POLIZZA POLARIS FAMIGLIA AL SICURO

(Polizza Collettiva AXA France VIE n. 1-2019-00008 – AXA France IARD n. 2-2019-00009)

(mod. AX1-AX2-AX3-AX4-AX5-AX6-AX7-AX8)

Adesione facoltativa riservata ai clienti di POLARIS S.r.l.

AVVERTENZA - Si specifica che la sottoscrizione della presente polizza è del tutto facoltativa e non obbligatoria per ottenere mutui, finanziamenti o altri prodotti bancari eventualmente offerti dall'intermediario

Il presente documento contiene il SET INFORMATIVO PRECONTRATTUALE del prodotto assicurativo composto da:

- **DIP DANNI**
- **DIP VITA**
- **DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI**
- **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE (comprensive di Glossario)**
- **MODULO DI ADESIONE (*fac-simile*)**

Ed inoltre:

- **Nota informativa Privacy**

Edizione 04/2021

AXA FRANCE IARD (compagnia assicurativa del gruppo AXA). Indirizzo sede legale in Francia: 313 Terrasses de l'Arche, 92727 NANTERRE CEDEX. Numero Iscrizione Registro delle Imprese di Nanterre: 722057460. Autorizzata in Francia (Stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni, vigilata in Francia dalla Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Numero Matricola Registre des organismes d'assurance: 4022109. // Indirizzo Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano – CF, P.IVA e N.Iscr. Reg. Imprese Milano 10345000961 - REA MI-2525152 Telefono: 02/87103548 - Fax: 02-23331247 - PEC: axafranceiard@legalmail.it – sito internet: www.clp.partners.axa/it. Ammessa ad operare in Italia in regime di stabilimento. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco I, nr. I.00148.

AXA FRANCE VIE (compagnia assicurativa del gruppo AXA). Indirizzo sede legale in Francia: 313 Terrasses de l'Arche, 92727 NANTERRE CEDEX. Numero Iscrizione Registro delle Imprese di Nanterre: 310499959. Autorizzata in Francia (Stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni, vigilata in Francia dalla Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Numero Matricola Registre des organismes d'assurance: 5020051. // Indirizzo Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano - CF, P.IVA e N.Iscr. Reg. Imprese 08875230016 - REA MI-2525395 - Telefono: 02/87103548 - Fax: 02-23331247 - PEC: axafrancevie@legalmail.it – sito internet: www.clp.partners.axa/it. Ammessa ad operare in Italia in regime di stabilimento. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco I, nr. I.00149.

DIP DANNI

Assicurazione danni sulla persona

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: AXA France VIE S.A. / AXA France IARD S.A. (Rappresentanze Generali per l'Italia)

Autorizzate in Francia (stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni e autorizzate ad operare in Italia in regime di libertà di stabilimento.
Iscritte all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco I, nr. I.00149 - I.00148.

Prodotto: POLARIS FAMIGLIA AL SICURO

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

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

E' una Polizza Collettiva stipulata da Polaris S.r.l. (**Contraente**) per conto dei propri clienti, che in qualità di **Aderenti/Assicurati** possono aderire alla Polizza Collettiva, su base individuale e facoltativa. Ha la finalità di protezione contro l'accadimento di eventi imprevisti riconoscendo, in caso di sinistro, il pagamento di una prestazione pari al capitale assicurato o di un'indennità mensile prescelta al momento dell'adesione alla polizza. E' un prodotto assicurativo multirischio, che prevede 4 diverse opzioni assicurative (Pacchetti). Ciascun Pacchetto prevede l'offerta (congiunta o meno) di una garanzia di ramo danni (cui il presente DIP Danni si riferisce) e di una garanzia di ramo vita (la cui informativa precontrattuale è contenuta nel DIP Vita).

Che cosa è assicurato?

Pacchetto 2 ***(attivabile da tutti gli Aderenti/Assicurati)***

- ✓ **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia** - Indennizzo pari al Capitale Assicurato al momento dell'adesione.

Garanzia prestata congiuntamente alla copertura di ramo vita Decesso.

Pacchetto 3 ***(attivabile solo da Lavoratori Dipendenti Privati)***

- ✓ **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia** - Indennizzo pari al Capitale Assicurato al momento dell'adesione.
- ✓ **Perdita d'Impiego Involontaria** - Indennizzo pari all'Indennità Mensile Assicurata prescelta al momento dell'adesione dall'Aderente/Assicurato, per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione.

Le Garanzie sono prestate congiuntamente alla copertura di ramo vita Decesso.

Pacchetto 4 ***(attivabile da Lavoratori Dipendenti Pubblici, Lavoratori Autonomi e Non Lavoratori)***

- ✓ **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia** - Indennizzo pari al Capitale Assicurato al momento dell'adesione. Garanzia prestata congiuntamente alla copertura di ramo vita Decesso.
- ✓ **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia** - Indennizzo pari all'Indennità Mensile Assicurata prescelta al momento dell'adesione dall'Aderente/Assicurato, per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità.

Le Garanzie sono prestate congiuntamente alla copertura di ramo vita Decesso.

Che cosa non è assicurato?

Non è assicurabile:

- ✗ chi non sia residente in Italia;
- ✗ in caso di scelta (in riferimento ai Pacchetti 2 e 4) di una durata di contratto pari a 2, 3, 4 oppure 5 anni, chi non sia di età compresa tra i 18 ed i 70 anni compiuti e non sia di età tale per cui, alla data di scadenza dell'assicurazione, abbia compiuto i 75 anni di età;
- ✗ in caso di scelta (in riferimento al solo Pacchetto 3 per Lavoratori Dipendenti Privati) di una durata di contratto pari a 2, 3, 4 oppure 5 anni, chi non sia di età compresa tra i 18 ed i 66 anni compiuti e non sia di età tale per cui, alla data di scadenza dell'assicurazione, abbia compiuto i 67 anni di età;
- ✗ in caso di scelta (in riferimento al solo Pacchetto 2) di una durata di contratto pari a 10 anni, chi non sia di età compresa tra i 18 ed i 55 anni compiuti e non sia di età tale per cui, alla data di scadenza dell'assicurazione, non abbia compiuto i 65 anni di età;
- ✗ chi non abbia sottoscritto il Questionario Medico predisposto dalla Società, rispondendo "NO" a tutte le domande del quesionario;
- ✗ chi non sia Lavoratore Dipendente Privato (solo per il Pacchetto 3) oppure non sia Lavoratore Autonomo / Lavoratore Dipendente Pubblico / Non Lavoratore (requisito di assicurabilità valido solo per il Pacchetto 4);
- ✗ in relazione all'opzione 3 per la garanzia Perdita di Impiego, non è assicurato il lavoratore con contratto a tempo determinato, i lavoratori assunti con contratto di lavoro di collaborazione, di lavoro accessorio, di apprendistato, di somministrazione, di lavoro intermittente / a chiamata, stagionale, di lavoro domestico, stipulato all'estero (se non regolato dalla legge italiana); assunti da imprese familiari.

Ci sono limiti di copertura?

Principali esclusioni garanzia Invalidità Totale Permanente e Inabilità Totale Temporanea

- ! Atti di autolesionismo dell'Assicurato, incluso il tentato suicidio;
- ! Pratica da parte dell'Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente o a livello agonistico;
- ! Uso di veicoli o natanti a motore per gare o competizioni sportive;
- ! Abuso di alcool, farmaci o sostanze stupefacenti.

L'ammontare del Capitale Assicurato (per il caso invalidità totale permanente) e la relativa Indennità Mensile assicurata (per il caso perdita di impiego involontaria o inabilità totale temporanea) viene scelto optando tra otto possibili combinazioni, come sotto indicate.

Capitale Assicurato	Indennità mensile
€200.000,00	€1.000,00
€175.000,00	€875,00
€150.000,00	€750,00
€125.000,00	€625,00
€100.000,00	€500,00
€75.000,00	€375,00
€50.000,00	€250,00
€25.000,00	€125,00

Principali esclusioni garanzia Perdita d'Impiego Involontaria

- ! Risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Aderente/Assicurato;
- ! Disoccupazione è conseguenza di pensionamento o prepensionamento o dimissioni concordate e/o incentivate dal datore di lavoro;
- ! Disoccupazione è conseguenza di licenziamento per giusta causa, giustificato motivo soggettivo o disciplinare;
- ! Perdita di Impiego è conseguenza della naturale scadenza di un termine apposto al contratto di lavoro.

Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo.
- ✓ Relativamente alla garanzia perdita d'impiego, la copertura vale per i sinistri relativi a contratti di lavoro regolamentati dalla legge italiana.

Che obblighi ho?

- **all'adesione alla polizza**: devi compilare accuratamente e sottoscrivere la richiesta di adesione; devi compilare accuratamente il questionario medico, e devi rendere dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la risoluzione della polizza.
- **Nel corso della durata del contratto**: in caso adesione ai Pacchetti 3 o 4 e di variazione del tuo status lavorativo di lavoratore puoi decidere di comunicare la circostanza all'Impresa richiedendo la cessazione di tutte le garanzie attivate (con diritto alla restituzione del premio non goduto).
- **in caso di presentazione di una denuncia di sinistro:** sei tenuto a denunciare eventuali sinistri nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, allegando alla denuncia tutta la documentazione richiesta dalla compagnia.

Quando e come devo pagare?

Sei tenuto a pagare un premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione oppure, in riferimento agli eventuali rinnovi annuali, un premio annuale rinnovabile alla scadenza.
I premi vanno versati con le seguenti modalità: bonifico bancario, assegno bancario, assegno circolare.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura ha effetto dalle ore 24:00 della data di adesione al contratto, a condizione che ci sia stata l'accettazione da parte della compagnia all'adesione alla polizza e che il premio sia stato pagato.
La durata delle garanzie previste è pari ad 2, 3, 4 o 5 anni per tutti i pacchetti oppure 10 anni (solo per gli Aderenti/Assicurati che in fase di adesione scelgano il Pacchetto 1 o il Pacchetto 2).

Come posso disdire la polizza?

Hai diritto di recedere dal contratto entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione oppure annualmente, con preavviso di almeno 60 giorni rispetto all'annualità in scadenza.
L'esercizio del diritto di recesso implica necessariamente il recesso da tutte le coperture assicurative.

DIP VITA

Assicurazione vita di puro rischio sulla persona

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

Impresa: AXA France VIE S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia)
Prodotto: POLARIS FAMIGLIA AL SICURO

Data realizzazione 01/04/2021
Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile

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

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

E' una Polizza Collettiva stipulata da Polaris S.r.l. (**Contraente**) per conto dei propri clienti, che in qualità di **Aderenti/Assicurati** possono aderire alla Polizza Collettiva, su base individuale e facoltativa. Ha la finalità di protezione contro l'accadimento di eventi imprevisti riconoscendo, in caso di sinistro, il pagamento di una prestazione pari al capitale assicurato o di un'indennità mensile prescelta al momento dell'adesione alla polizza. E' un prodotto assicurativo multirischio, che prevede 4 diverse opzioni assicurative (Pacchetti). Ciascun Pacchetto prevede l'offerta (congiunta o meno) di una garanzia di ramo vita (cui il presente DIP Vita si riferisce) e di una garanzia di ramo danni (la cui informativa precontrattuale è contenuta nel DIP Danni).

Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?

Pacchetto 1 ***(attivabile da tutti gli Aderenti/Assicurati)***

✓ **Decesso** - Indennizzo pari al Capitale Assicurato al momento dell'adesione alla polizza.

Pacchetto 2 ***(attivabile da tutti gli Aderenti/Assicurati)***

✓ **Decesso** - Indennizzo pari al Capitale Assicurato al momento dell'adesione alla polizza. Garanzia prestata congiuntamente alla copertura di ramo danni Invalidità Totale Permanente.

Pacchetto 3 ***(attivabile solo da Lavoratori Dipendenti Privati)***

✓ **Decesso** - Indennizzo pari al Capitale Assicurato al momento dell'adesione alla polizza. Garanzia prestata congiuntamente alle coperture di ramo danni Invalidità Totale permanente e Perdita d'Impiego Involontaria.

Pacchetto 4 ***(attivabile solo da Lavoratori Dipendenti Pubblici, Lavoratori Autonomi, Non Lavoratori)***

✓ **Decesso** - Indennizzo pari al Capitale Assicurato al momento dell'adesione alla polizza. Garanzia prestata congiuntamente alle coperture di ramo danni Invalidità Totale Permanente ed Inabilità Totale Temporanea.

L'ammontare del Capitale Assicurato (per il caso decesso) viene scelto optando tra otto possibili combinazioni, come sotto indicate.

Capitale Assicurato
€200.000,00
€175.000,00
€150.000,00
€125.000,00
€100.000,00
€75.000,00
€50.000,00
€25.000,00

Che cosa NON è assicurato?

Non è assicurabile:

- ✗ chi non sia residente in Italia;
- ✗ in caso di scelta (in riferimento ai Pacchetti 1, 2 e 4) di una durata di contratto pari a 2, 3, 4 oppure 5 anni, chi non sia di età compresa tra i 18 ed i 70 anni compiuti e non sia di età tale per cui, alla data di scadenza dell'assicurazione, abbia compiuto i 75 anni di età;
- ✗ in caso di scelta (in riferimento al solo Pacchetto 3 per Lavoratori Dipendenti Privati) di una durata di contratto pari a 2, 3, 4 oppure 5 anni, chi non sia di età compresa tra i 18 ed i 66 anni compiuti e non sia di età tale per cui, alla data di scadenza dell'assicurazione, abbia compiuto i 67 anni di età;
- ✗ in caso di scelta (in riferimento ai soli Pacchetti 1 e 2) di una durata di contratto pari a 10 anni, chi non sia di età compresa tra i 18 ed i 55 anni compiuti e non sia di età tale per cui, alla data di scadenza dell'assicurazione, abbia compiuto i 65 anni di età;
- ✗ chi non abbia sottoscritto il Questionario Medico predisposto dalla Società, rispondendo "NO" a tutte le domande del quesionario
- ✗ chi non sia Lavoratore Dipendente Privato (requisito di assicurabilità valido solo per il Pacchetto 3) oppure non sia Lavoratore Autonomo / Lavoratore Dipendente Pubblico / Non Lavoratore (requisito di assicurabilità valido solo per il Pacchetto 4).

Ci sono limiti di copertura?

Principali esclusioni garanzia Decesso

- ! Suicidio dell'Assicurato nei primi 12 mesi di decorrenza della polizza assicurativa;
- ! Atti di autolesionismo;
- ! Pratica da parte dell'Aderente/Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente o a livello agonistico (gare ed allenamenti compresi);
- ! Uso di veicoli o natanti a motore per gare o competizioni sportive (e relative prove).

Dove vale la copertura?

✓ La copertura vale in tutto il mondo.

Che obblighi ho?

- **All'adesione alla polizza**: devi compilare accuratamente e sottoscrivere la richiesta di adesione; devi compilare accuratamente il questionario medico e devi rendere dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la risoluzione della polizza.
- **In caso di presentazione di una denuncia di sinistro:** sei tenuto a denunciare eventuali sinistri nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, allegando alla denuncia tutta la documentazione richiesta dalla compagnia.

Quando e come devo pagare?

- Sei tenuto a pagare un premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione oppure, in riferimento agli eventuali rinnovi annuali, un premio annuale rinnovabile alla scadenza.
- I premi vanno versati con le seguenti modalità: bonifico bancario, assegno bancario, assegno circolare.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura ha effetto dalle ore 24:00 della data di adesione al contratto, a condizione che ci sia stata l'accettazione da parte della compagnia all'adesione alla polizza e che il premio sia stato pagato.
La durata delle garanzie previste è pari ad 2, 3, 4 o 5 anni per tutti i pacchetti oppure 10 anni (solo per gli Aderenti/Assicurati che in fase di adesione scelgano il Pacchetto 1 o il Pacchetto 2).

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

- Hai diritto di recedere dal contratto entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione oppure annualmente, con preavviso di almeno 60 giorni rispetto all'annualità in scadenza (solo in riferimento ai Pacchetti 2, 3 e 4).
- L'esercizio del diritto di recesso implica necessariamente il recesso da tutte le coperture assicurative.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

- Il contratto NON prevede la sospesione del pagamento dei premi
- Il contratto NON prevede il diritto di riscatto o di riduzione delle prestazioni

DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI

Assicurazione vita e danni sulla persona

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi (DIP aggiuntivo Multirischi)

Imprese: AXA France VIE S.A. / AXA France IARD S.A. (Rappresentanze Generali per l'Italia)
Prodotto: POLARIS FAMIGLIA AL SICURO

Data realizzazione 01/04/2021

Il DIP Aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile

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

L'Aderente/Assicurato deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

RAMO VITA (garanzia Decesso) – RAMO DANNI (garanzie Invalidità Totale Permanente ed Inabilità Totale Temporanea)

AXA FRANCE VIE S.A. (compagnia assicurativa del gruppo AXA). Indirizzo sede legale in Francia: 313 Terrasses de l'Arche, 92727 NANTERRE CEDEX. Numero Iscrizione Registro delle Imprese di Nanterre: 310499959. Autorizzata in Francia (Stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni, vigilata in Francia dalla Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Numero Matricola Registre des organismes d'assurance: 5020051. // Indirizzo Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano - CF, P.IVA e N.Iscr. Reg. Imprese 08875230016 - REA MI-2525395 - Telefono: 02/87103548 - Fax: 02-23331247 - PEC: axafrancevie@legalmail.it – sito internet: www.clp.partners.axa/it. Ammessa ad operare in Italia in regime di stabilimento. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco I, nr. I.00149.

Patrimonio netto di AXA France Vie: 9.384 milioni di euro di cui 487,7 milioni di euro relativi al capitale sociale e 8.896,3 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio (dati aggiornati al 31/12/2019).
Gli indici di solvibilità dell'impresa relativi all'ultimo bilancio approvato, sono pari a 160% e 356%, che rappresentano rispettivamente il rapporto tra fondi propri ammissibili e il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) e il rapporto tra fondi propri ammissibili e il requisito patrimoniale minimo (MCR). I dati aggiornati anno per anno sono consultabili sul sito internet italiano della compagnia https://it.clp.partners.axa/la-nostra-societa/informazioni-di-vigilanza-assicurativa mentre la Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria è pubblicata sul sito francese della compagnia https://www.axa.fr/configuration-securite/mentions-legales.html.

RAMO DANNI (garanzia Perdita d'Impiego)

AXA FRANCE IARD S.A. (compagnia assicurativa del gruppo AXA). Indirizzo sede legale in Francia: 313 Terrasses de l'Arche, 92727 NANTERRE CEDEX. Numero Iscrizione Registro delle Imprese di Nanterre: 722057460. Autorizzata in Francia (Stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni, vigilata in Francia dalla Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Numero Matricola Registre des organismes d'assurance: 4022109. // Indirizzo Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano – CF, P.IVA e N.Iscr. Reg. Imprese Milano 10345000961 - REA MI-2525152 Telefono: 02/87103548 - Fax: 02-23331247 - PEC: axafranceiard@legalmail.it – sito internet: www.clp.partners.axa/it. Ammessa ad operare in Italia in regime di stabilimento. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco I, nr. I.00148.

Patrimonio netto di AXA France IARD: 5.026 milioni di euro di cui 214,8 milioni di euro relativi al capitale sociale e 4.811,20 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio (dati aggiornati al 31/12/2019).
Gli indici di solvibilità dell'impresa riferiti alla gestione danni e relativi all'ultimo bilancio approvato, sono pari a 159% e 353%, che rappresentano rispettivamente il rapporto tra fondi propri ammissibili e il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) e il rapporto tra fondi propri ammissibili e il requisito patrimoniale minimo (MCR). I dati aggiornati anno per anno sono consultabili sul sito internet italiano della compagnia https://it.clp.partners.axa/la-nostra-societa/informazioni-di-vigilanza-assicurativa mentre la Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria è pubblicata sul sito francese della compagnia https://www.axa.fr/configuration-securite/mentions-legales.html.

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportato ai massimali seguenti:

Ramo vita

- **Decesso (Pacchetti 1, 2, 3 e 4):** massimo € 200.000,00 per ciascun Aderente / Assicurato.

Ramo danni

- **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia (Pacchetti 2, 3 e 4):** massimo € 200.000,00 per ciascun Aderente / Assicurato.
- **Perdita d'Impiego Involontaria (Pacchetto 3):** massimo 9 mensilità per ogni sinistro e 36 mensilità complessive per ogni singolo Aderente/Assicurato, con un massimale di € 1.000,00 per indennità mensile**.**
- **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (Pacchetto 4):** massimo 9 mensilità per ogni sinistro e 36 mensilità complessive per ogni singolo Aderente/Assicurato, con un massimale di € 1.000,00 per indennità mensile**.**

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	*Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita.*

Ci sono limiti di copertura?

Ramo Vita

Esclusioni garanzia **Decesso** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Vita):

- Pratica da parte dell'Aderente/Assicurato dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi:
- sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idroscì, sci acrobatico, kite-surfing;
- i seguenti sport aerei: volo su prototipi, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio;
- Partecipazione attiva dell'Aderente/Assicurato a risse in cui l'Aderente/Assicurato partecipi attivamente, con esclusione della finalità di legittima difesa, dell'assistenza alle persone in pericolo o dell'adempimento del dovere professionale;
- Rischi derivanti da viaggio aereo, salvo che l'Aderente/Assicurato sia un passeggero che paga regolare tariffa di viaggio, sia un membro dell'equipaggio, su un tragitto regolare gestito da una compagnia aerea autorizzata;
- Dolo e colpa grave dell'Aderente/Assicurato, contraente o beneficiario, ex art. 1900 c.c.;
- Partecipazione attiva dell'Aderente/Assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati);
- Effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo;
- Guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari;
- Atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'Aderente/Assicurato abbia preso parte attiva;
- Conseguenze di atti di natura terroristica commessi con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.

Rami Danni

Esclusioni garanzia **Invalidità Totale Permanente** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Danni):

- Pratica da parte dell'Aderente/Assicurato dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi:
  - sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idroscì, sci acrobatico, kite-surfing;
  - i seguenti sport aerei: volo su prototipi, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio;
- Esposizione deliberata da parte dell'Aderente/Assicurato a situazioni di pericolo (tranne che nel tentativo di salvare vite umane);
- Dolo e colpa grave ex art. 1900 c.c.;
- Partecipazione attiva dell'Aderente/Assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati);
- Effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo;
- Guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari;

- Atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'Aderente/Assicurato abbia preso parte attiva;
- Conseguenze di atti di natura terroristica commessi attraverso o con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.

Altre limitazioni garanzia **Invalidità Totale Permanente**:

i. il grado percentuale di invalidità permanente dell'Aderente/Assicurato sia pari o superiore al 60% secondo quanto previsto dall'Allegato 1 ("Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA") del D.P.R. 30.6.1965 n° 1124, e così come accertato dalla commissione medica competente ad accertare il grado di invalidità permanente;
ii. la domanda per il relativo riconoscimento sia stata presentata all'autorità competente entro 12 mesi dalla data della prima diagnosi della Malattia o del verificarsi dell'Infortunio che l'hanno provocata.

Esclusioni garanzia **Inabilità Totale Temporanea** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Danni):

- Pratica da parte dell'Aderente/Assicurato dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi:
  - sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idroscì, sci acrobatico, kite-surfing;
  - i seguenti sport aerei: volo su prototipi, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio;
- Esposizione deliberata da parte dell'Aderente/Assicurato a situazioni di pericolo (tranne che nel tentativo di salvare vite umane);
- Dolo e colpa grave ex art. 1900 c.c.;
- Partecipazione attiva dell'Aderente/Assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati);
- Effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo;
- Interruzioni di lavoro dovute a parto, gravidanza, aborto terapeutico e complicazioni derivanti da tali eventi;
- Trattamenti medici non a scopo terapeutico, incluse le applicazioni di carattere estetico e le cure dimagranti, richieste per motivi psicologici o personali (salvo che si tratti di interventi di chirurgia plastica a seguito di un Infortunio occorso durante il periodo di validità della copertura);
- Inabilità derivante da nevrosi, stress, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, a meno che l'Aderente/Assicurato sia stato ricoverato in un ospedale per almeno 15 giorni o sia stato messo sotto tutela o curatela dalle autorità competenti;
- Guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari;
- Atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'Aderente/Assicurato abbia preso parte attiva;
- Conseguenze di atti di natura terroristica commessi attraverso o con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.

Altre limitazioni garanzia **Inabilità Totale Temporanea**:

- Periodo di Franchigia: 30 giorni (il primo Indennizzo è pertanto corrisposto decorsi almeno 30 gg. consecutivi di inabilità).
- Periodo di Riqualificazione che deve intercorrere tra due Sinistri ai fini della indennizzabilità anche del Sinistro successivo: 90 giorni.

Esclusioni garanzia **Perdita d'Impiego Involontaria** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Danni):

- Alla data di decorrenza dell'assicurazione, l'Aderente/Assicurato era a conoscenza della prossima Perdita d'Impiego Involontaria, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- La Perdita d'Impiego Involontaria è conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
- l'Aderente/Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova / mancato superamento del periodo di prova;
- Contratto di lavoro non regolato dalla legge italiana;
- l'Assicurato/Assicurato svolge la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
- Licenziamento tra congiunti, ascendenti, discendenti e collaterali, salvo il caso di liquidazione dell'azienda;
- l'Aderente/Assicurato è assunto con un contratto di lavoro (ancorché a tempo indeterminato) rientrante in una delle seguenti categorie: contratto di collaborazione, di lavoro accessorio, di apprendistato, di somministrazione, di lavoro intermittente/stagionale, di lavoro domestico, stipulato all'estero (se non regolato dalla legge italiana);
- Dolo e colpa grave ex art. 1900 c.c.

Altre limitazioni garanzia **Perdita d'Impiego Involontaria**:

- Periodo di Franchigia: 60 giorni (il primo Indennizzo è pertanto corrisposto decorsi almeno 60 gg. consecutivi di disoccupazione).
- Periodo di Riqualificazione che deve intercorrere tra due Sinistri ai fini della indennizzabilità anche del Sinistro successivo: 90 giorni.

In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a prestare coperture assicurative, a liquidare prestazioni assicurative, a pagare indennizzi o qualsiasi altro importo, qualora ciò possa esporre l'Impresa 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 (esclusione applicabile sia al Ramo Vita che al Ramo Danni).

Le Prestazioni per i casi di Decesso ed Invalidità Totale Permanente non sono mai cumulabili tra di loro.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro

Denuncia di sinistro: I sinistri vanno denunciati alla società AXA PARTNERS nel più breve tempo possibile, con una delle seguenti modalità:

- **via posta (anche raccomandata):** Axa Partners, Ufficio Sinistri – Corso Como, 17 - 20154 Milano
- **via e-mail:** clp.it.sinistri@partners.axa
- **via fax:** 02.23331247

Web (ad eccezione della garanzia Decesso): sito internet clpclaims.com/it

anche utilizzando l'apposito modulo di denuncia sinistro (richiedibile ai contatti sopra indicati), allegando alla denuncia la seguente documentazione (in copia):

DECESSO:

- documento di identità di tutti i Beneficiari designati in vita dall'Assicurato o degli eredi (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale;
- certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dal Comune, e certificato necroscopico rilasciato dall'ASL attestante causa iniziale, intermedia e finale del decesso;
- relazione medica attestante le cause del decesso;
- al fine di permettere alla Società l'esatta identificazione dell'avente o degli aventi diritto all'Indennizzo: (i) Dichiarazione Sostituiva dell'Atto di Notorietà, rilasciata di fronte ad un Ufficiale di Stato Civile con firma autenticata, in cui risulti se l'Assicurato deceduto abbia lasciato testamento o meno, e nel quale siano indicati l'elenco dei suoi eredi, la loro data di nascita e capacità di agire, nonché il loro grado di parentela con l'Assicurato (con la specifica indicazione che tali eredi sono gli unici, e non vi sono altri eredi oltre a quelli indicati); (ii) inoltre, solo se l'Assicurato deceduto ha lasciato testamento: copia autentica del testamento pubblicato

Inoltre, solo in caso di decesso da infortunio/incidente stradale/omicidio/suicidio

- Verbale rilasciato dalle Autorità intervenute (polizia, carabinieri, etc.), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le autorità non sono intervenute, con la motivazione), con allegato l'esito degli eventuali esami tossicologici richieste dalle autorità; in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del sinistro.

INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE:

- documento di identità dell'Aderente/Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale;
- relazione Medico-Legale, attestante l'Invalidità e il relativo grado (rilasciata dagli enti preposti)

Inoltre, solo in caso di invalidità da infortunio/incidente stradale

- Verbale rilasciato dalle Autorità intervenute (polizia, carabinieri, etc.), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le autorità non sono intervenute, con la motivazione), con allegato l'esito degli eventuali esami tossicologici richieste dalle autorità; in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del sinistro

INABILITA' TOTALE TEMPORANEA:

- documento di identità dell'Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale;

	- certificato rilasciato dal medico curante o dagli enti preposti (INPS, INAIL) datato recentemente, attestante la causa, la data di inizio e la data dell'eventuale fine del periodo di Inabilità Totale Temporanea al lavoro; *Inoltre, solo in caso di inabilità da infortunio/incidente stradale* - Verbale rilasciato dalle Autorità intervenute (polizia, carabinieri, etc.), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le autorità non sono intervenute, con la motivazione), con allegato l'esito degli eventuali esami tossicologici richieste dalle autorità; in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del sinistro **PERDITA D'IMPIEGO:** - documento di identità dell'Aderente/Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale - scheda professionale, datata recentemente, rilasciata dal Centro per l'Impiego, contenente le seguenti informazioni: - data di inizio e fine di tutti i lavori svolti - tipologia di contratto e numero di ore lavorative settimanali *Inoltre, solo in caso di perdita definitiva del posto di lavoro:* - lettera di licenziamento inviata dal datore di lavoro all'Aderente/Assicurato. Avvertenza – tale lettera deve essere datata, firmata e timbrata dal datore di lavoro e deve contenere la causa del licenziamento. *Inoltre, solo In caso di messa in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (CIGS)* - prima lettera di messa in CIGS inviata dal datore di lavoro all'Aderente/Assicurato, che deve chiaramente indicare: • nome e cognome dell'Aderente/Assicurato; • l'effettiva tipologia di "Cassa Integrazione"; • la data di inizio della CIGS e la relativa durata; - copia del Prospetto INPS o copia del Foglio Presenze (Libro Unico del Lavoro), relativo all'effettivo periodo di CIGS goduta.
	Gestione da parte di altre Imprese: per la gestione dei Sinistri l'Impresa si avvale della società AXA PARTNERS (società del gruppo AXA incaricata di gestire i sinistri in nome e per conto dell'Impresa).
	Prescrizione garanzia Decesso: 10 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. In caso di omessa richiesta entro detto termine e di prescrizione di tali diritti, la compagnia provvede al versamento della prestazione al Fondo appositamente istituito dal Ministero dell'Economia e della Finanza, secondo quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni.
	Prescrizione garanzie Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea, Perdita d'Impiego Involontaria: 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
	Liquidazione delle prestazioni: L'Impresa liquida le prestazioni previste dal contratto entro 30 giorni dalla ricezione della denuncia di sinistro completa di ogni documento.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, rese dall'Aderente/Assicurato in sede di adesione alla Polizza Collettiva, possono comportare la perdita del diritto all'Indennizzo, nonché le conseguenze di cui agli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c. Se l'Impresa, in occasione di un Sinistro, viene a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni rese dall'Assicurato al momento della compilazione del Questionario Medico o del Rapporto di Visita Medica, può rifiutarsi di pagare l'Indennizzo e comunicare il recesso dal contratto.

Quando e come devo pagare?

Premio	Gli importi di premio sono comprensivi di imposte, qualora applicabili.
Rimborso	Hai diritto al rimborso del primo premio versato (al netto delle imposte applicabili) se recedi dal contratto entro i primi 30 giorni dalla stipula oppure al rimborso della parte di premio pagato e non goduto se recedi annualmente con preavviso di almeno 60 giorni rispetto all'annualità in scadenza. Solo in riferimento ai Pacchetti 3 e 4, hai altresì la facoltà di comunicare il cambiamento di attività lavorativa richiedendo la cessazione di tutte le garanzie attivate. In tal caso tutte le garanzie come presenti in ciascun Pacchetto attivato cessano a decorrere dalle ore 24:00 della data di ricezione della comunicazione e ti saranno rimborsate le mensilità di Premio pagate e non godute relative a quelle garanzie.

Sconti	Né l'Impresa né l'intermediario possono applicare sconti di premio.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Per alcune garanzie è previsto il seguente Periodo di Carenza iniziale, durante il quale l'assicurazione non è operante: • **Perdita d'Impiego**: 60 giorni. • **Inabilità Totale Temporanea da Malattia**: 60 giorni.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie in corso di contratto.

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

Revoca	La richiesta di adesione è sempre revocabile dall'Aderente/Assicurato.
Recesso	In relazione alla facoltà di recesso, non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita e nel DIP Danni.
Risoluzione	Il presente contratto non prevede la risoluzione per la sospensione del pagamento dei Premi.

A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto assicurativo è dedicato ai clienti di Polaris S.r.l. che:

- siano residenti in Italia;
- in caso di scelta (in riferimento ai Pacchetti 1, 2 e 4) di una durata di contratto pari a 2, 3, 4 oppure 5 anni, siano di età compresa tra i 18 ed i 70 anni compiuti e siano di età tale per cui, alla data di scadenza dell'assicurazione, non abbiano compiuto i 75 anni di età;
- in caso di scelta (in riferimento al solo Pacchetto 3 per Lavoratori Dipendenti Privati) di una durata di contratto pari a 2, 3, 4 oppure 5 anni, siano di età compresa tra i 18 ed i 66 anni compiuti e siano di età tale per cui, alla data di scadenza dell'assicurazione, non abbiano compiuto i 67 anni di età;
- in caso di scelta (in riferimento ai soli Pacchetti 1 e 2) di una durata di contratto pari a 10 anni, siano di età compresa tra i 18 ed i 55 anni compiuti e siano di età tale per cui, alla data di scadenza dell'assicurazione, non abbiano compiuto i 65 anni di età;
- abbiano sottoscritto il Questionario Medico predisposto dalla Società, contenuto all'interno del Modulo di Adesione, rispondendo "NO" a tutte le domande del quesionario;
- siano Lavoratore Dipendente Privato (requisito di assicurabilità valido solo per il Pacchetto 3) oppure siano Lavoratore Autonomo / Lavoratore Dipendente Pubblico / Non Lavoratore (requisito di assicurabilità valido solo per il Pacchetto 4).

Quali costi devo sostenere?

I seguenti costi gravanti sul premio sono a tuo carico:

- costi di intermediazione (provvigioni riconosciute all'intermediario): 67% del premio imponibile
- costi amministrativi dell'Impresa: 6.3% del premio imponibile

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

Valori di riscatto e riduzione	*Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita.*
Richiesta diInformazioni	*Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita.*

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	E' possibile presentare i reclami alle imprese scrivendo alla società AXA PARTNERS (incaricata di gestire i reclami in nome e per conto delle Imprese) ai seguenti recapiti: • Posta cartacea (anche raccomandata a.r.): Axa Partners (Ufficio Reclami) - Corso Como 17 - 20154 Milano • Posta elettronica (e-mail): mail: clp.it.reclami@partners.axa; • Fax: 02.23331247 I reclami devono essere riscontrati nel termine di 45 giorni dalla ricezione
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, puoi rivolgerti all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it In alternativa, se sei domiciliato in Italia può presentare il reclamo direttamente al sistema estero competente: La Médiation de l'Assurance TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09 O tramite la procedura sul sito web: https://www.mediation-assurance.org, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito ***www.giustizia.it.*** (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	• Arbitrato Irrituale per le controversie di natura medica, attivabile mediante confermento di mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti. • Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	• La parte di premio destinata alla copertura di Ramo Vita non è soggetta ad imposizione fiscale, mentre la parte di Premio relativa alle coperture di Ramo Danni è soggetta all'imposta del 2,5%. • Se l'assicurazione ha per oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente non inferiore al 5% o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, hai diritto ad una detrazione del 19% dall'imposta sul reddito dichiarato a fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge. • Le prestazioni non sono soggette a tassazione.

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO MEDICO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN TALI DOCUMENTI. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA ALL'ADERENTE/ASSICURATO (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA, NÉ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

AXA FRANCE IARD – AXA FRANCE VIE

(Rappresentanze Generali per l'Italia)

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

POLIZZA POLARIS

FAMIGLIA AL SICURO

Contratto di assicurazione vita e danni sulla persona

Adesione facoltativa riservata ai clienti di POLARIS S.r.l.

AVVERTENZA - Si specifica che la sottoscrizione della presente polizza è del tutto facoltativa e non obbligatoria per ottenere mutui, finanziamenti o altri prodotti bancari eventualmente offerti dall'intermediario

Data realizzazione: 01/04/2021 (ultima versione disponibile)

CONTATTI UTILI

PER INFORMAZIONI SULLA TUA POLIZZA E SUI SINISTRI

SERVIZIO CLIENTI – 02 87103548

(Orari - Da lunedì a giovedì H. 09:00 – 13:00 / 14.00 – 17.00 --- Venerdì H. 09:00 – 13:00)

PER DENUNCIARE UN SINISTRO

Posta cartacea (anche raccomandata a.r.)	**AXA PARTNERS** **(Ufficio Sinistri)** Corso Como n. 17 – 20154 Milano
Posta elettronica (e-mail)	clp.it.sinistri@partners.axa
Fax	02.23331247

PER INOLTRARE UN RECLAMO

Posta cartacea (anche raccomandata a.r.)	**AXA PARTNERS** **(Ufficio Reclami)** Corso Como n. 17 – 20154 Milano
Posta elettronica (e-mail)	clp.it.reclami@partners.axa
Fax	02.23331247

GLOSSARIO

Aderente/Assicurato
La persona fisica, cliente del Contraente, in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità, sulla quale operano le garanzie assicurative, che aderisce alla Polizza Collettiva su base individuale e facoltativa sottoscrivendo il Modulo di Adesione.

Beneficiario
Il soggetto a cui la Società paga l'Indennizzo.

Broker / intermediario
Il soggetto iscritto alla sezione B del RUI (che può coincidere con il Contraente ovvero essere un intermediario assicurativo collaboratore del medesimo) che intermedia il presente contratto di assicurazione.

Capitale Assicurato
L'importo scelto dall'Aderente/Assicurato nel Modulo di Adesione nonchè l'Indennizzo in caso di Sinistro (indennizzabile in base alle Condizioni di Assicurazione) per Decesso e per Invalidità Totale Permanente.

Certificato di Polizza
Documento che prova l'assicurazione e che riporta i dati anagrafici dell'Aderente/Assicurato, le coperture assicurative attivate, la data di decorrenza e la durata della copertura ed il premio corrisposto.

Contraente
Il soggetto che stipula la Polizza Collettiva con la Società nell'interesse dei propri clienti, e che nel presente contratto di assicurazione è Polaris S.r.l., con sede legale 37012 Bussolengo (VR) – Via Verona 22/C – Codice Fiscale e num. Iscrizione Registro Imprese 04527530234 – R.E.A. n. VR - 428157 – Intermediario Assicurativo iscritto alla Sez. B del RUI – Nr. B000606996.

Decesso
La morte dell'Aderente/Assicurato.

DIP Danni
Documento informativo precontrattuale relativo al prodotto assicurativo di ramo danni.

DIP Aggiuntivo Multirischi
Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi (che prevedono cioè sia garanzia di ramo danni che di ramo vita).

DIP Vita
Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi.

Disoccupazione
La perdita, da parte dell'Aderente/Assicurato, dello stato di Lavoratore Dipendente Privato, a seguito di "giustificato motivo oggettivo", indipendentemente quindi dalla volontà o dalla colpa dell'Aderente/Assicurato, che generi la cessazione del contratto di lavoro e lo stato di Disoccupazione.
E' considerato in Disoccupazione l'assicurato che:

1. abbia cessato la sua normale attività lavorativa e non sia impegnato per una durata uguale o superiore alle 16 ore settimanali nello svolgimento di altra attività che generi un reddito o un guadagno; e
2. sia iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia o percepisca un trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria; e
3. non rifiuti irragionevolmente offerte di lavoro.

Non sono coperti gli stati di messa in cassa integrazione guadagni (anche in deroga) dei Lavoratori Dipendenti Privati, ad eccezione della messa in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (che è dunque coperta).

GLOSSARIO

Inabilità Totale Temporanea
La perdita totale, in via temporanea e medicalmente accertata e documentata, della capacità dell'Aderente/Assicurato di svolgere la propria professione o attività lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia.

Indennità mensile
La somma (calcolata in funzione del Capitale Assicurato) dovuta dalla Società al Beneficiario in caso di Sinistro (indennizzabile in base alle Condizioni di Assicurazione) per Inabilità Totale Temporanea e Perdita d'Impiego Involontaria.

Infortunio
Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Sono considerati Infortunio anche:

a) l'asfissia non di origine morbosa;
b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
c) l'annegamento;
d) l'assideramento o il congelamento;
e) i colpi di sole o di calore;
f) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie.

Invalidità Totale Permanente
La perdita totale, definitiva ed irrimediabile da parte dell'Aderente/Assicurato della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività lavorativa svolta, conseguenza di Infortunio o Malattia purché indipendenti dalla propria volontà ed oggettivamente accertabili.
L'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia sarà riconosciuta ai fini dell'assicurazione quando:

i. il grado percentuale di invalidità permanente dell'Aderente/Assicurato sia pari o superiore al 60% secondo quanto previsto dalla tabella INAIL del D.P.R. 30.6.1965 n° 1124, denominata "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA" (Allegato 1 in calce alle Condizioni di Assicurazione), e così come accertato dalla commissione medica competente ad accertare il grado di invalidità permanente;
ii. la domanda per il relativo riconoscimento sia stata presentata all'autorità competente entro 12 mesi dalla data della prima constatazione della Malattia o del verificarsi dell'Infortunio che l'hanno provocata.

IVASS
Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Lavoratore Autonomo
La persona fisica che si obbliga a compiere, verso un corrispettivo, un'opera o un servizio con lavoro prevalentemente proprio, senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente, e che deve presentare ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione che escluda la percezione di reddito di lavoro dipendente o pensione.

Lavoratore Dipendente Privato
La persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di un altro soggetto privato, in base ad un contratto di lavoro dipendente regolato dalla legge italiana, a tempo indeterminato, che comporti un obbligo di prestazione non inferiore a sedici ore settimanali.

Lavoratore Dipendente Pubblico
La persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione italiana. Si intendono Pubbliche Amministrazioni: tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli Istituti e scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative,

le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e loro consorzi ed associazioni, le Istituzioni Universitarie, gli Istituti Autonomi case popolari, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al D.Lgs. 30.7.1999 n. 300. Sono altresì considerati dipendenti pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato cosi come da L. 70/1975.

Malattia
L'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Modulo di Adesione
Documento predisposto dalla Società contenente la dichiarazione di adesione alla Polizza Collettiva da parte dell'Aderente/Assicurato. Un facsimile del Modulo di Adesione è contenuto all'interno del presente Set Informativo.

Non Lavoratore
La persona fisica che non sia né lavoratore autonomo né lavoratore dipendente, inclusi i pensionati.

Pacchetto
Uno dei pacchetti di garanzie assicurative attivabili dall'Aderente/Assicurato in sede di adesione alla Polizza Collettiva tra i seguenti: PACCHETTO 1 / PACCHETTO 2 / PACCHETTO 3 / PACCHETTO 4.

Perdita d'Impiego Involontaria
La perdita – da parte dell'Aderente/Assicurato – dello stato di Lavoratore Dipendente Privato a seguito di "giustificato motivo oggettivo", indipendentemente quindi dalla volontà o dalla colpa dell'Aderente/Assicurato, che generi la cessazione del contratto di lavoro e lo stato di Disoccupazione.

Periodo di Carenza
Il periodo di tempo immediatamente successivo alle ore 24 della data di decorrenza dell'assicurazione durante il quale le garanzie Inabilità Totale Temporanea (da Malattia) e Perdita d'Impiego Involontaria non sono operanti.

Periodo di Franchigia
Il periodo di tempo per il quale deve protrarsi lo stato di Inabilità o Disoccupazione dell'Aderente/Assicurato affinché lo stesso abbia diritto al primo Indennizzo per il caso di Inabilità Totale Temporanea o Perdita d'Impiego Involontaria.

Periodo di Riqualificazione
Il periodo di tempo che deve intercorrere tra un Sinistro per Inabilità Totale Temporanea o Perdita d'Impiego Involontaria ed un Sinistro successivo per Inabilità Totale Temporanea o Perdita d'Impiego Involontaria affinché quest'ultimo sia indennizzabile in base al contratto.

Polizza Collettiva
Contratto di Assicurazione stipulato da un soggetto Contraente per conto di più Aderenti.

Premio
La somma dovuta alla Società in relazione all'assicurazione prestata.

Questionario Medico
Questionario costituito da domande a risposta SI/NO sullo stato di salute dell'Aderente/Assicurato che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione, e le cui risposte sono rese in prima persona dall'Aderente/Assicurato.

GLOSSARIO

Set Informativo
Insieme della presente documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: DIP base Danni; DIP base Vita; DIP aggiuntivo Multirischi; Condizioni di Assicurazione, comprensive di glossario; Fac-simile del Modulo di Adesione comprensivo di Questionario Medico.

Sinistro
Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

Società / Impresa / Compagnia
Le Rappresentanze Generali per l'Italia delle imprese di assicurazione Axa France VIE e Axa France IARD, che prestano le garanzie previste dalla Polizza Collettiva in base alle regole della propria autorità di vigilanza.

COSA E' COPERTO DALL'ASSICURAZIONE?

Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione e delimitazione del rischio assicurato

1. Il Contraente stipula la Polizza Collettiva con le Società per conto dei propri clienti, i quali aderiscono alla Polizza Collettiva su base individuale e facoltativa, assumendo – ciascuno – la qualifica di Aderente/Assicurato.
2. L'assicurazione è operante per i seguenti eventi:

A. Decesso.

Ai fini della delimitazione del rischio assicurato, per Decesso si intende la morte dell'Assicurato.

B. Invalidità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia).

Ai fini della delimitazione del rischio assicurato, per Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia si intende la perdita totale, definitiva ed irrimediabile da parte dell'Aderente/Assicurato della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività lavorativa svolta, conseguenza di Infortunio o Malattia purché indipendenti dalla propria volontà ed oggettivamente accertabili.

L'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia sarà riconosciuta ai fini dell'assicurazione quando:

i. il grado percentuale di invalidità permanente dell'Aderente/Assicurato **sia pari o superiore al 60%** secondo quanto previsto dall'Allegato 1 ("Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA") del D.P.R. 30.6.1965 n° 1124, e così come accertato dalla commissione medica competente ad accertare il grado di invalidità permanente;

ii. **la domanda per il relativo riconoscimento sia stata presentata all'autorità competente entro 12 mesi dalla data della prima constatazione della Malattia o del verificarsi dell'Infortunio che l'hanno provocata.**

C. Inabilità Totale Temporanea (da Infortunio o Malattia).

Ai fini della delimitazione del rischio assicurato, per Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia si intende la perdita totale, in via temporanea, delle capacità dell'Assicurato di attendere alla propria professione o attività lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia. Se l'Aderente/Assicurato è Non Lavoratore, l'Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia sarà considerata sussistente in caso di perdita temporanea ed in misura totale della capacità dell'Aderente/Assicurato di attendere ad almeno 2 delle 4 basilari attività inerenti la vita umana riportate di seguito: nutrirsi, vestirsi, lavarsi, muoversi.

D. Perdita d'Impiego Involontaria.

1. Ai fini della delimitazione del rischio assicurato, per Perdita d'Impiego Involontaria si intende la perdita – da parte dell'Assicurato – dello stato di Lavoratore Dipendente Privato a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo", indipendentemente quindi dalla volontà o dalla colpa dell'Aderente/Assicurato, che generi la cessazione del contratto di lavoro e lo stato di Disoccupazione.

   E' considerato in Disoccupazione l'assicurato che:

   a) abbia cessato la sua normale attività lavorativa e non sia impegnato per una durata uguale o superiore alle 16 ore settimanali nello svolgimento di altra attività che generi un reddito o un guadagno; e
   b) sia iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia o percepisca un trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria; e
   c) non rifiuti irragionevolmente offerte di lavoro.

Essendo così definito e delimitato il rischio assicurato, si precisa quindi – per maggiore chiarezza dell'Aderente/Assicurato – che **non sono coperti**:

a) gli stati di messa in cassa integrazione guadagni (anche in deroga) dei Lavoratori Dipendenti Privati, ad eccezione della messa in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (che è dunque coperta);
b) i licenziamenti per giusta causa, giustificato motivo soggettivo, motivi disciplinari;
c) le perdite del posto di lavoro dovute a dimissioni o ad altre cause dipendenti dalla volontà dell'Aderente/Assicurato, ivi inclusa la risoluzione consensuale del rapporto di lavoro (ad esempio: incentivo all'esodo da parte del datore di lavoro, conciliazione a seguito di impugnazione del licenziamento per giusta causa o giustificato motivo soggettivo e/o oggettivo, ecc.);
d) le perdite del posto di lavoro dovute alla naturale scadenza del termine apposto al contratto di lavoro.

3. Essendo POLARIS FAMIGLIA AL SICURO un prodotto predisposto anche in funzione della specifica attività lavorativa svolta dall'Aderente/Assicurato, a seconda dello status lavorativo dell'Aderente/Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, le sopra indicate coperture assicurative potranno essere attivate, da ciascun Aderente/Assicurato, secondo le combinazioni sotto indicate:

	Status lavorativo Aderente/Assicurato	**Garanzie prestate**
Pacchetto 1	*Attivabile da:* Tutti gli Aderenti/Assicurati	• Decesso
Pacchetto 2	*Attivabile da:* Tutti gli Aderenti/Assicurati	• Decesso • Invalidità Totale Permanente
Pacchetto 3	*Attivabile solo da:* Lavoratore Dipendente Privato	• Decesso • Invalidità Totale Permanente • Perdita d'Impiego Involontaria
Pacchetto 4	*Attivabile solo da:* Lavoratore Dipendente Pubblico Lavoratore Autonomo Non Lavoratore	• Decesso • Invalidità Totale Permanente • Inabilità Totale Temporanea

4. **Le garanzie assicurative di ciascun Pacchetto sono prestate in modo congiunto, come parte di un unico inscindibile pacchetto assicurativo. Non è ammesso il cambio di Pacchetto assicurativo in corso di contratto.**
5. **L'assicurazione, a condizione che sia pagato alla Società il Premio dovuto, opera esclusivamente nei confronti dell'Aderente/Assicurato identificato nel Modulo di Adesione, che sia in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità di cui al successivo Art. 3. Non è possibile cambiare il soggetto Aderente/Assicurato nel corso della durata dell'assicurazione.**
6. **In caso di Sinistro occorso nel periodo di durata dell'assicurazione, la Società corrisponderà le prestazioni di cui al successivo Art. 2.**
7. **Le prestazioni per il caso di Decesso e di Invalidità Totale Permanente (presenti in tutti i Pacchetti) non sono mai cumulabili tra di loro; in caso di liquidazione del Capitale Assicurato per il caso di Invalidità Totale Permanente, tutte le coperture assicurative di ciascun Pacchetto cessano automaticamente.**
8. Si precisa che:
   - Axa France VIE presta le garanzie Decesso (ramo vita), Invalidità Totale Permanente (ramo danni) ed Inabilità Totale Temporanea (ramo danni).
   - Axa France IARD presta la garanzia Perdita d'Impiego Involontaria (ramo danni).

QUALI SONO LE PRESTAZIONI ASSICURATIVE IN CASO DI SINISTRO ED I LORO MASSIMALI? E' POSSIBILE DENUNCIARE PIU' SINISTRI IN CORSO DI CONTRATTO?

Art. 2 – Prestazioni in caso di Sinistro – Massimali – Denuncia successiva di Sinistri

1. La Società, alle condizioni ed entro i limiti di cui alle presenti condizioni di assicurazione, si obbliga a corrispondere le seguenti prestazioni:
   a) In caso di Sinistro per **Decesso** o per **Invalidità Totale Permanente**, la Società liquida il **Capitale Assicurato**.
   b) In caso di Sinistro per **Perdita d'Impiego Involontaria**, la Società liquida una **Indennità mensile per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata dello stato di Disoccupazione**.
   c) In caso di Sinistro per **Inabilità Totale Temporanea**, la Società liquida una **Indennità mensile per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata dello stato di inabilità**.

2. L'ammontare del Capitale Assicurato e dell'Indennità mensile viene scelto dall'Aderente/Assicurato nel Modulo di Adesione, optando tra una delle seguenti combinazioni:

Ammontare del Capitale Assicurato	Ammontare della relativa Indennità mensile (garanzie Perdita d'Impiego Involontaria, Inabilità Totale Temporanea)
€200.000,00	€1.000,00
€175.000,00	€875,00
€150.000,00	€750,00
€125.000,00	€625,00
€100.000,00	€500,00
€75.000,00	€375,00
€50.000,00	€250,00
€25.000,00	€125,00

3. **Le Indennità mensili per il caso di Perdita d'Impiego Involontaria ed Inabilità Totale Temporanea sono soggette ai seguenti massimali:**
   a) massimo 9 Indennità mensili liquidate per ciascun Sinistro;
   b) massimo 36 Indennità mensili liquidate in totale nell'arco dell'intera durata dell'assicurazione, in caso di più Sinistri.

4. **Nei limiti del massimale di cui al precedente comma 3 punto b), è possibile denunciare, nel corso della durata del contratto, più Sinistri per Perdita d'Impiego Involontaria ed Inabilità Totale Temporanea. Tuttavia, dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro, i Sinistri successivi saranno indennizzabili a condizione che sia trascorso un Periodo di Riqualificazione pari a 90 giorni consecutivi. Il Periodo di Riqualificazione decorre dal termine del Sinistro precedente (inteso come ultimo giorno di Disoccupazione o di Inabilità Totale Temporanea).**

COSA NON E' COPERTO DALL'ASSICURAZIONE?

Art. 3 – Esclusioni

1. **<u>Garanzia Decesso:</u>**
   L'assicurazione non opera nei seguenti casi:
   a) Suicidio dell'Aderente/Assicurato nei primi 12 mesi di decorrenza della polizza assicurativa;
   b) Atti di autolesionismo dell'Aderente/Assicurato;
   c) Pratica da parte dell'Aderente/Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente o a livello agonistico (gare ed allenamenti compresi);
   d) Uso di veicoli o natanti a motore per gare o competizioni sportive (e relative prove);
   e) Pratica da parte dell'Aderente/Assicurato dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi:

a. **sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idroscì, sci acrobatico, kite-surfing;**
b. **i seguenti sport aerei: volo su prototipi, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio;**

f) **Partecipazione attiva dell'Aderente/Assicurato a risse in cui l'Aderente/Assicurato partecipi attivamente, con esclusione della finalità di legittima difesa, dell'assistenza alle persone in pericolo o dell'adempimento del dovere professionale;**
g) **Rischi derivanti da viaggio aereo, salvo che l'Aderente/Assicurato sia un passeggero che paga regolare tariffa di viaggio, sia un membro dell'equipaggio, su un tragitto regolare gestito da una compagnia aerea autorizzata;**
h) **Dolo e colpa grave dell'Aderente/Assicurato, contraente o beneficiario, ex art. 1900 c.c.;**
i) **Partecipazione attiva dell'Aderente/Assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati);**
j) **Effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo;**
k) **Guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari;**
l) **Atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'Aderente/Assicurato abbia preso parte attiva;**
m) **Conseguenze di atti di natura terroristica commessi con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.**

2. **<u>Garanzia Invalidità Totale Permanente:</u>**

L'assicurazione non opera nei seguenti casi:

a) **Atti di autolesionismo dell'Aderente/Assicurato, incluso il tentato suicidio;**
b) **Pratica da parte dell'Aderente/Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente o a livello agonistico (gare ed allenamenti compresi);**
c) **Uso di veicoli o natanti a motore per gare o competizioni sportive (e relative prove);**
d) **Pratica da parte dell'Aderente/Assicurato dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi:**
   - **sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idroscì, sci acrobatico, kite-surfing;**
   - **i seguenti sport aerei: volo su prototipi, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio;**
e) **Abuso di alcool, farmaci o sostanze stupefacenti;**
f) **Esposizione deliberata da parte dell'Aderente/Assicurato a situazioni di pericolo (tranne che nel tentativo di salvare vite umane);**
g) **Dolo e colpa grave ex art. 1900 c.c.;**
h) **Partecipazione attiva dell'Aderente/Assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati);**
i) **Effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo;**
j) **Guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari;**
k) **Atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'Aderente/Assicurato abbia preso parte attiva;**
l) **Conseguenze di atti di natura terroristica commessi attraverso o con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.**

3. **<u>Garanzia Inabilità Totale Temporanea:</u>**

L'assicurazione non opera nei seguenti casi:

a) **Atti di autolesionismo dell'Aderente/Assicurato, incluso il tentato suicidio;**
b) **Pratica da parte dell' Aderente/Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente o a livello agonistico (gare ed allenamenti compresi);**

c) **Uso di veicoli o natanti a motore per gare o competizioni sportive (e relative prove);**
d) **Pratica da parte dell' Aderente/Assicurato dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi:**
   - **sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idroscì, sci acrobatico, kite-surfing;**
   - **i seguenti sport aerei: volo su prototipi, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio;**
e) **Abuso di alcool, farmaci o sostanze stupefacenti;**
f) **Esposizione deliberata da parte dell'Aderente/Assicurato a situazioni di pericolo (tranne che nel tentativo di salvare vite umane);**
g) **Dolo e colpa grave ex art. 1900 c.c.;**
h) **Partecipazione attiva dell'Aderente/Assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati);**
i) **Effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo;**
j) **Interruzioni di lavoro dovute a parto, gravidanza, aborto terapeutico e complicazioni derivanti da tali eventi;**
k) **Trattamenti medici non a scopo terapeutico, incluse le applicazioni di carattere estetico e le cure dimagranti, richieste per motivi psicologici o personali (salvo che si tratti di interventi di chirurgia plastica a seguito di un Infortunio occorso durante il periodo di validità della copertura);**
l) **Inabilità derivante da nevrosi, stress, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, a meno che l'Aderente/Assicurato sia stato ricoverato in un ospedale per almeno 15 giorni o sia stato messo sotto tutela o curatela dalle autorità competenti;**
m) **Guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari;**
n) **Atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'Aderente/Assicurato abbia preso parte attiva;**
o) **Conseguenze di atti di natura terroristica commessi attraverso o con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.**

4. **<u>Perdita d'Impiego Involontaria:</u>**
   L'assicurazione non opera nei seguenti casi:
a) **l'Aderente/Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;**
b) **la Disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento o dimissioni concordate e/o incentivate dal datore di lavoro;**
c) **Alla data di decorrenza dell'assicurazione, l'Aderente/Assicurato era a conoscenza della prossima Perdita d'Impiego Involontaria, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;**
d) **La Perdita d'Impiego Involontaria è conseguenza di pensionamento o prepensionamento;**
e) **la Disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa, giustificato motivo soggettivo o disciplinare;**
f) **se la perdita di Impiego è conseguenza della naturale scadenza di un termine apposto al contratto di lavoro;**
g) **l'Aderente/Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova / mancato superamento del periodo di prova;**
h) **Contratto di lavoro non regolato dalla legge italiana;**
i) **l'Assicurato/Assicurato svolge la propria Normale Attività Lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;**
j) **Licenziamento tra congiunti, ascendenti, discendenti e collaterali, salvo il caso di liquidazione dell'azienda;**
k) **l'Aderente/Assicurato è assunto con un contratto di lavoro (ancorché a tempo indeterminato) rientrante in una delle seguenti categorie: contratto di collaborazione, di lavoro accessorio, di**

apprendistato, di somministrazione, di lavoro intermittente/stagionale, di lavoro domestico, stipulato all'estero (se non regolato dalla legge italiana);

l) **Dolo e colpa grave ex art. 1900 c.c.**

COME SI ADERISCE ALLA POLIZZA COLLETTIVA?

Art. 4 – Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e perfezionamento del contratto

1. L'adesione alla Polizza Collettiva avviene mediante sottoscrizione – da parte dell'Aderente/Assicurato – di un Modulo di Adesione, redatto in duplice copia (copia Aderente/Assicurato e copia Broker/Società).
2. Il contratto di assicurazione si intende comunque perfezionato solo **a condizione che il Premio sia stato pagato dall'Aderente/Assicurato**. Ad avvenuto incasso del Premio, il Broker rilascerà all'Aderente/Assicurato il Certificato di Polizza emesso dalla Società.
3. **La Società AXA France VIE, mediante apposita comunicazione scritta inviata all'Aderente/Assicurato, potrà in ogni momento sospendere l'entrata in vigore dell'assicurazione, qualora necessario per adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela in materia di antiriciclaggio ed antiterrorismo (ai sensi del D. Lgs. n. 231/2007 e della relativa normativa secondaria emanata da IVASS), riservandosi il diritto di non eseguire il rapporto assicurativo.**

CHI PUO' ADERIRE ALLA POLIZZA COLLETTIVA E DIVENTARE IL SOGGETTO ASSICURATO? QUALI SONO LE MODALITA' ASSUNTIVE DEL RISCHIO?

Art. 5 – Persone assicurabili e modalità assuntive del rischio

1. E' assicurabile ciascuna persona fisica che, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, abbia tutti i seguenti requisiti di assicurabilità:

a) **sia residente in Italia**;
b) **in caso di scelta (<u>in riferimento ai Pacchetti 1, 2 e 4</u>) di una durata di contratto pari a 2, 3, 4 oppure 5 anni, sia di età compresa tra i 18 ed i 70 anni compiuti e sia di età tale per cui, alla data di scadenza dell'assicurazione, non abbia compiuto i 75 anni di età;**
c) **in caso di scelta (<u>in riferimento al solo Pacchetto 3 par Lavoratori Dipendenti Privati</u>) di una durata di contratto pari a 2, 3, 4 oppure 5 anni, sia di età compresa tra i 18 ed i 66 anni compiuti e sia di età tale per cui, alla data di scadenza dell'assicurazione, non abbia compiuto i 67 anni di età;**
d) **in caso di scelta (<u>in riferimento ai soli Pacchetti 1 e 2</u>) di una durata di contratto pari a 10 anni, sia di età compresa tra i 18 ed i 55 anni compiuti e sia di età tale per cui, alla data di scadenza dell'assicurazione, non abbia compiuto i 65 anni di età;**
e) **abbia sottoscritto il Questionario Medico predisposto dalla Società, contenuto all'interno del Modulo di Adesione, rispondendo "NO" a tutte le domande del quesionario;**
f) **sia Lavoratore Dipendente Privato (requisito di assicurabilità valido solo per il Pacchetto 3) oppure sia Lavoratore Autonomo / Lavoratore Dipendente Pubblico / Non Lavoratore (requisito di assicurabilità valido solo per il Pacchetto 4).**

2. In riferimento al Pacchetto 3 dedicato ai Lavoratori Dipendenti Privati, **non sono assicurabili per la garanzia Perdita d'Impiego Involontaria le seguenti tipologie di lavoratori:**

a) **lavoratori assunti con contratto di lavoro a tempo determinato:**
b) **lavoratori assunti con contratto di lavoro (ancorché a tempo indeterminato) di collaborazione, di lavoro accessorio, di apprendistato, di somministrazione, di lavoro intermittente / a chiamata, stagionale, di lavoro domestico, stipulato all'estero (se non regolato dalla legge italiana); assunti da imprese familiari**.

3. L'Aderente/Assicurato non assicurabile per il Pacchetto 3 ai sensi del precedente comma può sempre attivare il Pacchetto 1 o il Pacchetto 2, a condizione che sia in possesso di tutti gli altri requisiti di assicurabilità.
4. La Società accetta sempre automaticamente in copertura tutti gli Aderenti/Assicurati che sottoscrivono il Modulo di Adesione e che sono in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità. In tali casi, l'assicurazione decorre, senza ulteriore formalità alcuna, ed alla condizione che l'Aderente/Assicurato abbia pagato il Premio dovuto, secondo quando previsto al successivo Art. 7.

COME E QUANDO SI PAGA IL PREMIO?
QUANTO COSTA L'ASSICURAZIONE?

Art. 6 – Premio

1. Ciascun Aderente/Assicurato è tenuto al pagamento del Premio come segue:
   a) **all'adesione:** è previsto il pagamento di un Premio unico ed anticipato per l'intera durata iniziale fissa poliennale del contratto (pari a 2, 3, 4 oppure 5 anni – oppure, solo in riferimento ai Pacchetti 1 e 2, pari a 10 anni);
   b) **in riferimento agli eventuali rinnovi annuali (solo in caso di durata del contratto pari a 2, 3, 4 oppure 5 anni)**: è previsto il pagamento di un Premio annuale.

I Premi sono corrisposti dall'Aderente/Assicurato al Broker - che li incassa nella propria qualità di Intermediario e li versa alla Società - con le seguenti modalità: bonifico bancario, assegno bancario, assegno circolare.

2. L'ammontare del Premio unico ed anticipato iniziale è indicato nel Modulo di Adesione. L'ammontare del Premio annuale di rinnovo è indicato nell'avviso di scadenza inviato all'Aderente/Assicurato dal Broker.

QUANDO INIZIA, QUANTO DURA, COME SI RINNOVA E QUANDO CESSA L'ASSICURAZIONE?

Art. 7 – Periodo di Carenza – Decorrenza, durata e rinnovo dell'assicurazione – Facoltà di disdetta per entrambe le parti

1. Le coperture assicurative sono soggette ai seguenti Periodi di Carenza:

Garanzia	Periodo di Carenza
Decesso	Non applicabile
Invalidità Totale Permanente	Non applicabile
Perdita d'Impiego Involontaria	60 giorni
Inabilità Totale Temporanea (da Infortunio)	Non applicabile
Inabilità Totale Temporanea (da Malattia)	60 giorni

Se un Sinistro si verifica durante il Periodo di Carenza la Società non è tenuta al pagamento delle prestazioni assicurative.

2. **Fermo il Periodo di Carenza**, per ciascun Aderente/Assicurato l'assicurazione decorre, a condizione che l'Aderente/Assicurato sia in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità e sia stato pagato il relativo Premio, dalle ore 24:00 della data di sottoscrizione del Modulo di Adesione o, se successiva, dalla data di pagamento del Premio.

3. Il controatto:
   a) in riferimento a tutti i Pacchetti, ha una durata fissa pari a 2, 3, 4 oppure 5 anni, a scelta dell'Aderente/Assicurato;
   b) solo in riferimento al Pacchetto 1 ed al Pacchetto 2, l'Aderente/Assicurato può altresì scegliere una durata fissa pari a 10 anni.

La durata scelta è indicata nel Modulo di Adesione.

4. In caso di scelta da parte dell'Aderente/Assicurato di una durata di contratto pari a 2, 3, 4 oppure 5 anni, alla scadenza, il contratto si rinnova tacitamente di anno in anno, per periodi di un anno, salvo disdetta di una delle parti (Aderente/Assicurato o Società) da inviarsi all'altra con preavviso di 60 giorni rispetto alla scadenza del contratto o della annualità di rinnovo. Ai fini di tali rinnovi annuali, la Società, per il tramite del Broker, sottoporrà all'Aderente/Assicurato un avviso di scadenza contenente l'importo di premio annuale dovuto per il rinnovo annuale. Il contratto si intenderà rinnovato per un ulteriore periodo di un anno, senza soluzione di continuità, qualora l'Aderente/Assicurato versi il Premio annuale di rinnovo entro e non oltre 15 giorni dalla scadenza del contratto. In caso di mancato pagamento del Premio annuale, il contratto si intenderà definitivamente risolto automaticamente.

5. **In nessun caso il contratto potrà essere rinnovato annualmente qualora, alla data di efficacia del rinnovo annuale:**

a) **in caso di adesione ai Pacchetti 1, 2 oppure 4, l'Aderente/Assicurato abbia già compiuto il 74° anno di età**;
b) **in caso di adesione al Pacchetto 3, l'Aderente/Assicurato abbia già compiuto il 66° anno di età.**

6. La disdetta dei rinnovi annuali del contratto dovrà essere effettuata: (i) dall'Aderente/Assicurato mediante comunicazione scritta inviata al Contraente a mezzo di lettera (anche raccomandata a.r.), all'indirizzo di cui al successivo Art. 8.3; (ii) dalla Società, per il tramite del Contraente, mediante comunicazione scritta inviata all'indirizzo di residenza dell'Aderente/Assicurato.

7. **In caso di scelta da parte dell'Aderente/Assicurato di una durata di contratto pari a 10 anni (durata valida solo per il Pacchetto 1 ed il Pacchetto 2), successivamente alla scadenza decennale il contratto non potrà più essere rinnovato.**

8. **L'assicurazione cessa comunque, anche prima della sua naturale scadenza:**

a) in caso di liquidazione dell'Indennizzo per Decesso o Invalidità Totale Permanente (i due Indennizzi non sono mai cumulabili);
b) in caso di esercizio del diritto di recesso, nei casi di cui all'Art. 8.

COME SI PUO' RECEDERE DAL CONTRATTO?

Art. 8 – Revoca dell'adesione alla Polizza Collettiva – Diritto di recesso dell'Aderente/Assicurato

1. Nella fase che precede l'entrata in vigore della copertura assicurativa (cioè sino alla data di pagamento del Premio), l'Aderente/Assicurato ha sempre facoltà di revocare la propria adesione alla Polizza Collettiva effettuata attraverso la sottoscrizione del Modulo di Adesione, mediante comunicazione scritta inviata al Contraente a mezzo di lettera (anche raccomandata a.r.).

2. Una volta entrata in vigore l'assicurazione, l'Aderente/Assicurato, nel corso del periodo di durata fissa iniziale del contratto (2, 3, 4, 5 oppure 10 anni, a seconda del Pacchetto prescelto), può recedere dal contratto:

a) ***entro il termine di 30 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione***, mediante comunicazione scritta inviata al Contraente a mezzo di lettera (anche raccomandata a.r.). In tal caso, l'assicurazione si intende come mai entrata in vigore e la Società provvederà a rimborsare all'Aderente/Assicurato, per il tramite del Broker, l'importo di Premio eventualmente già versato (al netto delle imposte).
b) ***annualmente, con preavviso di almeno 60 giorni rispetto all'annualità in scadenza***, mediante comunicazione scritta inviata al Contraente a mezzo di lettera (anche raccomandata a.r.). In tal caso, tutte le coperture cessano alla successiva scadenza annuale, e la Società provvederà a rimborsare all'Aderente/Assicurato, per il tramite del Broker, la parte di premio di tali coperture pagato e non goduto. **Tale facoltà di recesso annuale non è prevista in caso di attivazione del Pacchetto 1.**

3. L'Aderente/Assicurato è tenuto ad esercitare i diritti di recesso di cui alla presente clausola mediante invio di una lettera (anche raccomandata a.r.) indirizzata al Contraente al seguente indirizzo: *Polaris S.r.l. - Via Verona 22/C - 37012 Bussolengo (VR).*

4. Per gli eventuali rinnovi annuali successivi al periodo iniziale di durata fissa del contratto (solo in caso di scelta da parte dell'Aderente/Assicurato di una durata pari a 2, 3, 4 oppure 5 anni) vale quanto previsto al precedente Art. 7. sulle modalità di disdetta.

COSA FARE IN CASO DI PERDITA DELLO STATUS LAVORATIVO IN CORSO DI CONTRATTO?

Art. 9 – Cambiamento di attività lavorativa dell'Aderente/Assicurato

1. Nel caso in cui l'Aderente/Assicurato, durante il periodo di validità dell'assicurazione, cambi la propria attività lavorativa perdendo lo status lavorativo originario utile per il relativo Pacchetto 3 o Pacchetto 4, si applica quanto segue:

GARANZIE DECESSO ED INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE

Con riferimento alle garanzie Decesso (inclusa in tutti i Pacchetti) ed Invalidità Totale Permanente (inclusa nei Pacchetti 2, 3 e 4), il cambiamento di attività lavorativa dell'Aderente/Assicurato nel corso del periodo di validità dell'Assicurazione, ancorché non comunicato alla Società, non pregiudica in caso di Sinistro, il diritto al pagamento del Capitale Assicurato.

GARANZIA PERDITA D'IMPIEGO INVOLONTARIA

Con riferimento alla garanzia di ramo danni Perdita d'Impiego Involontaria inclusa nel Pacchetto 3, la perdita dello status di Lavoratore Dipendente Privato **comporta l'automatica cessazione di tale copertura, che non sarà dunque più operante, salvo che l'Assicurato riacquisti lo status di Lavoratore Dipendente Privato.**

GARANZIA INABILITA' TOTALE TEMPORANEA

Con riferimento alla garanzia di ramo danni Inabilità Totale Temporanea inclusa nel Pacchetto 4, il cambiamento di attività lavorativa dell'Aderente/Assicurato nel corso del periodo di validità dell'assicurazione, ancorché non comunicato alla Società, non pregiudica in caso di Sinistro, il diritto al pagamento delle Indennità mensili.

2. **In riferimento ai Pacchetti 3 e 4, l'Aderente/Assicurato ha comunque altresì la facoltà di comunicare il cambiamento di attività lavorativa al Contraente** (fornendo prova della perdita del proprio status lavorativo), **richiedendo – stante l'inscindibilità di tutte le garanzie come presenti nel relativo Pacchetto – la cessazione di tutte le garanzie attivate,** mediante invio di una lettera (anche raccomandata a.r.) indirizzata all'indirizzo di cui al precedente Art. 8.3. In tal caso tutte le garanzie come presenti in ciascun Pacchetto attivato cessano a decorrere dalle ore 24:00 della data di ricezione della comunicazione da parte del Contraente, e all'Aderente/Assicurato saranno rimborsate dalla Società, per il tramite del Broker, le mensilità di Premio pagate e non godute relative alle garanzie presenti a seconda del pacchetto attivato.

COME SI DENUNCIA UN SINISTRO? COME SI PRESENTA UN RECLAMO?

Art. 10 – Denuncia dei Sinistri e reclami

SINISTRI

1. In caso di Sinistro, è necessario darne comunicazione scritta alla società AXA PARTNERS (società del gruppo AXA incaricata di gestire i sinistri in nome e per conto dell'Impresa) nel più breve tempo possibile. Le denunce di Sinistro vanno inviate con una delle seguenti modalità:

Modalità di denuncia	Recapito
Via Posta (anche raccomandata a/r)	Axa Partners Ufficio Sinistri – Corso Como, 17 - 20154 Milano
Via Fax	02-23331247
Via e-mail	clp.it.sinistri@partners.axa
Via WEB (ad eccezione della garanzia Decesso)	sito internet clpclaims.com/it

2. La denuncia di Sinistro può essere effettuata anche utilizzando un apposito modulo di denuncia sinistro messo a disposizione dalla Società; tale modulo è reperibile contattando il Servizio Clienti telefonico della Società al numero telefonico di cui al successivo Art. 19, oppure scaricabile dal sito internet delle Società (http://clp.partners.axa/it).

3. I Beneficiari o l'Aderente/Assicurato, ai fini della liquidazione delle prestazioni, dovranno presentare alla Società la seguente documentazione, IN COPIA:

Garanzia Decesso

a) documento di identità di tutti i Beneficiari designati in vita dall'Aderente/Assicurato o degli eredi (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale;
b) certificato di morte dell'Aderente/Assicurato rilasciato dal Comune, e certificato necroscopico rilasciato dall'ASL attestante causa iniziale, intermedia e finale del decesso;
c) relazione medica attestante le cause del decesso;
d) al fine di permettere alla Società l'esatta identificazione dell'avente o degli aventi diritto all'Indennizzo: (i) Dichiarazione Sostituiva dell'Atto di Notorietà, rilasciata di fronte ad un Ufficiale di Stato Civile con firma autenticata, in cui risulti se l'Aderente/Assicurato deceduto abbia lasciato testamento o meno, e nel quale siano indicati l'elenco dei suoi eredi, la loro data di nascita e capacità

di agire, nonché il loro grado di parentela con l' Aderente/Assicurato (con la specifica indicazione che tali eredi sono gli unici, e non vi sono altri eredi oltre a quelli indicati); (ii) inoltre, solo se l' Aderente/Assicurato deceduto ha lasciato testamento: copia autentica del testamento pubblicato;

Inoltre, solo in caso di decesso da infortunio/incidente stradale/omicidio/suicidio

a) Verbale rilasciato dalle Autorità intervenute (polizia, carabinieri, etc.), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le autorità non sono intervenute, con la motivazione), con allegato l'esito degli eventuali esami tossicologici richieste dalle autorità; in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del sinistro.

Garanzia Invalidità Totale Permanente

a) documento di identità dell'Aderente/Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale;
b) relazione Medico-Legale, attestante l'Invalidità e il relativo grado (rilasciata dagli enti preposti);

Inoltre, solo in caso di invalidità da infortunio / incidente stradale

a) Verbale rilasciato dalle Autorità intervenute (polizia, carabinieri, etc.), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le autorità non sono intervenute, con la motivazione), con allegato l'esito degli eventuali esami tossicologici richieste dalle autorità; in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del sinistro.

Garanzia Perdita d'Impiego Involontaria

a) documento di identità dell'Aderente/Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale;
b) scheda professionale, datata recentemente, rilasciata dal Centro per l'Impiego, contenente le seguenti informazioni:
    a. data di inizio e fine di tutti i lavori svolti
    b. tipologia di contratto e numero di ore lavorative settimanali

Inoltre, solo in caso di perdita definitiva del posto di lavoro:

a) lettera di licenziamento inviata dal datore di lavoro all'Aderente/Assicurato. Avvertenza – tale lettera deve essere datata, firmata e timbrata dal datore di lavoro e deve contenere la causa del licenziamento.

Inoltre, solo In caso di messa in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (CIGS)

a) prima lettera di messa in CIGS inviata dal datore di lavoro all'Aderente/Assicurato, che deve chiaramente indicare:
    - nome e cognome dell'Aderente/Assicurato;
    - l'effettiva tipologia di "Cassa Integrazione";
    - la data di inizio della CIGS e la relativa durata;
    - copia del Prospetto INPS o copia del Foglio Presenze (Libro Unico del Lavoro), relativo all'effettivo periodo di CIGS goduta.

Una volta avvenuto il pagamento di una Indennità mensile, e qualora lo stato di Disoccupazione si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo indennizzabile di Disoccupazione, l'Aderente/Assicurato è tenuto inoltre ad inviare alla Società la scheda professionale rilasciata dal Centro per l'Impiego di cui sopra oppure, in alternativa, lo status occupazionale rilasciato dal Centro per l'Impiego.

Garanzia Inabilità Totale Temporanea

a) documento di identità dell'Aderente/Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale;
b) certificato rilasciato dal medico curante o dagli enti preposti (INPS, INAIL) datato recentemente, attestante la causa, la data di inizio e la data dell'eventuale fine del periodo di Inabilità Totale Temporanea al lavoro;

Inoltre, solo in caso di inabilità da infortunio (compreso incidente stradale)

a) Verbale rilasciato dalle Autorità intervenute (polizia, carabinieri, etc.), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le autorità non sono intervenute, con la motivazione), con allegato l'esito degli eventuali esami tossicologici richieste dalle autorità; in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del sinistro.

Qualora lo stato di inabilità si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo indennizzabile di inabilità, l'Aderente/Assicurato è tenuto inoltre ad inviare alla Società un certificato rilasciato dal medico curante o dagli enti preposti (INPS, INAIL) datato recentemente, attestante la continuazione del periodo di inabilità.

4. La Società, qualora necessario e rilevante per l'accertamento del diritto all'Indennizzo, potrà altresì richiedere ulteriore documentazione (anche medica) relativa al Sinistro. La Società richiederà inoltre eventuale documentazione necessaria per adempiere ad obblighi di legge (es.: obblighi di adeguata verifica antiriciclaggio; provvedimento di autorizzazione del Giudice Tutelare, che legittimi la ricezione da parte di terzo soggetto, dell'indennizzo spettante ad un erede minorenne o incapace; etc.).
5. In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico che esercita la professione in Italia.

RECLAMI

Per le modalità di presentazione dei reclami alle Società, all'Intermediario ed ad IVASS si rinvia alla informativa contenuta nel DIP aggiuntivo Multirischi.

A CHI VIENE PAGATO L'INDENNIZZO IN CASO DI SINISTRO?

Art. 11 – Pagamento dell'Indennizzo – Beneficiario

1. In caso di Sinistro per Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea e Perdita d'Impiego Involontaria la Società – qualora tale Sinistro sia indennizzabile in base alle presenti Condizioni di Assicurazione – liquiderà direttamente all'Aderente/Assicurato (Beneficiario) la prestazione prevista (come indicata a seconda della specifica garanzia all'art. 2 delle presenti condizioni di assicurazione).
2. In riferimento alla garanzia Decesso, Beneficiario dell'Indennizzo è il soggetto (o i soggetti) designato/i, in forma nominativa o generica, dall'Aderente/Assicurato all'interno del Modulo di Adesione. L'Aderente/Assicurato ha comunque facoltà di modificare il/i Beneficiario/i come designato/i inviando alla Compagnia apposita comunicazione scritta ai recapiti di cui al precedente Art. 10.
3. In caso di specifiche esigenze di riservatezza, è facoltà dell'Aderente/Assicurato indicare, nel Modulo di Adesione, i dati necessari per l'identificazione di un referente terzo, diverso dal Beneficiario, a cui l'Impresa potrà far riferimento in caso di Decesso dell'Aderente/Assicurato. Nel Modulo di Adesione, l'Aderente/Assicurato ha altresì facoltà di escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, se indicato in forma nominativa, prima dell'evento.
4. La designazione del Beneficiario non può essere modificata nei seguenti casi:
   a) dopo che l'Aderente/Assicurato e il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente: (i) la rinuncia al diritto di revoca della designazione in precedenza effettuata; (ii) l'accettazione del beneficio;
   b) dopo la morte dell'Aderente/Assicurato;
   c) dopo che, verificatosi il Decesso dell'Aderente/Assicurato, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla società di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi qualsiasi variazione al contratto che abbia riflesso sui diritti del Beneficiario richiede l'assenso scritto di quest'ultimo.
5. Per effetto della designazione il Beneficiario acquisisce un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione; le somme corrispostegli a seguito del Decesso dell'Aderente/Assicurato non rientrano pertanto nell'asse ereditario.
6. La Società provvede al pagamento dell'Indennizzo dovuto entro trenta giorni dalla ricezione della documentazione di Sinistro completa.

6. **In ogni caso, la Società non potrà procedere alla liquidazione di alcun Indennizzo fintanto ché non avrà completato la verifica dei dati sul cliente (Aderente/Assicurato), sul beneficiario e sugli eventuali esecutori / titolari effettivi**, **qualora previsto dalla normativa in vigore.**

COSA E' POSSIBILE FARE IN CASO DI CONTROVERSIE DI NATURA MEDICA?

Art. 12 – Ricorso all'arbitrato per le controversie di natura medica

1. In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Aderente/Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.
2. 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 si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.
3. **Rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente.**

ALTRE NORME GENERALI SUL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

Art. 13 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Nullità – Clausola sanzione

1. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, rese dall'Aderente/Assicurato in sede di adesione alla Polizza Collettiva, possono comportare la perdita del diritto all'Indennizzo, nonché le conseguenze di cui agli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.

2. Se la Società, in occasione di un Sinistro, viene a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni rese dall'Assicurato al momento della compilazione del Questionario Medico, può rifiutarsi di pagare l'Indennizzo e comunicare il recesso dal contratto (ai sensi degli Artt. 1892 e 1893 c.c.).

3. Il contratto di Assicurazione è nullo nei seguenti casi:

- **a) se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi dell'Art. 1895 c.c.;**
- **b) se al momento in cui l'assicurazione deve avere inizio, non esiste un interesse dell'Assicurato al risarcimento del danno, come previsto dall'Art. 1904 c.c. (assicurazioni danni);**
- **c) nei casi previsti dall'Art. 1418 c.c.**

4. In nessun caso la Società sarà tenuta a prestare coperture assicurative, a liquidare prestazioni assicurative, a pagare indennizzi o qualsiasi altro importo, qualora ciò possa esporre la Società 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.

Art. 14 – Oneri fiscali

Le imposte e le tasse relative o discendenti dal contratto di assicurazione sono a carico del soggetto che sostiene l'onere del pagamento del Premio o dei Beneficiari ed aventi diritto, così come previsto dalla normativa fiscale vigente.

Art. 15 – Legislazione applicabile

Il presente contratto di assicurazione è regolato dalla legge italiana.

Art. 16 – Foro competente

Per qualsiasi controversia che dovesse sorgere tra, da una parte, la Società e/o il Contraente e, dall'altra parte, l'Aderente/Assicurato, ivi comprese quelle relative alla loro interpretazione, esecuzione, validità e risoluzione, sarà competente in via esclusiva il foro di residenza o domicilio dell'Aderente/Assicurato.

Art. 17 – Prescrizione dei diritti

1. **I diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione si prescrivono:**
   a) **in dieci anni in riferimento alla garanzia Decesso;**
   b) **in due anni in riferimento alle garanzie Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea e Perdita d'Impiego Involontaria.**

2. I termini di prescrizione decorrono dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda ex art. 2952 c.c. Qualora, entro detti termini, la Società non riceverà alcuna richiesta dai soggetti legittimati, i diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione non possono più essere esercitati.

Art. 18 – Rinvio alle norme di legge

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

Art. 19 – Comunicazioni in corso di contratto

Tutte le comunicazioni alla Compagnia, con riferimento al presente contratto di assicurazione, dovranno essere fatte dall'Aderente/Assicurato (o dagli aventi diritto) in forma scritta. Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia all'Aderente/Assicurato saranno effettuate via posta cartacea (ai recapiti indicati sul Modulo di Adesione).

Art. 20 – Servizio Clienti

SERVIZIO CLIENTI
L'Aderente/Assicurato o gli aventi causa possono richiedere alla Società informazioni sul presente contratto di assicurazione: • telefonando al **Numero 02/87103548**, operativo dal lunedì al giovedì dalle ore 09.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 17.00, ed il venerdì dalle ore 09.00 alle ore 13.00 (festivi esclusi); oppure • scrivendo una e-mail all'indirizzo *clp.it.sinistri@partners.axa*

MODULO DI ADESIONE
(fac-simile)

MODULO DI ADESIONE
POLIZZA "POLARIS FAMIGLIA AL SICURO"

POLIZZA COLLETTIVA AXA FRANCE VIE N. 1-2019-00008 – AXA FRANCE IARD N. 2-2019-00009

AVVERTENZA - Si specifica che la sottoscrizione della presente polizza è del tutto facoltativa e non obbligatoria per ottenere mutui, finanziamenti o altri prodotti bancari eventualmente offerti dall'intermediario

Capitale Assicurato	€
Indennità mensile assicurata	€

Dati identificativi dell'Aderente/Assicurato		
Nome e Cognome	**Codice fiscale**	
Data di nascita	**Comune di nascita**	
Comune di residenza	**CAP**	**Prov.**
Indirizzo di residenza		
Domicilio *(per la corrispondenza – se diverso dalla residenza)*		
Telefono	**E-mail**	
Tipo documento	**Rilasciato da**	
Nr. documento	**Rilasciato il**	**Scadenza il**

Coperture assicurative ed indennizzi			
	Pacchetti Assicurativi	***Garanzie prestate***	***Prestazione***
☐	**Pacchetto 1** ***Attivabile da:*** ***Tutti gli Aderenti/Assicurati***	Decesso	Capitale Assicurato
☐	**Pacchetto 2** ***Attivabile da:*** ***Tutti gli Aderenti/Assicurati***	Decesso	Capitale Assicurato
		Invalidità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia)	Capitale Assicurato
☐	**Pacchetto 3** ***Attivabile solo da:*** • ***Lavoratori Dipendenti Privati***	Decesso	Capitale Assicurato
		Invalidità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia)	Capitale Assicurato
		Perdita d'Impiego Involontaria	Indennità mensile assicurata
☐	**Pacchetto 4** ***Attivabile solo da:*** • ***Lavoratori Autonomi*** • ***Lavoratori Dipendenti Pubblici*** • ***Non Lavoratori***	Decesso	Capitale Assicurato
		Invalidità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia)	Capitale Assicurato
		Inabilità Totale Temporanea (da Infortunio o Malattia)	Indennità mensile assicurata

Durata del contratto *(barrare una casella)*

☐ 2 anni ☐ 3 anni ☐ 4 anni ☐ 5 anni ☐ 10 anni (solo in caso di scelta del Pacchetto 1 o del Pacchetto 2)

In caso di scelta da parte dell'Aderente/Assicurato di una durata di contratto pari a 2, 3, 4 oppure 5 anni, alla scadenza, il contratto si rinnova di anno in anno, per periodi di un anno, salvo disdetta di una delle parti (Aderente/Assicurato o Società) da inviarsi all'altra con preavviso di 30 giorni rispetto alla scadenza del contratto o della annualità di rinnovo.
In caso di scelta da parte dell'Aderente/Assicurato di una durata di contratto pari a 10 anni (durata valida solo per il Pacchetto 1 ed il Pacchetto 2), successivamente alla scadenza decennale il contratto non potrà più essere rinnovato.

Premio unico anticipato per tutte le garanzie del Pacchetto e per tutta la durata iniziale prescelta **Periodicità e modalità di pagamento del Premio**	
Importo di premio unico anticipato *(Incluse imposte pari al 2.5% - Garanzia Decesso esente)*	€
Periodicità di pagamento	Premio unico anticipato
Modalità di Pagamento	

Informativa sul diritto di revoca dell'adesione e sul diritto di recesso
Nella fase che precede l'entrata in vigore della copertura assicurativa (cioè sino alla data di pagamento del Premio), l'Aderente/Assicurato ha sempre facoltà di revocare la propria adesione alla Polizza Collettiva effettuata attraverso la sottoscrizione del Modulo di Adesione, mediante comunicazione scritta inviata al Contraente. Una volta entrata in vigore l'assicurazione, l'Aderente/Assicurato, nel corso del periodo di durata fissa iniziale del contratto (2, 3, 4, 5 oppure 10 anni, a seconda del Pacchetto prescelto) può recedere dal contratto, mediante comunicazione scritta inviata al Broker: a) ***entro il termine di 30 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione***. In tal caso, l'assicurazione si intende come mai entrata in vigore e la Società provvederà a rimborsare all'Aderente/Assicurato, per il tramite del Broker, l'importo di Premio eventualmente già versato (al netto delle imposte). b) ***annualmente, con preavviso di almeno 60 giorni rispetto all'annualità in scadenza***. In tal caso, tutte le coperture cessano alla successiva scadenza annuale, e la Società provvederà a rimborsare all'Aderente/Assicurato, per il tramite del Broker, e all'Aderente/Assicurato verrà restituita la parte di premio di tali coperture pagato e non goduto. **Tale facoltà di recesso annuale non è prevista in caso di attivazione del Pacchetto 1**. L'Aderente/Assicurato è tenuto ad esercitare i diritti di revoca e di recesso sopra indicati mediante invio di una lettera (anche raccomandata a.r.) indirizzata al Contraente al seguente indirizzo: Polaris S.r.l - Via Verona 22/C - 37012 Bussolengo (VR).

INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE
AVVERTENZE SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MEDICO / RAPPORTO DI VISITA MEDICA

Per potere aderire alla Polizza Collettiva, ciascun Aderente/Assicurato è tenuto a rispondere alle domande di un Questionario Medico. Si avverte l'Assicurato che:

a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti compromettono il diritto alla prestazione;
b) è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte al Questionario Medico prima della sua sottoscrizione;
c) anche nei casi non previsti dalla Società, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, per certificare lo stato di salute, utilizzando un Rapporto di Visita Medica (per informazioni contattare la Società al numero 02-87103548). Il costo di tale visita medica sarà a suo carico. La Società si riserva il diritto di prestare o meno le coperture assicurative previo esame del Rapporto di Visita Medica.

Sono assicurabili solo i soggetti che rispondono "NO" a tutte le domande incluse nel Questionario Medico. La Società pertanto, anche ai fini dell'art. 1893 2° comma del codice civile, dichiara espressamente che non intende assumere il rischio (nemmeno a diverse condizioni) qualora fosse a conoscenza che l'Assicurato sia affetto anche da una sola delle patologie incluse nel Questionario Medico.

A. Ha ricevuto, negli ultimi 5 anni, una diagnosi o prescrizione di esami, cure, trattamenti, subito interventi chirurgici o assunto farmaci in merito alle seguenti patologie?	**Sì**	**No**
1. Ipertensione arteriosa (pressione superiore a 145/90)		
2. Ictus, attacco ischemico transitorio (mini-ictus), emorragia cerebrale		
3. Infarto, cardiopatia ischemica/coronarica, arteriosclerosi		
4. Aritmia cardiaca tale da richiedere un trattamento farmacologico e/o controlli periodici		
5. Qualsiasi forma di neoplasia maligna, inclusi cancro alla pelle (melanoma), leucemie, linfomi, mieloma, tumore del midollo osseo ed inoltre meningioma, nonché cisti o crescita benigna delle meningi all'interno del cervello o della spina dorsale		
6. Immunodeficienza acquisita (AIDS) e qualsiasi altra immunopatologia		
7. Sclerosi laterale amiotrofica, sclerosi multipla, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson e tutte le malattie neurogenerative		
8. Discopatia osteoartrite o artrite infiammatoria estesa ad una o più articolazioni		
9. Broncopneumopatia cronica ostruttiva, l'asma, la sarcoidosi e l'enfisema		
10. Insufficienza renale acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali, pancreatite cronica		
11. Diabete		
12. Cirrosi da qualsiasi causa, epatite B e C e steatosi epatica o qualsiasi epatopatia		
13. Le seguenti Malattie o malformazioni congenite/ereditarie: idrocefalo, pneumopatia fibrocistica, cardiopatie congenite, spina bifida, atresie di organi addominali, trisomie, agenesie renali, malformazioni vascolari endocraniche, malformazioni dell'apparato urinario non corrette chirurgicamente, malformazioni dei grossi vasi		
B. È a conoscenza di essere affetto da una delle malattie di cui al punto A, o di una loro possibile insorgenza, di essere in attesa di risultati di consulti medici, esami medici o ricoveri ospedalieri (o in istituti di cura) sempre in riferimento alle patologie elencate al punto A?		
C. È titolare di una pensione di invalidità o inabilità (parziale o totale) o ha in corso pratiche per il relativo riconoscimento ?		

DICHIARAZIONE DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA

Io sottoscritto Aderente/Assicurato **DICHIARO** di

ADERIRE

alla Polizza Collettiva "**POLARIS FAMIGLIA AL SICURO**", in qualità anche di Assicurato, attivando il PACCHETTO indicato nel presente Modulo di Adesione, **accettando integralmente le Condizioni di Assicurazione contenute all'interno del Set Informativo**.

DICHIARO altresì che tutte le informazioni da me rese alla Compagnia nel presente Modulo di Adesione, e tutte le informazioni in esso contenute, sono esatte, veritiere e complete, anche ai fini degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.

Data _____ Firma dell'Aderente/Assicurato _____

Solo in caso di scelta del Pacchetto 3 per Lavoratori Dipendenti Privati, **DICHIARO** che il mio contratto di lavoro è regolato dalla legge italiana, ed inoltre, di non rientrare in nessuna delle seguenti categorie di lavoratori non assicurabili: (i) lavoratore assunti con contratto di lavoro a tempo determinato; (ii) lavoratore assunto con contratto di lavoro di collaborazione coordinata e continuativa, di lavoro accessorio occasionale, di apprendistato, di somministrazione, di lavoro intermittente / a chiamata, di lavoro stagionale, di lavoro domestico; (iii) familiare che presta la sua attività di lavoro nella famiglia o nell'impresa familiare ex art. 230-bis c.c.

Data _____ Firma dell'Aderente/Assicurato _____

DICHIARAZIONE DI RICEZIONE E PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA PRE-CONTRATTUALE E CONTRATTUALE

Io sottoscritto Aderente/Assicurato:
DICHIARO di aver ricevuto dall'intermediario, in formato cartaceo, la seguente documentazione pre-contrattuale e contrattuale e di averne preso piena visione prima della sottoscrizione del presente contratto:

a) Documentazione precontrattuale del Distributore di cui al Reg. IVASS 40/2018: Allegato 3 (Informativa sul Distributore); Allegato 4 (Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP); solo in caso di offerta fuori sede o nel caso in cui la fase precontrattuale si svolga mediante tecniche di comunicazione a distanza: Allegato 4-ter (Elenco delle regole di comportamento del Distributore);
b) Set Informativo della Polizza Collettiva n. AXA FRANCE VIE N. 1-2019-00008 – AXA FRANCE IARD N. 2-2019-00009 comprensivo di:
   - Documento informativo per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi (DIP aggiuntivo Multirischi) di cui al Regolamento IVASS n. 41/2018;
   - Condizioni di Assicurazione (compresive di Glossario) del prodotto assicurativo;
   - Modulo di Adesione (fac-simile).

Data _____ Firma dell'Aderente/Assicurato _____

NOMINA DEI BENEFICIARI PER IL CASO DI DECESSO DELL'ADERENTE/ASSICURATO

AVVERTENZE

- **Può scegliere se designare nominativamente i beneficiari o se designare genericamente come beneficiari i suoi eredi legittimi e/o testamentari. In caso di mancata designazione nominativa, l'Impresa potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari**
- **la modifica o revoca del/i beneficiario/i deve essere comunicata all'impresa in forma scritta**

Io sottoscritto Aderente/Assicurato, con la sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, in riferimento alla garanzia Decesso, (*barrare una casella alternativamente e, nel caso di indicazione nominativa dei beneficiari, compilare i relativi campi*):

☐ **DESIGNO NOMINATIVAMENTE IL/I SEGUENTE/I SOGGETTO/I QUALE BENEFICIARIO/I DELLA PRESTAZIONE**

BENEFICIARIO NOMINATO N. 1

Cognome e Nome _____
Codice Fiscale _____
Indirizzo _____
Telefono _____E-mail_____
Relazione con l'Aderente/Assicurato
□ Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) □ Altro

Barrare la seguente casella se si desidera escludere l'invio di comunicazioni da parte dell'Impresa al beneficiario, prima dell'evento Decesso dell'Assicurato □

BENEFICIARIO NOMINATO N. 2

Cognome e Nome _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo _____

Telefono _____E-mail_____

Relazione con l'Aderente/Assicurato

□ Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) □ Altro

Barrare la seguente casella se si desidera escludere l'invio di comunicazioni da parte dell'Impresa al beneficiario, prima dell'evento Decesso dell'Assicurato □

☐ **DESIGNO GENERICAMENTE QUALI BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE I MIEI EREDI (LEGITTIMI E/O TESTAMENTARI)**

INDICAZIONE REFERENTE TERZO (opzionale)

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, potrà indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal beneficiario) a cui la Compagnia potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____

Indirizzo / Sede Legale_____

Telefono _____E-mail_____

AVVERTENZA: l'Aderente/Assicurato assume l'onere di consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali prevista dalla normativa vigente (Regolamento UE 679/2016), al soggetto a cui si riferiscono i dati comunicati all'Impresa.

Data _____ Firma dell'Aderente/Assicurato _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto, dopo aver letto l'Informativa Privacy delle compagnie titolari del trattamento redatta ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali), riportata in calce al Set Informativo, della quale confermo ricezione, presto il consenso al trattamento dei miei dati personali, ivi inclusi quelli eventualmente da me conferiti in riferimento al mio stato di salute, per le finalità indicate nell'informativa, nonché alla loro comunicazione, per successivo trattamento, da parte dei soggetti indicati nella informativa predetta.

Resta inteso che in caso di negazione del consenso non sarà possibile finalizzare il rapporto contrattuale.

Data _____ Firma dell'Aderente/Assicurato (interessato al trattamento)_____

AXA France VIE / AXA France IARD

(*Rappresentanze Generali per l'Italia*)

AXA FRANCE IARD (compagnia assicurativa del gruppo AXA). Indirizzo sede legale in Francia: 313 Terrasses de l'Arche, 92727 NANTERRE CEDEX. Numero Iscrizione Registro delle Imprese di Nanterre: 722057460. Autorizzata in Francia (Stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni, vigilata in Francia dalla Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Numero Matricola Registre des organismes d'assurance: 4022109. // Indirizzo Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano – CF, P.IVA e N.Iscr. Reg. Imprese Milano 10345000961 - REA MI-2525152 Telefono: 02/87103548 - Fax: 02-23331247 - PEC: axafranceiard@legalmail.it – sito internet: www.clp.partners.axa/it. Ammessa ad operare in Italia in regime di stabilimento. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco I, nr. I.00148.

AXA FRANCE VIE (compagnia assicurativa del gruppo AXA). Indirizzo sede legale in Francia: 313 Terrasses de l'Arche, 92727 NANTERRE CEDEX. Numero Iscrizione Registro delle Imprese di Nanterre: 310499959. Autorizzata in Francia (Stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni, vigilata in Francia dalla Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Numero Matricola Registre des organismes d'assurance: 5020051. // Indirizzo Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano - CF, P.IVA e N.Iscr. Reg. Imprese 08875230016 - REA MI-2525395 - Telefono: 02/87103548 - Fax: 02-23331247 - PEC: axafrancevie@legalmail.it – sito internet: www.clp.partners.axa/it. Ammessa ad operare in Italia in regime di stabilimento. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco I, nr. I.00149.

NOTA INFORMATIVA PRIVACY

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

AVVERTENZA PRELIMINARE - La presente Informativa viene resa dalle compagnie assicurative (Titolari del Trattamento) anche nell'interesse degli altri titolari del trattamento nell'ambito della c.d. catena assicurativa.

1. IDENTITA' E DATI DI CONTATTO DELLE COMPAGNIE TITOLARI DEL TRATTAMENTO

Titolare del Trattamento dei dati è, per quanto di propria competenza, la compagnia assicurativa che presta le garanzie previste dal contratto di assicurazione, come indicato nella documentazione contrattuale, e cioè:

AXA FRANCE VIE. Indirizzo Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano – CF, P.IVA e N.Iscr. Reg. Imprese 08875230016 - REA MI-2525395. PEC: axafrancevie@legalmail.it.

AXA FRANCE IARD. Indirizzo Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano – CF, P.IVA e N.Iscr. Reg. Imprese Milano 10345000961 - REA MI-2525152. PEC: axafranceiard@legalmail.it.

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

L'Interessato può contattare il Responsabile della Protezione dei dati (DPO - Data Protection Officer) delle compagnie Titolari del Trattamento scrivendo ai Titolari (sopra indicati) ai seguenti contatti:

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

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

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

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

Non è richiesto il consenso dell'Interessato per il trattamento dei suoi dati non sensibili strettamente necessari per la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte del Titolare e di terzi a cui tali dati saranno comunicati,

Viceversa il consenso è richiesto per il trattamento dei dati inerenti essenzialmente la salute dell'Interessato e comunque quelli rientranti nell'ambito dei cosiddetti dati sensibili. Il consenso dell'Interessato riguarda quindi il trattamento degli eventuali dati sensibili il cui utilizzo sarà strettamente inerente alla fornitura dei servizi, e/o prodotti assicurativi e/o delle prestazioni citate il cui trattamento è ammesso dalle autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali. Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra l'Interessato ed il Titolare, secondo i casi, i dati personali dell'Interessato 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", in parte anche in funzione meramente organizzativa. Il consenso dell'Interessato riguarda, pertanto, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti.

Senza i dati personali dell'Interessato il Titolare non è in grado di fornire, le prestazioni, i servizi e/o i prodotti assicurativi. Quindi, in relazione a questa specifica finalità, il consenso è il presupposto necessario per lo svolgimento del rapporto assicurativo. Il Titolare potrà, inoltre, utilizzare i dati di recapito dell'Interessato per inviare comunicazioni di servizio strumentali per la gestione del rapporto assicurativo.

Base giuridica del trattamento: per la finalità assicurativa sopra descritta la base giuridica che legittima il trattamento è la necessità di disporre di dati personali per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso. Ulteriore base giuridica che legittima l'utilizzo dei dati per tale finalità è la necessità di disporre di dati personali per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento. Infine il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento a svolgere l'attività assicurativa.

Il trattamento dei dati per ulteriori e diverse finalità, quali ad esempio ricerche di mercato, attività di marketing e profilazione, sarà effettuato solo ed esclusivamente previo libero consenso espresso dell'Interessato, e solo previa idonea informativa resa all'interessato.

4. LE CATEGORIE DI DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO

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

a) dati identificativi dell'Interessato, quali: il nome e il cognome, il luogo e la data di nascita, la residenza anagrafica e il domicilio, estremi del documento di identificazione, il codice fiscale, e-mail, numero di telefono;
b) dati dell'Interessato idonei a rivelare lo stato di salute, solo qualora strettamente necessari a dare esecuzione al contratto di assicurazione, dalla fase precontrattuale di assunzione del rischio alla fase liquidativa di accertamento del diritto alla prestazione.

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

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

5. DESTINATARI / CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

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

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

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

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

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia - operanti talvolta anche al di fuori dell'Unione Europea - che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa o gestionale; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. In ogni caso il trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea avverrà sulla base delle ipotesi previste dalla vigente normativa, tra cui l'utilizzo di regole aziendali vincolanti (cd. BCR – Binding Corporate Rules) per i trasferimenti all'interno del Gruppo AXA, l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea per i trasferimenti verso società non appartenenti al Gruppo AXA o la verifica della presenza di un giudizio di adeguatezza del sistema di protezione dei dati personali del Paese importatore dei dati.

7. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

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

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'Interessato ha il diritto di chiedere alle Titolari:

a) l'accesso ai dati personali che lo riguardano;
b) la rettifica dei dati personali che lo riguardano;
c) la cancellazione dei dati personali che lo riguardano;
d) la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano.
e) l'Interessato ha altresì i seguenti diritti nei confronti delle Titolari:
f) diritto di opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano;
g) diritto alla portabilità dei dati che lo riguardano. Per "diritto alla portabilità" si intende il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali forniti alle Titolari, nonché il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte delle Titolari cui li ha forniti (ai sensi dell'Art. 20 del Regolamento);
h) diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

L'Interessato ha, infine, il seguente diritto:

i. diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati Personali, per lamentare una violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali. Il reclamante potrà far pervenire il reclamo al Garante utilizzando la modalità che ritiene più opportuna, consegnandolo a mano presso gli uffici del Garante (all'indirizzo di seguito indicato) o mediante l'inoltro di: (i) raccomandata A/R indirizzata a: Garante per la protezione dei dati personali - Piazza Venezia 11 - 00187 Roma; (ii) e-mail all'indirizzo: garante@gpdp.it, oppure (iii) protocollo@pec.gpdp.it; (iv) fax al numero: 06/696773785.

9. **FONTE DA CUI HANNO ORIGINE I DATI PERSONALI**

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

10. **INFORMAZIONI SU PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI E PROFILAZIONI**

I dati personali raccolti non sono oggetto di processi decisionali automatizzati, né sono oggetto di profilazione ad eccezione della profilazione obbligatoria per legge ai fini di antiriciclaggio.