la Compagnia non le abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio. Un versamento di somme parziali non costituisce pagamento del Premio.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 3.3 - Inclusioni nel corso del periodo assicurativo

Per Assicurati inclusi in copertura, nel corso del periodo assicurativo, si applicherà un rateo di premio calcolato in 360esimi determinato riducendo il relativo premio annuo in proporzione alla durata della copertura a cui verranno sommati i diritti fissi.

Le operazioni di inclusione verranno perfezionate attraverso l'emissione di apposita Appendice da parte della Compagnia e contestuale pagamento del premio da parte della Contraente.

La garanzia assicurativa decorrerà dalle ore 24.00 del giorno di inclusione del singolo Assicurato in polizza e avrà scadenza alle ore 00.00 del 1 dicembre dell'anno successivo, rinnovandosi automaticamente di anno in anno ai sensi del successivo art. 3.6.

Art. 3.4 - Esclusioni nel corso del periodo assicurativo

Nel caso di uscite di Assicurati nel corso del periodo assicurativo per cause diverse dalla morte, la garanzia assicurativa rimarrà operativa fino al termine del periodo assicurativo anche nel caso in cui l'Assicurato nel corso di tale periodo revochi l'iscrizione a Solidarietà Veneto Fondo Pensione. Pertanto i premi pagati non verranno rimborsati alla Contraente.

Art. 3.5 - Limiti di età

La copertura assicurativa è attivabile e rinnovabile a condizione che l'età dell'assicurato sia compresa tra 18 e 75 anni.

Per gli assicurati di età assicurativa pari a 75 anni la copertura resterà in vigore fino alla successiva ricorrenza annuale.

La copertura assicurativa non è rinnovabile per gli assicurati di età assicurativa pari a 76 anni.

Per età dell'Assicurato deve intendersi l'età assicurativa, ossia se dall'ultimo compleanno sono trascorsi meno di sei mesi l'età è quella compiuta; se invece sono trascorsi sei o più mesi, l'età è quella prossima da compiere.

Art. 3.6 - Durata del contratto

La copertura assicurativa viene prestata sulla base di un Contratto stipulato tra la Compagnia e la Contraente (Convenzione) che riporta le condizioni specificatamente concordate tra le Parti. Il Contratto (Convenzione) ha una durata non inferiore a tre anni.

In forza del contratto viene accesa una copertura assicurativa monoannuale rinnovabile di anno in anno in riferimento a ciascun assicurato incluso nel Contratto stesso.

Resta inteso che eventuali modifiche alle presenti Condizioni di polizza stabilite dall'Autorità di Vigilanza, dovranno essere applicate fin dal primo rinnovo annuale dell'assicurazione.

4. VICENDE CONTRATTUALI

Art. 4.1 - Riscatto e prestiti

Non è prevista la possibilità di riscattare il Contratto né quella di ottenere la concessione di prestiti.

Art. 4.2 - Vincolo

L'Assicurato può vincolare le somme assicurate. Tale atto diventa efficace solo quando la Compagnia, ne faccia annotazione sull'originale del Modulo di Adesione o su Appendice.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 4.3 - Foro Competente

Per le controversie relative al contratto di assicurazione è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo della sede, residenza o di domicilio elettivo della Contraente o dell'Assicurato previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ai sensi della Legge 9 agosto 2013 n. 98, salvo eventuali modifiche successive.

5. BENEFICIARI E PAGAMENTI DELLA SOCIETA'

Art. 5.1 - Beneficiari

I Beneficiari sono quelli indicati dall'Assicurato o, in difetto di designazione, gli eredi testamentari e, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi.

L'Assicurato designa i Beneficiari per le prestazioni assicurative in caso di morte e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.

La designazione di beneficio, e le sue eventuali revoche o modifiche, devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia, tramite lettera raccomandata A/R, compilando l'apposito modulo a cui va allegata fotocopia di un documento di identità in corso di validità dell'Assicurato, o fatte per testamento. Tali modifiche diventano efficaci dal momento in cui la Compagnia stessa ne ha fatto annotazione sull'originale di polizza attraverso emissione di apposita Appendice.

Art. 5.2 - Documenti prodotti dalla Compagnia

La Compagnia rilascerà alla Contraente il Fascicolo Informativo ed in occasione di ciascun versamento e per ciascuna delle eventuali società od enti alla stessa raggruppati, associati, convenzionati o iscritti - una Appendice relativa ai premi complessivamente dovuti accompagnata dall'Elenco degli Assicurati, facente parte integrante del presente contratto, nel quale saranno elencati gli Assicurati, i relativi capitali, i premi e la durata della garanzia.

Eventuali rilievi sui dati evidenziati in tale elenco dovranno essere comunicati alla Compagnia tempestivamente e, comunque, entro 60 giorni dalla data di ricevimento per le opportune rettifiche.

Art. 5.3 - Condizioni di denuncia in caso di decesso

Per ottenere la liquidazione del capitale assicurato in caso di decesso dell'Assicurato, devono essere preventivamente consegnati alla Compagnia, i documenti necessari per verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento ed individuare gli aventi diritto. Tali documenti sono elencati nel "Modulo di richiesta documentazione per la liquidazione del capitale in caso di decesso dell'Assicurato" allegato al presente Fascicolo Informativo.

La Compagnia liquida la prestazione che risulti dovuta e provvede al pagamento entro trenta giorni dal ricevimento della completa documentazione richiesta, previa consegna della relativa quietanza controfirmata. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi legali moratori a favore dei Beneficiari.

Alla data di redazione del presente Fascicolo Informativo, i diritti derivanti da un qualsiasi Contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato l'evento su cui i diritti stessi si fondano, ai sensi dell'articolo 2952, comma 2 del Codice Civile modificato dal Decreto Legge 18 ottobre 2012 n. 179, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 19 ottobre 2012, n.245. Tale prescrizione resterà in vigore, salvo eventuali modifiche successive.

Superato questo termine senza alcuna richiesta da parte dell'interessato, il diritto alle prestazioni si prescrive e non può essere esercitato, in quanto le somme maturate e non riscosse entro il termine di

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

prescrizione del relativo diritto sono infatti devolute, ai sensi dell'art. 1 comma 345 della legge n. 266/2005 al fondo "depositi dormienti".

Art. 5.4 - Condizioni di denuncia dell'invalidità totale e permanente - accertamento autonomo

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, la Contraente o la società ed ente alla stessa raggruppato, associato, convenzionato o iscritto ovvero l'Assicurato medesimo devono farne denuncia alla Compagnia per gli opportuni accertamenti, entro 30 giorni dalla data dell'evento, secondo quanto previsto al successivo art. 5.6.

In tali casi, la Compagnia avvierà la procedura di autonomo accertamento e si impegnerà ad accertare l'invalidità permanente entro 180 giorni dalla ricezione della documentazione dell'avvenuta stabilizzazione dei postumi.

A richiesta della Compagnia, la Contraente e l'Assicurato sono tenuti:

- a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta per gli accertamenti dello stato di invalidità dell'Assicurato;
- a fornire la documentazione che fosse ritenuta opportuna per stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità. Tali documenti sono elencati nel "Modulo di richiesta documentazione per la liquidazione del capitale in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato" allegato 2 al presente contratto.

La Compagnia si riserva di accertare l'invalidità con medici di sua fiducia.

Il decesso dell'Assicurato intervenuto prima che venga riconosciuta l'invalidità equivale all'avvenuto riconoscimento dello stato d'invalidità medesimo.

Previa consegna della relativa quietanza controfirmata, la Compagnia liquida la prestazione che risulti dovuta e provvede al pagamento entro i successivi 30 giorni. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi legali moratori.

Una volta eseguito il pagamento del capitale assicurato per l'invalidità totale e permanente, la garanzia si estingue e nulla è più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.

Art. 5.5 - Sinistro che colpisca più teste

L'assicurazione è estesa anche al sinistro che colpisca, in conseguenza di un unico evento, più persone assicurate con polizze stipulate dalla stessa Contraente con la Compagnia. In tali casi la Compagnia corrisponderà fino ad un importo complessivo pari a 200 volte la media del capitale assicurato nell'anno solare in corso al momento del sinistro con il limite di 10 milioni di Euro. Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo, la Compagnia procederà alla loro riduzione proporzionale. Detto importo verrà suddiviso in relazione al numero degli Assicurati colpiti dal sinistro e al rispettivo capitale assicurato.

Art. 5.6 - Collegio Arbitrale

Le controversie di natura medica sul grado di invalidità permanente, sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto di comune accordo fra le Parti, entro il termine di 30 giorni da quando se ne è avuta comunicazione, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo. In caso di mancato accordo entro 20 giorni dalla richiesta di arbitrato la scelta del terzo arbitro sarà demandata al Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le altre spese sono a carico della parte soccombente.

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore e violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

5.7 Tasse e imposte

Tasse e imposte relative al Contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto.

I premi versati sono esenti da imposta.

L'eventuale applicazione di ulteriori disposizioni fiscali può dipendere da elementi diversi quali, ad esempio, la fonte istitutiva dell'assicurazione collettiva, la natura delle prestazioni corrisposte, i soggetti che sopportano l'onere economico del premio, ecc.

In presenza di casi particolarmente complessi, si consiglia di avvalersi di una adeguata e professionale assistenza in campo fiscale.

Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia, sulla base della dichiarazione rilasciata dal Contraente riguardo la sua residenza italiana, riportata nella proposta o nella polizza.

Il regime fiscale deve tuttavia essere adattato, secondo la legislazione dell'Unione Europea (Direttiva n.2002/83/CE), in caso di variazione di residenza del Contraente, nel corso di durata del contratto, presso altro Paese membro della stessa Unione.

A tal fine, il Contraente è tenuto a comunicare per iscritto l'avvenuto trasferimento, non oltre i 30 giorni dallo stesso e comunque in tempo utile per gli adeguamenti conseguenti in prossimità del pagamento del premio, in conformità alla legislazione fiscale del Paese di nuova residenza.

Sarà cura di AXA Assicurazioni S.p.A. l'espletamento degli adempimenti dichiarativi ed il pagamento del tributo per conto del Contraente.

In caso di omessa comunicazione, AXA Assicurazioni S.p.A. avrà diritto di rivalsa sul Contraente per le somme versate all'Autorità fiscale dello Stato estero di nuova residenza, sia a titolo di imposta, sia di sanzioni, interessi e spese, in conseguenza di addebiti per omesso od insufficiente versamento del tributo.

GLOSSARIO

Assicurato:	è la persona sulla cui vita viene stipulato il Contratto.
Beneficiario:	è la persona fisica o giuridica designata dall'Assicurato cui sono erogate le prestazioni previste dal Contratto.
Capitale Assicurato:	è la prestazione in forma di Capitale che la Compagnia corrisponde ai Beneficiari designati in caso di decesso e di invalidità totale e permanente dell'Assicurato nel corso della Durata Contrattuale.
Compagnia:	AXA Assicurazioni S.p.A., con la quale viene stipulato il Contratto.
Contraente:	la persona giuridica che stipula il Contratto con la Compagnia e si impegna al versamento del Premio di polizza.
Contratto (o polizza):	il presente Contratto di assicurazione sulla vita denominato "Temporanea Caso Morte e Invalidità Permanente – Tariffa 0022-". La polizza fornisce la prova dell'esistenza del rapporto contrattuale di assicurazione con la Compagnia.
Costi (o spese):	oneri a carico della Contraente gravanti sul Premio.
Data di Decorrenza e perfezionamento del Contratto:	è la data a partire dalla quale il Contratto si considera concluso e produce i suoi effetti.
Data di Scadenza:	data in cui cessano gli effetti del Contratto.
Diritti (propri) dei Beneficiari:	diritto dei Beneficiari alle prestazioni del Contratto dovute dalla Compagnia; è acquisito per effetto della designazione della Contraente.
Durata Contrattuale:	periodo che intercorre dalla Data di Decorrenza alla Data di Scadenza del Contratto.
Esclusioni:	rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del Contratto di assicurazione.
Perfezionamento del Contratto:	coincide con la Data di Decorrenza del Contratto a condizione che la Contraente abbia pagato il Premio Totale e abbia compilato e sottoscritto la Proposta Contrattuale e l'Assicurato abbia compilato il modulo di adesione e la documentazione sanitaria richiesta e che quest'ultima sia stato accettato dalla Compagnia.
Premio Totale:	importo che la Contraente deve corrispondere alle scadenze pattuite nel corso della Durata Contrattuale.
Proposta Contrattuale:	modulo sottoscritto dalla Contraente, in qualità di proponente, con il quale conferma di avere ricevuto, letto e valutato tutti i documenti inclusi nel Fascicolo Informativo del Contratto e manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il Contratto. E' soggetto all'approvazione della Compagnia.

GLOSSARIO

Recesso: diritto della Contraente di recedere dal Contratto e farne cessare gli effetti, da comunicarsi alla Compagnia entro 30 giorni dal perfezionamento del Contratto.

Revoca: diritto della Contraente di revocare la propria Proposta Contrattuale prima del perfezionamento del Contratto.