famiglia

AXA Assicurazioni Tutta la Vita

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA CASO MORTE, MALATTIE GRAVI E NON AUTOSUFFICIENZA

- Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario
- Modulo di proposta

Documento redatto secondo le Linee Guida del tavolo tecnico Ania - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari per contratti semplici e chiari

edizione gennaio 2024

AXA Assicurazioni
Tutta la Vita

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA CASO MORTE, MALATTIE GRAVI E NON AUTOSUFFICIENZA

- **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DEL GLOSSARIO**
- **MODULO DI PROPOSTA**

Documento redatto secondo le Linee Guida del tavolo tecnico Ania - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari per contratti semplici e chiari

edizione gennaio 2024

AXA Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Corso Como 17, 20154 Milano - Italia
Tel. (+39) 02 480841 - 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)

Area Clienti

Vieni a scoprire la tua Area Clienti

Uno spazio dove potrai consultare la tua posizione assicurativa ovunque tu sia

Registrarsi è facile: bastano – codice fiscale/P. IVA, numero di polizza e indirizzo mail – per consultare:

- Le tue **coperture assicurative** in essere.
- La tua **posizione previdenziale**.
- Le tue **condizioni contrattuali**.
- Lo stato di pagamento dei tuoi premi e le **relative scadenze**.
- **... e molto altro ancora!**

AREA CLIENTI

Per maggiori informazioni e assistenza consulta il sito **www.axa.it** oppure contattaci direttamente

- Modulo di richiesta online su **www.axa.it**, sezione **Contatti**
- **Chat** presente in Area Clienti
- Numero Verde **800 085 559** (dal lunedì al venerdì 9.00 - 19.00), anche dall'estero **+39 06 45202137**
- Indirizzo PEC: **axaassicurazioni@axa.legalmail.it**

My AXA è la nuova App dedicata a tutti i nostri clienti.

Inquadra il **QR Code** e scarica l'App!

Scarica su

DISPONIBILE SU Google Play

Indice

Glossario 1
Sezione 1 - Norme Generali 6
1.1 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato 6
1.2 Revoca e Diritto di Recesso 7
1.3 Riscatti 7
1.4 Cessione e Vincolo 7
1.5 Foro Competente 7
1.6 Controversie 7
1.7 Tasse e imposte 8
1.8 Antiriciclaggio 8
1.9 Valuta 8
Sezione 2 - Condizioni Contrattuali 9
Premessa 9
2.1 Prestazione assicurata - *Soluzione Unica* 9
2.2 Prestazioni assicurate - *Soluzione Libera* 10
2.2.1 Prestazione in caso di decesso 10
2.2.2 Prestazione in caso di malattia grave 10
2.2.3 Prestazione in caso di perdita di autosufficienza 10
2.3 Conclusione del Contratto ed entrata in vigore 13
2.4 Limiti di età e durata contrattuale – *Soluzione Unica* 13
2.5 Limiti di età e durata contrattuale – *Soluzione Libera* 13
2.6 Premio e costi 13
2.6.1 Premio – *Soluzione Unica* 14
2.6.2 Premio – *Soluzione Libera* 14
2.6.3 Interruzione e riattivazione del pagamento dei premi 15
2.6.4 Riduzione della Rendita – *Soluzione Libera* 16
2.6.5 Sconti 17
Sezione 3 – Criteri Assuntivi 18
3.1 Valutazione preventiva – *Soluzione Unica* 18
3.2 Valutazione preventiva – *Soluzione Libera* 18
3.3 Carenza 18
3.3.1 Condizioni di Carenza in caso di decesso 18
3.3.2 Condizioni di Carenza in caso di malattia grave 19
3.3.3 Condizioni di Carenza in caso di perdita di autosufficienza 19
Sezione 4 - Denuncia e Liquidazione del sinistro 20

4.1 Beneficiari 20
4.2 Esclusioni 20
4.2.1 Copertura assicurativa in caso di decesso dell'Assicurato 20
4.2.2 Copertura assicurativa in caso di malattia grave dell'Assicurato 21
4.2.3 Copertura assicurativa in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato 21
4.2.4 Esclusioni attività extraprofessionali – Soluzione Unica 22
4.3 Denuncia del sinistro 22
4.3.1 Denuncia di decesso dell'Assicurato 23
4.3.2 Denuncia e accertamento di malattia grave dell'Assicurato 23
4.3.3 Denuncia e accertamento di stato di non autosufficienza dell'Assicurato 23
4.4 Liquidazione della prestazione – *Soluzione Unica* 24
4.5 Liquidazione delle prestazioni – *Soluzione Libera* 24
4.5.1 Liquidazione della prestazione in caso di decesso 24
4.5.2 Liquidazione della prestazione in caso di malattia grave 24
4.5.3 Liquidazione della prestazione in caso di perdita di autosufficienza 25

Glossario

Edizione Gennaio 2024

Anno assicurativo:	Periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.
Appendice:	Documento che forma parte integrante del Contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificarne alcuni aspetti in ogni caso concordati tra la Compagnia ed il Contraente.
Assicurato:	Persona fisica sulla cui vita viene stipulato il Contratto, che può coincidere o no con il Contraente e con il Beneficiario. Le prestazioni previste dal Contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.
Beneficiario:	Persona fisica o giuridica designata in polizza dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso e con l'Assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal Contratto quando si verifica l'evento assicurato.
Carenza:	Periodo durante il quale le garanzie del Contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo, la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurata.
Caricamenti:	Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Compagnia.
Cessione e vincolo:	Condizioni secondo cui il Contraente ha la facoltà di cedere a terzi il Contratto, così come di vincolare le somme assicurate. Tali atti divengono efficaci solo quando la Compagnia, a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul Contratto o su un'appendice dello stesso. In caso di vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del vincolatario.
Compagnia:	Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita alternativamente anche società o impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il Contratto di assicurazione.
Conclusione del Contratto:	Momento in cui la Compagnia ha comunicato al Contraente l'accettazione della proposta per iscritto con raccomandata o mediante l'invio del documento di polizza.
Condizioni contrattuali (o di polizza):	Insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di assicurazione.
Contraente:	Persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'Assicurato o il Beneficiario, che stipula il Contratto di assicurazione e si impegna al versamento dei premi alla Compagnia.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Contratto (di assicurazione sulla vita):	Contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale o di rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.
Costi (o spese):	Oneri a carico del Contraente gravanti sui premi versati o, laddove previsto dal Contratto, sulle risorse finanziarie gestite dalla Compagnia.
Decorrenza:	Momento in cui le garanzie divengono efficaci ed in cui il Contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.
Detraibilità fiscale (del premio versato):	Misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione delle imposte sui redditi.
Dichiarazioni precontrattuali:	Informazioni fornite dal Contraente prima della stipulazione del Contratto di assicurazione che consentono alla Compagnia di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il Contraente fornisce dati o notizie inesatti od omette di informare la Compagnia su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la Compagnia stessa può chiedere l'annullamento del Contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del Contraente sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.
Diritti (o interessi) di frazionamento:	In caso di rateazione del premio, maggiorazione applicata alle rate in cui viene suddiviso il premio per tener conto della dilazione frazionata del versamento a fronte della medesima prestazione assicurata.
Diritto proprio (del Beneficiario):	Diritto del Beneficiario sulle prestazioni del Contratto di assicurazione, acquisito per effetto della designazione del Contraente.
Durata contrattuale:	Periodo durante il quale il Contratto è efficace.
Durata del pagamento dei premi:	Periodo che intercorre fra la data di decorrenza del Contratto di assicurazione e la scadenza del piano di versamento dei premi previsto dal Contratto stesso.
Esclusioni:	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del Contratto di assicurazione.
Impignorabilità e insequestrabilità:	Principio secondo cui le somme dovute dalla Compagnia al Contraente o al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.
IVASS:	Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.
Liquidazione:	Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

Malattia grave:	Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato, come descritta nelle Condizioni di Assicurazione, tra le seguenti elencate: infarto, cancro, ictus, chirurgia di by-pass aorto-coronarico (CABS), cecità, insufficienza renale, trapianto degli organi principali, perdita combinata di due organi tra mani, piedi ed occhi.
Non autosufficienza:	Incapacità di svolgere autonomamente almeno 3 delle 4 attività elementari della vita quotidiana.
Perfezionamento del Contratto:	Momento in cui avviene il pagamento del premio pattuito.
Periodo di copertura (o di efficacia):	Periodo durante il quale il Contratto è efficace e le garanzie operanti.
Periodo di franchigia:	Periodo durante il quale, pur essendosi verificato l'evento assicurato, la Compagnia non effettua il pagamento della Prestazione assicurata.
Polizza:	Documento che fornisce la prova dell'esistenza del Contratto di assicurazione.
Polizza caso morte (o in caso di decesso):	Contratto di assicurazione sulla vita con il quale la Compagnia si impegna al pagamento della prestazione assicurata al Beneficiario qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato. Si definisce temporanea, se si prevede che il pagamento sia effettuato qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nel corso della durata del Contratto.
Polizza di assicurazione sulla vita:	Contratto di assicurazione con il quale la Compagnia si impegna a pagare al Beneficiario un capitale o una rendita quando si verifichi un evento attinente alla vita dell'Assicurato, quali il decesso o la sopravvivenza ad una certa data. Nell'ambito delle polizze di assicurazione sulla vita si possono distinguere varie tipologie quali polizze caso vita, polizze caso morte, polizze miste.
Polizza di puro rischio:	Categoria di contratti di assicurazione caratterizzati da coperture finalizzate esclusivamente alla protezione da rischi attinenti alla vita dell'Assicurato quali il decesso, l'invalidità e che prevedono il pagamento delle prestazioni esclusivamente al verificarsi di tali eventi.
Premio annuo:	Importo che il Contraente si impegna a corrispondere annualmente secondo un piano di versamenti previsto dal Contratto di assicurazione.
Prescrizione:	Estinzione di un diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di un anno.
Prestazione assicurata:	Somma pagabile sotto forma di capitale o di rendita che la società garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.
Principio di adeguatezza:	Principio in base al quale la compagnia è tenuta ad acquisire dal Contraente in fase precontrattuale ogni informazione utile a valutare l'adeguatezza della polizza

	offerta in relazione alle sue esigenze e alla sua propensione al rischio.
Proposta:	Documento o modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il Contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.
Questionario sanitario (o anamnestico):	Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il Contratto di assicurazione.
Recesso (o ripensamento):	Diritto del Contraente di recedere dal Contratto e farne cessare gli effetti.
Revoca:	Diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del Contratto.
Riattivazione:	Facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nelle condizioni di polizza, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi. Avviene generalmente mediante il versamento del premio non pagato maggiorato degli interessi di ritardato pagamento.
Ricorrenza annuale:	L'anniversario della data di decorrenza del Contratto di assicurazione.
Riduzione:	Diminuzione della prestazione assicurata conseguente alla scelta effettuata dal Contraente di sospendere il pagamento dei premi, prevista per la rendita assicurata in caso di perdita di autosufficienza, come indicata nelle presenti Condizioni di assicurazione.
Rischio demografico:	Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita dell'Assicurato (morte o sopravvivenza), caratteristica essenziale del Contratto di assicurazione sulla vita Infatti, è al verificarsi dell'evento attinente alla vita dell'assicurato che si ricollega l'impegno della Compagnia di erogare la prestazione assicurata.
Riserva matematica:	Importo che deve essere accantonato dalla Compagnia per fare fronte agli impegni assunti contrattualmente nei confronti degli assicurati. La legge impone alle compagnie particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziarie in cui essa viene investita.
Scadenza:	Data in cui cessano gli effetti del Contratto.
Set informativo:	È composto da: Documento informativo precontrattuale (DIP); Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP Aggiuntivo); Condizioni di Assicurazione; Glossario; Modulo di proposta.
Sinistro:	Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del Contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed

	erogata la relativa prestazione assicurata, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.
Valuta di denominazione:	Valuta o moneta in cui sono espresse le prestazioni contrattuali.

AXA Assicurazioni Tutta la Vita - Gennaio 2024

Sezione 1 - Norme Generali

1.1 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato
1.2 Revoca e Diritto di Recesso
1.3 Riscatti
1.4 Cessione e Vincolo
1.5 Foro competente
1.6 Controversie
1.7 Tasse e imposte
1.8 Antiriciclaggio
1.9 Valuta

1.1 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete.
In particolare, in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze tali che AXA Assicurazioni S.p.A. non avrebbe dato il suo consenso, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa ha diritto:
a) quando esiste dolo o colpa grave:

- di impugnare il contratto, dichiarando al Contraente di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; trascorso detto termine AXA Assicurazioni S.p.A. decade da tale diritto;
- di rifiutare, in caso di sinistro ed in ogni tempo, qualsiasi pagamento;

b) quando non esiste dolo o colpa grave:

- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da inviare al Contraente, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di ridurre, in caso di sinistro, la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se avesse conosciuto il vero stato delle cose.

AXA Assicurazioni S.p.A. rinuncia a tali diritti trascorsi sei mesi dall'efficacia dell'assicurazione o dalla sua riattivazione, salvo il caso di dolo.
L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.
Il Contraente è tenuto a rivolgersi all'agenzia di riferimento oppure inviare per iscritto ad AXA Assicurazioni S.p.A. (tramite posta ordinaria o modulo online presente sul sito www.axa.it alla sezione Contatti), allegando la copia di un documento d'identità, eventuali comunicazioni inerenti:

- modifiche di professione o attività sportiva svolte dall'Assicurato eventualmente intervenute in corso di Contratto;
- modifiche all'indirizzo presso il quale intende ricevere le comunicazioni relative al contratto;
- variazione della residenza, nel corso della durata del contratto, presso altro Paese membro dell'Unione Europea;
- variazione degli estremi di conto corrente bancario. In tal caso è necessario inoltrare la richiesta attraverso l'invio del modulo di mandato, compilato e sottoscritto dal Contraente, reperibile sul sito internet della Compagnia all'indirizzo www.axa.it/comunicazioni, oppure richiedendolo alla Compagnia al seguente recapito: numero verde 800.08.55.59.

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

1.2 Revoca e Diritto di Recesso

Nella fase che precede la Conclusione del Contratto, Il Contraente può revocare la proposta contrattuale dandone comunicazione alla Compagnia mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento. La Compagnia si impegna a restituire per intero il premio eventualmente corrisposto entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione.
Il Contraente può recedere dal Contratto entro 30 giorni dal momento in cui lo stesso è concluso.
Il Recesso deve essere comunicato per iscritto alla Compagnia, precisando gli estremi identificativi della polizza, all'Impresa (rif. Ufficio Front Office Contabilità Tecnica Agenzie, Corso Marconi, 10 - 10125 Torino -TO-) anche tramite l'Intermediario.
Il Recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di ricevimento.
Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione del Recesso, la Compagnia rimborsa al Contraente il Premio da questi eventualmente corrisposto al netto della parte relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

1.3 Riscatti

Il Contratto non prevede riscatto.

1.4 Cessione e Vincolo

Il Contraente ha la facoltà di sostituire a sé un terzo nei rapporti derivanti dal presente Contratto secondo quanto disposto dall'art. 1406 C.C. La richiesta dovrà essere sottoscritta dal Contraente cedente e dal Contraente cessionario ed inviata alla Compagnia tramite raccomandata con avviso di ricevimento.
La Compagnia provvederà ad inviare una comunicazione di accettazione della cessione del Contratto sia al Contraente cedente che al Contraente cessionario. La Compagnia può opporre al Contraente cessionario tutte le eccezioni derivanti dal Contratto ai sensi dell'art. 1409 C.C. Il Contraente può vincolare il Contratto a favore di terzi, la Compagnia effettua l'annotazione della costituzione del vincolo, previo invio da parte del Contraente alla Compagnia della documentazione attestante la costituzione del vincolo, a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento, firmata dal Contraente e, laddove esistente, dai Beneficiari la cui designazione sia irrevocabile. Il soggetto in favore del quale è costituito il vincolo potrà esigere dalla Compagnia il pagamento della prestazione assicurativa, nei limiti di quanto vincolato, previa esibizione del mandato irrevocabile ad esso conferito dal Contraente e, laddove esistenti, dai Beneficiari la cui designazione sia irrevocabile. La Compagnia può opporre al soggetto in favore del quale è costituito il vincolo, le eccezioni derivanti dal Contratto che poteva opporre nei confronti del Contraente.

1.5 Foro Competente

Per le controversie relative al presente Contratto è esclusivamente competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del Contraente, del Beneficiario ovvero degli aventi diritto.

1.6 Controversie

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sullo stato e grado di non autosufficienza ovvero sullo stato di soggetto affetto da "malattia grave" nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, possono essere demandate per iscritto, di comune accordo tra le Parti, 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.
Il Collegio Medico ha sede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo, il Collegio Medico ha sede nel Comune in cui è situato l'Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.
Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.
È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dello stato di non autosufficienza ovvero dello stato di soggetto affetto da "malattia grave" ad epoca da definirsi dal Collegio stesso. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con

dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ciascuna delle Parti. Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche qualora uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto dovrà essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

1.7 Tasse e imposte

Tasse e imposte relative al Contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari e aventi diritto.
Sui premi versati alla Compagnia per assicurazioni aventi ad oggetto il rischio di morte, "malattia grave" che comporti un'invalidità non inferiore al 5% e perdita dell'autosufficienza nello svolgimento delle attività quotidiane, è riconosciuta una detrazione di imposta ai fini IRPEF nei limiti e nei termini previsti dalla legge.
Le somme corrisposte in caso di "malattia grave" e perdita dell'autosufficienza sono esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF). Nel caso in cui i premi versati siano relativi ad assicurati aventi per oggetto il rischio di morte finalizzate alla tutela delle persone con disabilità grave come definita nell'articolo 3, comma 3, della legge 5, febbraio 1992, n. 104, ed accertata secondo le modalità di cui all'articolo 4 della medesima legge, è riconosciuta una maggiorazione dell'importo detraibile, così come indicato nella legge 112/2016 ("Dopo di noi").
Il capitale corrisposto in caso di morte dell'Assicurato non concorre alla formazione dell'asse ereditario ai fini dell'imposta di successione.
Il presente Contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia, sulla base della dichiarazione rilasciata dal Contraente riguardo la sua residenza italiana, riportata nella proposta o nella polizza.

Regime Fiscale
Il regime fiscale deve essere adattato, secondo la legislazione dell'Unione Europea (Direttiva n.2002/83/CE), in caso di variazione di residenza del Contraente, nel corso della durata del Contratto, presso altro Paese membro della stessa Unione. A tal fine, il Contraente è tenuto a comunicare per iscritto l'avvenuto trasferimento, non oltre i 30 giorni dallo stesso e comunque in tempo utile per gli adeguamenti conseguenti in prossimità del pagamento del premio, in conformità alla legislazione fiscale del Paese di nuova residenza. Sarà cura della Compagnia l'espletamento degli adempimenti dichiarativi ed il pagamento del tributo per conto del Contraente.
In caso di omessa comunicazione, La Compagnia avrà diritto di rivalsa sul Contraente per le somme versate all'Autorità fiscale dello Stato estero di nuova residenza, sia a titolo di imposta, sia di sanzioni, interessi e spese, in conseguenza di addebiti per omesso od insufficiente versamento del tributo.

1.8 Antiriciclaggio

Il Contraente è tenuto a fornire alla Compagnia tutte le informazioni necessarie al fine dell'assolvimento degli obblighi di adeguata verifica dettati dalla normativa antiriciclaggio (Decreto Legislativo 231/2007 e s.m.i. Regolamento IVASS 44/2019). Qualora la Compagnia, in ragione della mancata collaborazione del Contraente, non sia in grado di portare a compimento l'adeguata verifica, la stessa non potrà concludere il Contratto o eseguire le operazioni richieste, effettuare modifiche contrattuali, accettare i versamenti aggiuntivi non contrattualmente obbligatori, nonché dare seguito alla designazione di nuovi beneficiari. In nessun caso gli assicuratori/i riassicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare richieste di indennizzo o risarcimento o garantire alcuna indennità in virtù del presente contratto, qualora tale copertura, pagamento o indennità possano esporli a divieti, sanzioni economiche o restrizioni disposte ai sensi di Risoluzioni assunte dall'Organizzazione delle Nazioni Unite ("ONU"), oppure a sanzioni economiche o commerciali disposte da leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

1.9 Valuta

Gli impegni contrattuali, versamenti e capitale, sono regolati in Euro.

AXA Assicurazioni Tutta la Vita - Gennaio 2024

Sezione 2 - Condizioni Contrattuali

Premessa
2.1 Prestazione assicurata – *Soluzione Unica*
2.2 Prestazioni assicurate – *Soluzione Libera*
2.2.1 Prestazione in caso di decesso
2.2.2 Prestazione in caso di malattia grave
2.2.3 Prestazione in caso di perdita di autosufficienza
2.3 Conclusione del Contratto ed entrata in vigore
2.4 Limiti di età e durata contrattuale – *Soluzione Unica*
2.5 Limiti di età e durata contrattuale – *Soluzione Libera*
2.6 Premio e costi
2.6.1 Premio - *Soluzione Unica*
2.6.2 Premio - *Soluzione Libera*
2.6.3 Interruzione e ripristino del pagamento dei premi
2.6.4 Riduzione della rendita – *Soluzione Libera*
2.6.5 Sconti

Premessa

AXA Assicurazioni Tutta la Vita è un Contratto di puro rischio multigaranzia. Il Contraente ha la facoltà di scegliere tra due possibili soluzioni assicurative di protezione vita:

- ***Soluzione Unica***: il Contraente sottoscrive un Contratto che prevede una copertura al primo evento tra decesso, malattia grave e perdita di autosufficienza dell'Assicurato. La prestazione in forma di capitale viene erogata al primo tra i tre eventi che si verifica in capo all'Assicurato, portando all'estinzione del Contratto.
- ***Soluzione Libera***: il Contraente, al momento della sottoscrizione del Contratto, può scegliere a quali garanzie assicurative aderire tra copertura in caso di morte, in caso di "malattia grave" e in caso di perdita di autosufficienza. Il Contratto rimane efficace anche qualora l'assicurazione rimanga prestata per uno solo dei rischi contrattualmente previsti a seguito del verificarsi del sinistro in caso di "malattia grave" o perdita dell'autosufficienza, ovvero per sopraggiunta scadenza delle durate prefissate o dei limiti massimi di età contrattualmente previsti. In caso di decesso dell'Assicurato, il Contratto termina e nulla sarà più dovuto dalla Compagnia. Il Contratto prevede diverse prestazioni assicurative in funzione della garanzia prescelta.

2.1 Prestazione assicurata - *Soluzione Unica*

Alla sottoscrizione del Contratto, il Contraente stabilisce l'entità del Capitale che sarà pagato agli aventi diritto qualora, nel corso della durata contrattuale prescelta, si verifichi uno tra i seguenti eventi:

1. Decesso dell'Assicurato;
2. Nel caso in cui sia diagnosticata all'Assicurato una "malattia grave" esclusivamente tra quelle elencate nel sottostante riquadro "Definizione di malattia grave".
3. Nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di non autosufficienza, come descritto sotto nel riquadro "Definizione dello stato di non autosufficienza".

Il Contratto si chiude al verificarsi del primo tra i tre eventi descritti.

2.2 Prestazioni assicurate - *Soluzione Libera*

2.2.1 Prestazione in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata scelta per la specifica garanzia, sarà pagato ai Beneficiari il capitale indicato in polizza, il cui valore sarà costante per tutta la durata contrattuale.

2.2.2 Prestazione in caso di malattia grave

Nel caso in cui, nel corso della durata scelta per la specifica garanzia, sia diagnosticata all'Assicurato una "malattia grave" esclusivamente tra quelle elencate nel sottostante riquadro *Definizione di "malattia grave"*, sarà pagato agli aventi diritto il capitale assicurato. In caso di diagnosi di tumore, la liquidazione del capitale assicurato dipenderà dal grado di invasività:

- In caso di Tumore non invasivo o carcinoma in situ (AJCC – Stadio 0), sarà liquidato il 20% del capitale assicurato. Il Contratto rimarrà comunque in vigore per la restante parte della prestazione assicurata per tutte le tipologie di "malattia gravi" ad eccezione di un nuovo tumore non invasivo e delle specifiche esclusioni previste nelle presenti condizioni (come descritto nella *Descrizione delle varie patologie rientranti nella definizione di "malattia grave"* sotto).
- In caso di tumore invasivo o avanzato (AJCC – Stadio 1 – 2 – 3 – 4), sarà liquidato il 100% del capitale assicurato (80% in caso sia già stata riconosciuta la prestazione relativa al tumore non invasivo o carcinoma in situ, a prescindere dalla correlazione tra i due eventi).

2.2.3 Prestazione in caso di perdita di autosufficienza

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di non autosufficienza, come descritto nel riquadro *Definizione dello stato di non autosufficienza*, saranno pagati all'Assicurato stesso una rendita vitalizia mensile, compresa tra € 500 e € 2.500 (a multipli di € 100), e di un capitale iniziale pari a tre volte l'importo della rendita mensile prescelta.

Definizione di "malattia grave" (Valida per entrambe le *Soluzioni*)

Ai fini della presente assicurazione si intendono per "malattia grave" esclusivamente le seguenti malattie che abbiano comportato un'invalidità permanente non inferiore al 5%:

- cancro;
- infarto;
- ictus;
- chirurgia di by-pass aorto-coronarico (CABS);
- cecità;
- insufficienza renale;
- trapianto degli organi principali;
- perdita combinata di due organi tra mani, piedi e occhi.

Descrizione delle varie patologie rientranti nella definizione di "malattia grave"

a) Cancro

La prima diagnosi inequivocabile di un tumore maligno (caratterizzato da una crescita incontrollata di cellule maligne) che richiede un trattamento di chirurgia, radioterapia, chemioterapia, altre terapie (ormonoterapia, trattamenti farmacologici, trapianto del midollo osseo, sostituzione cellule staminali, o trattamenti attualmente non previsti tra quelli elencati ma riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità Nazionale), trattamento palliativo o *watchful waiting* ("vigile attesa"). È necessario che la diagnosi sia confermata da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo. Si specifica che il termine "maligno" include leucemia, sarcoma e linfoma (escluso linfoma cutaneo).

La liquidazione del capitale assicurato dipenderà dal grado di invasività del tumore. Per completezza si riportano quindi di seguito le tipologie di tumori classificati per grado di invasività:

- Tumore non invasivo o carcinoma in situ (AJCC - stadio 0): cellule cancerogene localizzate, ovvero che non si sono spinte oltre la membrana basale. Sono inclusi: i tumori non invasivi e

carcinoma in situ classificati come AJCC - stadio 0; i tumori papillari alla tiroide e i tumori alla prostata classificati come AJCC – stadio I; i tumori *boarderline* alle ovaie classificati come stadio I secondo AJCC o FIGO.
- Tumore invasivo (AJCC – Stadio 1 - 2 - 3): quando le cellule cancerogene si sono diffuse oltre la membrana basale invadendo i tessuti circostanti, i linfonodi ed altri organi del corpo. Sono inclusi: i tumori ematopoietici, malignità nei linfonodi e tumori *boarderline* alle ovaie classificati come Stadio 2 o 3 secondo AJCC o FIGO; i tumori invasivi classificati come Stadio 1, 2, o 3 secondo AJCC.
- Tumore avanzato (AJCC – Stadio 4): in caso di metastasi (tumore metastatico), il tumore ha invaso altri organi o parti del corpo. Sono inclusi: qualunque leucemia con impatti sul sistema nervoso centrale, linfoma con impatti di più organi non-linfoidi e tumori *boarderline* alle ovaie classificati come Stadio 4 secondo AJCC o FIGO.

Sono esclusi:
- **tutti i tumori che sono istologicamente descritti come pre-maligni o a bassa potenzialità di malignità;**
- **tumori della pelle, ad eccezione del melanoma.**

Inoltre, <u>in caso di sottoscrizione della *Soluzione Unica*, sono esclusi anche</u>:
- **tumori classificati come carcinoma in situ (<u>non è quindi previsto l'anticipo del 20%</u>);**
- **tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, maligni boarderline, non-invasivi, o qualsiasi grado di displasia;**
- **tumori trattati solo con procedure endoscopiche e tumori della vescica che non hanno invaso lo strato muscolare (Tis e Ta);**
- **tumori della pelle, ad eccezione del melanoma maligno superiore ad 1,00 mm di spessore di Breslow e istologicamente descritto dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio uguale o superiore a T2N0M0;**
- **tutti i tumori della prostata a meno che sia istologicamente classificato con un punteggio di Gleason superiore a 6 o abbia progredito almeno allo stadio T2N0M0;**
- **tumori alla tiroide in stadio precoce che misurino meno di 2 cm di diametro e istologicamente descritti come T1N0M0 dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione.**

b) Infarto

Morte del muscolo cardiaco a causa di insufficiente apporto di sangue. La diagnosi deve accertare che l'episodio di infarto miocardico sopravvenuto sia nuovo ed acuto e deve essere sostenuta da ambedue i seguenti criteri:
- comparsa di nuove alterazioni elettrocardiografiche: nuove alterazioni ST-T o nuove del blocco di branca sinistra o nuove onde Q;
- caratteristico aumento dei biomarcatori cardiaci o troponine che registrino i seguenti livelli o superiori:
  - troponina T > 1,0 ng/ml;
  - AccuTnI > 0,5 ng/ml o valori equivalenti in altri metodi Troponin I.

Sono esclusi: l'angina e altre sindromi coronariche acute.

c) Ictus

È il danno del tessuto cerebrale a seguito di un incidente cerebrovascolare causato da emorragia, embolia o trombosi, associato a insorgenza improvvisa di oggettivo deficit neurologico. Questo evento deve contribuire ad una compromissione permanente della funzione neurologica.
Si devono riscontrare chiare ed evidenti anomalie delle funzioni sensoriali o motorie durante l'esame fisico eseguito da un neurologo. Il danno deve essere dimostrato dalla risonanza magnetica (MRI), tomografia computerizzata (TC) o altre tecniche di imaging affidabili approvate dalla Compagnia.
Sono esclusi: attacco ischemico transitorio (TIA), danno al tessuto cerebrale causato da un trauma cranico, sintomi cerebrali associati a deficit neurologico reversibile.

d) Chirurgia di by-pass aorto-coronarico (CABS)

La fase di chirurgia di bypass aortocoronarico che richiede sternotomia mediana, quando è considerato medicalmente necessario per trattare la malattia coronarica, ma non include i seguenti casi: angioplastica, procedura intra-arteriosa, tecniche laser, altre tecniche non chirurgiche.

e) Cecità

Si intende la perdita permanente della vista in entrambi gli occhi come conseguenza di una malattia o infortunio nella misura in cui l'acuità visiva è di 6/60 o meno in entrambi gli occhi o nella misura in cui il campo visivo è ridotto a 20 gradi o meno di arco a prescindere dalla corretta acuità visiva.

f) Insufficienza renale

L'insufficienza renale totale ed irreversibile di entrambi i reni. È necessaria prova che l'Assicurato si sottopone a emodialisi renale continua ritenuta necessaria da un nefrologo.

Non è coperta l'insufficienza renale acuta reversibile che richiede soltanto dialisi temporanea, inoltre non è coperta l'insufficienza renale monolaterale.

g) Trapianto degli organi principali

L'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto tra esseri umani o l'inclusione in una lista di attesa ufficiale con lo scopo di sostituire gli organi mancanti o danneggiati del ricevente di uno dei seguenti organi: cuore, polmone, fegato, pancreas, rene, midollo osseo, (usando le cellule staminali ematopoietiche preceduta da ablazione totale del midollo osseo). Il trapianto deve essere ritenuto clinicamente indispensabile per il trattamento dell'insufficienza irreversibile dell'organo trapiantato. Il trapianto di altre cellule staminali o di parti di un organo è escluso.

h) Perdita combinata di due organi tra mani, piedi e occhi

È la perdita totale e permanente dell'uso dei seguenti organi:

- entrambe le mani a partire dal polso;
- entrambi i piedi a partire dal collo del piede;
- una mano a partire dal polso e un piede a partire dal collo del piede;
- una mano a partire dal polso e la totale vista da un occhio;
- un piede a partire dal collo del piede e la totale vista da un occhio.

Definizione dello stato di non autosufficienza (valida per entrambe le Soluzioni)

L'Assicurato è riconosciuto non autosufficiente nel caso in cui risulti incapace di svolgere autonomamente, in maniera presumibilmente permanente ed irreversibile, necessitando quindi di una costante assistenza, almeno 3 dei seguenti 4 atti "elementari" della vita quotidiana:

- andare al bagno e mantenere un livello ragionevole di igiene personale (es. lavarsi, radersi, pettinarsi, ecc.);
- essere in grado di vestirsi, svestirsi e riporre gli indumenti;
- bere e mangiare, anche con cibo preparato da altri;
- spostarsi verticalmente dal letto alla sedia e dalla sedia al letto.

Inoltre, viene riconosciuto lo stato di non autosufficienza nel caso che all'Assicurato sia stata diagnosticata una patologia nervosa o mentale a causa organica quale il morbo di Parkinson o il morbo di Alzheimer che abbia causato, in modo presumibilmente irreversibile, la perdita delle capacità mentali. Per perdita delle capacità mentali si intende la capacità di pensare, di capire, ragionare o ricordare. Questa inabilità si manifesta con l'incapacità di badare a sé stessi senza la supervisione continua di un'altra persona. Il grado di disabilità mentale deve essere verificato da un neurologo od uno psichiatra con "Mini Mental State Examination" (Folstein M.M.S.E.); punteggi minori o uguali a 10 sono rappresentativi della necessità di una supervisione costante.

Rivedibilità dello stato di non autosufficienza (valida solo per la *Soluzione Libera*)

L'Assicurato è tenuto a comunicare alla Compagnia, entro 60 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza, a mezzo lettera raccomandata, il recupero dello stato di autosufficienza.

La Compagnia si riserva, a proprio totale carico, la facoltà di far esaminare in ogni momento l'Assicurato

non autosufficiente da un proprio medico di fiducia e di richiedere la produzione di ogni documento che ritenga necessario per la valutazione dello stato di non autosufficienza.
In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato, il pagamento della somma assicurata può essere sospeso fino all'avvenuto accertamento.
Qualora durante l'**erogazione della rendita** si verifichi il recupero dello stato di autosufficienza, il pagamento della rendita assicurata viene interrotto e la relativa copertura cessa, restando attive le rimanenti coperture assicurative scelte.

2.3 Conclusione del Contratto ed entrata in vigore

Il Contratto produce i suoi effetti dalle ore 24.00 del giorno indicato dal Contraente nella 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 dell'adeguatezza del Contratto e il Questionario Sanitario.
Se il versamento del Premio o della prima rata di Premio è effettuato dopo la data di Decorrenza indicata nella 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.
In ogni caso, 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.

2.4 Limiti di età e durata contrattuale – *Soluzione Unica*

La durata del Contratto è stabilita dal Contraente all'atto della sottoscrizione della proposta. Il Contraente può scegliere una durata contrattuale che deve essere compresa tra 5 e 30 anni, entro il limite dei 70 anni di età dell'Assicurato alla scadenza contrattuale. In ogni caso, alla sottoscrizione del Contratto, l'Assicurato non potrà avere un'età inferiore a 18 anni o superiore a 65 anni.

2.5 Limiti di età e durata contrattuale – *Soluzione Libera*

La durata del Contratto è stabilita dal Contraente all'atto della sottoscrizione della proposta e differisce a seconda delle garanzie prescelte, secondo i limiti di seguito indicati:

- garanzia per il caso di **decesso**: la durata della copertura assicurativa è a scelta del Contraente e deve essere compresa tra un minimo di 5 anni ed un massimo di 30 anni entro il limite degli 80 anni di età dell'Assicurato alla scadenza contrattuale. In ogni caso, alla sottoscrizione del Contratto, l'Assicurato non potrà avere un'età inferiore a 18 anni o superiore a 75 anni;
- garanzia per il caso di **malattia grave**: la durata della copertura assicurativa è a scelta del Contraente e deve essere compresa tra un minimo di 5 anni ed un massimo di 30 anni entro il limite dei 70 anni di età dell'Assicurato alla scadenza contrattuale. In ogni caso, alla sottoscrizione del Contratto, l'Assicurato non potrà avere un'età inferiore a 18 anni o superiore a 65 anni;
- garanzia per il caso di **perdita dell'autosufficienza**: in questo caso la garanzia è a vita intera, pertanto la durata della stessa coincide con la vita dell'Assicurato. In ogni caso, alla sottoscrizione del Contratto, l'Assicurato non potrà avere un'età inferiore a 18 anni o superiore a 70 anni.

2.6 Premio e costi

Il Contratto prevede il versamento di un premio annuo pagabile per tutta la durata prescelta. L'interruzione del pagamento, anche di una sola rata di premio, comporta l'interruzione delle coperture assicurative, salvo riattivazione del Contratto come descritto successivamente.
Ciascun premio annuo prevede un caricamento percentuale pari al 25% del premio stesso. Tale caricamento è ricompreso nel premio pagato. Per la garanzia in caso di perdita di autosufficienza prevista dalla *Soluzione Libera*, è inoltre previsto un costo per l'erogazione della rendita del 1,25%.
Il premio può essere corrisposto, oltre che annualmente, anche in **rate mensili, trimestrali e semestrali** senza costi aggiuntivi.
In caso di frazionamento mensile del premio, alla sottoscrizione del Contratto dovranno essere corrisposte le prime tre mensilità.
In caso di mancato accertamento della "malattia grave" o dello stato di non autosufficienza sarà

consentito al Contraente di proseguire il rapporto contrattuale, dietro corresponsione dei premi arretrati. In ogni caso, il Contratto si interrompe alla data del decesso dell'Assicurato.
Il Premio deve essere versato dal Contraente alla Compagnia in via anticipata all'atto della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione ed alle ricorrenze stabilite (annuali, semestrali, trimestrali, mensili), per la durata prescelta, e comunque non oltre la morte dell'Assicurato utilizzando esclusivamente i seguenti mezzi di pagamento secondo le modalità di seguito precisate:

- assegno (circolare, bancario o postale) o vaglia (cambiario, 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);
- SDD (SEPA Direct Debit) per i premi successivi al primo. In caso di modifica o di chiusura del conto, al fine di garantire la continuità dei versamenti, il Contraente è tenuto a comunicare alla Compagnia la variazione delle coordinate bancarie almeno sessanta giorni prima della scadenza prevista per il versamento del Premio successivo.

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

2.6.1 Premio – *Soluzione Unica*

Il premio è determinato in relazione al capitale assicurato, all'età e alla durata contrattuale. Il premio è dovuto fino al verificarsi del primo evento tra decesso, malattia grave e perdita di autosufficienza o, al massimo, fino al compimento del 70° anno di età dell'Assicurato e, comunque, non oltre la durata della copertura indicata alla sottoscrizione del Contratto.

2.6.2 Premio – *Soluzione Libera*

Il Contratto prevede il versamento di un premio annuo pagabile per tutta la durata contrattuale relativamente alle garanzie in caso di decesso e malattia grave. Per la garanzia in caso di perdita di autosufficienza, in alternativa al premio vita natural durante (in linea con la durata vita intera della copertura), il Contraente può scegliere una delle seguenti durate di pagamento premi: 5 anni, 10 anni, 15 anni, 20 anni. Resta ferma la durata della garanzia a vita intera.
Il premio previsto per la *Soluzione Libera* è pari alla somma dei premi delle singole coperture assicurative prescelte dal Contraente al momento della sottoscrizione. Le singole componenti del premio totale sono così determinate:

- **premio per la prestazione in caso di decesso**: il premio è determinato in relazione al capitale assicurato, all'età, alla professione esercitata, all'eventuale attività sportiva svolta, allo stato di salute, allo stato di fumatore o non fumatore dell'Assicurato, nonché in base alla durata contrattuale della garanzia in caso di morte. Il premio è dovuto fino alla data del decesso o, al massimo, fino al compimento del 80° anno di età dell'Assicurato e, comunque, non oltre la durata della copertura indicata alla sottoscrizione del Contratto;
- **premio per la prestazione in caso di "malattia grave"**: il premio è determinato in relazione al capitale assicurato, all'età, alla professione esercitata, all'eventuale attività sportiva svolta, allo stato di salute, allo stato di fumatore o non fumatore dell'Assicurato, nonché in base alla durata contrattuale della garanzia in caso di "malattia grave". Il premio è dovuto fino al compimento del 70° anno di età dell'Assicurato e, comunque, non oltre la durata della copertura indicata alla sottoscrizione del Contratto. Il diritto di AXA Assicurazioni S.p.A. alla riscossione del premio si interrompe comunque al ricevimento della denuncia dello stato di malattia dell'Assicurato, ma deve essere ripreso in caso di liquidazione del sinistro per tumore non invasivo per avere diritto al capitale residuo in caso di nuova malattia grave;
- **premio per la prestazione in caso di perdita dell'autosufficienza**: il premio è determinato in relazione

alla rendita mensile assicurata, allo stato di salute, alla professione esercitata, all'attività sportiva svolta, all'età dell'Assicurato alla decorrenza del Contratto, nonché in base alla durata pagamento premi; il premio è dovuto fino alla liquidazione del sinistro o alla scadenza del pagamento premi. Il diritto di AXA Assicurazioni S.p.A. alla riscossione del premio si interrompe comunque al ricevimento della denuncia dello stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

Definizione di Non Fumatore

Si definisce Non Fumatore l'Assicurato che non abbia mai fumato – sigarette, sigari, pipe o sigarette elettroniche – neanche sporadicamente, nel corso degli ultimi 12 mesi.

Alla data di sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, lo stato di Non Fumatore deve essere attestato da dichiarazione rilasciata dall'Assicurato nella compilazione del Questionario Sanitario e sottoscritta dall'Assicurato stesso e dal Contraente.

Nel caso in cui l'Assicurato alla sottoscrizione del contratto abbia dichiarato di essere un "Non fumatore" e, successivamente, abbia iniziato o ripreso a fumare, il Contraente e l'Assicurato stesso sono tenuti a darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 giorni. In tal caso il Premio verrà ricalcolato in base alle condizioni previste dalla tariffa "Fumatori".

Nel caso in cui l'Assicurato alla sottoscrizione del contratto si trovi nello stato di "Fumatore" e successivamente invii alla Compagnia una dichiarazione attestante che ha smesso di fumare da almeno 12 mesi, subordinatamente agli esiti degli esami medici eventualmente richiesti per accertare l'insorgenza di patologie derivanti dalla passata abitudine al fumo, si applicheranno, a partire dalla ricorrenza annuale seguente la comunicazione, le condizioni spettanti ai "non fumatori". In particolare, il Premio verrà ricalcolato secondo quanto previsto dalla tariffa "Non fumatori".

Variazione delle basi tecniche

Con riferimento alla copertura assicurativa in caso di malattia grave, la Compagnia si riserva la possibilità di modificare le condizioni tariffarie in corso di contratto, qualora variassero le basi tecniche utilizzate per la determinazione dei premi. Con riferimento alla copertura assicurativa in caso di perdita dell'autosufficienza, la Compagnia si riserva la possibilità di modificare, ad intervalli non inferiori a 5 anni, le condizioni tariffarie in corso di contratto, qualora variassero le basi tecniche utilizzate per la determinazione dei premi. In entrambi i casi, la Compagnia si impegna a comunicare, almeno 90 giorni prima della scadenza dell'annualità di polizza, il nuovo premio da pagare per l'annualità assicurativa successiva. Il Contraente potrà comunque richiedere le basi tecniche con le quali è stato calcolato il nuovo premio. Il pagamento del nuovo premio implica l'accettazione della modifica contrattuale. Il Contraente che non intenda accettare la modifica dovrà informarne la Compagnia, mediante una comunicazione scritta, almeno 45 giorni prima della ricorrenza annuale di polizza. In tal caso, la prestazione assicurata viene ricalcolata, con effetto dalla ricorrenza annuale, di un importo pari alla differenza tra la prestazione inizialmente pattuita e quella assicurabile con il nuovo premio.

2.6.3 Interruzione e riattivazione del pagamento dei premi

Il mancato pagamento anche di una sola rata del Premio determina, trascorsi trenta giorni dalla scadenza, la sospensione del Contratto. A giustificazione del mancato pagamento del Premio, il Contraente non può in nessun caso contestare che la Compagnia non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio. Un versamento di somme parziali non costituisce pagamento di Premio.

Entro sei mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata per la *Soluzione Unica*, il Contraente ha comunque diritto di riattivare l'assicurazione pagando le rate di Premio arretrate.
Entro sei mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata per la *Soluzione Libera*, il Contraente ha comunque diritto di riattivare l'assicurazione caso morte e malattie gravi pagando le rate di Premio arretrate.

Trascorsi sei mesi dalla predetta scadenza, la riattivazione può avvenire invece solo dietro espressa domanda del Contraente ed accettazione scritta della Compagnia che può richiedere nuovi accertamenti sanitari, il cui Costo è a carico del Contraente, e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

In caso di riattivazione l'assicurazione entra nuovamente in vigore per l'intero suo valore alle ore 24.00 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.
Trascorsi 24 mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagato, l'assicurazione non può essere più riattivata.

2.6.4 Riduzione della Rendita – *Soluzione Libera*

Qualora il pagamento del premio relativo alla garanzia per la perdita di autosufficienza prevista dalla *Soluzione Libera* venga interrotto dopo il periodo minimo di annualità di premio richiesto (vedi tabella sotto), la copertura per la perdita di autosufficienza resta in vigore per un importo di rendita ridotto.

Durata Pagamento Premi	5 anni	10 anni	15 anni	20 anni	Vita intera
Numero minimo di annualità per accedere alla riduzione	3 anni	7 anni	10 anni	10 anni	10 anni

In caso di durata pagamento premi a vita intera e di interruzione del pagamento dei premi, la rendita ridotta è calcolata come il 90% della rendita annua prescelta abbattuta per un coefficiente di riduzione definito come rapporto tra il numero di annualità di premio pagate e la differenza tra 90 e l'età dell'assicurato alla sottoscrizione. Nel caso in cui, alla data effetto della riduzione, l'assicurato abbia già compiuto 90 anni, il coefficiente di riduzione sarà pari ad 1.

Esempio di riduzione per garanzia con durata a vita intera
Età dell'Assicurato: 45 anni
Rendita mensile alla sottoscrizione: € 1.000
Durata Pagamento Premi: Vita intera
Dopo aver pagato 13 annualità di Premio, il Contraente interrompe il pagamento dei premi.
Numero di rate da pagare dalla Decorrenza del contratto fino alla ricorrenza annua in cui l'Assicurato compie 90 anni: (90 anni - età alla Decorrenza) = (90 – 45) = 45 premi annui totali.
Calcolo della rendita ridotta: (90% di 1.000,00) moltiplicato per (numero di rate pagate diviso numero totale di rate da pagare) = (90% x 1.000,00) x (13/45) = 260 euro è la rendita vitalizia mensile ridotta.

In caso di durata del pagamento dei premi prefissata (premio annuo limitato), la rendita ridotta sarà così calcolata: il 90% della rendita prescelta, moltiplicato per il rapporto tra il numero di annualità pagate e la durata pagamento premi pattuita.

Esempio di riduzione per garanzia con premio annuo limitato (durata pagamento inferiore a vita intera)
Età dell'Assicurato: 45 anni
Rendita mensile alla sottoscrizione: € 1.000
Durata Pagamento Premi: 10 anni
Dopo aver pagato 7 annualità di Premio, il Contraente interrompe il pagamento dei premi.
Numero di rate da pagare per tutta la durata pagamento premi prescelta: 10.
Calcolo della rendita ridotta: (90% di 1.000,00) moltiplicato per (numero di rate pagate diviso numero totale di rate da pagare) = (90% x 1.000,00) x (7/10) = 630 euro è la rendita vitalizia mensile ridotta.

In caso di frazionamento del premio (diverso da annuale), il numero di rate di premio pagate sarà calcolato in base alle annualità intere.

Nel caso in cui siano state sottoscritte altre garanzie, oltre alla perdita di autosufficienza, le relative coperture decadono.

2.6.5 Sconti

Nell'ambito di specifiche campagne commerciali promosse dalla Compagnia e/o al verificarsi di condizioni particolari ed eccezionali che potrebbero riguardare, a titolo esemplificativo e non esaustivo, sia il Contraente e la relativa situazione assicurativa, sia l'ammontare del premio pagato e i prodotti sottoscritti, l'Impresa di Assicurazione si riserva la facoltà di applicare sconti e/o agevolazioni sui costi dello specifico contratto, evidenziandone l'entità nel medesimo. L'Impresa di Assicurazione si riserva inoltre di determinare sconti e/o agevolazioni applicabili in linea generale ai Contraenti, stabilendone le condizioni oggettive e soggettive.

AXA Assicurazioni Tutta la Vita - Gennaio 2024

Sezione 3 - Criteri Assuntivi

3.1 Valutazione Preventiva - *Soluzione Unica*
3.2 Valutazione Preventiva - *Soluzione Libera*
3.3 Carenza
3.3.1 Condizioni di Carenza in caso di decesso
3.3.2 Condizioni di Carenza in caso di malattia grave
3.3.3 Condizioni di Carenza in caso di perdita dell'autosufficienza

---

3.1 Valutazione preventiva – *Soluzione Unica*

Il Contratto con *Soluzione Unica* non richiede alcun accertamento preventivo delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica. È prevista esclusivamente una dichiarazione di buono stato di salute che l'Assicurando sottoscrive al momento della stipula del contratto.

Si sottolinea l'importanza di leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute nella proposta di assicurazione relative alla compilazione della dichiarazione di buono stato di salute dell'Assicurando.

3.2 Valutazione preventiva – *Soluzione Libera*

Per età dell'Assicurato inferiore a 61 anni e capitale non superiore a € 300.000,00, l'assicurazione *Soluzione Libera* è assunta senza visita medica, ma previa compilazione di apposito questionario sullo stato di salute dell'Assicurando. In questi casi troveranno applicazione le condizioni di carenza. L'assicurazione è assunta, invece, con visita medica nei seguenti casi:

- qualora l'Assicurato abbia un'età non inferiore a 61 anni;
- su richiesta della Compagnia in funzione dell'entità del capitale assicurato;
- su richiesta della Compagnia successiva alla compilazione del questionario sullo stato di salute dell'Assicurando;
- in caso di esplicita richiesta dell'Assicurando.

Si sottolinea l'importanza di leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute nella proposta di assicurazione relative alla compilazione del questionario sanitario dell'Assicurando.

3.3 Carenza

3.3.1 Condizioni di Carenza in caso di decesso

Il Contratto viene stipulato senza visita medica e pertanto, a parziale deroga delle condizioni di polizza, rimane convenuto che, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 6 mesi dalla conclusione del Contratto e la polizza stessa sia in regola col pagamento dei premi, la Compagnia corrisponderà una somma pari ai premi versati al netto dei costi. Il Contratto si estingue e nulla sarà più dovuto dalla Compagnia.
Entro i primi 6 mesi dal perfezionamento del Contratto la Compagnia corrisponde il capitale assicurato e non applica la limitazione sopra indicata (periodo di carenza) qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero emorragico, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;

- di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

Rimane inoltre convenuto che qualora il decesso dell'assicurato avvenga entro i primi 5 anni dal perfezionamento della polizza e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato in caso di morte indicato in polizza non sarà pagato. In suo luogo, purché il Contratto sia in regola coi pagamenti, la Compagnia corrisponderà una somma pari al valore dei premi versati al netto dei costi al momento del decesso. Il Contratto si estingue e nulla sarà più dovuto dalla Compagnia.

Resta convenuto che, qualora l'Assicurato decida di sottoporsi a visita medica e aderisca alla richiesta della Compagnia di eseguire il test clinico necessario per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o sieropositività e il test risulti negativo viene accordata la piena copertura assicurativa.

Qualora invece l'Assicurato rifiuti di eseguire gli esami clinici necessari per l'accertamento dell'eventuale stato di malattia da HIV o sieropositività, sarà applicato il periodo di carenza di 5 anni.

3.3.2 Condizioni di Carenza in caso di malattia grave

Nel caso in cui il Contratto sia stato concluso con la compilazione del solo questionario sanitario, operano le seguenti condizioni di carenza:

- nel caso di Infarto, Cancro, Ictus e CABS, si applica una carenza pari a 180 giorni dalla data di decorrenza del Contratto;
- nel caso di Cecità, Insufficienza renale, Trapianto degli organi principali e Perdita combinata di due organi tra mani, piedi e occhi non è previsto alcun periodo di carenza.

Nel caso in cui l'Assicurato si sottoponga a visita medica accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare, si applicano le seguenti condizioni di carenza:

I. nel caso di Infarto, Cancro, Ictus e CABS, si applica una carenza pari a 90 giorni dalla data di decorrenza del Contratto;
II. nel caso di Cecità, Insufficienza renale, Trapianto degli organi principali e Perdita combinata di due organi tra mani, piedi e occhi non è previsto alcun periodo di carenza.

Nel caso in cui all'Assicurato sia diagnosticata una "malattia grave" tra Infarto, Cancro, Ictus e CABS durante il periodo di carenza indicato e il pagamento dei premi previsti sia stato regolarmente effettuato, la Compagnia restituirà al Contraente i premi versati al netto dei costi. La copertura assicurativa decade, e il Contratto rimane in vigore per le restanti garanzie scelte.

3.3.3 Condizioni di Carenza in caso di perdita di autosufficienza

La garanzia in caso di perdita dell'autosufficienza prevista dal presente Contratto è operante alle seguenti condizioni di carenza:

- per infortunio, nessuna carenza;
- per malattia, lo stato di non autosufficienza deve verificarsi per la prima volta a partire da un anno dalla data di decorrenza del Contratto;
- per malattie nervose o mentali dovute a causa organica (a titolo esemplificativo e non esaustivo: Parkinson, Alzheimer), lo stato di non autosufficienza deve verificarsi per la prima volta a partire da 3 anni dalla data di decorrenza del Contratto.

In caso di perdita dell'autosufficienza da parte dell'Assicurato durante i periodi di carenza sopra indicati la Compagnia corrisponderà al Contraente i premi versati al netto dei costi. La copertura assicurativa decade e il Contratto rimane in vigore per le restanti garanzie scelte.
Non è possibile eliminare le carenze effettuando la visita medica e le clausole in emissione per la garanzia non sono previste in caso di perdita di autosufficienza.

AXA Assicurazioni Tutta la Vita - Gennaio 2024

Sezione 4 - Denuncia e Liquidazione del sinistro

4.1. Beneficiari
4.2 Esclusioni
4.2.1 Copertura assicurativa in caso di decesso dell'Assicurato
4.2.2 Copertura assicurativa in caso di malattia grave dell'Assicurato
4.2.3 Copertura assicurativa in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato
4.2.4 Esclusioni attività extraprofessionali - Soluzione Unica
4.3 Denuncia di sinistro
4.3.1 Denuncia di decesso dell'Assicurato
4.3.2 Denuncia e accertamento di malattia grave dell'Assicurato
4.3.3 Denuncia e accertamento di stato di non autosufficienza dell'Assicurato
4.4 Liquidazione della prestazione - *Soluzione Unica*
4.5 Liquidazione delle prestazioni - *Soluzione Libera*
4.5.1 Liquidazione della prestazione in caso di decesso
4.5.2 Liquidazione della prestazione in caso di malattia grave
4.5.3 Liquidazione della prestazione in caso di perdita di autosufficienza

4.1 Beneficiari

Il Contraente designa i Beneficiari della prestazione in caso di morte e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.
La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

a. dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
b. da parte degli eredi, dopo la morte del Contraente;
c. dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Compagnia di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi le operazioni di vincolo di polizza richiedono l'assenso scritto del Beneficiario.
La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche debbono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o fatte per testamento.

In caso di sottoscrizione della *Soluzione Unica* da parte di Contraente Persona Fisica:

- il beneficiario della prestazione in caso di decesso è designato dal Contraente;
- il beneficiario della prestazione in caso di "malattia grave" e/o perdita di autosufficienza è l'Assicurato stesso.

In caso di sottoscrizione della *Soluzione Unica* da parte di Contraente Persona Giuridica, il beneficiario sarà sempre il Contraente stesso.
In caso di sottoscrizione della *Soluzione Libera*:

- il beneficiario della prestazione in caso di decesso è designato dal Contraente;
- il beneficiario della prestazione in caso di perdita di autosufficienza è l'Assicurato stesso;
- il beneficiario della prestazione in caso di "malattia grave" può essere l'Assicurato stesso, o il Contraente stesso nel caso in cui quest'ultimo sia Persona Giuridica.

4.2 Esclusioni

4.2.1 Copertura assicurativa in caso di decesso dell'Assicurato

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato. È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

a) dolo del Contraente o del Beneficiario;
b) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;

c) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
d) partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
e) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota privo di idoneo brevetto;
f) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
g) suicidio, se avviene nei primi 2 anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;
h) alcolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci;
i) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
j) decesso avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiaresicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.

4.2.2 Copertura assicurativa in caso di malattia grave dell'Assicurato

La garanzia è prestata senza limiti territoriali, ad eccezione dei seguenti casi:

a) la Compagnia può riservarsi di non procedere al pagamento del capitale assicurato nel caso in cui la documentazione medica a supporto della richiesta di prestazione sia stata prodotta da un medico esercitante in un Paese non compreso tra quelli di seguito elencati: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Isole del Canale, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Irlanda, Isola di Man, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Malta, Monaco, Norvegia, Nuova Zelanda, Paesi Bassi, Portogallo, San Marino, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera;
b) attività dolosa dell'Assicurato, anche a titolo di concorso in delitti dolosi;
c) azioni di autolesionismo compiute dall'Assicurato;
d) partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra;
e) partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
f) malattie intenzionalmente procurate, alcolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci, tentato suicidio;
g) negligenza, imprudenza erogata se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
h) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota privo di idoneo brevetto;
i) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
j) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
k) malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione e già diagnosticati in tale data all'Assicurato.

Il rischio, infine, non è coperto, escludendo quindi ogni prestazione, nei casi previsti per ciascuna "malattia grave" così come descritti nelle presenti Condizioni di Assicurazione (Sezione 2).

4.2.3 Copertura assicurativa in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato

Il rischio di non autosufficienza è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali, ad eccezione dei seguenti casi:

a) la Compagnia può riservarsi di non procedere al pagamento del capitale assicurato nel caso in cui la

documentazione medica a supporto della richiesta di prestazione sia stata prodotta da un medico esercitante in un Paese non compreso tra quelli di seguito elencati: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Isole del Canale, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Irlanda, Isola di Man, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Malta, Monaco, Norvegia, Nuova Zelanda, Paesi Bassi, Portogallo, San Marino, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera;

b) attività dolosa dell'Assicurato anche a titolo di concorso in delitti dolosi;
c) partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra;
d) partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
e) malattie intenzionalmente procurate, alcolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci, tentato suicidio;
f) negligenza, imprudenza erogata se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
g) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota privo di idoneo brevetto;
h) guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
i) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo - naturali o provocati - ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
l) malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione e già diagnosticati in tale data all'Assicurato.

In questi casi, non è prevista alcuna prestazione. Non sono assicurabili coloro che risultassero già affetti da invalidità permanente totale e/o non autosufficienti o avessero già in corso accertamenti a tale scopo al momento dell'ingresso in assicurazione.

4.2.4 Esclusioni attività extraprofessionali – Soluzione Unica

Esclusivamente per la garanzia prevista dalla *Soluzione Unica,* il rischio non è coperto durante lo svolgimento, da parte dell'Assicurato, delle seguenti attività extra-professionali o sportive: alpinismo, arti marziali agonistiche, automobilismo, bob agonistico, ciclismo agonistico, equitazione agonistica, free climbing, hockey su ghiaccio, kayak, lotta nelle sue forme, motociclismo, motonautica offshore, paracadutismo, pugilato, rafting, rugby, sci, speleologia, sport aerei, vela.

4.3 Denuncia del sinistro

Le richieste di pagamento, accompagnate dai documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto, debbono essere inoltrate per iscritto ad AXA Assicurazioni S.p.A., anche attraverso l'Agenzia a cui è assegnato il Contratto.

Avvertenza: le richieste di pagamento incomplete o il mancato rilascio delle autorizzazioni possono comportare tempi di liquidazione più lunghi.

La Compagnia, al solo fine di agevolare l'effettuazione della richiesta di pagamento e a titolo di servizio alla clientela, mette a disposizione presso l'Intermediario e nel proprio sito istituzionale (https://www.axa.it/area-sinistri) un fac-simile del Modulo di Richiesta Liquidazione completo delle informazioni che devono essere necessariamente fornite. Il diritto di AXA Assicurazioni S.p.A. alla riscossione del premio si interrompe al ricevimento della relativa denuncia di un evento coperto dal Contratto (sinistro).

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

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

4.3.1 Denuncia di decesso dell'Assicurato

In caso di decesso, dovranno essere consegnati:

- certificato di morte;
- informativa e consenso privacy;
- relazione del medico curante sulle cause del decesso redatta secondo le informazioni minime contenute nel modello della Società comunque a disposizione del Beneficiario presso l'Intermediario o, in alternativa, altra documentazione attestante le cause del decesso;
- copia del testamento (pubblicato) o, in assenza, atto notorio (o dichiarazione sostitutiva – non ammessa autocertificazione Art. 21/47 DPR 28/12/2000 - N°445) attestante che il decesso è avvenuto in assenza del testamento, con l'indicazione (se del caso) degli eredi legittimi;
- decreto del Giudice Tutelare nel caso di Beneficiari di minore età o interdetti, con l'indicazione della persona designata alla riscossione;
- copia del Codice Fiscale e di un documento di riconoscimento in corso di validità dei Beneficiari;
- coordinate IBAN e intestazione del conto corrente dei Beneficiari;
- se prevista dalla normativa in vigore, adeguata verifica per il censimento dei Beneficiari della prestazione (modulo reperibile presso l'Intermediario).

La Compagnia si riserva il diritto di acquisire ulteriore documentazione, non prevista nelle presenti Condizioni di Assicurazione, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.
Espletate le formalità dettate dal D.Lgs. 231/2007 e dagli accordi internazionali in materia di fiscalità ove necessarie (antiriciclaggio e contrasto al terrorismo, ecc.) la Compagnia esegue il pagamento per la prestazione caso morte entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a favore degli aventi diritto. Salvo diversa indicazione degli aventi diritto, i pagamenti verranno eseguiti a mezzo accredito in conto corrente bancario.

4.3.2 Denuncia e accertamento di malattia grave dell'Assicurato

Nel caso sia diagnosticata una delle "malattie gravi" dovranno essere trasmessi:

- informativa e consenso privacy;
- certificato del medico curante o del medico ospedaliero che riporti la diagnosi della "malattia grave" di cui risulti affetto l'Assicurato, con la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato, allegando tutta la documentazione già in possesso dell'Assicurato al momento della denuncia.

Il Beneficiario è tenuto a fornire coordinate bancarie e intestazione del conto corrente per la liquidazione.
La Compagnia si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione sanitaria ad integrazione di quanto già trasmesso, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.
La Compagnia potrà accertare la diagnosi di "malattia grave" dell'Assicurato anche tramite un medico di sua fiducia ed eventualmente farà prescrivere tutti gli esami clinici che giudicherà necessari all'accertamento stesso.
La Compagnia effettua il pagamento per la prestazione in caso di "malattia grave" entro 30 giorni dalla data di ricezione della denuncia completa di tutta la documentazione prevista, comprese eventuali integrazioni. **In caso di liquidazione del capitale relativo ad un tumore non invasivo (20% del capitale assicurato), e quindi esclusivamente per la *Soluzione Libera*, la copertura assicurativa resta attiva per il capitale residuo (80%), a patto che si riprenda il pagamento premi, per un'eventuale seconda malattia grave ad eccezione di un ulteriore tumore non invasivo. Il pagamento dell'intera somma assicurata (100% o 80% in seguito alla prima liquidazione del 20%) determina invece la cessazione della copertura assicurativa in caso di malattia grave e nulla sarà dovuto da AXA Assicurazioni S.p.A. in caso di diagnosi di una seconda malattia grave.**

4.3.3 Denuncia e accertamento di stato di non autosufficienza dell'Assicurato

Nel caso in cui si verifichi lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, l'Assicurato stesso o chi per suo conto, dovrà darne avviso con lettera raccomandata ad AXA Assicurazioni S.p.A. o attraverso l'Agenzia cui è

assegnato il Contratto. La denuncia deve essere accompagnata da tutta la documentazione necessaria per verificare lo stato di salute dell'Assicurato:

- informativa e consenso privacy;
- certificato del medico curante o del medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza, recante la data della sua sopravvenienza e l'origine incidentale o patologica dello stato di non autosufficienza, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;
- *Mini Mental State Examination*, qualora la non autosufficienza sia in relazione a demenza invalidante, malattia di Alzheimer o Parkinson.

Il Beneficiario è tenuto a fornire coordinate bancarie e intestazione del conto corrente per la liquidazione.
La Compagnia si riserva il diritto di acquisire ulteriore documentazione, non prevista nelle presenti Condizioni di Assicurazione, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.
La Compagnia accerterà lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato tramite un medico di sua fiducia ed eventualmente farà prescrivere tutti gli esami clinici che giudicherà necessari all'accertamento stesso.

La rendita, nella *Soluzione Libera*, sarà corrisposta se lo stato di non autosufficienza risulterà confermato in maniera definitiva ovvero tale da escludere la possibilità di un miglioramento delle condizioni di salute.

4.4 Liquidazione della prestazione – *Soluzione Unica*

La *Soluzione Unica* prevede l'erogazione del Capitale Assicurato, a favore dei Beneficiari, al primo evento che si verifica tra decesso, malattia grave e perdita di autosufficienza in capo all'Assicurato. Il pagamento del Capitale Assicurato determina la cessazione della copertura assicurativa e nulla sarà più dovuto dalla Compagnia.

In caso di decesso o "malattia grave", la Compagnia effettua il pagamento entro 30 giorni dalla data di ricezione della denuncia completa di tutta la documentazione prevista, comprese eventuali integrazioni. Decorso tale termine, sono dovuti gli interessi moratori a favore dei Beneficiari della prestazione.

In caso di denuncia di perdita dell'autosufficienza, il Capitale sarà corrisposto se lo stato di non autosufficienza risulterà confermato in maniera definitiva ovvero tale da escludere la possibilità di un miglioramento delle condizioni di salute. Nel caso in cui la Compagnia entro i 180 giorni utili accertasse la mancata esistenza dei requisiti necessari all'erogazione del capitale, il Contraente sarà tenuto al pagamento delle rate di premio in arretrato. Decorso tale termine, sono dovuti gli interessi moratori a favore dell'Assicurato.

4.5 Liquidazione delle prestazioni – *Soluzione Libera*

4.5.1 Liquidazione della prestazione in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale AXA Assicurazioni S.p.A. liquiderà ai Beneficiari il capitale assicurato indicato in polizza.
Se il decesso è dovuto ad uno degli eventi rientranti nelle Esclusioni, AXA Assicurazioni S.p.A. non corrisponderà alcun importo.
In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, il Contratto termina e nulla sarà più dovuto da AXA Assicurazioni S.p.A..
In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza contrattuale, nulla sarà dovuto da AXA Assicurazioni S.p.A..

4.5.2 Liquidazione della prestazione in caso di malattia grave

Nel caso in cui, nel corso della durata contrattuale, sia diagnosticata all'Assicurato una "malattia grave" tra quelle elencate nelle presenti Condizioni, AXA Assicurazioni S.p.A. liquiderà al Beneficiario il capitale assicurato. In caso di malattia grave definita come "cancro" (come descritto nella sezione 2), la liquidazione del capitale assicurato dipende dal grado di invasività del tumore:

- In caso di Tumore non invasivo o carcinoma in situ (AJCC – Stadio 0): sarà liquidato il 20% del capitale assicurato e il Contratto rimarrà comunque in vigore per la restante parte della prestazione assicurata per tutte le tipologie di "malattia gravi" ad eccezione di un nuovo tumore non invasivo e delle specifiche esclusioni previste nelle presenti condizioni (come descritto nella sezione 2).

- In caso di tumore invasivo o avanzato (AJCC – Stadio 1 – 2 – 3 – 4), sarà liquidato il 100% del capitale assicurato (80% in caso sia già stata riconosciuta la prestazione relativa al tumore non invasivo o carcinoma in situ, a prescindere dalla correlazione tra i due eventi).

In caso di diagnosi di una seconda malattia grave, in seguito alla liquidazione dell'intero Capitale Assicurato (100% o 20 + 80%), la garanzia suddetta non sarà operante mentre il Contratto rimane in vigore per le sole coperture scelte rimanenti e a condizione che il Contraente sia in regola con il pagamento dei premi.
In caso di decesso dopo più di 24 ore dalla diagnosi di una "malattia grave", se sottoscritte sia Garanzia Caso Morte che Garanzia "Malattie Gravi", il cliente ha diritto a beneficiare delle prestazioni di entrambe le garanzie. Non è invece previsto il pagamento della prestazione relativa alla garanzia "Malattie gravi" qualora avvenga il decesso nelle prime 24 ore successive alla diagnosi della malattia grave.

4.5.3 Liquidazione della prestazione in caso di perdita di autosufficienza

Il Contratto prevede l'erogazione a favore dell'Assicurato di una rendita vitalizia mensile posticipata, di importo minimo pari ad € 500 e massimo pari a € 2.500, come indicato in proposta, e di un capitale iniziale pari a 3 volte la rendita mensile prescelta, nel caso in cui l'Assicurato stesso si trovi in uno stato di non autosufficienza, così come descritto nelle presenti Condizioni, e fintanto che si trovi in tale stato (l'Assicurato non autosufficiente, o chi per esso, al fine di continuare a ricevere la prestazione, dovrà fornire annualmente un certificato di esistenza in vita).

AXA Assicurazioni S.p.A. si impegna ad accertare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato entro 180 giorni dalla data di ricezione della denuncia. Nel caso in cui AXA Assicurazioni S.p.A. entro i 180 giorni utili accertasse la mancata esistenza dei requisiti necessari all'erogazione della rendita, il Contraente sarà tenuto al pagamento delle rate di premio in arretrato.
La prestazione di rendita verrà corrisposta, se perdura lo stato di non autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 giorni (periodo di franchigia) a partire dalla data di denuncia dello stato di non autosufficienza. Qualora gli accertamenti per lo stato di non autosufficienza necessitino di più di 90 giorni, all'atto dell'accertamento verranno erogate le eventuali rate di rendita arretrate e non erogate. Una volta accertato e riconosciuto lo stato di non autosufficienza e il diritto alla prestazione assicurata, purché sia decorso il suddetto periodo di franchigia, AXA Assicurazioni S.p.A. inizia a corrispondere la rendita mensile assicurata.
Decorsi 180 giorni sono dovuti gli interessi moratori a favore dell'Assicurato, al tasso legale.

La rendita vitalizia non consente riscatto, è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. L'incapacità di compiere gli atti della vita quotidiana deve essere presumibilmente permanente, tuttavia, se l'Assicurato dovesse riacquistare l'autosufficienza, cessa l'erogazione della prestazione prevista ed il Contratto rimane in vigore solo per le coperture scelte rimanenti e a condizione che il Contraente sia in regola con il pagamento dei premi.

In caso di decesso dell'Assicurato prima dell'accertamento dello stato di Non Autosufficienza, nulla è dovuto da parte della Compagnia. In caso di decesso dell'Assicurato durante l'erogazione della prestazione, il Contraente, se diverso dall'Assicurato, o chi per suo conto, dovranno comunicare tempestivamente il decesso dell'Assicurato. In occasione di ogni ricorrenza anniversaria, la Compagnia dovrà ricevere da parte dell'Assicurato un'autocertificazione di esistenza in vita. La Compagnia si riserva la facoltà di verificare l'esistenza in vita dell'Assicurato anche in epoche diverse dalla ricorrenza anniversaria.

INFORMATIVA GENERALE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ultimo aggiornamento: maggio 2023

AXA tratta con cura i suoi **dati personali**, cioè le informazioni a lei riferite (quali ad esempio i dati identificativi e di contatto, i dati di salute) che utilizza per lo svolgimento delle proprie attività e che possono essere forniti da lei o da terzi, ovvero essere acquisiti consultando banche dati, elenchi e registri legittimamente accessibili. A conferma di questo impegno e per dare esecuzione alle norme che tutelano il trattamento dei dati personali, forniamo qui di seguito le informazioni essenziali che permettono di esercitare in modo agevole e consapevole i diritti previsti dalla vigente normativa.

Qualora i dati forniti da lei o da terzi si riferiscano a **soggetti minori di età** sui quali lei esercita la responsabilità genitoriale o la tutela legale, ovvero a **familiari/congiunti** per l'esecuzione di prestazioni assicurative (es. polizze collettive), le presenti informazioni e le dichiarazioni di volontà formulate rispetto alle richieste di consenso si intendono riferite anche ai trattamenti su questi dati.

Chi decide perché e come trattare i dati?

AXA Assicurazioni S.p.A., **titolare del trattamento dei dati**, con sede in Corso Como 17 - 20154 Milano (note societarie complete su *www.axa.it*), mail *privacy@axa.it* (di seguito anche "**AXA**", il "**Titolare**" o la "**Compagnia**").

Quali sono i dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati – DPO

Il Responsabile della Protezione di Dati (DPO – Data Protection Officer) può essere contattato rivolgendosi ad AXA Assicurazioni S.p.A. - Corso Como 17 - c.a. Data Protection Officer - 20154 Milano (MI) - e-mail: *privacy@axa.it*.

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

Lei ha il diritto di accedere ai suoi dati personali, farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne la limitazione e di opporsi al loro trattamento, richiedere la portabilità dei dati, revocare i consensi espressi 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. La normativa prevede anche le ipotesi in cui l'interessato può far valere il proprio diritto all'oblio salvi i casi in cui il trattamento resta comunque necessario.

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*.

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*

::

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

a) **Finalità assicurativa**[1]

[1] La "finalità assicurativa" richiede che i dati personali siano trattati necessariamente per l'assunzione e gestione dei rischi da parte dell'impresa di assicurazione che includono le attività di: predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivati; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri, pagamento o esecuzione di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; esercizio o difesa di diritti dell'assicurazione; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi o prodotti o servizi; gestione e controllo interno; attività statistiche.

Per svolgere adeguatamente l'attività assicurativa (assunzione e gestione dei rischi effettuati dall'impresa di assicurazione) e gestire il rapporto assicurativo, AXA ha la necessità di trattare i dati personali a lei riferiti (dati già acquisiti, forniti direttamente da lei o da altri soggetti[2]), anche mediante la consultazione di banche dati legittimamente accessibili (es. sistemi di informazioni creditizie, utili per verificare il possesso di requisiti specifici richiesti dalle compagnie per l'accesso ad agevolazioni e vantaggi, quali la rateizzazione del premio) e dispositivi tecnologici[3] e/o dati ancora da acquisire, alcuni dei quali ci debbono essere forniti da lei o da terzi per obbligo di legge[4]).

Per questa finalità, AXA utilizzerà i suoi **dati personali** nell'ambito delle seguenti attività, indicati a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- quotazione, preventivi, predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivanti; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri; pagamento o esecuzione di altre prestazioni; riassicurazione e coassicurazione, attività amministrativo-contabili;
- prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; esercizio o difesa di diritti dell'assicurazione;
- adempimento di altri specifici obblighi di legge (es. in materia di contrasto al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo, sanzioni ed embarghi internazionali). Limitatamente a quanto previsto dalla normativa, saranno trattati anche i **dati giudiziari**;
- analisi di nuovi mercati assicurativi o prodotti o servizi;
- gestione e controllo interno;
- valutazione inerente eventuali finanziamenti per il pagamento del premio;
- utilizzo dei dati anche in forma pseudonimizzata o anonimizzata per attività di analisi e statistiche di mercato;
- servizi di monitoraggio dei parametri delle condizioni generali del cliente rispetto al suo benessere fisico, ad eventi inerenti all'abitazione o comunque inerenti alla gestione di servizi assicurativi;
- valutazione delle condizioni che permettono di definire la prosecuzione di un rapporto assicurativo in essere ed il rinnovo di una polizza in scadenza.

Per queste attività di trattamento non è richiesto il suo consenso, in quanto tali operazioni sono strettamente necessarie per la fornitura di servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte di AXA e di terzi a cui tali dati saranno comunicati[5].
Si precisa che, nel caso in cui lei abbia sottoscritto un contratto assicurativo che prevede l'utilizzo della cd. "black Box", per il trattamento dei **dati telematici** non è richiesto il suo consenso, poiché lo stesso è necessario per l'esecuzione del contratto e per l'erogazione dei servizi assicurativi ad esso connessi (es. assistenza stradale). Inoltre, tale tipo di contratto comporta un **processo decisionale automatizzato** finalizzato alla determinazione dello sconto/premio applicabile (es. sulla base del numero di KM percorsi rilevati attraverso la cd. Black Box).

Viceversa, il suo consenso esplicito è richiesto per il trattamento delle **categorie particolari di dati**[6], quali i dati relativi alla salute (di seguito indicati anche come "**dati sensibili**"). Il consenso che le chiediamo riguarda quindi il trattamento degli eventuali dati sensibili il cui utilizzo sarà inerente esclusivamente alla fornitura dei servizi, e/o prodotti assicurativi e attività strettamente connesse (antifrode, contabili, amministrative) e/o delle prestazioni citate il cui trattamento è ammesso dalla normativa vigente in materia di 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 lei e AXA, secondo i casi, i dati sensibili sono comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo o di natura pubblica che operano - in Italia o all'estero -

2 Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che la riguarda (es. contraenti di assicurazioni in cui lei risulti assicurato; coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, altre imprese di assicurazione); soggetti che, per soddisfare le sue richieste (es. quali una copertura assicurativa) forniscono informazioni creditizie e commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo altri soggetti pubblici, banche dati di autorità per finalità antiriciclaggio e/o antiterrorismo.

3 Come, ad esempio, la black box o scatola nera installata in auto, intesa come un dispositivo fisico presente sull'autovettura che consente di raccogliere dati telematici, quali informazioni riguardanti il veicolo (es. la geolocalizzazione, i dati di percorrenza, l'accelerazione e la decelerazione, i chilometri percorsi, ecc.) e altri dispositivi, come i software installati dall'interessato sul proprio device, capaci di raccogliere dati relativi al veicolo ed al dispositivo, in relazione alle specifiche polizze auto o contratti di servizio.

4 Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio di denaro, in materia fiscale e antiterrorismo

5 I dati sono comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo a cui appartiene AXA (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); assicuratori, coassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, Società di Gestione del Risparmio, SIM.

6 Ai sensi del comma 1 dell'art. 9 del GDPR, si tratta di dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché trattare dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.

come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa", in parte anche in funzione meramente organizzativa.
Il consenso che le chiediamo riguarda pertanto anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni all'interno della "catena assicurativa"[7] effettuati dai predetti soggetti.
Precisiamo che senza i suoi dati personali e sensibili non saremo in grado di fornirle le prestazioni, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati. Pertanto, in relazione a questa specifica finalità, **il suo consenso esplicito è il presupposto necessario** per lo svolgimento del rapporto assicurativo.

Potremo, inoltre, utilizzare i **dati di contatto** che abbiamo ricevuto per inviarle comunicazioni di servizio, strumentali e utili alla gestione del rapporto assicurativo ed al suo miglioramento nel quadro dell'efficienza dei servizi al cliente e della verifica della qualità degli stessi. Tenga peraltro conto che in mancanza dei suoi dati di contatto non ci sarà possibile contattarla tempestivamente per fornirle informazioni utili in relazione al rapporto contrattuale o altre comunicazioni di servizio. In tali messaggi, un mezzo tecnico, denominato pixel e inserito all'interno delle comunicazioni tramite posta elettronica ("e-mail"), avvisi di comunicazioni ("push notification") e indirizzamenti verso fonti collegate ("landing page") accessibili dagli SMS, raccoglie le informazioni relative ai dati di consegna, apertura (nel caso delle sole mail) e di selezione ("click"), consentendoci in questo modo: i) di monitorare e verificare che il messaggio sia stato correttamente ricevuto; ii) di elaborare statistiche in maniera aggregata sulle attività di invio di messaggi.

Evidenziamo, infine, che l'adesione a processi diretti di sottoscrizione di polizze assicurative (es. tramite sito web o telefono) e/o di alcune fasi della gestione del rapporto precontrattuale (es. gestione di eventuali richieste di deroghe assuntive) comporta un **processo decisionale automatizzato**, finalizzato alla gestione automatica della richiesta di copertura assicurativa ed alla attribuzione automatica della tariffa più aderente alle esigenze del singolo cliente. Ciò consente di velocizzare il processo di sottoscrizione della polizza e di adottare decisioni coerenti con le concrete caratteristiche del singolo cliente e non solo sulla base delle analisi statistiche generali.

Basi giuridiche del trattamento dei dati personali per finalità assicurative

- Per alcune attività assicurative sopra descritte (es. attività di quotazione, stipulazione di polizze; liquidazione dei sinistri, riassicurazione e coassicurazione), le basi giuridiche che legittimano il trattamento dei dati personali sono:
    - l'**esecuzione di un contratto** di cui l'interessato è parte o esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso, per il trattamento dei dati personali non sensibili (dati anagrafici, di contatto, telematici)
    - Il **consenso esplicito** dell'interessato, per il trattamento dei dati sensibili (dati di salute).
- Altre attività di trattamento sono rese necessarie per adempiere ad un **obbligo legale** al quale è soggetto il titolare del trattamento (es. in materia di contrasto al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo, sanzioni ed embarghi internazionali).
- Ulteriori operazioni di trattamento sono svolte per il perseguimento del **legittimo interesse** del Titolare a svolgere attività connesse a quella prettamente assicurativa (es. studio statistico anche a valle del processo di anonimizzazione/pseudonimizzazione, studi attuariali, attività per individuare e gestire comportamenti fraudolenti e illeciti, attività di controllo volte a prevenire il rischio di finanziamento del terrorismo e/o di soggetti sottoposti a sanzioni/embarghi internazionali, mediante l'utilizzo di apposite banche dati, e di invio di comunicazioni di servizio strumentali e utili al miglioramento della gestione del rapporto assicurativo). Nel perseguire il legittimo interesse, la Compagnia ha avuto cura di verificare che siano adeguatamente tutelati gli interessi o i suoi diritti e le libertà fondamentali. Per maggiori informazioni sul legittimo interesse dei dati personali, è sempre possibile contattare il Titolare, c.a. Data Protection Officer (DPO), (si veda par. *Quali sono i diritti dell'interessato e come possono essere esercitati?*) o visitare la sezione del sito *https://www.axa.it/privacy* dedicata al legittimo interesse.

[7] La cd. catena assicurativa è il complesso tessuto di rapporti contrattuali tra le imprese di assicurazioni e numerosi soggetti (persone fisiche e giuridiche, operanti in Italia e all'estero) con i quali cooperano nel gestire un medesimo rischio assicurativo (es. società del Gruppo (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente); altri assicuratori, coassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, Società di Gestione del Risparmio, SIM, legali; periti; medici; autofficine, enti pubblici o associazioni di categoria - Per maggiori dettagli vedi la sezione Modalità di uso dei dati). Tale pluralità di rapporti è peculiare dell'attività assicurativa e necessario per la gestione dei servizi assicurativi che si articola fisiologicamente in una pluralità di "fasi" (dalla c.d. fase assuntiva a quella liquidativa) che possono interessare i soggetti appartenenti alla catena assicurativa, i quali devono necessariamente trattare i dati personali di diversi interessati (contraente, assicurato, beneficiario e, a certe condizioni, terzo danneggiato), taluni dei quali possono non entrare direttamente in contatto con l'assicurazione in sede di conclusione del contratto

b**) Finalità commerciali e di marketing**

Per migliorare i nostri servizi ed i nostri prodotti e per informarla sulle novità e le opportunità di suo interesse, le chiediamo di consentirci l'utilizzo dei suoi **dati personali non sensibili**.

Il consenso espresso potrà essere revocato in qualsiasi momento. Se decide di farlo, non vi sono effetti sull'erogazione dei servizi assicurativi, ma non potrà conoscere le nostre offerte, né partecipare alle iniziative sopra indicate. Tale revoca non pregiudica la liceità di qualsiasi trattamento effettuato prima di esso.

Se lei fornirà liberamente gli specifici consensi richiesti per queste finalità, saremo in grado di proporle le attività qui di seguito elencate:

- comprendere quali sono i suoi bisogni ed esigenze e le sue opinioni sui nostri prodotti e servizi;
- effettuare analisi sulla qualità dei nostri servizi;
- attivare iniziative dedicate alla raccolta di informazioni allo scopo di migliorare la nostra offerta per lei;
- realizzare ricerche di mercato;
- effettuare indagini statistiche;
- proporle prodotti e servizi che possano essere di suo interesse;
- inviarle comunicazioni promozionali e farla partecipare ad iniziative di marketing (quali ad esempio Programmi fedeltà, Concorsi o operazioni a Premio, Campagne Promozionali) mediante i canali di comunicazione accessibili tramite i dati di recapito a lei riferiti (quali posta, posta elettronica, APP, telefono, sms, social media, push notification ed altri servizi di messaggistica e di comunicazione telematica);
- comunicarle novità e opportunità relative a prodotti e/o servizi sia di società appartenenti al Gruppo AXA sia di società esterne partner di AXA o che collaborano con essa, avendo in ogni caso cura di evitare di far conoscere a tali soggetti i suoi dati;
- proporle prodotti e servizi sulla base dei dati generati nel caso lei utilizzi strumenti che permettano la rilevazione della sua posizione nel territorio.

In particolare, potremo:

- inviare materiale pubblicitario;
- promuovere la vendita diretta;
- compiere ricerche di mercato;
- proporre la comunicazione commerciale di prodotti della singola Compagnia e/o delle società del Gruppo AXA Italia;
- invitarla ad eventi istituzionali del Gruppo AXA.

Queste attività saranno effettuate da AXA, da società appartenenti allo stesso Gruppo, da agenti e collaboratori, i quali agiranno come responsabili ed incaricati nominati dal Titolare.

Precisiamo inoltre che, in caso di suo consenso, potremo inviarle messaggi utilizzando sia strumenti tradizionali (posta e telefono) sia strumenti automatici (posta elettronica, sms, push notification, social media ed altri servizi di messaggistica e di comunicazione telematica) e tramite l'area web riservata, l'app a sua disposizione, fermo restando che lei ha in ogni momento la possibilità di limitare l'effetto del suo consenso solo ad uno degli strumenti di comunicazione sopra indicati.

Base giuridica del trattamento: per la finalità commerciale e di marketing 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. **Il consenso** che le chiediamo **è facoltativo**. In mancanza o in caso di revoca, non vi sono effetti sull'erogazione dei servizi assicurativi, ma non potrà conoscere le nostre offerte, né partecipare alle iniziative sopra indicate.

c) **Trattamento dei dati personali per attività di profilazione**

Con il suo specifico e separato **consenso**, potremo svolgere attività di profilazione attraverso l'analisi dei suoi **dati personali non sensibili**, con lo scopo di rilevare i suoi comportamenti e preferenze in relazione a specifici prodotti e/o servizi, anche attraverso trattamenti e decisioni automatizzate, compresa la profilazione, per consentirle di accedere a vantaggi personalizzati, di ricevere proposte maggiormente in linea con i suoi bisogni e migliorare l'offerta dei nostri prodotti.

Il consenso espresso potrà essere revocato in qualsiasi momento. Se decide di farlo, non vi sono effetti sull'erogazione dei servizi assicurativi. Tale revoca non pregiudica la liceità di qualsiasi trattamento effettuato prima di esso.

Per tali attività e finalità precisiamo che potremo utilizzare, unitamente ai suoi dati personali da lei forniti, anche:

- informazioni ottenute attraverso la consultazione di banche dati pubbliche quali, ad esempio, Catasto e i pubblici registri dell'Agenzia delle Entrate;
- informazioni elaborate da terzi come Titolari o Responsabili del trattamento dei dati.

Precisiamo, inoltre, che fornendo tale consenso, al solo scopo di assunzione del rischio assicurativo e per la determinazione di eventuali vantaggi, quali sconti/premi e tariffe personalizzate, a seconda del prodotto scelto, potremo utilizzare:

- informazioni sull'affidabilità creditizia (cd. Credit scoring), basata su dati dell'interessato ed informazioni pubbliche allo stesso riferibili (es. presenza di eventi negativi, quali protesti o fallimenti sul soggetto valutato e sulle persone giuridiche ad esso collegate in base ai dati camerali quali carica sociale o partecipazioni). Tali informazioni sono elaborate anche da un soggetto terzo (che opera come Titolare autonomo o responsabile del trattamento dei dati sottesi al merito creditizio) per determinare, tramite attività di profilazione, un indicatore di rischio creditizio dell'interessato. A seguito di ogni quotazione, se l'interessato ha espresso il consenso alla profilazione, si verifica una chiamata alla banca dati del soggetto terzo (processo automatizzato) che restituisce l'indicatore del rischio creditizio del cliente. A tale indicatore è associato uno sconto (determinato sulla base di analisi statistiche di rischiosità del cliente) che porta l'interessato ad avere un beneficio sul premio di tariffa;
- dati prelevati da banche dati pubbliche afferenti al grado di rischiosità dell'interessato o del mezzo assicurato, a titolo di esempio non esaustivo i punti della patente, le sanzioni derivanti dalle violazioni del codice della strada, lo stato delle revisioni del veicolo, etc. Anche in questo caso, a seguito di ogni quotazione, se l'interessato ha espresso il consenso alla profilazione, si verifica una chiamata alla banca dati del soggetto terzo (processo automatizzato) che restituisce, nello specifico, lo stato di revisione del veicolo. A tale stato (revisione sì/no) è associato uno sconto (determinato sulla base di analisi statistiche di rischiosità del cliente) che porta l'interessato ad avere un beneficio sul premio di tariffa.

Infine, sempre previo suo consenso alla profilazione, inseriremo nelle comunicazioni commerciali, un mezzo tecnico, denominato pixel e inserito all'interno dei messaggi mail, push notification e landing page accessibili dagli SMS, che raccoglierà le informazioni relative ai dati di consegna, apertura (nel caso delle sole mail) e di click consentendoci in questo modo:

- di tracciare nello storico dei contatti il suo comportamento rispetto al messaggio (apertura, click);
- di effettuare attività di comunicazione personalizzate in base all'interazione da lei avuta con il messaggio ricevuto.

Base giuridica del trattamento: per le attività di profilazione, la base giuridica che legittima il trattamento è la manifestazione del consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati personali per tale specifica finalità. **Il consenso** che le chiediamo **è facoltativo**. In mancanza non vi sono effetti sull'erogazione dei servizi assicurativi.

A chi sono comunicati i dati?

In AXA, i dati sono trattati da dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità alle istruzioni ricevute, per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

In particolare, secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati sono comunicati a taluni dei seguenti soggetti:

- assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, contraente delle polizze, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, Società di Gestione del Risparmio, SIM; legali; periti; medici; autofficine; centri di demolizione di autoveicoli;
- società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, tra cui centrale operativa di assistenza, società di consulenza, strutture sanitarie convenzionate; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela); società di revisione e di consulenza; società che gestiscono sistemi di informazioni creditizie ai sensi del Codice deontologico di cui all'allegato A.5 del Codice privacy; società di informazione commerciale per rischi finanziari ai sensi del Codice deontologico di cui all'allegato A.7 del Codice privacy; società di servizi per il controllo delle frodi ed il monitoraggio delle attività di distribuzione; società di recupero crediti; società che verificano l'accessibilità a finanziamenti per il pagamento dei premi. Si precisa che il Titolare fornirà alle società che gestiscono sistemi di informazione creditizie e sistemi di informazione commerciale per rischi commerciali esclusivamente i dati personali necessari per la consultazione dei dati di tali sistemi;
- società del Gruppo a cui appartiene la nostra Compagnia (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, nonché ove previsto alla Cassa Assistenza Assicurazioni AXA), per attività amministrativo-contabili o di gestione del rapporto assicurativo;
- società partner, autonome titolari del trattamento:
    - se applicabile al singolo prodotto, per la fornitura di garanzie e servizi connessi e strumentali all'esecuzione del contratto assicurativo (es. prevenzione rischi cyber; servizio di antifurto);
    - per attività di studio statistico sulla base di clienti AXA, anche strumentali a future evoluzioni della Compagnia (ad esempio negli ambiti di sofisticazione della tariffazione, ottimizzazione della gestione dei sinistri e studio di nuove offerte commerciali sulla base dei comportamenti dei clienti);
    - ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); nonché altri soggetti, quali: Banca d'Italia; Casellario Centrale Infortuni; Ministero delle infrastrutture - Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Ministero del lavoro e della previdenza sociale; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAI, INPGI, ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria; Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV. FF; VV. UU); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia - operanti talvolta anche al di fuori dell'Unione Europea (es. India) - 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*: *www.axa.it/privacy/ulteriore documentazione - Binding Corporate Rules*) per i trasferimenti all'interno del Gruppo AXA, l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea per 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.
Resta inteso che il Titolare potrà agire anche avvalendosi di società esterne specializzate, nonché di società di servizi informatici, telematici, di archiviazione e postali cui vengono affidati compiti di natura tecnica od organizzativa. Tali soggetti terzi agiranno attenendosi alle istruzioni e alle procedure di sicurezza che AXA avrà definito per tutelare pienamente la sua riservatezza.

I Suoi dati personali saranno utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per effettuare le attività suddette e non verranno diffusi. Per maggiori informazioni sul trasferimento internazionale dei dati personali, è sempre possibile contattare il Titolare, c.a. Data Protection Officer (DPO), (si veda par. *Quali sono i diritti dell'interessato e come possono essere esercitati?*)

Per quanto tempo i dati vengono conservati?

I dati personali sono conservati per tutto il tempo necessario al raggiungimento della finalità assicurativa, in accordo a quanto previsto dalla normativa vigente (es. art. 2220 codice civile), fermo restando che, decorsi **10 anni** dall'ultimo evento rilevante, si procede alla loro cancellazione/anonimizzazione. Si precisa che, per alcuni prodotti assicurativi del ramo Vita, nonché per il rispetto di specifici obblighi normativi e regolamentari (ad esempio in materia di tenuta dei Registri Assicurativi dei contratti emessi nei rami Vita), il periodo di conservazione dei dati è fissato in **20 anni** dall'ultimo evento.

Per le finalità commerciali e di marketing, in caso di manifestazione dei consensi opzionali richiesti, i dati raccolti saranno conservati per il tempo necessario coerente con le finalità indicate (e comunque per non più di **24 mesi** dalla cessazione del rapporto).

I dati relativi alla profilazione sono conservati per un periodo massimo di **12 mesi** dalla loro raccolta.

Per maggiori informazioni, si invita a visitare la sezione privacy del sito web *www.axa.it*

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 ☐ M ☐ 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 ☐ Fino a 50.000€ ☐ Tra 50.001€ e 100.000€ ☐ 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 ☐ Fino a 500.000€ ☐ Tra 500.001€ e 1.000.000€ ☐ Superiore a 1.000.000€

Settore	SAE	RAE

ATECO	e-mail	Telefono

FAC-SIMILE

RAPPRESENTANTE LEGALE

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Sesso ☐ M ☐ 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 ☐ M ☐ 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 ☐ M ☐ F

Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia

Indirizzo di residenza	Comune di residenza	Provincia	C.A.P.

Nazione di residenza	Professione

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: ……. **Soluzione:** ☐ Libera ☐ Libera - Key Man ☐ Unica

☐ **GARANZIA "DECESSO" :** Capitale Assicurato Euro …… **Durata in anni** …… **Scadenza garanzia** ……

☐ **GARANZIA "MALATTIA GRAVE":** Capitale Assicurato Euro …… **Durata in anni** …… **Scadenza garanzia** ……

☐ **GARANZIA "PERDITA DELL' AUTOSUFFICIENZA":** Rendita mensile Assicurata Euro…… **Durata** …… **Durata pagamento premi in anni** ……

Capitale una tantum Euro……

☐ **"SOLUZIONE UNICA" :** Capitale Assicurato Euro …… **Durata in anni** …… **Scadenza garanzia** ……

☐ **Sconto sul Premio**: Percentuale di Sconto sul Premio ……%

Frequenza dei versamenti: ☐ Mensile ☐ Trimestrale ☐ Semestrale ☐ Annuale

Premio di rata:	**Euro** …… *di cui*	**Con Sconto del** ……**%:**	**Euro** …… *di cui*
- Importo netto garanzia "Decesso"	*Euro* ……		*Euro* ……
- Importo netto garanzia "Malattia Grave"	*Euro* ……		*Euro* ……
- Importo netto garanzia "Perdita dell'autosufficienza"	*Euro* ……		*Euro* ……
- Importo netto "soluzione unica"	*Euro* ……		*Euro* ……
- Sovrappremio	*Euro* ……		*Euro* ……
- Interessi di frazionamento	*Euro* ……		*Euro* ……
- Tasse	*Euro* ……		*Euro* ……
Premio al perfezionamento:	**Euro** ……		**Euro** ……

(in caso di frazionamento mensile, se consentito dalla tariffa, 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 esser stato informato, prima della sottoscrizione del contratto, della coerenza del prodotto alle richieste ed esigenze del contraente o dell'assicurato, nonché di aver ricevuto, ai sensi dell'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 e degli artt. 10, 11 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018, gli Allegati 3, 4 e 4-ter (ove previsto) e il Set informativo composto da: Documento Informativo Precontrattuale (DIP), Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni di assicurazione comprensive di Glossario, Informativa Privacy 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 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 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. 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, ai sensi dell'art. 11 del Reg. 41/2018 IVASS, le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.**

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.

***

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
_____	_____

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

VINCOLO

La 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 ☐ M ☐ 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 ☐ M ☐ 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

FAC-SIMILE

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. **Per la sottoscrizione del presente Contratto è richiesto il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica.**
Gli Assicurati con età non superiore a 60 anni che hanno scelto la Soluzione Unica di AXA Assicurazioni possono limitarsi alla sottoscrizione della "**Dichiarazione di buono stato di salute dell'Assicurato**." Gli Assicurati con capitale assicurato non superiore a € 300.000 per la sola copertura assicurativa caso morte o "malattia grave" ed età non superiore a 60 anni e gli Assicurati che hanno scelto la solo garanzia "Perdita dell'autosufficienza" possono limitarsi alla compilazione del "**Questionario sanitario**".

A. È fumatore? (Obbligatoria sia per la Dichiarazione di buono stato di salute sia per il Questionario sanitario) ☐ SI ☐ NO
Per non fumatore si intende chi non fuma nemmeno sporadicamente da più di 12 mesi sigarette, sigari, pipe o sigarette elettroniche.

B. Intende sottoporsi a visita medica per eliminare il periodo di carenza previsto dalle Condizioni Contrattuali e/o allegare il referto del test HIV per eliminare la carenza relativa? (specificare quale:.....) ☐ SI ☐ NO

C. DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO *(solo per la Soluzione Unica)*

Dichiaro che:
- nel corso degli ultimi 10 anni, non ho mai avuto sintomi e non ho mai ricevuto una diagnosi e non sono in corso accertamenti e non ho in programma di effettuare accertamenti per disturbi al cuore, ai polmoni, per disturbi circolatori, per ipertensione, ictus, diabete, disturbi al rene, fegato, disturbi neurologici, l'infezione da HIV o l'AIDS, epatite B o C, cancro, melanoma, tumore/grumi/polipi di qualsiasi dimensione o tipo
- nel corso degli ultimi 5 anni non sono mai stato ricoverato per più di 10 giorni consecutivi;
non beneficio di esenzione dal ticket sanitario né di pensione da invalidità in ragione di patologie croniche e/o rare né ne ho fatto richiesta.

Avvertenza: le informazioni/dichiarazioni 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).

Luogo e data	Firma dell'incaricato	Legale Rappresentante/Esecutore	Firma dell'Assicurato
_____	_____	_____	_____

D. QUESTIONARIO SANITARIO

1. Ha in vigore con AXA Assicurazioni polizze Vita che prevedono un capitale in caso di morte o malattie gravi? ☐ SI ☐ NO
2. Intende sottoporsi a visita medica per eliminare il periodo di carenza previsto dalle Condizioni Contrattuali e/o allegare il referto del test HIV per eliminare la carenza relativa? (specificare quale) ☐ SI ☐ NO
3. Il suo peso e la sua altezza NON rientrano in una delle fasce indicate? ☐ SI ☐ NO

Cm	145-149	150-154	155-159	160-164	165-170	170-174	175-179	180-184	185-189	190-194
Kg	40-72	43 - 77	46 – 82	48 - 87	52 - 93	54 - 98	58 - 104	61 - 110	64 - 116	68 - 123

FAC SIMILE

4. Le è mai stata rifiutata o rinviata una copertura assicurativa per caso morte o malattia grave, o accettata con un sovrappremio o con la previsione di esclusione a causa di problemi di salute o beneficia di esenzione totale dal ticket sanitario in ragione di patologie croniche e/o rare oppure ha fatto richiesta per ottenerla? ☐ SI ☐ NO
5. È attualmente impegnato o ha intenzione di impegnarsi in qualsiasi sport o attività pericolose*? ☐ SI ☐ NO

   **Per professioni e attività sportive a rischio si intendono ad esempio addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili, personale militare impiegato in missioni all'estero; alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di persona esperta, pugilato, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico, bobsleigh (guidoslitta), skeleton (slittino), rugby, immersione con autorespiratore, spele ologia, paracadutismo e sport aerei in genere, gare automobilistiche e/o motociclistiche, baseball, hockey, equitazione.*
6. Le è mai stato consigliato di sottoporsi o è mai stato sottoposto a trattamenti medici o ha mai subito ricoveri o interventi chirurgici per qualcuno dei disturbi o delle patologie indicate? ☐ SI ☐ NO

   Disturbi del sistema nervoso (convulsioni, crisi epilettiche, ictus cerebrale, paralisi o paresi, svenimenti, cefalee severe o qualsiasi altra malattia del sistema nervoso o neuropsichiatrico), malattie dell'apparato cardio-vascolare (elevati valori pressori, infarto, aritmia cardiaca, qualunque tipo di cardiopatia o di malattia delle arterie), disturbi dell'apparato respiratorio (asma, enfisema, bronchite cronica), malattie dell'apparato digerente (ulcera gastrica o duodenale, epatite cronica o cirrosi epatica, malattie dell'intestino, del retto, del fegato o del pancreas) disturbi dell'apparato genito-urinario (coliche renali, insufficienza renale, malattie dell'apparato genitale femminile o maschile), malattie metaboliche o endocrine (diabete, disturbi della tiroide, gotta), qualsiasi tipo di malattia del sangue e degli organi ematopoietici (anemia, sideropenia, linfopatie, mielopatie), malattie delle ossa e articolazioni (fratture della colonna, anchilosi, osteoporosi), qualsiasi tipo di tumore (cancro, melanoma, cisti, polipi), malattie infettive (epatite B o C, o HIV), abuso di alcool o dipendenza da qualsiasi tipo di droga.
7. Ha programmato di effettuare, sta effettuando o le è mai stato consigliato di effettuare un trattamento medico per problemi di salute oppure attende dei risultati di analisi o test medici? ☐ SI ☐ NO
8. A prescindere dalle condizioni di cui ai precedenti punti, le sono stati mai prescritti farmaci da un medico o altro operatore sanitario per un periodo superiore a 5 giorni (ad eccezione dei normali raffreddori, influenze, o patologie di simile entità)? ☐ SI ☐ NO
9. Nella sua famiglia (padre, madre, fratello o sorella) è mai stata diagnostica, prima dei 60 anni, una delle seguenti malattie: cancro, infarto, ictus, malattia di Huntington, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson o qualsiasi altra malattia ereditaria? ☐ 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 informazioni riportate nel questionario;
- Le informazioni/dichiarazioni 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);
- 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.

Luogo e data	Firma dell'incaricato	Firma del Contraente/ Legale Rappresentante/Esecutore	Firma dell'Assicurato
_____	_____	_____	_____

AXA Assicurazioni S.p.A.

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 (cambiario, 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).

FAC-SIMILE

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 ADDEBITO SU CONTO CORRENTE delle DISPOSIZIONI SEPA DIRECT DEBIT – Importo Prefissato

CODICE MANDATO	INTESTAZIONE DEL CONTO CORRENTE
	Cognome .....
NOME E COGNOME DEL CONTRAENTE	Nome .....
	Indirizzo .....
CODICE FISCALE DEL CONTRAENTE	Comune ..... CAP.....
NUMERO DELLA PRESENTE PROPOSTA	
CODICE IDENTIFICATIVO CREDITORE	IBAN DEL CONTO DA ADDEBITARE
IT87Y0100000000090217001 8	

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

Ultimo aggiornamento: maggio 2023

Chi decide perché e come trattare i dati?

AXA Assicurazioni S.p.A., con sede in Corso Como 17 - 20154 Milano (note societarie complete su *www.axa.it*), e-mail: *privacy@axa.it* (di seguito anche "**AXA**", il "**Titolare**" o la "**Compagnia**") è il **titolare del trattamento** dei **dati personali**, cioè delle informazioni a lei riferite (quali ad esempio i dati identificativi e di contatto, dati di salute e, limitatamente a quanto prescritto dalla normativa vigente, dati giudiziari). Qualora i dati forniti da lei o da terzi, o acquisiti consultando elenchi e registri legittimamente accessibili, si riferiscano a soggetti minori di età sui quali lei esercita la responsabilità genitoriale o la tutela legale, ovvero a familiari/congiunti per l'esecuzione di prestazioni assicurative (es. polizze collettive), le presenti informazioni e le dichiarazioni di volontà formulate rispetto alle richieste di consenso si intendono riferite anche ai trattamenti su questi dati.

Quali sono i dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati – DPO

Il Responsabile della Protezione di Dati (DPO – Data Protection Officer) può essere contattato rivolgendosi ad AXA Assicurazioni S.p.A. - Corso Como 17 - c.a. Data Protection Officer - 20154 Milano (MI) - e-mail: *privacy@axa.it*.

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

Lei ha il diritto di accedere ai suoi dati personali, farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne la limitazione e di opporsi al loro trattamento, richiedere la portabilità dei dati, revocare i consensi espressi 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, ottenere informazioni sui trasferimenti verso paesi che non fanno parte dell'Unione Europea e sul legittimo interesse di AXA.

Per l'**esercizio dei suoi diritti**, lei può rivolgersi ad AXA Assicurazioni S.p.A. - Corso Como 17 - c.a. Protection Officer - 20154 Milano (MI) - e-mail: *privacy@axa.it*.

Inoltre, Lei potrà proporre reclamo all'Autorità di controllo in materia di protezione dei dati person Italia il Garante per la protezione dei dati personali: Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma (+39) 06.69 *protocollo@pec.gpdp.it*

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

a) **Finalità assicurativa**

I dati personali sono trattati per svolgere adeguatamente l'attività assicurativa (assunzione e gestione dei rischi effettuati dall'impresa di assicurazione) e per gestire il rapporto assicurativo.
Il trattamento dei dati è necessario per dare esecuzione al contratto o alle misure precontrattuali richieste, per adempiere obblighi di legge (es. norme per contrastare il terrorismo internazionale, il finanziamento al riciclaggio, in base alle quali saranno trattati anche i **dati giudiziari**), 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 esplicito** dell'interessato.

Senza i dati ed il consenso esplicito al trattamento dei dati sensibili (dati di salute) 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 personali non sensibili 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 o in caso di revoca del consenso, non vi sono effetti sulle garanzie ed i servizi assicurativi, ma l'interessato perderà l'opportunità di conoscere le nostre offerte e partecipare alle iniziative di marketing. Tale revoca non pregiudica la liceità di qualsiasi trattamento effettuato prima di esso.

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. In mancanza o in caso di revoca del consenso, non vi sono effetti sui servizi assicurativi. Tale revoca non pregiudica la liceità di qualsiasi trattamento effettuato prima di esso.

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 (es. India), sono assicurate le garanzie previste dalla vigente normativa (es. per trasferimenti all'interno del Gruppo AXA sono applicate le cd. *BCR - Binding Corporate Rules*: *www.axa.it/privacy/ulteriore documentazione - Binding Corporate Rules*). Per maggiori informazioni sul trasferimento internazionale dei dati personali, è sempre possibile contattare il Titolare, c.a. Data Protection Officer (DPO), (si veda par. Quali sono i diritti dell'interessato e come possono essere esercitati?). **I dati non sono ceduti a terzi, né diffusi**.

Da dove sono raccolti i dati trattati?

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

Per quanto tempo i dati vengono conservati?

I dati personali sono conservati per tutto il tempo necessario al raggiungimento della finalità assicurativa, in accordo a quanto previsto dalla normativa vigente (es. art. 2220 codice civile), fermo restando che, decorsi 10 anni dall'ultimo evento, si procede alla loro cancellazione/anonimizzazione. Si precisa che, per alcuni prodotti assicurativi del ramo Vita, nonché per il rispetto di specifici obblighi normativi e regolamentari (ad esempio in materia di tenuta dei Registri Assicurativi dei contratti emessi nei rami Vita), il periodo di conservazione dei dati è fissato in 20 anni dall'ultimo evento.

Per le finalità commerciali e di marketing, in caso di manifestazione dei consensi opzionali richiesti, i dati raccolti saranno conservati per il tempo necessario coerente con le finalità indicate (e comunque per non più di 24 mesi dalla cessazione del rapporto).

I dati relativi alla profilazione sono conservati per un periodo massimo di 12 mesi dalla loro raccolta.

L'informativa completa 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.

axa.it

AXA Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Corso Como 17, 20154 Milano - Italia
Tel. (+39) 02 480841 - 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)

Mod. 4823 – ed. gennaio 2024