



proposta di assicurazione

ATTENZIONE: Il presente documento non costituisce quietanza di pagamento e non impegna la Compagnia alla successiva accettazione ed emissione del Contratto di polizza.

La presente proposta è perfezionabile entro 60 giorni dalla sua data effetto, salvo la facoltà del proponente di revocarla in qualsiasi momento prima di tale termine.

PRODOTTO		CODICE TARIFFA		Cod. Conv	Proposta N°
Data Operazione	Tipo rapporto	Agenzia		Codice	Operatore

CONTRAENTE (Persona fisica)

Cognome		Nome		Codice Fiscale		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita		Luogo di nascita			Provincia		
Indirizzo di residenza			Comune di residenza		Provincia		C.A.P.
Nazione di residenza		Professione		Tipo Documento		N°	
Rilasciato il		Ente emittente		Luogo Emissione (Prov.)			
Nazione di Cittadinanza 1		Nazione di Cittadinanza 2 (eventuale)		Reddito ultimo disponibile <input type="checkbox"/> Fino a 50.000€ <input type="checkbox"/> Tra 50.001€ e 100.000€ <input type="checkbox"/> Superiore a 100.000€			
Settore		SAE		RAE			
ATECO		e-mail		Telefono			

CONTRAENTE (Persona giuridica)

Società/Ente		Partita IVA		Codice Fiscale			
Indirizzo di residenza			Comune di residenza		Provincia		C.A.P.
Nazione		Nazione sede legale (per società di diritto estero)		Fatturato ultimo disponibile <input type="checkbox"/> Fino a 500.000€ <input type="checkbox"/> Tra 500.001€ e 1.000.000€ <input type="checkbox"/> Superiore a 1.000.000€			
Settore		SAE		RAE			
ATECO		e-mail		Telefono			

RAPPRESENTANTE LEGALE

Cognome		Nome		Codice Fiscale		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Data di nascita		Luogo di nascita			Provincia				
Indirizzo di residenza			Comune di residenza		Provincia		C.A.P.		
Nazione di residenza		Nazione di Cittadinanza 1		Nazione di Cittadinanza 2 (eventuale)		Professione			
Tipo Documento		N°		Rilasciato il		Ente emittente		Luogo Emissione (Prov.)	

INDIRIZZO DI RECAPITO

Indirizzo		Comune		Provincia		C.A.P.		Nazione	
-----------	--	--------	--	-----------	--	--------	--	---------	--

ESECUTORE: Tutore Legale Curatore Firmatario

Cognome		Nome		Codice Fiscale		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Data di nascita		Luogo di nascita			Provincia				
Indirizzo di residenza			Comune di residenza		Provincia		C.A.P.		
Nazione di residenza		Nazione di Cittadinanza 1		Nazione di Cittadinanza 2 (eventuale)		Professione			
Tipo Documento		N°		Rilasciato il		Ente emittente		Luogo Emissione (Prov.)	

ASSICURATO

Cognome		Nome		Codice Fiscale		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita		Luogo di nascita			Provincia		
Indirizzo di residenza			Comune di residenza		Provincia		C.A.P.
Nazione di residenza		Professione					

AXA Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Corso Como 17, 20154 Milano - Italia
Tel. (+39) 02 480841 - Fax (+39) 02 48084331 - PEC: axaassicurazioni@axa.legalmail.it

Capitale Sociale € 232.535.335 interamente versato - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano-Monza-Brianza-Lodi e C. F. n. 00902170018 - P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967 - Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311 - Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU ai sensi dell'art. 2497 bis C.C. -
Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00025 - Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041 -
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del commercio e dell'artigianato del 31 dicembre 1935 - (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83)

PRODOTTO	CODICE TARIFFA	Cod. Conv	Proposta N°
----------	----------------	-----------	-------------

DATI TECNICI DI POLIZZA

Data di decorrenza del contratto:

Tariffa a Premio Unico Ricorrente - Importo Annuo: Euro Durata pagamento premi in anni

Frequenza dei versamenti: Mensile Trimestrale Semestrale Annuale

Prima rata di premio alla sottoscrizione della Proposta di Assicurazione Euro

(in caso di frazionamento mensile, alla sottoscrizione dovranno essere corrisposte le prime tre mensilità)

Tariffa a Premio Unico: Euro di cui costi per diritti fissi Euro

Versamento Integrativo alla sottoscrizione della Proposta di Assicurazione: Euro (valido solo se previsto dalla tariffa)

Capitale Iniziale Assicurato: Euro

Tariffa a Premio Annuo - Importo Annuo: Euro Durata pagamento premi in anni

Frequenza dei versamenti: Mensile Trimestrale Semestrale Annuale

Premio di rata: Euro di cui sovrappremio Euro Interessi di frazionamento Euro

(in caso di frazionamento mensile, alla sottoscrizione dovranno essere corrisposte le prime tre mensilità)

CONDIZIONI DI SOTTOSCRIZIONE

Il Contraente:

- conferma che le informazioni contenute nella presente Proposta di Assicurazione - anche se materialmente scritte da altri - sono complete ed esatte
- **dichiara di aver ricevuto il Set informativo composto da: KID (documento contenente le informazioni chiave), Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario, e Modulo di proposta di Assicurazione (mod. - ed.);**
- **dichiara di conoscere ed accettare integralmente i contenuti del predetto Set Informativo;**
- qualora la presente proposta derivi da trasformazione ovvero dal reinvestimento di somme provenienti da un precedente contratto, dichiara di aver ricevuto la predetta documentazione e la scheda comparativa in data

Il Contraente dichiara inoltre:

- di aver ricevuto, in tempo utile prima di essere vincolato dalla sottoscrizione della proposta, il documento contenente le informazioni chiave relativo al prodotto ed alle opzioni richieste;
- di essere stato informato, in tempo utile prima di rimanere vincolato dalla proposta, della pubblicazione e della disponibilità sul sito internet della Compagnia di tutti i documenti contenenti informazioni chiave relativi al prodotto;
- di aver preso atto **della revocabilità della presente Proposta di Assicurazione e della possibilità di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di conclusione dello stesso.** In caso di revoca della proposta, la Compagnia restituirà al Contraente, entro 30 giorni dalla notifica della revoca, le somme eventualmente pagate dallo stesso. In caso di recesso, la Compagnia rimborserà al Contraente, entro 30 giorni dal ricevimento della relativa comunicazione, il Premio Versato al netto degli eventuali diritti fissi o, in caso di tariffa a premio annuo, al netto della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto;
- di aver preso atto che il Contratto **produce i suoi effetti dalle ore 24:00 del giorno indicato dal Contraente stesso nella presente Proposta, a condizione che sia stato pagato il premio e siano stati compilati in modo completo, corretto e veritiero e sottoscritti la Proposta di Assicurazione, il Questionario per la valutazione delle richieste ed esigenze assicurative del Contratto e il Questionario Sanitario ove previsto. Se il versamento del premio o della prima rata di premio è effettuato dopo la data di Decorrenza indicata nella presente Proposta, il Contratto produce i suoi effetti dalle ore 24.00 della data di pagamento del premio o della prima rata di premio, sempre che non si sia modificato alcun elemento essenziale della Proposta;**
- di aver sottoscritto il Questionario per la valutazione delle richieste ed esigenze assicurative del contratto;
- di essere a conoscenza che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

La presente proposta costituirà la base del contratto che la Compagnia emetterà al ricevimento della stessa. La sottoscrizione della Proposta deve essere effettuata con contestuale versamento del Premio. La Compagnia invierà al Contraente una comunicazione scritta di conferma dell'avvenuta accettazione della Proposta, con l'indicazione tra le altre cose della data di Decorrenza del Contratto: in caso contrario la presente dovrà considerarsi annullata e priva di effetto.

L'Assicurato, qualora persona diversa dal Contraente, acconsente alla stipulazione del Contratto.

Le firme apposte in calce si intendono quindi valide a tutti gli effetti per la conclusione del rapporto contrattuale.

Luogo e data

Firma dell'incaricato

Firma del Contraente/
Legale Rappresentante/Esecutore

Firma dell'Assicurato

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE ASSICURATIVE DEL CONTRATTO

L'Incaricato dichiara di aver adempiuto all'obbligo di consegna e compilazione del suddetto questionario N.

Luogo e data

Firma dell'Incaricato

RICHIESTA DI PRESTAZIONE RELATIVA AL CONTRATTO IN SCADENZA N°

Il/La Sottoscritto/a, Contraente e Beneficiario/a della polizza in Scadenza:

- Autorizza il reinvestimento nella polizza dell'importo di Euro
- Chiede di incassare, tramite assegno di traenza, l'importo di Euro

A tale scopo si allegano i seguenti documenti: fotocopia del documento di identità valido; originale della polizza in scadenza.

Luogo e data

Firma del Contraente/Legale Rappresentante/Esecutore

BENEFICIARI

Beneficiari in caso di vita dell'assicurato:

- Dichiaro di non voler indicare nominativamente il Beneficiario.
 Dichiaro di non voler inviare le comunicazioni contrattuali ai beneficiari indicati in forma nominativa.

Beneficiari in caso di decesso dell'Assicurato:

- Dichiaro di non voler indicare nominativamente il Beneficiario.
 E' presente un beneficiario disabile ai sensi della Legge 104/92? SI NO

VINCOLOLa polizza dovrà essere vincolata? (Se sì, specificare l'esatta denominazione del Vincolatario e indirizzo completo) SI NO

Avvertenza: in caso di mancata compilazione degli spazi dedicati alla designazione dei beneficiari in forma nominativa, l'impresa potrà incontrare, al decesso dell'assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari. La modifica o revoca di questi ultimi deve essere comunicata all'impresa.

REFERENTE TERZO

REFERENTE TERZO (da compilare qualora il Contraente manifesti esigenze specifiche di riservatezza)

Cognome e Nome/Denominazione Sociale		Codice Fiscale/P. IVA	
Indirizzo di recapito		Comune	Provincia C.A.P.
Nazione	e-mail	Numero Telefono	

BENEFICIARI**BENEFICIARIO CASO VITA**

Cognome/Denominazione Sociale		Nome	Codice Fiscale/P. IVA		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data di nascita	Luogo di nascita		Provincia		
Indirizzo di recapito/Sede legale		Comune	Provincia	C.A.P.	
Nazione	e-mail	Numero Telefono	% di Ripartizione della Prestazione		

BENEFICIARIO CASO MORTE

Cognome/Denominazione Sociale		Nome	Codice Fiscale/P. IVA		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data di nascita	Luogo di nascita		Provincia		
Indirizzo di recapito		Comune	Provincia	C.A.P.	
Nazione	e-mail	Numero Telefono	% di Ripartizione della Prestazione		

PRODOTTO	CODICE TARIFFA	Cod. Conv	Proposta N°
Contraente (cognome e nome)		Assicurato (cognome e nome)	

RACCOLTA DI INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni che seguono costituiscono la base del contratto che verrà emesso dalla Compagnia. È quindi necessario rispondere con cura e completezza a tutte le domande. Si ricorda che le dichiarazioni inesatte possono compromettere l'efficacia della garanzia assicurativa. **Gli Assicurati con Capitale Assicurato superiore a 200.000 Euro e gli Assicurati da 51 a 60 anni con capitale superiore a 155.000 Euro, oltre al questionario sanitario, devono sottoporsi a visita medica.**

1. Intende sottoporsi a visita medica a proprie spese per eliminare il periodo di carenza? (Gli Assicurati con età superiore a 60 anni devono rispondere affermativamente). SI NO
2. Ha in vigore con AXA Assicurazioni polizze che prevedono un capitale in caso di morte? SI NO
3. Nello svolgimento della professione o in qualsiasi attività è esposto a particolari pericoli (ad esempio sale su impalcature, ha contatto con corrente elettrica superiore a 380 Volts, gas, sostanze nocive, esplosivi, svolge attività in miniere, cave, fonderie; attività di pubblica sicurezza; radiologia, aviazione, autotrasporto ecc.)? SI NO
4. Pratica attività sportive esposte a particolari rischi (ad esempio subacqueo, paracadutismo, parapendio, deltaplano, gare automobilistiche e motociclistiche, alpinismo, ecc.)? SI NO
5. Ha sofferto o attualmente soffre di malattie che abbiano provocato la sospensione dell'attività lavorativa e/o le attività non lavorative abituali per una durata superiore a due settimane consecutive negli ultimi 5 anni? SI NO
6. E' mai stato ricoverato in case di cura o ospedali per interventi, cure o accertamenti, anche in regime di day-hospital per una durata superiore a una settimana? (esclusi ricoveri per appendicectomia e tonsillectomia). SI NO
7. Deve recarsi prossimamente in ospedale, clinica o altro per effetto di accertamenti, interventi chirurgici o visite mediche anche in regime di day hospital? SI NO
8. Ha seguito o segue attualmente terapie mediche di durata maggiore di due settimane (ad esclusione delle terapie fisioterapiche o termali)? SI NO
9. Ha effettuato il test HIV o test epatite B/C con esito positivo? SI NO
10. Ha subito in passato traumi o lesioni accidentali in seguito ai quali percepisce pensioni di invalidità o di assegno di accompagnamento? SI NO
11. Ha sofferto recentemente o soffre attualmente di astenia, febbricola, diarrea, sudori notturni, ingrossamento ghiandole linfatiche, malattia della pelle, malattia oncologica, neurologica, osteoarticolare, cardiovascolare, enfisema, asma bronchiale, ipertensione arteriosa o conseguente ad immunodeficienza acquisita, diabete, insufficienza renale? SI NO
12. Il suo peso è superiore alla cifra indicata in corrispondenza della sua altezza? SI NO

145-150	151-160	161-170	171-180	181-190	sup. a 190
65	75	85	95	110	115
13. In caso di esito negativo del test HIV, allega il referto dell'esame per eliminare la carenza? SI NO

Note in caso di risposte positive al questionario sanitario

AVVERTENZE:

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- Prima della sottoscrizione l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può richiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute con evidenza del costo a suo carico.
- Le informazioni sopra indicate sono portate a conoscenza del Contraente per una corretta conclusione del contratto (Per maggiori dettagli, si fa riferimento all'informativa privacy allegata alla documentazione contrattuale).

L'Assicurato dichiara inoltre di sciogliere dal segreto professionale e legale i medici e gli enti ai quali la Compagnia ritenesse opportuno rivolgersi dopo l'eventuale sinistro per avere informazioni.

Luogo e data

Firma dell'incaricato

Firma del Contraente/
Legale Rappresentante/Esecutore

Firma dell'Assicurato

Q303F

PRODOTTO	CODICE TARIFFA	Cod. Conv	Proposta N°
----------	----------------	-----------	-------------

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Prima di fornire i suoi consensi, La invitiamo a leggere attentamente l'informativa Privacy consegnata, disponibile anche nella sezione Privacy del sito www.axa.it.

Finalità assicurative descritte alla lettera A) dell'Informativa Privacy

acconsento al trattamento dei dati personali sensibili per le finalità assicurative e a tal fine sottoscrivo il modulo per esprimere questo consenso in forma scritta.

Nome e Cognome
Contraente/Legale Rappresentante _____ data e firma _____

Nome e Cognome Assicurato _____ data e firma _____

Finalità di marketing descritte alla lettera B) dell'Informativa Privacy

1) **Attività promozionali e di vendita** di prodotti e/o servizi AXA e di società appartenenti allo stesso Gruppo SI NO

2) **Ricerche di mercato e rilevazioni statistiche** relative a prodotti e/o servizi di AXA e di società appartenenti allo stesso Gruppo, e di rilevazioni sulle mie esigenze relativamente a tali prodotti e/o servizi SI NO

3) **Attività promozionali, di vendita e ricerche di mercato di prodotti e servizi di società partner** SI NO

Nome e Cognome
Contraente/Legale Rappresentante _____ data e firma _____

MODALITA' DI PAGAMENTO DEI PREMI

I mezzi di pagamento ammessi sono i seguenti:

- assegno (circolare, bancario o postale) o vaglia (cambiarario, postale o telegrafico), sempre intestato ad AXA Assicurazioni S.p.A. ovvero all'Intermediario ("in qualità di Agente di AXA Assicurazioni S.p.A.") e munito di clausola di non trasferibilità, accettato salvo buon fine;
- bonifico (bancario domestico, estero o postale) per il quale occorre indicare nella causale del bonifico il n° di polizza (se non conosciuto, il n° di proposta), senza spazi;
- bollettino postale da utilizzarsi secondo le modalità previste dalla legge intestato ad AXA Assicurazioni S.p.A. ovvero all'Intermediario ("in qualità di Agente di AXA Assicurazioni S.p.A.");
- moneta elettronica (carta di credito, carta di debito, POS -bancomat-).

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

ATTENZIONE: Il presente documento non costituisce quietanza di pagamento e non impegna la Compagnia alla successiva accettazione ed emissione del contratto di polizza

AUTORIZZAZIONE DI ADEBITO SU CONTO CORRENTE delle DISPOSIZIONI SEPA DIRECT DEBIT - Importo Prefissato

CODICE MANDATO										INTESTAZIONE DEL CONTO CORRENTE									
NOME E COGNOME DEL CONTRAENTE																			
CODICE FISCALE DEL CONTRAENTE										Cognome									
NUMERO DELLA PRESENTE PROPOSTA										Nome									
CODICE IDENTIFICATIVO CREDITORE										Indirizzo									
I T 8 7 Y 0 1 0 0 0 0 0 0 9 0 2 1 7 0 0 1 8										Comune CAP.....									
										IBAN DEL CONTO DA ADEBITARE									

Il sottoscritto autorizza:

- l'Azienda di Credito ad eseguire il versamento periodico, addebitando il conto sopraindicato
- AXA Assicurazioni a disporre in via continuativa

di operazioni SDD ad importo prefissato pari a Euro _____ e prende atto che, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 11/2010, non sussiste la condizione di esercitare il diritto di rimborso dell'addebito, ferma restando la possibilità di chiedere alla propria azienda di Credito di revocare l'operazione fino alla data in cui il pagamento è dovuto.

Si precisa che l'importo del presente mandato è stato arrotondato all'unità superiore per esigenze gestionali. L'effettivo addebito sarà in ogni caso pari al premio di rata di polizza.

Firma _____

Nota: I diritti del debitore, sottoscrittore del presente mandato e riguardanti l'autorizzazione sopra riportata, sono indicati nella documentazione ottenibile dall'Azienda di Credito.



INFORMATIVA PRIVACY SINTETICA PER I CLIENTI DI AXA ASSICURAZIONI



Chi decide perché e come trattare i dati?

AXA Assicurazioni S.p.A. (di seguito "AXA"), in qualità di Titolare del trattamento dei dati.



Per quali scopi e su quali basi i dati sono trattati?

a) Finalità assicurativa

I dati sono trattati per gestire i servizi assicurativi e le attività correlate.

Il trattamento dei dati è necessario per dare esecuzione al contratto o alle misure precontrattuali richieste, per adempiere obblighi di legge, per legittimo interesse connesso all'attività assicurativa, incluse attività antifrode, statistiche, tariffazione, analisi e studi, invio di comunicazioni di servizio. I dati appartenenti a categorie particolari (indicati anche come "dati sensibili"), quali i dati relativi allo stato di salute, sono trattati sulla base del consenso dell'interessato.

Senza i dati ed il consenso all'uso dei dati sensibili non potranno essere forniti tutti i servizi assicurativi previsti dal contratto.

Inoltre, se l'interessato attiva il servizio di firma grafometrica, saranno trattati dati biometrici sulla base del consenso liberamente revocabile: in mancanza non vi sono pregiudizi sui servizi assicurativi.

b) Finalità commerciali e di marketing

I dati sono trattati per fornire offerte, promozioni e soluzioni innovative e personalizzate, migliorando il livello di protezione, per ricerche di mercato ed altre iniziative di marketing. **Il trattamento dei dati è facoltativo** e possibile solo con il consenso dell'interessato liberamente revocabile.

In mancanza, non vi sono effetti sui servizi assicurativi, ma l'interessato perderà l'opportunità di conoscere le nostre offerte e partecipare alle iniziative di marketing.

Specifichiamo, inoltre che, anche senza un suo espresso consenso, potremo utilizzare il contatto di posta elettronica che ci ha fornito in occasione della fruizione di nostri servizi per la vendita diretta di nostri prodotti o servizi analoghi a quelli già acquistati. Il trattamento dei dati si basa sul legittimo interesse di AXA, nel rispetto dei diritti dell'interessato che può opporsi in qualsiasi momento.

c) Attività di profilazione

Potremo svolgere attività di profilazione, per analizzare i dati personali, prodotti, servizi, le caratteristiche dell'interessato, con lo scopo di rilevare comportamenti e preferenze, anche attraverso trattamenti automatizzati, compresa la profilazione, per ottenere vantaggi personalizzati, formulare offerte che tengano conto dei risultati di tali analisi e migliorare l'offerta dei nostri prodotti per renderla maggiormente in linea con i bisogni dell'interessato. **Il trattamento dei dati è facoltativo** e possibile solo con il consenso dell'interessato liberamente revocabile.

In mancanza, non vi sono effetti sui servizi assicurativi, ma l'interessato perderà l'opportunità di accedere a vantaggi personalizzati, ricevere offerte in linea con i suoi bisogni.



Modalità di trattamento

I suoi dati personali saranno trattati con modalità manuali ed automatizzate, ivi incluse eventuali decisioni automatizzate (es. al fine di valutare e predisporre i preventivi, gestire alcune fasi del rapporto assicurativo) e tecniche di data science.



A chi sono comunicati i dati?

I dati possono essere comunicati ad alcuni soggetti per i soli scopi sopra indicati:

- Dipendenti e collaboratori;
- Società terze che trattano i dati per conto del Titolare o come titolari autonomi (es. società partner, società che gestiscono sistemi di informazioni creditizie e di informazione commerciale per rischi finanziari, Cassa Assistenza Assicurazioni AXA e società del Gruppo anche per anche per finalità amministrativo-contabili);
- Soggetti della cosiddetta "catena assicurativa", cioè soggetti che cooperano nella gestione dei rischi assicurativi, quali società del Gruppo, altri assicuratori, coassicuratori, contraente delle polizze, intermediari assicurativi, legali, periti, medici, , autofficine, enti pubblici o associazioni di categoria;

In caso di trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea, sono assicurate le garanzie previste dalla vigente normativa. **I dati non sono ceduti a terzi, né diffusi.**



Quali sono i diritti dell'interessato e come possono essere esercitati?

Per accedere, aggiornare, integrare, rettificare, cancellare i dati, chiederne il blocco, opporsi al trattamento, ottenere la limitazione al trattamento e richiedere la portabilità dei dati, far valere il diritto all'oblio e, per il processo di decisione automatizzata, ottenere l'intervento umano da parte del titolare del trattamento, esprimere la propria opinione e contestare la decisione, **l'interessato può scrivere a:** AXA Assicurazioni S.p.A. c.a. Data Protection Officer - Corso Como 17 - 20154 Milano (MI) - e-mail: privacy@axa.it.

Inoltre, Lei potrà proporre reclamo all'Autorità di controllo in materia di protezione dei dati personali, in Italia il Garante per la protezione dei dati personali: Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma (+39)06.696771; protocollo@pec.gpdp.it



Da dove vengono i dati trattati?

I dati sono raccolti direttamente presso l'interessato o da terzi, anche mediante la consultazione di banche dati.



Per quanto tempo i dati vengono conservati?

I dati vengono conservati per tutto il tempo necessario alla gestione del rapporto con l'interessato: decorsi 10 anni dalla cessazione del rapporto con il cliente si procede alla cancellazione dei dati.

Per le attività di marketing, i dati raccolti saranno conservati per il tempo necessario coerente con le finalità di marketing e, comunque, per non più di 24 mesi dalla cessazione del rapporto.

Per le attività di profilazione, il termine massimo è di 12 mesi dalla raccolta.



Informazioni aggiuntive

L'informativa è disponibile nelle Condizioni Generali di Polizza annesse alla presente nota informativa o sul sito www.axa.it. Altre informazioni sul trattamento dei dati personali sono disponibili nella sezione Privacy del sito web indicato.



INFORMATIVA PRIVACY

SULL'USO DEI DATI BIOMETRICI

CONNESSI ALLA FIRMA GRAFOMETRICA

La informiamo, inoltre, circa le modalità di trattamento dei Suoi dati biometrici (nel seguito anche "Dati") connessi all'utilizzo del servizio "Firma Grafometrica" a cui potrà liberamente aderire.

Tale informativa integra l'informativa generale sul trattamento dei dati personali soprariportata.

I Dati da Lei gentilmente forniti saranno trattati da AXA Assicurazioni S.p.A. (nel seguito "AXA") mediante registrazione elettronica e verranno utilizzati secondo le finalità e con le modalità indicate nel documento che le spiega le caratteristiche del servizio (disponibile anche online nel sito di AXA) e, in particolare, per:

- Garantire o aumentare la sicurezza nei processi di sottoscrizione di documenti;
- Contribuire, attraverso le garanzie di autenticità, non ripudio e integrità dei documenti sottoscritti elettronicamente, a conferire maggiore certezza nei rapporti giuridici con Lei intercorrenti e ridurre il rischio di sostituzioni di persona e di frodi;
- Ottemperare agli obblighi previsti dalla legge, dai regolamenti e/o dalla normativa comunitaria ed internazionale.

Il conferimento dei dati biometrici per le suddette finalità è facoltativo e un eventuale rifiuto al rilascio dei Dati o del consenso da parte Sua non comporta pregiudizio alcuno. L'unica conseguenza sarà l'impossibilità per AXA di erogare il servizio richiesto e di consentire l'utilizzo del sistema di firma grafometrica. Nei casi di mancanza di consenso al trattamento dei Dati, è stata prevista come misura alternativa la sottoscrizione dei documenti con firma tradizionale autografa su supporto cartaceo. La successiva revoca del consenso al trattamento dei Dati necessari per l'utilizzo del sistema di firma grafometrica determinerà la disattivazione del servizio stesso.

Base giuridica del trattamento: per la finalità sopra descritta la base giuridica che legittima il trattamento è la manifestazione del consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati personali per tale specifica finalità.

I Dati saranno trattati mediante strumenti informatici e telematici con logiche strettamente connesse alle finalità sopra indicate e comunque nel rispetto delle disposizioni di legge.

I Dati, in forma sempre criptata, saranno conservati presso AXA e/o presso le società appositamente nominate Responsabili esterne del trattamento dei dati nell'ambito delle attività di archiviazione e conservazione a norma dei documenti firmati elettronicamente.

I Dati raccolti saranno trattati altresì da:

- Società di servizi anche facenti parte del Gruppo AXA, in qualità di Responsabile del "Sistema di Conservazione" e di Responsabile esterno del trattamento;
- Società delegate per la realizzazione materiale dei servizi di conservazione digitale a norma ("Conservatore") e in qualità di Responsabile esterno del trattamento.

In ogni caso il trattamento dei Dati che La riguardano avverrà con le logiche strettamente correlate alle finalità suddette e sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza. I Dati, infatti, saranno trattati con sistema di cifratura e saranno inaccessibili al personale e agli addetti alla manutenzione, essendo previsto un particolare procedimento per decifrarli.

Lei ha diritto di ottenere la conferma ad accedere ai Suoi Dati, farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne la limitazione, di opporsi al loro trattamento nei casi previsti dalla legge, di richiedere la portabilità dei Dati e far valere il diritto all'oblio. Per l'esercizio dei Suoi diritti, Lei può rivolgersi ad AXA Assicurazioni S.p.A. - Corso Como 17 - c.a. Data Protection Officer - 20154 Milano (MI) - e-mail: privacy@axa.it. Per proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali: protocollo@pec.gdpd.it



INFORMATIVA PRIVACY

SULL'USO DELLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA PER LE INFORMAZIONI PRECONTRATTUALI E LA GESTIONE DEI CONTRATTI ASSICURATIVI

In conformità alla vigente normativa assicurativa abbiamo necessità di raccogliere il suo consenso ad inviarle, in formato elettronico ed al contratto di recapito indicato in anagrafica, la documentazione e le comunicazioni, precontrattuali e contrattuali, previste dalla normativa e funzionali alla gestione dei servizi che ci richiede.

Tale consenso fa riferimento a tutti i contratti stipulati con la nostra Compagnia e potrà da lei essere revocato liberamente in qualsiasi momento.