

# Valore Azienda

ASSICURAZIONE COLLETTIVA PER IL CASO DI  
MORTE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DEL GLOSSARIO E  
DELL'INFORMATIVA SULLA PRIVACY



Edizione Luglio 2024

# Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche

Lo scorso 2 gennaio 2024 è entrata in vigore la legge in materia di “Oblio oncologico” (Legge 7 Dicembre 2023 n. 193, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 294 del 18 dicembre 2023, recante “Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche”, con l’introduzione del cosiddetto “diritto all’oblio oncologico” – “Legge”).

Il termine “oblio oncologico” esprime convenzionalmente il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica (tumore) di poter scegliere di non fornire informazioni, né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica, nei casi previsti dalla Legge, tra i quali risultano ricompresi: la stipulazione o il rinnovo di contratti assicurativi. Secondo la norma, un soggetto può ritenersi guarito da una patologia oncologica, quando le cure ed i trattamenti attivi si sono conclusi, senza che si siano manifestati episodi recidivanti (quali ricadute), da più di 10 anni al momento della richiesta di informative specifiche sul suo stato di salute. Se la patologia è insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età, questo intervallo temporale viene ridotto a 5 anni.

In occasione della stipula o rinnovo di contratti assicurativi, non possono essere altresì applicati limiti, costi e oneri aggiuntivi né trattamenti diversi rispetto a quelli previsti per la generalità dei contraenti a legislazione vigente.

È inoltre vietato richiedere, ai fini della stipula, l’effettuazione di visite mediche di controllo e di accertamenti sanitari.

Qualora le informazioni sulla patologia siano state fornite precedentemente, queste non possono essere utilizzate ai fini della valutazione del rischio, decorso il termine stabilito dalla legge. A tal fine, il contraente invia tempestivamente la certificazione, mediante raccomandata con avviso di ricevimento o posta elettronica certificata.

Entro trenta giorni dal ricevimento della certificazione, le informazioni in precedenza acquisite dovranno essere cancellate.

La violazione delle disposizioni nella stipula dei contratti successiva all’entrata in vigore della Legge determina la nullità delle singole clausole contrattuali difformi rispetto ai principi dichiarati dalla legge e non comporta la nullità del contratto.

La nullità opera soltanto a vantaggio della persona fisica contraente ed è rilevabile d’ufficio.

La piena applicazione della legge avverrà con l’emanazione di alcuni provvedimenti, nell’arco dei prossimi 6 mesi, funzionali anche alla predisposizione di eventuali moduli e formulari; in particolare, entro 60 giorni dall’entrata in vigore della Legge, il Ministero della Salute disciplinerà le modalità e le forme per la certificazione, senza oneri per l’assicurato, della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell’applicazione delle disposizioni di legge.

In attesa di detti provvedimenti attuativi, i contratti stipulati dopo la data di entrata in vigore della legge devono conformarsi ai principi da essa introdotti.

In ossequio a detta disposizione, in caso di stipula di un nuovo contratto o di rinnovo di uno esistente, ancorché venga somministrato un questionario sullo stato di salute, non sussiste l’obbligo di palesare patologie oncologiche pregresse, qualora si ritenga ricorrano le condizioni per la certificazione della guarigione nei termini di legge.

L’assicurato non incorrerà nelle conseguenze per dichiarazioni inesatte o reticenze informative, avendo diritto alla liquidazione dell’indennizzo secondo il contratto.

Per maggior chiarezza, permangono gli obblighi di accuratezza informativa verso l’Impresa di assicurazione, qualora non ricorrano le condizioni per la certificazione, al momento della stipula del contratto.

## AGGIORNAMENTO DEL 22 Marzo 2024

Il Ministero della Salute con decreto del 22 Marzo 2024 ha fornito alcune specificazioni mirate ad introdurre tempistiche ridotte per alcune tipologie tumorali per il maturarsi dell'oblio oncologico, riportati nell'allegato I che di seguito trascriviamo.

Qui di seguito la tabella delle patologie per le quali è previsto un termine ridotto per il maturarsi dell'oblio oncologico rispetto al limite dei dieci anni (o cinque se diagnosi precedente al compimento del 21° anno di età) dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico:

Tipo di tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età'	1
Colon-retto	Stadio II-III, >21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età'	1
Utero, collo	>21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età'	5
Testicolo	Qualsiasi età'	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni - uomini con diagnosi <45 anni. Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età'	5



# Indice

Sezione 1 - Norme Generali .....	3
1.1 Dichiarazioni della Contraente e dell'Assicurato .....	3
1.2 Diritto di recesso.....	4
1.3 Riscatto e prestiti.....	4
1.4 Vincolo.....	4
1.5 Foro Competente .....	4
1.6 Controversie.....	4
1.7 Valuta .....	4
1.8 Regime fiscale .....	5
1.9 Antiriciclaggio.....	5
Sezione 2 – Condizioni Contrattuali .....	6
Premessa .....	6
2.1 Prestazioni assicurate e garanzie offerte .....	6
2.2 Decorrenza del Contratto .....	6
2.3 Limiti di Età .....	6
2.4 Durata Contrattuale.....	6
2.5 Premio .....	7
2.5.1 Mancato pagamento del Premio (Risoluzione) .....	7
2.5.2 Sconti .....	7
Sezione 3 – Criteri Assuntivi .....	8
3.1 Copertura assicurativa in caso di decesso .....	8
3.2 Accertamenti sanitari degli Assicurati .....	8
3.3 Inclusioni nel corso del periodo assicurativo.....	9
3.4 Esclusioni nel corso del periodo assicurativo.....	9
Sezione 4 – Denuncia e Liquidazione del sinistro .....	10
4.1 Beneficiari .....	10
4.2 Esclusioni e limitazioni .....	10
4.3 Denuncia del sinistro .....	11
4.4 Sinistro che colpisca più teste.....	11
4.5 Pagamenti della Compagnia.....	11
Informativa generale sul trattamento dei dati Personali	
A) Trattamento dei suoi dati personali per finalità assicurative	
B) Trattamento dei dati personali comuni per attività commerciali e di marketing	

## Glossario

Edizione luglio 2024

Assicurato:	è la persona sulla cui vita viene stipulato il contratto
Beneficiario:	è la persona fisica o giuridica designata dall'Assicurato cui sono erogate le prestazioni previste dal Contratto.
Capitale Assicurato:	è la prestazione in forma di Capitale che la Compagnia corrisponde ai Beneficiari designati in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della Durata Contrattuale.
Compagnia:	AXA Assicurazioni S.p.A., con la quale viene stipulato il Contratto.
Contraente:	la persona giuridica che stipula il Contratto con la Compagnia e si impegna al versamento del Premio di polizza.
Contratto (o polizza):	il presente Contratto di assicurazione sulla vita denominato "Valore Azienda (tariffa 1023)". La polizza fornisce la prova dell'esistenza del rapporto contrattuale di assicurazione con la Compagnia.
Costi (o spese):	oneri a carico della Contraente gravanti sul Premio.
Data di Decorrenza e perfezionamento del Contratto:	è la data a partire dalla quale il Contratto si considera concluso e produce i suoi effetti.
Data di Scadenza:	data in cui cessano gli effetti del Contratto.
Diritti (propri) dei Beneficiari:	diritto dei Beneficiari alle prestazioni del Contratto dovute dalla Compagnia; è acquisito per effetto della designazione della Contraente.
Durata Contrattuale:	periodo che intercorre dalla Data di Decorrenza alla Data di Scadenza del Contratto.
Esclusioni:	rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del Contratto di assicurazione.
Viaggi di lavoro:	per viaggio di lavoro o di trasferta si intende, il tempo impiegato dal dal dipendente per effettuare gli spostamenti dalla propria abitazione per raggiungere una sede di lavorativa diversa da quella abituale stabilita dal contratto di assunzione (e viceversa)

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

Perfezionamento del Contratto:	coincide con la Data di Decorrenza del Contratto a condizione che la Contraente abbia pagato il Premio Totale e abbia compilato e sottoscritto la Proposta Contrattuale e il questionario sanitario e che quest'ultimo sia stato accettato dalla Compagnia.
Premio Totale:	importo che la Contraente deve corrispondere alle scadenze pattuite nel corso della Durata Contrattuale.
Proposta Contrattuale:	modulo sottoscritto dalla Contraente, in qualità di proponente, con il quale conferma di avere ricevuto, letto e valutato tutti i documenti inclusi nel Set Informativo del Contratto e manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il Contratto. È soggetto all'approvazione della Compagnia.
Recesso:	diritto della Contraente di recedere dal Contratto e farne cessare gli effetti, da comunicarsi alla Compagnia entro 30 giorni dal perfezionamento del Contratto.
Revoca:	diritto della Contraente di revocare la propria Proposta Contrattuale prima del perfezionamento del Contratto.

# Contratto di assicurazione collettiva in forma di temporanea di gruppo per il caso morte degli Assicurati della Contraente

## Sezione 1 - Norme Generali

- 1.1 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato
  - 1.2 Recesso
  - 1.3 Riscatti e Prestiti
  - 1.4 Vincolo
  - 1.5 Foro competente
  - 1.6 Controversie
  - 1.7 Valuta
  - 1.8 Regime fiscale
  - 1.9 Antiriciclaggio
- 

### 1.1 Dichiarazioni della Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete.

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.

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, 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 inoltrare per iscritto ad AXA Assicurazioni S.p.A. (per posta ordinaria o fax) eventuali comunicazioni inerenti:

- 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.



### 1.2 Diritto di recesso

La Contraente ha diritto di recedere dal Contratto entro trenta giorni dal momento in cui è informata che lo stesso è concluso.

Il Recesso deve essere comunicato per iscritto alla Compagnia, mediante lettera raccomandata contenente gli estremi identificativi della polizza, ed inviata alla Compagnia (rif. Ufficio Front Office Contabilità Tecnica, Corso Marconi, 10 - 10125 Torino -TO-) eventualmente per il tramite del Soggetto Incaricato del collocamento.

Il Recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto a decorrere dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della comunicazione di Recesso quale risulta dal timbro postale di invio.

Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione del Recesso, la Compagnia rimborsa alla Contraente il Premio da questa eventualmente corrisposto al netto della parte relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

L'impresa rinuncia al diritto di recuperare le spese sostenute per l'emissione del Contratto.

### 1.3 Riscatto e prestiti

Non è prevista la possibilità di riscattare il Contratto né quella di ottenere la concessione di prestiti.

### 1.4 Vincolo

L'Assicurato può vincolare le somme assicurate. Tale atto diventa efficace solo quando la Compagnia, ne faccia annotazione sull'originale del Modulo di Adesione o su Appendice.

### 1.5 Foro Competente

Per le controversie relative al contratto di assicurazione è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo della sede, residenza o di domicilio elettivo della Contraente o dell'Assicurato previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ai sensi della Legge 9 agosto 2013 n. 98, salvo eventuali modifiche successive.

### 1.6 Controversie

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sulla natura delle lesioni o della malattia, sul grado di invalidità permanente, sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, 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 invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e 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.

Le Parti 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.

### 1.7 Valuta

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

### 1.8 Regime fiscale

I premi versati sono esenti da imposta.

L'eventuale applicazione di ulteriori disposizioni fiscali può dipendere da elementi diversi quali, ad esempio, la fonte istitutiva dell'assicurazione collettiva, la natura delle prestazioni corrisposte, i soggetti che sopportano l'onere economico del premio, ecc.

In presenza di casi particolarmente complessi, si consiglia di avvalersi di una adeguata e professionale assistenza in campo fiscale.

Le prestazioni erogate non sono soggette ad alcuna tassazione.

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.

Il regime fiscale deve tuttavia 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 di AXA Assicurazioni S.p.A. l'espletamento degli adempimenti dichiarativi ed il pagamento del tributo per conto del Contraente.

In caso di omessa comunicazione, AXA Assicurazioni S.p.A. avrà diritto di rivalsa sul Contraente per le somme versate all'Autorità fiscale dello Statoestero 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.

### 1.9 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 risarcimento o garantire alcuna indennità in virtù del presente Contratto, qualora tale copertura, pagamento o indennità possano esporli a divieti, sanzioni economiche o restrizioni ai sensi di risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America, ove applicabili in Italia.

### 1.10 Sanzioni internazionali

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.

## Valore Azienda – luglio 2024

### Sezione 2 – Condizioni Contrattuali

#### Premessa

- 2.1 Prestazioni assicurate e garanzie offerte
  - 2.2 Decorrenza del Contratto
  - 2.3 Limiti di Età
  - 2.4 Durata Contrattuale
  - 2.5 Premio
    - 2.5.1 Mancato pagamento del Premio (Risoluzione)
    - 2.5.2 Sconti
- 

#### Premessa

Le presenti Condizioni di Assicurazione disciplinano la polizza Temporanea di Gruppo per il caso morte a premio monoannuale denominata “Valore Azienda (tariffa 1023)” destinata ad un gruppo di persone aventi caratteristiche omogenee.

#### 2.1 Prestazioni assicurate e garanzie offerte

L'assicurazione prevede la liquidazione di un capitale in un'unica soluzione ai Beneficiari in caso di decesso dell'Assicurato sempreché l'evento avvenga durante il periodo di validità della copertura assicurativa, a condizione che l'Assicurato sia incluso in assicurazione e la Contraente sia in regola con il pagamento dei premi.

Tale assicurazione, in particolare, presuppone:

- un'unica Contraente ed un unico Contratto di assicurazione in cui dovranno essere inclusi almeno 5 Assicurati in caso di adesione obbligatoria e 10 Assicurati in caso di adesione facoltativa;
- la possibilità di scegliere il Capitale assicurato di un importo pari a 25.000,00 Euro, 50.000,00 Euro oppure 100.000,00 Euro per ciascun Assicurato incluso nel contratto.

L'importo del Capitale Assicurato è indicato, per ciascuna testa, nell'Elenco degli Assicurati.

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, fatte salve le esclusioni previste dal presente contratto

#### 2.2 Decorrenza del Contratto

IL Contratto si intende concluso nel momento dell'accettazione da parte della Compagnia.

#### 2.3 Limiti di Età

La copertura assicurativa è attivabile e rinnovabile a condizione che l'età dell'assicurato alla sottoscrizione e alla ricorrenza annuale sia compresa tra 18 e 65 anni.

La copertura assicurativa non è rinnovabile per gli assicurati di età assicurativa pari a 66 anni.

#### Età dell'assicurato

Per età dell'Assicurato deve intendersi l'età assicurativa, ossia se dall'ultimo compleanno sono trascorsi meno di sei mesi l'età è quella compiuta; se invece sono trascorsi sei o più mesi, l'età è quella prossima da compiere.

#### 2.4 Durata Contrattuale

La copertura assicurativa viene prestata sulla base di un Contratto stipulato tra la Compagnia e la Contraente che riporta le condizioni specificatamente concordate tra le Parti. Il Contratto ha una durata

non inferiore a cinque anni e si rinnova automaticamente, di volta in volta, alla scadenza, per un anno, in mancanza di diversa volontà espressa a mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento da una delle Parti almeno trenta giorni prima della scadenza stessa.

In forza del contratto viene accesa una copertura assicurativa monoannuale rinnovabile di anno in anno in riferimento a ciascun assicurato incluso nel Contratto stesso.

Resta inteso che eventuali modifiche alle presenti Condizioni di polizza stabilite dall'Autorità di Vigilanza, dovranno essere applicate fin dal primo rinnovo annuale dell'assicurazione.

### 2.5 Premio

A fronte delle prestazioni assicurate, la Contraente è tenuta a pagare un premio, da corrispondere tramite un versamento unico annuale all'inizio di ciascun periodo assicurativo.

L'entità del premio dovuto per ciascun Assicurato dipende esclusivamente dal Capitale Assicurato prescelto, dallo stato di salute dell'Assicurato e dalle attività professionali svolte ed è indipendente dall'età e dal sesso dell'Assicurato.

Capitale Assicurato	Importi di premio
25.000,00 Euro	64,00 Euro
50.000,00 Euro	126,00 Euro
100.000,00 Euro	249,00 Euro

Gli importi sopraindicati tengono conto dei diritti fissi di seguito indicati:

Capitale Assicurato	Diritti fissi
25.000,00 Euro	2,25 Euro
50.000,00 Euro	2,20 Euro
100.000,00 Euro	2,00 Euro

Gli importi indicati non tengono conto delle valutazioni del rischio attinenti ad esempio alla professione ed allo stato di salute dell'Assicurato, che possono essere effettuate dalla Compagnia solo dopo che l'Assicurando abbia reso le necessarie informazioni e compilato il questionario sanitario (o, nei casi previsti, si sia assoggettato a visita medica).

#### 2.5.1 Mancato pagamento del Premio (Risoluzione)

In caso di mancato pagamento del Premio, trascorsi trenta giorni dalla scadenza dello stesso, la garanzia caso morte decade e i Premi pagati rimangono acquisiti dalla Compagnia.

A giustificazione del mancato pagamento del Premio, la Contraente non può opporre che la Compagnia non le abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio. Un versamento di somme parziali non costituisce pagamento del Premio.

Nel caso di uscite di Assicurati nel corso del periodo assicurativo per cause diverse dalla morte, sarà rimborsato il rateo di premio, relativo al periodo per il quale il rischio non viene coperto.

#### 2.5.2 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.

## Valore Azienda – luglio 2024

### Sezione 3 – Criteri Assuntivi

- 3.1 Copertura assicurativa in caso di decesso
  - 3.2 Documentazione sanitaria - accertamenti e dichiarazioni degli Assicurati
  - 3.3 Inclusioni nel corso del periodo assicurativo
  - 3.4 Esclusioni nel corso del periodo assicurativo
- 

#### 3.1 Copertura assicurativa in caso di decesso

La copertura assicurativa decorre dalla data indicata nella polizza ed è subordinata:

- alla presentazione dell'Atto di Adesione, sottoscritto dall'Assicurato, che contiene la presa di conoscenza ed il consenso all'assicurazione, qualora il contratto non sia stato stipulato in adempimento di Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria ovvero di Contratti e/o Accordi e/o Regolamenti Aziendali noti all'Assicurato;
- all'esito favorevole degli accertamenti sanitari eventualmente previsti;
- alle dichiarazioni rese dall'Assicurato al momento dell'adesione;
- al pagamento del premio

La Contraente si impegna per ciascun Assicurato, per il quale verrà richiesto l'inserimento in copertura assicurativa, a provvedere ai seguenti adempimenti:

- effettuare l'elencazione nominativa degli Assicurati, con l'indicazione della data e del luogo di nascita, del luogo di residenza, del codice fiscale e del capitale da garantire e della società di appartenenza, laddove diversa dalla Contraente. Gli elenchi degli Assicurati potranno essere forniti anche su supporto informatico, previo accordo con la Compagnia;
- consegnare l'informativa, ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e raccogliere il consenso degli Assicurati al trattamento di tali dati;
- consegnare copia delle presenti condizioni di polizza;
- consegnare ogni altro documento previsto dal contratto di assicurazione ovvero dalle condizioni di polizza.

La Contraente sarà tenuta a fornire ogni ulteriore documentazione richiesta dalla Compagnia per l'inserimento degli Assicurati nella polizza collettiva e per il pagamento delle prestazioni garantite.

La Contraente dovrà anche comunicare alla Compagnia – per consentire l'esatta valutazione dei rischi – l'esistenza di ogni altra polizza assicurativa sulla vita e sugli infortuni degli Assicurati, stipulata dalla stessa Contraente (e/o dalle società od enti ad essa raggruppati, convenzionati, associati o iscritti) o di cui la Contraente (e/o le società od enti ad essa raggruppati, convenzionati, associati o iscritti) fosse a conoscenza. La Compagnia terrà conto di tali eventuali altre polizze stipulate per l'individuazione della somma sotto rischio complessiva.

Le comunicazioni di cui al precedente comma devono essere effettuate per tutti i nuovi ingressi nel corso del periodo di validità dell'assicurazione.

Almeno 15 giorni prima della scadenza annuale dell'assicurazione, la Contraente dovrà comunicare, per il conseguente rinnovo, le eventuali modifiche intervenute nella Contraente medesima (e/o nelle società od enti ad essa raggruppati, convenzionati, associati o iscritti) e le eventuali variazioni da apportare per ciascun Assicurato.

#### 3.2 Accertamenti sanitari degli Assicurati

L'assicurazione sarà prestata, di norma, in base alle dichiarazioni rilasciate dalla Contraente o dagli Assicurati su un apposito modulo fornito dalla Compagnia concernente il loro stato di salute.

Le modalità assuntive, qualora si tratti di lavoratori dipendenti e l'assicurazione sia per essi stipulata da datori di lavoro in base a contratti collettivi oppure ad accordi o regolamenti aziendali, sono le seguenti:

Tipo di Gruppo	Capitale Assicurato: € 25.000,00	Capitale Assicurato: € 50.000,00	Capitale Assicurato: € 100.000,00
Contraente: Azienda con adesione obbligatoria	A	A	B
Contraente: Associazione con adesione facoltativa	B	B	B

dove:

A = Dichiarazione del datore di lavoro

B = Dichiarazione dell'Assicurato

La Compagnia si riserva comunque - anche in relazione alle caratteristiche del gruppo, all'entità dei capitali assicurati e, per le assicurazioni ad adesione facoltativa, alla numerosità degli Assicurati aderenti rispetto all'intero gruppo assicurabile - il diritto di richiedere particolari documentazioni od accertamenti sanitari da effettuarsi, questi ultimi, presso i propri medici fiduciari.

Il costo degli eventuali accertamenti sanitari è a carico della Contraente o dell'Assicurato.

La garanzia non può essere prestata sino all'avvenuta acquisizione da parte della Compagnia della suddetta documentazione e/o all'esecuzione degli accertamenti sanitari e accettazione da parte della stessa delle nuove somme assicurate perfezionata attraverso l'emissione di una apposita Appendice.

Si richiama l'attenzione della Contraente e degli Assicurati sulla necessità di leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute in contratto relative alla compilazione della documentazione sanitaria.

### 3.3 Inclusioni nel corso del periodo assicurativo

Per Assicurati inclusi in copertura, nel corso del periodo assicurativo, si applicherà un rateo di premio calcolato in 360esimi determinato riducendo il relativo premio annuo in proporzione alla durata della copertura a cui verranno sommati i diritti fissi.

Le operazioni di inclusione verranno perfezionate attraverso l'emissione di apposita Appendice da parte della Compagnia e contestuale pagamento del premio da parte della Contraente.

La garanzia assicurativa decorrerà dalle ore 24.00 del giorno di inclusione del singolo Assicurato in polizza e avrà scadenza alle ore 00.00 del 1° gennaio dell'anno successivo, rinnovandosi automaticamente di anno in anno.

### 3.4 Esclusioni nel corso del periodo assicurativo

Nel caso di uscite di Assicurati nel corso del periodo assicurativo per cause diverse dalla morte, sarà rimborsato il rateo di premio, relativo al periodo per il quale il rischio non viene coperto al netto dei diritti fissi.

Le operazioni di esclusione verranno perfezionate attraverso l'emissione di apposita Appendice da parte della Compagnia.

La garanzia assicurativa cesserà di essere operativa alle ore 24.00 del giorno di esclusione dalla polizza del singolo Assicurato.

## Valore Azienda – luglio 2024

### Sezione 4 – Denuncia e Liquidazione del sinistro

- 4.1 Beneficiari
  - 4.2 Esclusioni e limitazioni
  - 4.3 Denuncia del sinistro
  - 4.4 Sinistro che colpisca più teste
  - 4.5 Pagamenti della Compagnia
- 

#### 4.1 Beneficiari

Beneficiari delle prestazioni assicurative sono i soggetti indicati dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria ovvero dai Contratti e/o Accordi e/o Regolamenti Aziendali in vigore.

In assenza di previsioni in tal senso, o di specifica designazione, saranno considerati Beneficiari gli eredi testamentari e, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi.

#### 4.2 Esclusioni e limitazioni

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato – fatti salvi gli effetti sul Contratto previsti dall'art.1926 del Codice Civile in ordine alle circostanze che possono aggravare il rischio o comportarne la sua esclusione – e ferme restando le limitazioni previste per i contratti stipulati senza visita medica e le seguenti esclusioni:

- dolo della Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, manifestatasi nei primi cinque anni dalla data di decorrenza della prima polizza. Ciò premesso, l'Assicurato può richiedere che gli venga comunque accordata la piena copertura assicurativa senza tale periodo di carenza, purché si sottoponga a visita medica e al test su l'HIV accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare;
- 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.viaggiareassicuri.it](http://www.viaggiareassicuri.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;
- incidente di volo, se l'Assicurato sia come militare sia come civile viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- abuso di alcol, uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- 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.);
- suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di ingresso dell'Assicurato nel Contratto.
- Conseguenze derivanti da contaminazione nucleare, batteriologica o chimica (NBC)

### 4.3 Denuncia del sinistro

Per ottenere la liquidazione del capitale assicurato in caso di decesso dell'Assicurato, devono essere preventivamente consegnati alla Compagnia, i documenti necessari per verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento ed individuare gli aventi diritto. Tali documenti sono elencati nel "Modulo di richiesta documentazione per la liquidazione del capitale in caso di decesso dell'Assicurato" reperibile presso l'Intermediario.

La Compagnia liquida la prestazione che risulti dovuta e provvede al pagamento entro trenta giorni dal ricevimento della completa documentazione richiesta, previa consegna della relativa quietanza controfirmata. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi legali moratori a favore dei Beneficiari.

### 4.4 Sinistro che colpisca più teste

L'assicurazione è estesa anche al sinistro che colpisca, in conseguenza di un unico evento, più persone assicurate con polizze stipulate dalla stessa Contraente con la Compagnia. In tali casi la Compagnia corrisponderà fino ad un importo complessivo pari a 6 volte il capitale medio assicurato nell'anno solare in corso al momento del sinistro fino al limite massimo di Euro 16.000.000,00 (16 milioni,00). Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo, la Compagnia procederà alla loro riduzione proporzionale. Detto importo verrà suddiviso in relazione al numero degli Assicurati colpiti dal sinistro e al rispettivo capitale assicurato. Nei soli viaggi di lavoro, il limite si estende anche al numero massimo degli assicurati, che non può superare i 200 (duecento).

### 4.5 Pagamenti della Compagnia

Per il pagamento della prestazione, in caso si verifichi un evento coperto dal Contratto, devono essere preventivamente consegnati alla Compagnia i documenti necessari per dar corso alla liquidazione, affinché si possa verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e individuare gli aventi diritto. La Compagnia esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione richiesta. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore dei beneficiari, al tasso legale (art. 1224, 1° co., c.c.). Ogni pagamento viene effettuato presso la sede o la competente Agenzia della Compagnia.

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".





# INFORMATIVA PRIVACY SINTETICA PER I CLIENTI DI AXA ASSICURAZIONI

Ultimo aggiornamento: luglio 2024



## 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](http://www.axa.it)), e-mail: [privacy@axa.it](mailto: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](mailto:privacy@axa.it).

### 1. 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. Data Protection Officer - 20154 Milano (MI) - e-mail: [privacy@axa.it](mailto: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](mailto: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

Internal



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 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, eredi o chiamati all'eredità dei contraenti di



polizze stipulate in vita da persona deceduta, intermediari assicurativi, legali, periti, medici, autofficine, enti pubblici o associazioni di categoria.

In caso di trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea (es. India, USA), 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](http://www.axa.it). Altre informazioni sul trattamento dei dati personali sono disponibili nella sezione Privacy del sito web indicato.



# INFORMATIVA PRIVACY

## SULL'USO DEI DATI BIOMETRICI CONNESSI ALLA FIRMA GRAFOMETRICA

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

Tale informativa integra l'informativa generale sul trattamento dei dati personali soprariportata. I Dati da Lei gentilmente forniti saranno trattati da AXA Assicurazioni S.p.A. (nel seguito "AXA") mediante registrazione elettronica e verranno utilizzati secondo le finalità e con le modalità indicate nel documento che le spiega le caratteristiche del servizio (disponibile anche online nel sito di AXA) e, in particolare, per:

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

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

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

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

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

I Dati raccolti saranno trattati altresì da:

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

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

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](mailto: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.gdp.it](mailto:protocollo@pec.gdp.it).