

NOTA INFORMATIVA PER IL CLIENTE

(ai sensi del D.Lgs n° 209/05 "Codice delle Assicurazioni" e delle Circolari ISVAP vigenti)

Gentile Signora/e

Con la presente nota informativa redatta ai sensi del D.Lgs n° 209/05 "Codice delle Assicurazioni" e delle Circolari ISVAP vigenti provvediamo a fornirLe, le seguenti informazioni:

INFORMAZIONI RELATIVE ALLE IMPRESE

Il contratto per la copertura assicurativa vita in caso di decesso tutte cause (polizza n° 293 è concluso con AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A., con Sede Legale e Sede Sociale in ITALIA, Via Aldo Fabrizi n.9 – 00128 Roma, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni Vita con D.M. del 24.07.1974 (G.U. 8/8/1974 n. 208).

Il contratto per la copertura assicurativa danni in caso di Invalidità Totale e Permanente, Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea e Totale, Perdita di impiego (polizza n° 4500182) è concluso con AXA MPS Assicurazioni Danni S.p.A., con Sede Legale e Sede Sociale in ITALIA, Via Aldo Fabrizi n.9 – 00128 Roma, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni Danni con D.M. del 30/09/1974 (G.U. 11/10/1974 N. 266).

I testi originali delle Condizioni di Assicurazione relative alle polizze assicurative di cui trattasi sono depositate presso Consum.it S.p.A.
INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO
LEGGE APPLICABILE

Ai contratti sarà applicata la legge italiana.

Le parti potranno convenire di assoggettare i contratti ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dalla applicazione di norme imperative di diritto italiano. Le Compagnie propongono di applicare al contratto la legislazione italiana.

LINGUA UTILIZZABILE:

I Contratti sono redatti in lingua Italiana.

RECLAMI RELATIVI AL CONTRATTO

 Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, a seconda della garanzia interessata, devono essere inoltrati per iscritto **AXA MPS Assicurazioni Danni S.p.A. o AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. – Servizio Clienti - Via Aldo Fabrizi n. 9, 00128 Roma (Italia) – Fax 06/51760323 - e-mail info@axa-mps.it**. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi a: **ISVAP – Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 ROMA**, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla **Compagnia**. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione delle responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dal contratto di Assicurazione si prescrivono in un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

INFORMAZIONI SPECIFICHE ALLE GARANZIE
Sono assicurabili le persone fisiche di età non inferiore a 18 anni né superiore a 70 anni all'adesione, fermo restando che l'età massima di permanenza in copertura è limitata a 75 anni.
SI RICHIAMA L'ATTENZIONE DELL'ADERENTE SULLA NECESSITA' DI LEGGERE ATTENTAMENTE I CONTRATTI PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE

Gentile Cliente,

La informiamo che le condizioni di assicurazione che seguono sono valide solo in caso di adesione.

Tali condizioni di Assicurazione sono conformi alle polizze sottoscritte da Consum.it:

- La copertura assicurativa vita in caso di decesso tutte cause è prestata da AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. con polizza n° **293**;
- La copertura assicurativa danni in caso di Invalidità Totale e Permanente, Ricovero Ospedaliero, Inabilità Temporanea e Totale, Perdita di impiego è prestata da AXA MPS Assicurazioni Danni S.p.A. con polizza n° **4500182**.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

(VALIDE PER LA COPERTURA ASSICURATIVA VITA E LA COPERTURA ASSICURATIVA DANNI)

DEFINIZIONI
Assicurato: la persona fisica, che al momento della sottoscrizione ha compiuto i 18 anni e non ha ancora compiuto i 70 anni di età, titolare di un contratto di finanziamento Consum.it, che ha aderito alla assicurazione e ha accettato di corrispondere il premio dovuto.

Assicuratore: AXA MPS Assicurazioni Danni S.p.A e AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A.

Attività sportiva professionistica:

attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità, svolta da atleti, allenatori, preparatori atletici, nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono la qualificazione dalle Federazioni sportive Nazionali, secondo le norme emanate dalle Federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

Beneficiario: Consum.it S.p.A., che ha accettato.

Carenza: periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale le coperture non sono operanti.

Contraente: Consum.it S.p.A.- che stipula le Polizze a favore degli Assicurati.

Franchigia: periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile a termini di Polizza, l'Assicurato non ha diritto ad alcuna Indennità.

Inabilità Temporanea e Totale al Lavoro: la perdita temporanea e in misura totale, a seguito di infortunio o malattia, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria professione o mestiere.

Le presenti informazioni hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su taluni aspetti fondamentali delle garanzie e non hanno natura di pattuizioni contrattuali. Per le condizioni di contratto si rinvia al testo delle condizioni di assicurazione contenute in polizza.

DUTATA DEL CONTRATTO

Le garanzie sono valide per la durata del finanziamento e cesseranno alla scadenza pattuita senza possibilità di tacito rinnovo.

PERIODO DI CARENZA CONTRATTUALI

La copertura assicurativa per il caso di Ricovero Ospedaliero dovuto a Malattia, è sottoposta ad un periodo di Carenza pari a 30 giorni.

Pertanto, in caso di Sinistro conseguente a Ricovero Ospedaliero, dovuto a Malattia, avvenuto entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza, non sarà corrisposta alcuna Prestazione.

Per la copertura assicurativa Perdita d'impiego la carenza è di 6 mesi. Qualora il licenziamento avvenga entro i 180 giorni dalla data di decorrenza non verrà corrisposto alcun indennizzo.

DICHIARAZIONI IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

CLAUSOLA DI RECESSO

L'Assicurato può recedere dalla copertura assicurativa entro 30 giorni dalla data di decorrenza, dandone comunicazione al Contraente per via telefonica oppure a mezzo di comunicazione scritta. Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative sin dall'origine e la restituzione all'Assicurato, per il tramite della Contraente, del premio eventualmente versato.

Indennizzo, Indennità, Prestazione: l'importo liquidabile dall'Assicuratore in base alla Polizza.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, da qualsiasi causa determinati, salvo quanto previsto alle specifiche esclusioni di Polizza.

Invalità Totale Permanente da Infortunio o Malattia: la perdita definitiva ed irrimediabile da parte dell'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività svolta: tale invalidità totale permanente viene riconosciuta quando il grado percentuale di Invalidità Permanente dell'Assicurato sia pari o superiore al 66%.

Istituto di Cura: l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano Istituto di Cura gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Lavoratore Dipendente Privato: la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro presso Aziende o Enti di diritto privato, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base ad un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano, sulla base di un orario settimanale di almeno 16 ore e con un'anzianità minima di sei mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro. Sono considerati Lavoratori Dipendenti Privati anche i lavoratori che prestino il proprio lavoro, sempre presso Aziende o Enti di diritto privato, con i seguenti contratti: contratto a tempo determinato; contratto di inserimento (ex

contratti di formazione lavoro); contratti di apprendistato; contratti di lavoro intermittente.

Malattia: alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, salvo quanto previsto alle specifiche esclusioni di Polizza.

Non Lavoratore: la persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo, né Lavoratore Dipendente Privato, né Lavoratore Dipendente Pubblico come determinati nelle definizioni sopra indicate. Sono altresì considerati Non Lavoratori, i pensionati, i lavoratori dipendenti con contratti di lavoro a chiamata o con contratti di lavoro accessorio o occasionale o con contratti di lavoro stipulati all'estero (se non regolati dalla legge italiana).

Pacchetto Assicurativo: l'insieme delle garanzie assicurative prestate dalle Polizze Collettive 4500182 AXA MPS Assicurazioni Danni S.p.A. e 293 AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. offerte alla clientela della Contraente esclusivamente in modo congiunto.

Perdita di Impiego: la perdita del lavoro a seguito di "giustificato motivo oggettivo" indipendentemente dalla volontà o colpa dell'Assicurato.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione e regola i rapporti fra le Parti.

Premio: la somma dovuta all'Assicuratore per le coperture assicurative prestate.

Ricovero Ospedaliero: la degenza ininterrotta, che richiede il pernottamento in Istituto di Cura, resa necessaria per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in Day Hospital o in strutture ambulatoriali.

Sinistro: evento dannoso, accaduto all'Assicurato, per cui è prestata l'assicurazione.

Art. 1. - Persone Assicurabili

Sono assicurabili le persone fisiche che:

- 1) hanno sottoscritto il finanziamento e hanno aderito all'assicurazione accettando di corrispondere il premio dovuto.
- 2) sono di età non inferiore a 18 anni né superiore a 70 anni al momento dell'adesione, fermo restando che l'età massima di permanenza in copertura è limitata a 75 anni. Per la garanzia Perdita d'impiego la copertura cessa inoltre alla data di pensionamento dell'assicurato.
- 3) hanno sottoscritto la dichiarazione di buono stato di salute.

Art. 2. - Oggetto dell'assicurazione

In base al presente contratto le Compagnie garantiscono, a fronte del versamento del premio, le prestazioni così come descritte qui di seguito:

A) Copertura assicurativa in caso di decesso, tutte cause. **(COPERTURA ASSICURATIVA VITA)**

1. **Assicurati garantiti**
Tutti gli Assicurati.
2. **Rischio assicurato**
Il rischio assicurato è il decesso per qualunque causa, senza limiti territoriali.
3. **Franchigia e Carenza**
Non sono previsti periodi di Franchigia né di Carenza.
4. **Prestazione assicurativa**
L'Assicuratore liquida un capitale pari al debito residuo in linea capitale, esistente al momento del sinistro, esclusi eventuali importi di rate insolute ed al netto di eventuali altri indennizzi già corrisposti per lo stesso sinistro in virtù delle altre garanzie di polizza.

B) Copertura assicurativa in caso di Invalidità Totale e Permanente, di grado non inferiore al 66%, a seguito di infortunio o malattia **(COPERTURA ASSICURATIVA DANNI)**

1. **Assicurati garantiti**
Tutti gli Assicurati.
2. **Rischio assicurato**
Il rischio assicurato è in ogni caso l'Invalidità Totale e Permanente di grado non inferiore al 66%, così come riportato nelle "Definizioni".
Il grado di invalidità permanente viene accertato secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli infortuni e le malattie professionali di cui al Decreto Ministeriale 12 Luglio 2000 (Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale).
Nei casi di invalidità totale e permanente non previsti dalla sopra citata norma, la valutazione del grado di invalidità sarà concordato tra il medico dell'Assicurato ed il medico dell'Assicuratore e terrà conto, con riguardo ai casi di invalidità totale e permanente previsti, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.
3. **Franchigia e Carenza**
Non sono previsti periodi di Franchigia né di Carenza.
4. **Prestazione assicurativa**
L'Assicuratore, una volta accertato dal punto di vista medico lo stato ed il grado di Invalidità Totale e Permanente, liquida un capitale pari al debito residuo in linea capitale, esistente al momento del sinistro, escluse eventuali precedenti rate

insolute ed al netto di eventuali altri indennizzi già corrisposti per lo stesso sinistro in virtù delle altre garanzie di polizza.

C) Copertura assicurativa in caso di Ricovero Ospedaliero **(COPERTURA ASSICURATIVA DANNI)**

1. **Assicurati garantiti**
Tutti gli Assicurati che, al momento del Sinistro, siano Non Lavoratori.
2. **Rischio assicurato**
Il rischio assicurato è il Ricovero Ospedaliero qualunque sia la causa.
3. **Franchigia Assoluta**
La copertura assicurativa per il caso di Ricovero Ospedaliero è sottoposta ad un periodo di Franchigia Assoluta di 7 giorni. L'inizio del periodo di Franchigia Assoluta è il primo giorno di Ricovero Ospedaliero.
4. **Carenza**
La copertura assicurativa per il caso di Ricovero ospedaliero dovuto a Malattia, è sottoposta ad un periodo di Carenza pari a 30 giorni. Pertanto, in caso di Sinistro conseguente a Ricovero Ospedaliero, dovuto a Malattia, avvenuto entro 30 giorni dalla Data di Decorrenza, non sarà corrisposta alcuna Prestazione.
5. **Prestazione assicurativa**
Dopo un periodo di ricovero ospedaliero protrattosi ininterrottamente per oltre 7 giorni, la Compagnia corrisponderà una Prestazione mensile pari alla rata mensile. Successivamente dopo ogni periodo di trenta giorni consecutivi di ricovero, la Compagnia liquiderà un ulteriore importo pari alla rata mensile. La Compagnia liquiderà un numero massimo di **12** Prestazioni mensili per ogni Sinistro. In ogni caso la Prestazione massima che la Compagnia corrisponderà per ogni Assicurato, nel caso di diversi ricoveri, è pari all'ammontare di **36** mensilità. Qualora le rate mensili ammesse al rimborso ricomprendano anche la maxi rata, questa verrà conteggiata nella misura dell'importo della rata ordinaria.

D) Copertura assicurativa in caso di Inabilità Temporanea e Totale al lavoro dovuta ad infortunio o malattia **(COPERTURA ASSICURATIVA DANNI)**

1. **Assicurati garantiti**
Tutti gli Assicurati che al momento del sinistro siano lavoratori autonomi o dipendenti del settore pubblico.
2. **Rischio assicurato**
Il rischio assicurato è l'Inabilità Temporanea e Totale al lavoro. L'Assicurato si definisce temporaneamente "inabile totale al lavoro" se, a causa di un infortunio o di una malattia, si trova nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua professione o mestiere, a condizione che il giorno in cui si verifica il sinistro egli eserciti effettivamente una attività lavorativa regolare.
3. **Franchigia**
La copertura assicurativa per il caso di Inabilità Temporanea e Totale al lavoro dovuta ad infortunio e malattia è sottoposta ad un periodo di franchigia assoluta di 60 giorni.
4. **Prestazione Assicurativa**
Dopo il periodo di franchigia indicato sopra, l'Assicuratore corrisponderà un'indennità pari alle rate mensili di rimborso, che hanno scadenza durante il periodo dell'inabilità stessa, fino ad un limite massimo di 12 mensilità per ogni sinistro. In ogni caso, l'Assicuratore non corrisponderà più di 36 mensilità per ogni singolo Assicurato. L'indennità mensile sarà pari all'importo delle rate secondo il piano di rimborso in vigore alla data del Sinistro. Qualora le rate mensili ammesse al rimborso ricomprendano anche la maxi rata, questa verrà conteggiata nella misura dell'importo della rata ordinaria. Qualora l'Assicurato, dopo una ripresa dell'attività lavorativa, subisca - prima che siano trascorsi 60 giorni dalla suddetta ripresa - una nuova interruzione di lavoro a seguito della medesima malattia o del medesimo infortunio, la copertura assicurativa viene ripristinata senza l'applicazione di un nuovo periodo di franchigia. In caso contrario per ogni evento che determini un sinistro viene applicata la franchigia di 60 giorni.

E) Copertura assicurativa in caso di perdita d'impiego **(COPERTURA ASSICURATIVA DANNI)**

1. **Assicurati garantiti**
Tutti gli Assicurati che al momento del sinistro siano lavoratori dipendenti del settore privato e che al momento del sinistro siano assunti da almeno sei mesi, e abbiano superato il periodo di prova.
2. **Rischio assicurato**
Il rischio assicurato è il licenziamento per "giustificato motivo oggettivo" del dipendente Assicurato.
3. **Franchigia e Carenza**

La copertura assicurativa per il caso di perdita d'impiego dovuta a "giustificato motivo oggettivo" è sottoposta ad un periodo di franchigia assoluta di 60 giorni.

La copertura assicurativa per il caso di perdita di impiego è sottoposta ad un periodo di carenza di 6 mesi. Qualora dunque il licenziamento venga notificato all'Assicurato entro 180 giorni dalla Data di Decorrenza, l'indennità non verrà corrisposta.

4. Prestazione assicurativa

Dopo il periodo di Franchigia indicato sopra, l'Assicuratore corrisponderà un'indennità pari alle rate mensili di rimborso, che hanno scadenza durante il periodo di disoccupazione, fino ad un limite massimo di 12 mensilità per ogni sinistro. In ogni caso l'indennità massima che l'Assicuratore corrisponderà per ogni Assicurato, nel caso di diversi licenziamenti, è pari all'ammontare di 24 rate di rimborso. L'indennità mensile sarà pari all'importo delle rate in base al piano di rimborso in vigore alla data del Sinistro. Qualora le rate mensili ammesse al rimborso ricomprendano anche la maxi rata, questa verrà conteggiata nella misura dell'importo della rata ordinaria.

Nel caso in cui l'Assicurato, successivamente al licenziamento, stipuli un nuovo contratto di lavoro subordinato, o riprenda un'attività remunerata di altra natura, l'indennizzo non sarà più dovuto. In tal caso, qualora l'Assicurato venga nuovamente licenziato, la copertura assicurativa verrà riattivata, a condizione che abbia lavorato almeno 180 giorni continuativamente presso lo stesso nuovo datore di lavoro.

Art. 3. - Esclusioni

Esclusioni relative alla copertura di cui alla lettera A

La copertura non è operante nei seguenti casi:

- a) dolo dell'Assicurato ovvero del Contraente o del Beneficiario;
- b) partecipazione attiva dell'Assicurato: a delitti dolosi; a fatti di guerra, dichiarata o di fatto, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; a risse, tranne per il caso di legittima difesa; ad atti di terrorismo e sabotaggio;
- c) azioni intenzionali dell'Assicurato quali: il suicidio, se avviene nei primi due anni dalla Data di Decorrenza dell'assicurazione; i Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato; i Sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, di stati d'alcolismo acuto o cronico;
- d) infortuni di volo se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- e) partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- f) Infortuni già verificatisi e sinistri dovuti a malattie già in essere alla Data di Decorrenza dell'assicurazione e loro postumi e conseguenze;
- g) stati depressivi ed affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche;
- h) Malattie ed Infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
- i) Malattie od infortuni che siano conseguenza diretta della pratica di attività sportive professionistiche; della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
- j) Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate.

Esclusioni relative alla copertura di cui alle lettere B, C, D, E

Le coperture non sono operanti nei seguenti casi:

- k) dolo dell'Assicurato ovvero del Contraente o del Beneficiario;
- l) partecipazione attiva dell'Assicurato: a delitti dolosi; a fatti di guerra, dichiarata o di fatto, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; a risse, tranne per il caso di legittima difesa; ad atti di terrorismo e sabotaggio;
- m) azioni intenzionali dell'Assicurato quali: il suicidio, se avviene nei primi due anni dalla Data di Decorrenza; il tentato suicidio, la mutilazione volontaria; i sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato; i Sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, di stati d'alcolismo acuto o cronico;
- n) infortunio di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- o) partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- p) infortuni già verificatisi e sinistri dovuti a malattie già in essere alla Data di Decorrenza e loro seguiti e conseguenze;
- q) infortuni e malattie conseguenti a stati depressivi ed affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche;
- r) malattie ed infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
- s) malattie od infortuni che siano conseguenza diretta della pratica di attività sportive professionistiche; della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;

- t) **malattie ed infortuni che siano conseguenza diretta della pratica delle seguenti attività sportive: alpinismo con scalata di rocce ed accesso ai ghiacciai, pugilato, lotta nelle varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, sport aerei in genere, paracadutismo;**
- u) **malattie ed infortuni che siano conseguenza diretta della pratica di sport estremi quali: arrampicata, scalata di roccia o di ghiaccio, sci estremo, base jumping, bungee jumping, rafting, canyoning, climbing, helisnow, jet ski, kite surf, torrentismo, snowrafting, skeleton, slittino, bobsleigh, motoslitta e similari;**
- v) **interruzioni di lavoro dovute a gravidanza (ai soli fini della Inabilità Temporanea e Totale);**
- w) **sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate.**

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

- x) **i licenziamenti dovuti a "giusta causa";**
- y) **le dimissioni;**
- z) **i licenziamenti dovuti a motivi disciplinari e professionali;**
- aa) **licenziamenti tra congiunti, ascendenti e discendenti;**
- bb) **le cessazioni, alla loro scadenza, dei contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di somministrazione lavoro (ex interinali) stagionali, temporanei e contratti di lavoro intermittente;**
- cc) **contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano;**
- dd) **i licenziamenti a seguito dell'età richiesta per il diritto a "pensione di vecchiaia";**
- ee) **le risoluzioni del rapporto di lavoro anche consensuali avvenute a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;**
- ff) **la messa in mobilità del lavoratore dipendente che, nell'arco del periodo di mobilità stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;**
- gg) **le situazioni di disoccupazione che diano luogo alla prestazione da parte della Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Edilizia o Straordinaria;**
- hh) **provvedimenti di mobilità.**

Art. 4. - Massimale

Per ciascun Assicurato, la Prestazione massima garantita dall'Assicuratore è, per la copertura di cui ai punti A) e B) dell'articolo 2, un capitale di Euro 61.000,00, e per le coperture di cui punti C), D) ed E) sempre dell'articolo 2, un indennizzo mensile di Euro 1.550.

Art. 5. - Durata della copertura

La durata della copertura assicurativa è pari alla durata residua del finanziamento al momento dell'adesione.

Art. 6. - Decorrenza delle garanzie

Le garanzie decorrono alle ore 24.00 della data di adesione alla copertura assicurativa così come riportato nel Modulo di Adesione, o nella specifica partizione del modulo per richiesta finanziamento, ancorché il premio non sia stato ancora regolato o addebitato all'Assicurato.

Art. 7. - Cessazione delle garanzie

Le garanzie, per ciascun assicurato, si estinguono alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica il primo degli eventi di seguito riportati:

- scadenza dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso fissato al momento della sottoscrizione del contratto;
- in caso di Sinistro pagato da AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. in relazione alle garanzie Decesso;
- estinzione anticipata del contratto di finanziamento;
- fine del mese di compimento da parte dell'Assicurato dei 75 anni di età;
- alla data di certificazione di un'Invalidità Totale e Permanente come previsto all'art.2 - Punto B della presente Polizza, sempre che sia avvenuta la liquidazione del sinistro;
- pensionamento (solo per la garanzia Perdita d'impiego).

Art. 8. - Recesso

L'Assicurato può recedere dalla copertura assicurativa entro 30 giorni dalla data di decorrenza, dandone comunicazione al Contraente per via telefonica oppure a mezzo di comunicazione scritta. Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative sin dall'origine e la restituzione all'Assicurato, per il tramite della Contraente, del premio eventualmente versato.

Art. 9. - Limiti territoriali

La Polizza ha validità in tutto il Mondo.

Art. 10. - Premi dell'assicurazione

Il premio relativo al prodotto assicurativo, riportato nel modulo di adesione, è unico e anticipato per tutta la durata del finanziamento e varia in funzione della durata espressa in mesi.

Il premio della polizza n. 4500182 è comprensivo dell'imposta di assicurazione pari al 2,5% del premio imponibile.

Art. 11. - Beneficiari delle prestazioni

Beneficiaria delle prestazioni è la Contraente, che accetta.

Gli importi versati dall'Assicuratore alla Contraente verranno da quest'ultima computati in Conto all'Assicurato al fine di ridurre od estinguere il suo debito.

Qualora l'importo della prestazione assicurativa fosse superiore al debito dell'assicurato al momento della liquidazione, la Contraente provvederà a versare la differenza all'Assicurato o agli aventi diritto.

Art. 12. - Modifiche della polizza

Le eventuali modifiche della Polizza devono essere approvate per iscritto da parte dell'Assicuratore e della Contraente.

Art. 13. - Denuncia dei Sinistri

I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente dall'Assicurato o dagli aventi causa, per iscritto a mezzo lettera raccomandata A.R. indirizzata a **Consum.it S.p.A. - Servizio Customer Care - Via Vittorio Emanuele, 10 - 50041 - Calenzano (FI)**

Eventuali interessi derivanti da un ritardo nella comunicazione del Sinistro all'Assicuratore, non sono a carico dell'Assicuratore.

In particolare i documenti necessari per ciascuna garanzia, oltre alla copia del contratto di finanziamento, sono quelli di seguito descritti:

Decesso qualunque causa:

Gli aventi causa dell'assicurato dovranno fornire all'Assicuratore per il tramite di Consum.it, in busta chiusa, oltre alla copia del contratto di finanziamento, i seguenti documenti:

- certificato di morte;
- certificato medico che precisi le esatte cause della morte ed in caso di decesso a seguito di ricovero, copia della cartella clinica;
- in caso di decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- copia del reperto autoptico, se è stata effettuata l'autopsia;
- Copia del testamento o, in mancanza, dichiarazione sostitutiva di atto notorio dove si attesti il decesso dell'assicurato senza testamento e lista degli eredi legittimi (no autocertificazione art. 21/47 DPR 28/12/2000-445).

L'Assicuratore si riserva il diritto di richiedere direttamente agli aventi causa:

- ulteriori accertamenti medici o documentazioni atte ad una corretta valutazione del sinistro;
- copia del Contratto di finanziamento.

Invalidità Totale e Permanente

L'Assicurato o i suoi aventi causa dovranno fornire all'Assicuratore, in busta chiusa, i seguenti documenti:

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

Ricovero Ospedaliero

I documenti che l'Assicurato dovrà fornire all'Assicuratore in busta chiusa sono i seguenti:

- copia della cartella clinica.

Inabilità temporanea e totale al lavoro

Al verificarsi del sinistro e così allo scadere di ogni periodo di Inabilità certificato dal medico l'assicurato dovrà presentare:

- dichiarazione del Sinistro compilata dal medico curante.
- in caso di ricovero ospedaliero, copia della cartella clinica.

Perdita di impiego

Alla scadenza della prima rata di rimborso coperta da assicurazione l'Assicurato dovrà presentare all'Assicuratore in busta chiusa i seguenti documenti:

- lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- certificato di iscrizione alle liste di mobilità o all'Ufficio di collocamento;
- autocertificazione dello stato di disoccupazione;
- gli ultimi due cedolini di paga.

Per giustificare l'indennizzo relativo alle successive mensilità, l'Assicurato dovrà fornire:

- qualora percepisca l'indennità di mobilità, l'attestazione del

pagamento dell'indennità di "Mobilità"

oppure,

- qualora percepisca l'indennità di disoccupazione, l'attestazione del pagamento

oppure,

- qualora non dovesse essere iscritto né alle liste di Mobilità né all'Ufficio di collocamento, dovrà inviare una fotocopia autentica del suo libretto di lavoro che dimostri il suo perdurante stato di disoccupazione, unitamente ad un'autocertificazione.

Disposizioni comuni:

L'Assicuratore si riserva il diritto di richiedere, direttamente all'Assicurato:

- ulteriori accertamenti medici o documentazioni atte ad una corretta valutazione del sinistro;
- copia del Contratto di finanziamento.

L'Assicurato deve inoltre:

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

Art. 14. - Liquidazione dei sinistri

L'Assicuratore si impegna a liquidare il sinistro entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa comprovante il sinistro. Le somme liquidate saranno corrisposte alla Contraente che le accrediterà sul Conto dell'Assicurato al fine di ridurre o estinguere il suo debito.

Art. 15. - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 16. - Altre assicurazioni

Resta convenuto che le coperture assicurative prestate dall'Assicuratore con la presente Polizza possono cumularsi con quelle di altre polizze di assicurazione contratte dall'Assicurato.

Art. 17. - Comunicazioni

Tutte le comunicazioni, da parte dell'Assicurato all'Assicuratore con riferimento alla polizza, dovranno essere fatte a mezzo lettera raccomandata A.R. Eventuali comunicazioni da parte dell'Assicuratore saranno indirizzate al domicilio indicato dall'Assicurato sul Contratto.

Art. 18. - Imposte ed altri oneri fiscali

Le imposte e gli altri oneri fiscali, presenti e futuri, relativi alla Polizza sono a carico dell'Assicurato.

Art. 19. - Controversie

Le Parti hanno la facoltà di rimettere alla decisione di un collegio di tre medici le eventuali controversie su natura e valutazione delle lesioni, delle malattie o sul grado di invalidità che sono oggetto delle coperture prestate dalla presente polizza.

In tal caso le Parti conferiranno mandato, con scrittura privata, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Tale luogo si intende la città sede dell'istituto di medicina legale più vicino all'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del Collegio dei Medici sono vincolanti per le Parti.

Art. 20. - Legge Applicabile

La Legge applicabile al contratto di assicurazione è quella italiana.

Art. 21. - Foro Competente

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione od interpretazione della presente Polizza il Foro competente sarà quello dell'Assicurato.

Art. 22. - Rinvio alle norme di legge

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

AXA MPS ASSICURAZIONI VITA S.p.A. - Sede e Direzione Generale: Via Aldo Fabrizi, 9 - 00128 Roma - Italia - Tel.: +39 06 50870.1 - Fax: +39 06 50870295 - Sito Internet: www.axa-mpsvida.it - e-mail: info@axa-mpsvida.it - Capitale Sociale € 499.000.000 i.v. - Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 01075910586 - Partita IVA: 00959221003 - Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 24/7/1974 (G.U. 8/8/1974 n. 208) - La Società è un'Impresa Assicurativa del Gruppo AXA, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di AXA S.A.



AXA MPS ASSICURAZIONI DANNI S.p.A. - Sede e Direzione Generale: Via Aldo Fabrizi, 9 - 00128 Roma Italia Tel.: +39 06 51760.1 - Fax: +39 06 51760551 - Sito Internet: www.axa-mpsdatanni.it - e-mail: info@axa-mpsdatanni.it - Capitale Sociale € 25.000.000 i.v. - Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 02513360582 Partita IVA: 01068311008 Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 30/9/1974 (G.U. 11/10/1974 n. 266). La Società è un'Impresa Assicurativa del Gruppo AXA, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di AXA S.A.

