

## POLIZZA VITA & SALUTE - SOLUZIONE WELFARE AZIENDALE

**Vita & Salute** è una polizza vita **TCM** (Temporanea Caso Morte - 1) cui possono essere abbinate altre tre garanzie: **ITP** (Invalidità Totale Permanente – 2) e **ITT** (Inabilità Totale Temporanea – 3). **Vita & Salute** ha durata annuale con la possibilità di rinnovo fino ad un massimo di 10 anni per le garanzie Decesso (TCM), Invalidità (ITP) e Inabilità (ITT), con il limite del raggiungimento del 75mo anno d'età.

### CHI È ASSICURABILE?

Coloro che hanno un'età compresa tra **18 e 68 anni non compiuti** (anche fumatori allo stesso costo).

**PREMIO:** per ciascuna garanzia l'importo è **in funzione dei Capitali selezionati** nel questionario che segue. Il premio non varia per i rinnovi successivi. Il premio è detraibile dall'azienda.

## CARATTERISTICHE

### 1- COPERTURA DECESSO (TCM)

**COSA È ASSICURATO?** La morte dell'Assicurato.

**QUAL È IL CAPITALE ASSICURATO?** A scelta fra tre opzioni: 100.000 / 150.000 / 200.000€

**QUAL È LA PRESTAZIONE?** Un Indennizzo pari al **Capitale Assicurato** scelto in fase di sottoscrizione.

### 2- COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE (ITP)

**COSA È ASSICURATO?** La **perdita totale, definitiva ed irrimediabile della capacità di svolgere il proprio lavoro**, indipendentemente dalla normale attività lavorativa svolta, conseguenza di Infortunio o Malattia di grado pari o superiore al 60% (Tabella INAIL).

**QUAL È IL CAPITALE ASSICURATO?** A scelta fra tre opzioni: 100.000 / 150.000 / 200.000€

**QUAL È LA PRESTAZIONE?** Un Indennizzo pari al **Capitale Assicurato** scelto in fase di sottoscrizione.

### 3- COPERTURA INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA (ITT)

**COSA È ASSICURATO?** La **perdita totale, IN VIA TEMPORANEA, delle capacità di attendere alla propria professione** o attività lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia. Nella definizione di Inabilità è compreso anche quando l'Assicurato è non lavoratore.

**QUAL È IL CAPITALE ASSICURATO?** 500€

**QUAL È LA PRESTAZIONE?** L'**Indennità Mensile Assicurata** per ogni periodo di **30 giorni consecutivi** dello stato di inabilità, con il massimo di **12 Indennità mensili per sinistro** e di **24 in totale**, sui dieci anni di durata della polizza.

Carenza di 30 giorni per malattia.

Le polizze **Vita & Salute** sono "individuali" ma è possibile - solo per le società (anche se con un solo addetto ma NO partite iva individuali) - scegliere l'opzione "**welfare aziendale**" con il relativo questionario: il premio sarà così detraibile dall'azienda ed il dipendente lo riceverà come welfare ai sensi del comma 3 del Art. 51 del T.U. Nota bene: per attivare questa opzione si consiglia di consultare il proprio commercialista al fine di predisporre il "piano welfare".

**Tutte le informazioni che seguono sono relative alla soluzione WELFARE.**

Tutte le polizze **Vita & Salute** sono di durata annuale e prevedono il tacito rinnovo salvo disdetta con la possibilità di rinnovo fino ad un massimo di 10 anni per le garanzie Decesso (1- TCM), Invalidità (2 - ITP), Inabilità (3 – ITT).

**ATTENZIONE: la decorrenza iniziale della polizza sarà sempre dalle ore 24:00 dell'ULTIMO GG del mese della richiesta (es. richiesta: 09 settembre → decorrenza: 30 settembre).**

Il premio, detraibile nei costi aziendali, non varierà nei rinnovi successivi.

Si tenga infine presente che la copertura 1 (TCM) è obbligatoria, mentre le coperture 2 e 3 sono facoltative, ma possono essere sottoscritte solamente alla prima stipula del contratto, non possono essere aggiunte in seguito con i rinnovi.

### CHI È ASSICURABILE AI COSTI INDICATI NEL MODULO CHE SEGUE?

Tutti coloro che al momento della sottoscrizione della polizza, entro l'ultimo giorno del mese corrente (vedi es. sopra) avranno un'età compresa tra **18 e 67 anni NON COMPIUTI (anche fumatori allo stesso costo!)**.

**IMPORTANTE** - La polizza potrà essere sottoscrivibile unicamente se tutte le risposte nel questionario medico che si riporta di seguito sono **“No”**: qualora si riscontrasse di dover dare indicazioni diverse la soluzione **Vita & Salute** non sarà sottoscrivibile, potremo in ogni caso formularvi una soluzione alternativa.

### COME SOTTOSCRIVERE LA POLIZZA

- Ogni persona interessata a sottoscrivere la polizza Vita & Salute dovrà inviare all'indirizzo di posta elettronica [vitaesalute@pico-adviser.com](mailto:vitaesalute@pico-adviser.com) - **improrogabilmente entro il 15 del mese**:
  - una copia in formato PDF del codice fiscale
  - una copia in formato PDF di un documento d'identità fronte/retro non scaduto avente i seguenti estremi: Tipo documento, Ente di rilascio, Nr. Documento, Data di rilascio, Località di rilascio, Data di scadenza (la nuova carta d'identità contiene anche il codice fiscale).
  - il questionario che segue compilato nei dati anagrafici, nella scelta della polizza e, qualora si desiderasse indicare quale/i beneficiario/i della polizza TCM NON genericamente gli “eredi legittimi” ma una o più persone, l'elenco nominativo di tali persone.
- Al ricevimento del seguente questionario con tutti i dati compilati (**attenzione: si consiglia di inserire come indirizzo email quello personale e non quello aziendale**) ed i documenti richiesti, provvederemo ad inserire la richiesta sul portale della compagnia.
- Riceverete conferma con la richiesta di firma dei vari questionari sulla modulistica originale tramite firma digitale con autenticazione OTP – SMS (è indispensabile indicare un numero di cellulare presidiato).
- Quando tutta la documentazione sarà firmata riceverete da noi l'avviso di pagamento del premio relativo alla combinazione desiderata.
- Ricevuto il pagamento sarà emessa la polizza e vi richiesto di firmarla con la stessa modalità di firma digitale con autenticazione OTP – SMS ed infine riceverete la copia della polizza.

### MODULO DI RICHIESTA

Polizza “Vita & Salute” di AXA FRANCE VIE S.A. (Rappr. Generale per l'Italia) – Convenzione Alliance Eurete S.r.l.

DATI DEL CONTRAENTE / ASSICURATO			
Cognome e Nome			
<input type="text"/>			
P.IVA	CF	Email:	Cell:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indirizzo		CAP	Comune
<input type="text"/>		<input type="text"/>	Prov. <input type="text"/>

--	--	--	--

Si consiglia di inserire sempre i dati “personali” relativamente ad indirizzo email (es. Gmail, Tiscali, ecc.) e numero di cellulare evitando riferimenti aziendali in quanto possibili oggetto di modifiche.

**ATTENZIONE: Tariffe valide solo per i soggetti di età compresa tra i 18 ed i 67 anni  
SELEZIONARE DI SEGUITO LA COPERTURA ED I CAPITALI DESIDERATI**

SCEGLIERE IL CAPITALE (IN 1-TCM E IN 2-ITP IL CAPITALE SARÀ IDENTICO PER ENTRAMBE LE GARANZIE)	CAPITALE	○ €100.000	○ €150.000	○ €200.000
<b>1</b> <input checked="" type="checkbox"/> COPERTURA DECESSO (TCM)	PREMIO	€ 131,00	€ 196,50	€ 262,00
<b>2</b> <input type="checkbox"/> COPERTURA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE (ITP) <i>(da Infortunio o Malattia)</i>	PREMIO	€ 28,00	€ 42,00	€ 56,00
<b>3</b> <input type="checkbox"/> COPERTURA INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA (ITT) <i>(da Infortunio o Malattia)</i>	CAPITALE	€ 500,00		
	PREMIO	€ 17,00		

**INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE**

**ATTENZIONE: sono assicurabili solo i soggetti che rispondono “NO” a tutte le domande incluse nel Questionario Medico sottostante.** La Compagnia 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. Si avverte che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti compromettono il diritto alla prestazione; è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte al Questionario Medico prima della sua sottoscrizione.

→ **LEGGERE ATTENTAMENTE PER CONFERMARE DI NON ESSERE AFFETTI DA UNA DELLE SEGUENTI PATOLOGIE <---**

<b>A. Hai ricevuto, negli ultimi 5 anni, una diagnosi o prescrizione di esami, cure, trattamenti, subito interventi chirurgici o assunto farmaci in merito alle seguenti patologie? <span style="color:red">ATTENZIONE: SE NON SI DOVESSERO CONFERMARE TUTTI I “NO” LA POLIZZA NON SARÀ SOTTOSCRIVIBILE, VI CHIEDIAMO DI NON INVIARE IL QUESTIONARIO - Grazie</span></b>	
1. Ipertensione arteriosa (pressione superiore a 145/90)	<b>NO</b>
2. Ictus, attacco ischemico transitorio (mini-ictus), emorragia cerebrale	<b>NO</b>
3. Infarto, cardiopatia ischemica/coronarica, arteriosclerosi	<b>NO</b>
4. Aritmia cardiaca tale da richiedere un trattamento farmacologico e/o controlli periodici	<b>NO</b>
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	<b>NO</b>
6. Immunodeficienza acquisita (AIDS) e qualsiasi altra immunopatologia	<b>NO</b>
7. Sclerosi laterale amiotrofica, sclerosi multipla, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson e tutte le malattie neurogenerative	<b>NO</b>
8. Discopatia osteoartrite o artrite infiammatoria estesa ad una o più articolazioni	<b>NO</b>
9. Broncopneumopatia cronica ostruttiva, l'asma, la sarcoidosi e l'enfisema	<b>NO</b>
10. Insufficienza renale acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali, pancreatite cronica	<b>NO</b>
11. Diabete	<b>NO</b>
12. Cirrosi da qualsiasi causa, epatite B e C e steatosi epatica o qualsiasi epatopatia	<b>NO</b>

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>NO</b>
<b>B. Sei 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?</b>	<b>NO</b>
<b>C. Sei titolare di una pensione di invalidità o inabilità (parziale o totale) o ha in corso pratiche per il relativo riconoscimento?</b>	<b>NO</b>

## QUESTIONARIO VALUTAZIONE RICHIESTE ED ESIGENZE ASSICURATIVE DEL CLIENTE

**Prodotto Assicurativo: Polizza "Vita & Salute" di AXA FRANCE VIE S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia)**

Così come disposto dal Regolamento ISVAP n° 40/2018, il presente **Questionario** ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, le informazioni necessarie a valutare la coerenza del contratto che intende sottoscrivere rispetto alle Sue esigenze assicurative. Il contratto potrà essere stipulato solo qualora, in base alle risposte rese, lo stesso risulti adeguato nonché coerente alle Sue richieste ed esigenze.

**Compilare l'attività svolta e confermare le coperture aggiuntive desiderate e selezionare eventualmente** la disponibilità di spesa annuale per il/i contratto/i richiesto/i.

Attività svolta	<input type="radio"/> Pensionato	<input type="radio"/> Lavoratore dipendente	<input type="radio"/> Lavoratore autonomo
	<input type="radio"/> Altro -> <input style="width: 400px; height: 20px;" type="text"/>		
La sua esigenza deriva da obblighi	<input type="radio"/> Di legge		<input type="radio"/> Contrattuali
	<input type="radio"/> Nessuno		
A quale di queste coperture previste dal contratto è interessato?	<input checked="" type="checkbox"/> Una copertura vita che garantisce ai miei familiari o altre persone a me care un capitale in caso di mia premorienza <input type="checkbox"/> Una copertura infortuni e malattia che mi garantisce un capitale in caso di riconoscimento di invalidità totale permanente >60% <input type="checkbox"/> Una copertura infortuni e malattia che mi garantisce una indennità mensile in caso di mia inabilità temporanea <input type="checkbox"/> Una copertura malattia che mi garantisce un capitale alla diagnosi di una malattia grave		
Di che orizzonte temporale di protezione assicurativa necessita?	<input type="radio"/> < 5 anni	<input checked="" type="radio"/> <b>X SI</b> 5 - 10 anni	<input type="radio"/> > 10 anni
Qual è la sua disponibilità di spesa annuale per il contratto richiesto?	<input type="radio"/> < 250€	<input type="radio"/> < 500€	<input checked="" type="radio"/> <b>X SI</b> < 1000€
É consapevole che il contratto assicurativo può prevedere esclusioni, franchigie e altre limitazioni?			<input checked="" type="radio"/> <b>X SI</b> <input type="radio"/> NO
Ha ottenuto dall'intermediario sufficiente informazione sulle caratteristiche delle coperture assicurative previste dal contratto?			<input checked="" type="radio"/> <b>X SI</b> <input type="radio"/> NO
È a conoscenza che può attivare liberamente qualunque delle garanzie previste dal contratto proposto, a seconda delle sue esigenze?			<input checked="" type="radio"/> <b>X SI</b> <input type="radio"/> NO

## MODULO DI NOMINA DEI BENEFICIARI PER IL CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

In riferimento alla garanzia **Decesso**, può scegliere se designare nominativamente i beneficiari o se designare genericamente come beneficiari i suoi eredi legittimi e/o testamentari.

**DESIGNO genericamente quali beneficiari della prestazione i miei eredi (legittimi e/o testamentari)**

o, in caso di indicazione nominativa dei beneficiari, barrare la casella sottostante e compilare i relativi campi:

**DESIGNO nominativamente il/la seguente/il soggetto/il quale beneficiario/i della prestazione**

BENEFICIARIO NOMINATO N. 1			
Cognome e Nome /RagioneSociale			
<input type="text"/>			
Codice Fiscale /P.IVA	Email:	Tel. / Cell:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Indirizzo /Sede Legale	CAP	Comune	Prov.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relazione del beneficiario con il Contraente/Assicurato (barrare una casella)			
<input type="radio"/> Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) <input type="radio"/> Altro			
Desidera escludere l'invio di comunicazioni al beneficiario, prima dell'evento Decesso? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			

BENEFICIARIO NOMINATO N. 2			
Cognome e Nome /RagioneSociale			
<input type="text"/>			
Codice Fiscale /P.IVA	Email:	Tel. / Cell:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Indirizzo /Sede Legale	CAP	Comune	Prov.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Relazione del beneficiario con il Contraente/Assicurato (barrare una casella)			
<input type="radio"/> Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) <input type="radio"/> Altro			
Desidera escludere l'invio di comunicazioni al beneficiario, prima dell'evento Decesso? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			

INDICAZIONE REFERENTE TERZO (opzionale)			
In caso di specifiche esigenze di riservatezza, potrà indicare il nominativo ed i dati di recapito di un soggetto terzo (diverso dal beneficiario) a cui la Compagnia potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato.			
Cognome e Nome			
<input type="text"/>			
Codice Fiscale /P.IVA	Email:	Tel. / Cell:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Indirizzo /Sede Legale	CAP	Comune	Prov.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>AVVERTENZA:</b> il Contraente/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.			

Vita & Salute è una convenzione Alliance Eurete di Axa France Vie (gruppo AXA) - Clicca [QUI](#) per il Set Informativo.