



ridefiniamo / gli standard



Invalidità permanente da malattia/ Penny Market

**IL PRESENTE FASCICOLO
INFORMATIVO CONTIENE:**

- **NOTA INFORMATIVA COMPRENSIVA DEL GLOSSARIO**
- **CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE
DELL'INFORMATIVA SULLA PRIVACY**

**DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE
DEL CONTRATTO O, DOVE PREVISTA, DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.**

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

**Contratto di assicurazione malattia
Convenzione Assiteca**

PAGINA BIANCA

Nota informativa

Nota informativa assicurazione malattie

(predisposta in conformità del D.Lgs. 7 settembre 2005, N. 209 art. 185 – Codice delle assicurazioni private e regolamento ISVAP n. 24 del 18/05/2008 e il regolamento ISVAP n. 35 del 26 maggio 2010).

Avvertenza

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

La Nota informativa non sostituisce quanto regolamentato dalle condizioni generali di assicurazione.

Le definizioni contenute nel Glossario riportato nella Nota Informativa, integrano e precisano quanto disciplinato all'interno delle C.G.A.

A - INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

AXA ASSICURAZIONI S.p.A., con sede legale in Italia, Milano, Corso Como, 17 (20154), è soggetta alla direzione ed al coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU (calle Monsenor Palmer, 1 - Palma de Mallorca - Spagna) ai sensi dell'Art. 2497 bis c.c.

La Compagnia mette a disposizione dei clienti i seguenti recapiti per richiedere eventuali informazioni sia in merito alla Compagnia sia in relazione al Contratto proposto: numero telefonico +39.02.48.084.1 – Fax +39.02.48.084.331; indirizzo internet: www.axa.it; indirizzo di posta elettronica: infodanni@axa.it

La Compagnia è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 31.12.1935 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 83 del 9 aprile 1936. La Compagnia è iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n.1.00025, Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa di assicurazione

Il patrimonio netto di AXA Assicurazioni S.p.A., riferito all'ultimo bilancio approvato (esercizio 2017), ammonta a € 645 milioni di cui € 211 milioni di capitale sociale interamente versato e € 434 milioni di riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio.

Il solvency ratio al 31 dicembre 2017, ovvero la misura sintetica del grado di solidità patrimoniale della Compagnia, calcolata secondo i criteri e le modalità indicate dalla Direttiva 2009/138/CE del Parlamento Europeo e dal Regolamento delegato (UE) 2015/35, come rapporto tra Fondi propri ammissibili per la copertura del Requisito patrimoniale di solvibilità ed il Requisito stesso, è pari al 138%.

B - INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Durata e proroga del contratto

La durata prevista dal contratto è annuale ed è espressamente indicata in polizza.

Il contratto può essere inoltre stipulato sia nella forma con tacito rinnovo alla scadenza sia nella forma senza tacito rinnovo.

Avvertenza:

Il contratto di durata annuale si rinnova tacitamente per un altro anno e così successivamente di anno in anno, ad ogni scadenza annuale, in mancanza di disdetta inviata da una delle Parti, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza.

Il periodo di assicurazione è stabilito nella durata di un anno, se l'assicurazione è stipulata per una durata inferiore, il periodo di assicurazione coincide con la durata del contratto.

Si rinvia per maggiori dettagli agli Articoli 17 e 18 delle C.G.A.

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

Invalità Permanente da Malattia Aziende è una polizza assicurativa che prevede una somma assicurata nel caso in cui una malattia comporti un'invalità permanente tale da ridurre la capacità di esercitare una qualsiasi attività lavorativa per dipendenti di aziende e per collettività in generale.

Nota informativa

Avvertenza: Le coperture assicurative di seguito indicate, sono operanti se richiamate in Polizza ed è stato pagato il relativo premio.

Le garanzie contenute nella copertura malattia sono di seguito illustrate:

Garanzia	Copertura assicurativa	Articolo C.G.A.
Invalidità permanente da malattia	Corresponsione di un capitale indicato in polizza in caso di Invalidità permanente da malattia pari almeno al 25% della totale	Art. 1
Invalidità permanente grave da malattia	Corresponsione di un capitale indicato in polizza in caso di Invalidità permanente da malattia pari almeno al 66% della totale	Art. 2

Avvertenza

Esclusioni e limiti delle coperture assicurative

Il contratto prevede limitazioni, esclusioni e sospensioni alle coperture assicurative, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo, esplicitate negli articoli delle C.G.A. ed evidenziate in neretto o con retinatura. Si invita a prestare particolare attenzione ai seguenti Artt.: 1 "Invalidità permanente da malattia", 2 "Invalidità permanente grave da malattia", 3 "Decorrenza della garanzia e termini di carenza", 4 "Esclusioni", 5 "Persone non assicurabili", 6 "Limiti di età", 7 "Criteri di indennizzabilità", 8 "Criteri di liquidazione", 9 "Cosa fare in caso di sinistro", 10 "Pagamento dell'indennizzo", 12 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio", 15 "Altre assicurazioni", 17 "Pagamento del premio e decorrenza della garanzia", 18 "Proroga e periodo di assicurazione", 19 "Persone assicurabili", 22 "Assicurazione per conto altrui", 26 "Paesi soggetti a sanzioni internazionali - Clausola di esclusione per sanzioni economiche e finanziarie".

Avvertenza

Presenza di franchigie, scoperti e massimali (massimo limite d'indennizzo)

Il contratto prevede l'applicazione di franchigie e/o scoperti e/o massimali alle coperture assicurative di cui al presente punto della Nota Informativa. La loro applicazione può comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo. Sono contenuti nei seguenti Artt.: 1 "Invalidità permanente da malattia", 2 "Invalidità permanente grave da malattia".

Esempio di applicazione di franchigia:

Richiesta di rimborso € 5.000,00, franchigia prevista € 1.600,00 per sinistro. Importo liquidato € 3.400,00 (5.000,00 - 1.600,00 = 3.400,00).

Esempi di applicazione di scoperto con un minimo in euro:

Richiesta di rimborso € 500,00, scoperto 20% con il minimo di € 30,00 per sinistro. Importo liquidato € 400,00 (il 20% di 500,00 = 100,00 di conseguenza 500,00 - 100,00 = 400,00); poiché il 20% di € 500,00 è superiore al minimo previsto di € 30,00.

Esempi di applicazione di scoperto con un minimo e un massimo in euro:

Richiesta di rimborso € 25.000,00, scoperto 10% con il minimo di € 1.000,00 e un massimo di € 2.000,00 per sinistro. Importo liquidato € 23.000,00 (il 10% di 25.000,00 = 2.500,00) poiché € 2.500,00 è superiore a € 2.000,00, si applica il massimo di € 2.000,00.

Esempi di applicazione di scoperto con il minimo e in concomitanza con il limite massimo di indennizzo:

Richiesta di rimborso € 2.500,00, scoperto 20% con il minimo di € 100,00 per sinistro e limite massimo di indennizzo di € 1.600,00 per sinistro e per anno assicurativo. Importo liquidato € 1.600,00 poiché l'importo di € 2.000,00 (pari 2.500,00 - 20% = 500,00) è superiore al limite massimo di indennizzo di € 1.600,00.

Avvertenza

Presenza di limite massimo di età assicurabile

Il contratto prevede limiti massimi di età assicurabili trascorsi i quali le parti possono recedere dal contratto. Specificatamente all'art. 6 "Limiti di età".

Nota informativa

4. Periodi di carenza contrattuale

Avvertenza

Presenza di carenze ovvero termini di aspettativa

Il contratto prevede dei limiti temporali alla operatività delle garanzie. Pertanto si richiama l'attenzione del Contraente/Assicurato al fatto che il contratto prevede dei termini di aspettativa o carenza ossia dei periodi temporali in cui le garanzie di polizza, in tutto o in parte, non sono operative.

Specificatamente all'articolo 3 "Decorrenza della garanzia e termini di carenza".

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario sanitario - Nullità

Avvertenza

Dichiarazioni false o reticenti in sede di **conclusione del contratto**, potrebbero comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo/risarcimento, nonché, la stessa cessazione dell'assicurazione così come disposto dall'Art. 12 delle C.G.A.

Avvertenza

Dichiarazioni false o reticenti in sede di compilazione del **questionario sanitario**, potrebbero comportare l'annullamento dello stesso con la perdita totale o parziale dell'indennizzo/risarcimento.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il contratto non prevede casi di aggravamento o diminuzione del rischio.

Non trova pertanto applicazione il disposto degli articoli 1897 e 1898 del Codice Civile.

7. Premi

Il contratto, salvo diversa pattuizione fra le Parti, è stipulato con frazionamento annuale, dove per frazionamento deve intendersi la periodicità di pagamento del premio. E' consentito il frazionamento semestrale senza ulteriori oneri aggiuntivi.

Gli intermediari possono ricevere dal Contraente, a titolo di pagamento dei premi assicurativi (D.Lgs. 7 settembre 2005, N. 209 – Codice delle assicurazioni private):

- a) assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'impresa per conto della quale operano o a quella di cui sono distribuiti i contratti, oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
- b) ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati alla precedente lettera a).

Per i contratti di assicurazione contro i danni, di cui all'Art. 2, comma 3 del decreto, il divieto riguarda i premi di importo superiore a settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto. Il divieto non opera per le coperture del ramo responsabilità civile auto e per le relative garanzie accessorie, se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto.

8. Adeguamento del premio

Il premio delle garanzie malattia non è soggetto ad adeguamento automatico del premio.

9. Diritto di recesso

Avvertenza

Diritto di recesso per sinistro

Il contratto non prevede la facoltà per entrambe le parti di esercitare il diritto di recesso in caso di sinistro.

Diritto di recesso per età

Le Parti, ad ogni scadenza annua successiva al compimento del 65° anno di età dell'Assicurato possono recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni.

Diritto di recesso alla scadenza contrattuale

È riconosciuto ad entrambe le Parti il diritto di recedere dal contratto, mediante l'invio di una lettera raccomandata, spedita almeno 30 giorni prima della scadenza originaria o rinnovata;

Si rinvia per maggiori dettagli agli Articoli 17 e 18 delle C.G.A..

Nota informativa

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono dopo due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (Art. 2952 c.c. 2° comma, così come modificato dalla Legge 27 ottobre 2008, n. 166), fermo restando quanto stabilito dal primo comma dell'Art. 2952 del c.c.

11. Legge applicabile al contratto

In base all'Art. 180 D.Lgs. 7/9/2005, n. 209 "Codice delle assicurazioni", il contratto è regolato dalla legge italiana.

12. Regime fiscale

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia. Si rinvia all' Art. 21 "Oneri fiscali" delle C.G.A. per gli aspetti di dettaglio.

C - INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza

Si richiama l'attenzione del Contraente/Assicurato all'individuazione del momento in cui insorge un sinistro, all'esistenza di modalità e termini per la denuncia del sinistro, alle eventuali spese per l'accertamento del danno e alle eventuali richieste di visite mediche.

Si rimanda:

Per le modalità ed i termini a carico del Contraente/Assicurato di denuncia di sinistro o per l'ipotesi in cui è richiesta la visita medica e per il termine minimo e massimo entro cui la Società effettua l'accertamento della malattia si rimanda agli Artt.: 7 "Criteri di indennizzabilità", 8 "Criteri di liquidazione", 9 "Cosa fare in caso di sinistro", 10 "Pagamento dell'indennizzo".

14. Reclami

Eventuali reclami relativi ad un contratto o servizio assicurativo nei confronti dell'Impresa di assicurazione devono essere preliminarmente presentati per iscritto (posta, fax, email/PEC) all'Ufficio Gestione Reclami secondo le seguenti modalità:

mail: reclami@axa.it

pec: reclamiisvapaxa@axa.legalmail.it

posta: **AXA Assicurazioni S.p.A** c.a Ufficio Gestione Reclami Corso Como, 17 - 20154 Milano

fax: +39 02 43448103

avendo cura di indicare:

- nome, cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante;
- numero della polizza e nominativo del Contraente;
- numero e data del sinistro al quale si fa riferimento;
- indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze.

Sarà cura della Compagnia fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo.

Per eventuali reclami aventi ad oggetto il comportamento di un Agente piuttosto che di un collaboratore/dipendente di quest'ultimo, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un periodo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con l'intermediario di cui sopra e consentire allo stesso di effettuare le necessarie integrazioni istruttorie e di esprimere le proprie posizioni relativamente all'oggetto del reclamo così come previsto dalla normativa vigente.

Nota informativa

Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, nella risposta verrà fornita una chiara spiegazione della posizione assunta sia dalla Compagnia che dall'Agente interessato in relazione al reclamo stesso ovvero della sua mancata risposta.

Qualora il reclamante non abbia ricevuto risposta oppure ritenga la stessa non soddisfacente, prima di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, può scrivere all'IVASS (Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma; fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, ivass@pec.ivass.it) fornendo copia del reclamo già inoltrato all'impresa ed il relativo riscontro anche utilizzando il modello presente nel sito dell'IVASS alla sezione "per il Consumatore - come presentare un reclamo".

Inoltre il reclamante può ricorrere ai sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale, quali:

• **Conciliazione paritetica:** per controversie in materia di risarcimento danni R.C.A. la cui richiesta di risarcimento abbia un valore non superiore a € 15.000,00, sia stata formulata senza l'intervento di rappresentanti (avvocati, consulenti, infortunistiche) o di cessionari del credito e non sia stata riscontrata dalla Compagnia oppure sia stata respinta oppure sia stata seguita da un risarcimento ritenuto non soddisfacente.

Per accedere alla procedura è necessario rivolgersi ad una delle Associazioni dei Consumatori aderenti all'Accordo Ania (indicate in apposito elenco su www.ania.it), utilizzando il modulo di richiesta che si può scaricare dai siti internet delle stesse Associazioni dei Consumatori e dell'ANIA ed allegando copia della documentazione a sostegno della domanda.

La Compagnia provvederà a rispondere entro 30 giorni dal giorno dell'attivazione.

• **Negoziazione assistita:** per controversie in materia di risarcimento danni R.C.A., le cui Parti convengono di cooperare per risolvere in via amichevole la questione tramite l'assistenza obbligatoria di avvocati iscritti all'Albo.

Per attivare la procedura è necessario rivolgere alla Compagnia un invito a partecipare alla procedura, tramite Raccomandata con avviso di ricevimento o tramite Pec.

La Compagnia provvederà a rispondere all'invito entro 30 giorni dal ricevimento dello stesso.

• **Mediazione:** per controversie relative a contratti assicurativi e a diritti al risarcimento derivanti da responsabilità medica e sanitaria, le Parti, ai sensi dell'art. 5, comma 1-bis, del d.lgs. n. 28/2010 sono tenute a tentare di risolvere la questione avanti un Organismo di Mediazione (compreso tra gli Enti o le persone fisiche abilitati, in quanto iscritti nel registro ufficiale del Ministero della Giustizia).

Per attivare la procedura, il Contraente, l'Assicurato o il danneggiato dovranno rivolgersi ad un Organismo di Mediazione del luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia, che provvederà a trasmettere alla Compagnia la domanda di attivazione, con indicazione della data fissata per il primo incontro.

La Compagnia provvederà a rispondere almeno 7 giorni lavorativi prima della data prevista per il primo incontro.

• **Arbitrato irrituale:** laddove espressamente previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, per controversie relative alla determinazione del valore del danno o alle conseguenze di natura medica di un sinistro, che verranno devolute ai consulenti tecnici nominati da ciascuna delle Parti.

Per attivare la procedura è necessario comunicare alla Compagnia la volontà di dare avvio alla stessa.

La Compagnia provvederà a dare riscontro al richiedente indicando il nominativo del proprio consulente tecnico e la Procedura seguirà le modalità espressamente indicate nella relativa previsione di Polizza.

Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito www.axa.it

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Eventuali reclami relativi alla mancata osservanza da parte della Compagnia, degli intermediari e dei periti assicurativi, delle disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi possono essere presentati direttamente all'IVASS, secondo le modalità sopra indicate.

15. Arbitrato

Avvertenza

Qualora per la risoluzione di eventuali controversie si dovesse ricorrere in arbitrato, così come regolamentato dall'Art. 11 delle C.G.A., si rammenta la possibilità in ogni caso di rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente tra le Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Nota informativa

AXA Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa.

AXA ASSICURAZIONI S.p.A.

L'Amministratore Delegato

Patrick Cohen



Glossario

Alle seguenti definizioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato:

Adesione:	copertura assicurativa per singoli dipendenti e non per intera categoria omogenea.
Assicurato:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione. Ad esso deve essere consegnata copia delle Condizioni di Assicurazione.
Assicurazione:	il contratto di assicurazione.
AXA:	AXA Assicurazioni S.p.A.
Contraente:	il soggetto che stipula l'assicurazione. In caso di sottoscrizione della polizza tramite Cassa di Assistenza C.A.S.S.A., il Contraente si intenderà la Cassa di Assistenza C.A.S.S.A. stessa; in caso di sottoscrizione senza l'ausilio della Cassa di Assistenza C.A.S.S.A., il Contraente si intenderà l'azienda.
Difetti fisici:	la mancanza o l'imperfezione non presenti alla nascita, di un organo o di un apparato anche se non note o non diagnosticate alla stipula della polizza.
Franchigia:	la parte di indennizzo espressa in percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.
Indennizzo:	la somma dovuta da AXA in caso di sinistro.
IVASS:	istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1 gennaio 2013.
Malattia:	ogni alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.
Malattie/Condizioni menomative coesistenti:	malattie od invalidità presenti nel soggetto, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo funzionali diversi.
Malattie/Condizioni menomative concorrenti:	malattie od invalidità presenti nel soggetto, che determinano un'influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo funzionale.
Malformazione:	deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
Manifestazione:	sintomatologia oggettiva della malattia.
Parti:	il Contraente ed AXA.
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione.
Premio:	la somma dovuta dal Contraente ad AXA.
Questionario Sanitario:	documento contenente le informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medesimo o dalla persona che esercita la potestà, che costituisce parte integrante della polizza.
Ricovero:	la degenza, comportante almeno un pernottamento, in istituto di cura, documentato da una Cartella Clinica e da una S.D.O. (Scheda di Dimissione Ospedaliera).
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro.
Scoperto:	quota parte delle spese sostenute, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società:	AXA Assicurazioni S.p.A.

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

Garanzie

(operanti solo se previste in polizza)

Art. 1| Invalidità permanente da malattia

AXA corrisponde all'Assicurato il capitale indicato in polizza in caso di invalidità permanente, causata da malattia, che abbia per conseguenza un'invalidità riduttiva in modo permanente della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo dell'Assicurato di grado non inferiore al 25% della totale, **manifestatasi** nel corso del contratto.

La garanzia vale anche per la malattia manifestatasi entro 1 anno dalla cessazione del contratto purché la stessa sia insorta durante il periodo di validità dello stesso.

La liquidazione dell'indennizzo avverrà in base a quanto disposto dal successivo art. 8 - "Criteri di liquidazione".

Le garanzie Invalidità Permanente da Malattia e Invalidità Permanente Grave da Malattia sono alternative tra loro, pertanto non possono essere prestate congiuntamente.

Art. 2| Invalidità permanente grave da malattia

AXA corrisponde all'Assicurato il capitale indicato in polizza in caso di invalidità permanente, causata da malattia, che abbia per conseguenza un'invalidità riduttiva in modo permanente della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo dell'Assicurato di grado non inferiore al **50%** della totale, **manifestatasi** nel corso del contratto.

La garanzia vale anche per la malattia manifestatasi entro 1 anno dalla cessazione del contratto purché la stessa sia insorta durante il periodo di validità dello stesso.

La liquidazione dell'indennizzo avverrà in base a quanto disposto dal successivo art. 8 - "Criteri di liquidazione".

Le garanzie Invalidità Permanente da Malattia e Invalidità Permanente Grave da Malattia sono alternative tra loro, pertanto non possono essere prestate congiuntamente.

Limitazioni

Art. 3| Decorrenza della garanzia e termini di carenza

La garanzia è valida dalle ore 24 della data di effetto indicata nella polizza e scade alle ore 24.00 del giorno ivi indicato, fermo quanto previsto all'Art. 17 delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione.

Non viene applicato alcun termine di carenza.

Art. 4| Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione le malattie e le invalidità permanenti conseguenti a:

- a) malattie che siano espressione o conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti alla data di decorrenza della polizza e note all'Assicurato, indipendentemente dalla loro dichiarazione sul questionario anamnestico;
- b) abuso di alcoolici o uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni e simili;
- c) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e ad accelerazioni di particelle atomiche;
- d) guerre e insurrezioni;
- e) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche non effettuati sotto il diretto controllo medico;
- f) malattie mentali e disturbi psichici in genere, i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze, ivi compresi quelli comportamentali, riconosciuti dal DSM IV (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali);

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

- g) positività H.I.V. e A.I.D.S. e sindromi ad esse correlate;
- h) atti commessi volontariamente dall'Assicurato contro la sua persona o da lui consentiti;
- i) patologie determinate da influenze elettro-magnetiche;
- l) invalidità permanente conseguente a difetti fisici e malformazioni.

Art. 5 | Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività da H.I.V.

L'assicurazione cessa immediatamente di avere efficacia con il loro manifestarsi.

Qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra elencate si manifestino nel corso del contratto si applicheranno le disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

Art. 6 | Limite d'età

L'assicurazione cessa ogni suo effetto ad ogni scadenza annua successiva al compimento del 70° anno di età dell'Assicurato.

Criteri di indennizzabilità e di liquidazione

Art. 7 | Criteri di indennizzabilità

AXA corrisponde l'indennità indicata in polizza per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata ai sensi dell'art. 9 - "Cosa fare in caso di sinistro".

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie e/o invalidità preesistenti alla stipula della polizza, oltre a quanto disposto dal successivo art. 5 - "Persone non assicurabili", sarà comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti e/o concorrenti.

Nel corso dell'assicurazione, le invalidità permanenti da malattia liquidate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Nel caso quindi che la malattia colpisca un soggetto già menomato, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione.

Il grado di invalidità permanente è valutato non prima che sia decorso il termine di 12 mesi dalla denuncia, elevato a 18 mesi per patologie di natura neoplastica, ed entro un termine massimo di 24 mesi, anche nel caso in cui non siano stabilizzati gli esiti della malattia.

La valutazione dell'invalidità permanente è effettuata secondo le tabelle stabilite per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali contenute nel T.U. di cui al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (e successive modifiche della tabella stessa intervenute sino al 30 giugno 2000).

Nei casi di invalidità permanente non previsti dal D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (e successive modifiche) la valutazione sarà effettuata tenendo conto, in relazione ai casi di invalidità permanente previsti, della misura in cui è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

Qualora un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente la prognosi della malattia oggetto di denuncia e l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno è effettuata sulla base del grado di invalidità permanente che residuerebbe se l'Assicurato stesso si sottoponesse a detto trattamento, senza tener conto del maggior pregiudizio derivante dalle condizioni di salute in atto.

L'indennizzo è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, relativamente alle garanzie Invalidità permanente da malattia e Invalidità permanente grave da Malattia, se l'Assicurato muore dopo che l'ammontare dell'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

misura determinata, AXA paga agli eredi l'importo liquidato o offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Nel caso l'indennizzo non sia stato ancora offerto, se l'Assicurato muore per causa indipendente dalla malattia denunciata, a condizione che gli eredi o aventi causa dimostrino mediante la produzione di idonea documentazione l'oggettiva stabilizzazione dei postumi permanenti e l'assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto alla malattia generante lo stato di invalidità, AXA paga l'importo spettante a termini di polizza agli eredi secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 8 | Criteri di liquidazione

- a) Relativamente alla garanzia **Invalidità Permanente da Malattia** l'indennizzo è conteggiato sulla somma assicurata in base alle percentuali ed alle disposizioni seguenti:

GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA ACCERTATO	PERCENTUALE DA LIQUIDARE SULLA SOMMA ASSICURATA	GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA ACCERTATO	PERCENTUALE DA LIQUIDARE SULLA SOMMA ASSICURATA
fino al 24 compreso	nessun indennizzo	46	42
25	5	47	44
26	6	48	46
27	7	49	48
28	8	50	50
29	9	51	53
30	10	52	56
31	12	53	59
32	14	54	62
33	16	55	65
34	18	56	68
35	20	57	71
36	22	58	74
37	24	59	77
38	26	60	80
39	28	61	83
40	30	62	86
41	32	63	89
42	34	64	92
43	36	65	95
44	38	dal 66 al 100	100
45	40		

- b) Relativamente alla garanzia **Invalidità Permanente Grave da Malattia**, AXA liquida l'intero capitale assicurato nel caso in cui il grado di invalidità permanente accertato non sia inferiore al **50%** della totale.

L'assicurazione cessa automaticamente, relativamente al singolo assicurato, con la corresponsione del capitale assicurato come previsto dall'art. 10 "Pagamento dell'indennizzo".

L'eventuale incasso del premio dopo che si sia verificata una delle condizioni sopra previste non può in alcun modo costituire implicita deroga alla cessazione automatica della polizza ma impegna AXA alla restituzione del corrispettivo importo.

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

Il sinistro

Art. 9 | Cosa fare in caso di sinistro

L'Assicurato deve dare avviso scritto all'Agenzia/Broker alla quale è assegnata la polizza oppure ad AXA entro il termine di 15 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa, possa interessare la garanzia prestata.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 c.c.

La denuncia deve essere corredata da certificazione medica circa la natura dell'infermità.

L'Assicurato, acconsentendo al trattamento dei dati personali, a norma del D.Lgs. 196/2003 (cosiddetta "Legge sulla Privacy") e successive modifiche, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente, ai quali AXA credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per informazioni, deve:

- inviare ad AXA informazioni relative al decorso della malattia, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti;
- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti da AXA o suoi incaricati;
- fornire ad AXA certificato medico attestante la stabilizzazione degli esiti della malattia.

Trascorsi 6 mesi dalla data del certificato medico attestante la stabilizzazione degli esiti della malattia e comunque non prima che ne siano decorsi 12 dalla denuncia (18 in caso di patologie di natura neoplastica), l'Assicurato deve presentare specifica certificazione medica attestante il grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia denunciata.

Qualora, trascorso tale periodo, non sia possibile, a giudizio del medico curante, attestare la stabilizzazione degli esiti della malattia, l'Assicurato potrà comunque presentare specifica documentazione medica attestante il grado di invalidità permanente residua al momento della richiesta.

In caso di omissione da parte dell'Assicurato AXA, entro il termine massimo di 24 mesi dalla denuncia, procederà, comunque, alla definizione del grado di invalidità permanente, direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia denunciata, sulla base degli accertamenti e controlli medici disposti.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

Art. 10 | Pagamento dell'Indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione indicata all'articolo precedente, compiuti gli accertamenti del caso ed accertata l'invalidità definitiva, AXA liquida l'indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione scritta all'interessato e, ricevuta la sua accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni.

Il pagamento dell'indennizzo è effettuato in Italia ed in valuta corrente.

Art. 11 | Controversie: arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sul grado di invalidità permanente, sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, 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 risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede di 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 dell'inva-

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

lidità permanente 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 ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

Norme generali

Art. 12 | Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 13 | Diritto di surrogazione

AXA si riserva il diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 C.C..

Art. 14 | Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 15 | Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto ad AXA l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 c.c.

Fermo quanto sopra indicato, qualora le somme assicurate con altre polizze superino complessivamente il 50% di quelle garantite con la presente assicurazione, AXA entro 60 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

Art. 16 | Estensione territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

Le valutazioni di cui all'art. 7 - "Criteri di indennizzabilità", vanno eseguite esclusivamente in Italia.

Art. 17 | Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

I premi devono essere pagati all'Agenzia/Broker alla quale è assegnata la polizza oppure ad AXA.

Il Contraente si obbliga a consegnare agli Assicurati, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione.

Il Contraente si impegna a fornire alla Società nome cognome, data di nascita, sesso e codice fiscale degli assicurati al momento dell'entrata in copertura.

Il Contraente si impegna a comunicare agli Assicurati eventuali trasferimenti di agenzia e operazioni societarie straordinarie.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le suc-

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

cessive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 c.c.

Trascorso il termine di 30 giorni di cui sopra la Società ha il diritto di dichiarare, con lettera raccomandata A/R, la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti nonché di richiederne l'esecuzione.

Nel caso in cui la garanzia Invalidità Permanente da Malattia sia stipulata nella **forma di multipli della RAL** (Retribuzione Annuale Lorda), il premio viene anticipato dal Contraente in via provvisoria in base al preventivo annuo delle retribuzioni specificate in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo sulla base delle variazioni intervenute sulle RAL nello stesso periodo.

Qualora la regolazione a saldo dovesse comportare la determinazione del premio in misura inferiore a quello corrisposto in via provvisoria, quest'ultimo si intende comunque acquisito a titolo di premio minimo di polizza, escluso pertanto ogni conguaglio negativo.

Per la determinazione ed il versamento della quota di premio a saldo, l'avente titolo si obbliga:

- a comunicare ad AXA, in forma scritta entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo, i dati necessari per la determinazione del premio definitivo. Decorso tale termine, in assenza di comunicazione, la garanzia si intende sospesa sino alle ore 24 del giorno di avvenuta comunicazione;
- al versamento della somma dovuta a saldo, nei 30 giorni successivi alla comunicazione di AXA del premio dovuto. Decorso tale termine, in assenza di pagamento di quanto dovuto, la garanzia si intende sospesa sino alle ore 24 del giorno di avvenuto pagamento del premio a saldo.

Nel caso di mancato adempimento da parte del Contraente dei propri obblighi di comunicazione o di pagamento, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione.

AXA si riserva il diritto di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto con effetto retroattivo tra le Parti. Ove il contratto sia cessato, per qualsiasi motivo, e non sia intervenuto il versamento dovuto al saldo del premio, AXA non è tenuta ad indennizzare i sinistri verificatisi durante il periodo assicurativo cui si riferisce il premio non saldato.

AXA ha diritto ad effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per i quali il Contraente sarà tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie nonché ad esibire i libri paga.

Il Contraente si obbliga a fornire, a semplice richiesta scritta, i chiarimenti, le informazioni e la documentazione necessaria.

Il premio è interamente dovuto per l'annualità in corso, anche se ne sia stato concesso il frazionamento semestrale.

Art. 18 | Proroga e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta data da una delle Parti, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, il contratto è tacitamente prorogato per un anno e così successivamente.

La durata del contratto di assicurazione è indicata nel documento denominato polizza che è parte integrante del contratto medesimo.

Per i casi nei quali la legge o la polizza si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, in quest'ultimo caso esso coincide con la durata della polizza.

Art. 19 | Persone assicurabili

Per aziende con meno di 10 dipendenti/nuclei familiari è prevista la compilazione del Questionario sanitario.

La compilazione del questionario sanitario è altresì prevista nel caso in cui la polizza venga sottoscritta dall'azienda nella forma ad **"adesione"** indipendentemente dal numero dei dipendenti/nuclei famigliari assicurati.

Il nominativo d'ogni Assicurato (dipendente e famigliari) sarà comunque individuato da un apposito elenco agli atti presso la Società ed integrato dalle comunicazioni "inclusioni-esclusioni".

Inclusioni delle persone assicurate

Le inclusioni di Assicurati che si verifichino nel corso dell'annualità assicurativa per **nuova assunzione oppure nomina** dovranno essere comunicate ad AXA - mediante l'utilizzo del tracciato informatico concordato -

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

all'indirizzo e-mail salute.aziende@axa.it, entro 31 giorni dalla data d'evento e la copertura decorrerà dalla data dell'evento stesso.

Nel caso di comunicazione effettuata oltre il 31° giorno dalla data dell'evento, la decorrenza avrà effetto dalle ore 24 del giorno della comunicazione.

Promozioni

Nel caso di promozione, nel corso dell'annualità assicurativa, di un dipendente da una categoria ad un'altra, contraddistinte da piani di copertura con differenti ammontare di premio, ma sempre assicurati con la presente Convenzione, i massimali applicabili al periodo successivo all'inserimento nel nuovo piano assicurativo sono determinati calcolando la differenza tra quelli previsti per la nuova copertura e quanto già consumato dall'Assicurato nella copertura precedente.

Cessazione della copertura

Per le cessazioni in corso d'anno la Società non rimborserà il premio pagato e non goduto. Sarà facoltà del Contraente se far cessare la copertura sanitaria per l'ex dipendente a decorrere dalla data di interruzione del rapporto di lavoro o lasciarla in vigore fino alla naturale scadenza. Il Contraente dovrà comunicare alla Società la data dalla quale la copertura assicurativa non dovrà più essere valida entro 31 giorni dalla data di cessazione del rapporto di lavoro.

Regolazione del premio

Il Contraente si impegna a comunicare alla Società entro 31 giorni dalla avvenuta variazione tutte le modifiche relative a nuovi nominativi e/o cessazioni.

Alla scadenza dell'annualità assicurativa, le eventuali differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate dal Contraente entro 30 giorni dalla relativa comunicazione.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti il pagamento dell'eventuale differenza attiva dovuta, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva, e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La determinazione delle rate successive avverrà in occasione di ogni rinnovo annuale sulla base del numero di Assicurati che risulterà a tal data.

Art. 20 | Identificazione degli Assicurati

L'Azienda fornirà alla data di decorrenza della polizza, attraverso un supporto informatico concordato, l'elenco nominativo del proprio personale dipendente e dei familiari dei relativi nuclei se la copertura assicurativa è estesa anche ai nuclei.

Art. 21 | Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente. Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia.

Il Contraente, in caso di variazione di sede legale nel corso di durata del contratto, presso altro Paese membro della stessa Unione Europea, 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 l'espletamento degli adempimenti dichiarativi ed il pagamento del tributo per conto del Contraente.

In caso di omessa comunicazione, AXA 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.

Art. 22 | Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla polizza

Condizioni generali di assicurazione

Norme che regolano l'assicurazione - sezione malattia

Gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 C.C..

Art.23 | Foro competente

Il foro competente è quello del luogo di residenza o di domicilio elettivo dell'Assicurato o del Contraente.

Art. 24 Rinvio alle norme di legge

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

Art. 25 | Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni previste dal contratto devono essere fatte per iscritto alla Società o all'Agenzia/Broker al quale è assegnata la polizza; nel secondo caso, le comunicazioni ricevute dall'Agenzia/Broker dovranno essere trasmesse da quest'ultime alla Società. Sono ammesse anche tecniche di comunicazione a distanza.

Art. 26 | Paesi soggetti a sanzioni internazionali - Clausola di esclusione per sanzioni economiche e finanziarie

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.

Condizioni generali di assicurazione

Articoli di legge

1341 c.c. Condizioni generali di contratto

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

1342 c.c. Contratto concluso mediante moduli o formulari

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

1891 c.c. Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato. I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo. All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto. Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

1892 c.c. Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

1893 c.c. Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

1894 c.c. Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli Artt. 1892 e 1893.

1897 c.c. Diminuzione del rischio

Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

1901 c.c. Mancato pagamento del premio

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Condizioni generali di assicurazione

Articoli di legge

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. (...)

1910 c.c.

Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

1913 c.c.

Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. (...)

1916 c.c.

Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

2952 c.c.

Prescrizione in materia di assicurazione

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione. La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto. La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

Modello 9045 – Informativa sulla privacy

INFORMATIVA GENERALE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

AXA Assicurazioni rispetta le persone con le quali entra in contatto e tratta con cura i dati personali che utilizza per lo svolgimento delle proprie attività. 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.

A) Trattamento dei suoi dati personali per finalità assicurative¹

Per svolgere adeguatamente le attività necessarie alla gestione del rapporto assicurativo a lei riferito, in qualità di cliente o potenziale cliente, la nostra Società (di seguito anche “AXA”) ha la necessità di disporre di dati personali, comuni, sensibili² e giudiziari, a lei riferiti (dati ancora da acquisire, alcuni dei quali ci debbono essere forniti da lei o da terzi per obbligo di legge³, e/o dati già acquisiti, forniti da lei o da altri soggetti⁴, anche mediante la consultazione di banche dati) e deve trattarli nel quadro delle finalità assicurative.

In particolare useremo i suoi dati per fornire servizi e prodotti assicurativi della Compagnia nell’ambito delle seguenti attività, indicate 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;
- 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, anche a fini di tariffazione;
- valutazione inerente eventuali finanziamenti per il pagamento del premio;
- attività antifrode con screening delle informazioni pubbliche, tra cui quelle raccolte tramite siti web e social media;
- utilizzo dei dati in forma anonima per attività di analisi e statistiche di mercato;
- utilizzo dei dati rilevati mediante l’eventuale l’utilizzo di strumenti che rilevano la dinamica di guida (cd “Black Box”) per la gestione del rapporto contrattuale e definire le politiche tariffarie della Compagnia;
- servizi di monitoraggio dei parametri delle condizioni generali del cliente rispetto al suo benessere fisico, ad eventi inerenti l’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.

I dati forniti potranno essere utilizzati per la consultazione di banche dati legittimamente accessibili, quali i sistemi di informazioni creditizie, utili per determinare la tariffa applicabile e per verificare il possesso di requisiti specifici richiesti dalle compagnie per l’accesso ad ulteriori prodotti, ad agevolazioni e vantaggi.

A tali fini, non è richiesto il suo consenso per il trattamento dei suoi dati non sensibili strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte di AXA e di terzi a cui tali dati saranno comunicati⁵.

¹ La “finalità assicurativa” richiede, che i dati siano trattati necessariamente per: 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; 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.

² I dati sensibili (definiti dalla normativa come “categorie particolari di dati”) sono quelli che rivelano l’origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l’appartenenza sindacale, i dati genetici, i dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, i dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all’orientamento sessuale della persona.

³ Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.

⁴ Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che la riguarda (contraenti di assicurazioni in cui lei risulti assicurato, beneficiario ecc.; coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione ecc.); soggetti che, per soddisfare le sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni creditizie e commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo altri soggetti pubblici

⁵ I dati possono essere 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); società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti; 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

Modello 9045 – Informativa sulla privacy

Viceversa il consenso è richiesto per il trattamento dei dati inerenti essenzialmente la sua salute e comunque quelli rientranti nell'ambito dei cosiddetti dati sensibili. Il consenso che le chiediamo riguarda quindi il trattamento degli eventuali dati sensibili il cui utilizzo sarà strettamente inerente alla fornitura dei servizi, e/o prodotti assicurativi e/o delle prestazioni citate il cui trattamento è ammesso dalle autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la 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 suoi dati possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo o di natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa"⁶, 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" effettuati dai predetti soggetti.

Precisiamo che senza i suoi dati non saremo in grado di fornirle, le prestazioni, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati. Quindi, in relazione a questa specifica finalità, **il suo consenso è il presupposto necessario per lo svolgimento del rapporto assicurativo.**

Potremo, inoltre, utilizzare i dati di recapito che abbiamo ricevuto per inviarle comunicazioni di servizio strumentali per la gestione del rapporto assicurativo. Tenga quindi conto che in mancanza dei suoi dati di recapito non ci sarà possibile contattarla tempestivamente per fornirle informazioni utili in relazione al rapporto contrattuale e ad altre comunicazioni di servizio.

Base giuridica del trattamento: per la finalità assicurativa sopra descritta la base giuridica che legittima il trattamento è la necessità di disporre di dati personali per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso. Ulteriore base giuridica che legittima l'utilizzo dei dati per tale finalità è la necessità di disporre di dati personali per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento. Infine il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento a svolgere l'attività assicurativa.

B) Trattamento dei dati personali comuni per attività commerciali e di marketing

Inoltre, per migliorare i nostri servizi ed i nostri prodotti e per informarla sulle novità e le opportunità che potrebbero essere di suo interesse, le chiediamo di consentirci l'utilizzo dei suoi dati personali non sensibili. Tutto ciò avverrà nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati, e pertanto non utilizzeremo dati sensibili⁷ per tali finalità.

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;
- proporre 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, telefono, fax, sms, mms, social media);

⁶ 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.

⁷ Cfr. nota 2

Modello 9045 – Informativa sulla privacy

- 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;
- tenere conto dei dati generati nel caso lei utilizzi strumenti che permettano la rilevazione della sua posizione nel territorio.

In particolare potremo provvedere alle seguenti attività:

- invio di materiale pubblicitario,
- vendita diretta,
- compimento di ricerche di mercato,
- comunicazione commerciale di prodotti della singola Compagnia e/o delle società del Gruppo AXA Italia;
- inviti ad eventi istituzionali del Gruppo AXA.

Il consenso che le chiediamo è facoltativo. In mancanza, non vi sono effetti sull'erogazione dei servizi assicurativi, ma non potrà conoscere le nostre offerte, né partecipare alle iniziative sopra indicate.

Precisiamo inoltre che in caso di suo consenso potremo inviarle messaggi utilizzando sia strumenti tradizionali (posta e telefono) sia strumenti automatici (posta elettronica, sms, mms, fax, 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.

Potremo inoltre provvedere, sempre con il suo consenso, all'invio di materiale pubblicitario, effettuare attività di vendita diretta, compiere ricerche di mercato e comunicarle novità in merito ai prodotti e servizi forniti dai partner del nostro Gruppo.

Precisiamo che le attività di comunicazione e marketing sopra descritte potranno essere realizzate da AXA, da società appartenenti allo stesso Gruppo e dai suoi agenti e collaboratori, i quali agiranno quali responsabili ed incaricati nominati dal Titolare.

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

Modalità d'uso dei suoi dati personali

I Suoi dati personali sono trattati⁸ da AXA - titolare del trattamento - solo con modalità, strettamente necessarie per fornirLe le prestazioni, i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o previsti in Suo favore, ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche, attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati per gli stessi fini ai soggetti già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa.

Destinatari (a chi e dove 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 possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:

- assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; 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; 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, cliniche 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 possono verificare l'accessibilità a finanziamenti per il pagamento dei premi. Si precisa che il titolare fornirà alle società che gestiscono sistemi di informazione creditizie

⁸ Il trattamento può comportare le operazioni di raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.

Modello 9045 – Informativa sulla privacy

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 Società (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo: Concordato Cauzione Credito 1994, Pool Italiano per l'Assicurazione dei Rischi Atomici, Pool per l'Assicurazione R.C. Inquinamento, Consorzio per la Convenzione Indennizzo Diretto (CID), Ufficio Centrale Italiano (UCI S.c.ar.l.), Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Genova, Comitato delle Compagnie di Assicurazione Marittime in Roma, Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Trieste, ANADI (Accordo Imbarcazioni e Navi da Diporto), SIC (Sindacato Italiano Corpi), Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati (CIRT), Pool Italiano per la Previdenza Assicurativa degli Handicappati; CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); ISVAP (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo) oggi IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); nonché altri soggetti, quali: UIC (Ufficio Italiano dei Cambi); 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; Consorzi agricole di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali; 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 - 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) per i trasferimenti all'interno del Gruppo AXA, l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea per i 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.

Questi soggetti, a sua tutela, svolgeranno la funzione di “responsabile” o di “incaricato” del trattamento dei suoi dati oppure, ove la legge lo consenta, operano come distinti “titolari” del trattamento. Il consenso che le chiediamo riguarda pertanto anche l'attività di tali soggetti.

I Suoi dati personali saranno utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per effettuare le attività suddette e non verranno diffusi.

Tempo di conservazione dei dati: I dati vengono conservati per tutto il tempo necessario alla gestione del rapporto con l'interessato, fermo restando che decorsi 10 anni dalla cessazione del rapporto con il cliente si procede alla cancellazione dei dati. Per le attività di marketing in caso di manifestazione dei consensi opzionali richiesti, i dati raccolti saranno conservati per il tempo necessario coerente con le finalità di marketing (e comunque per non più di 24 mesi dalla cessazione del rapporto) e nel rispetto della correttezza e del bilanciamento fra legittimo interesse del Titolare e diritti e libertà dell'interessato.

I Suoi diritti e contatti: Lei ha il diritto di conoscere chi sono i responsabili del trattamento, accedere ai Suoi dati, farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne la limitazione e di opporsi al loro trattamento nei casi previsti dalla legge, proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali e, a far data dal 25 Maggio 2018, di richiedere la portabilità dei dati e far valere il diritto all'oblio.

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

[Per maggiori informazioni, si invita a visitare la sezione privacy del sito web www.axa.it](http://www.axa.it)

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 di “Firma Grafometrica” a cui potrà liberamente aderire.

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

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

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

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

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

I Dati saranno trattati mediante strumenti informatici e telematici con logiche strettamente connesse alle finalità sopra indicate e comunque nel rispetto delle disposizioni di legge⁹.

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

I Dati raccolti saranno trattati altresì da:

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

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

Lei ha il diritto di ottenere la conferma accedere ai Suoi dati, farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne la limitazione e di opporsi al loro trattamento nei casi previsti dalla legge, proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali e, a far data dal 25 Maggio 2018, di richiedere la portabilità dei dati e far valere il diritto all'oblio.

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

⁹ Provvedimento generale prescrittivo in tema di biometria, emesso dal Garante per la protezione dei dati personali il 12 novembre 2014

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

In conformità alla vigente normativa assicurativa, incluse le previsioni del Regolamento ISVAP n. 35/2010 e del Regolamento IVASS n° 8/2015, abbiamo necessità di raccogliere il suo consenso ad inviarle, in formato elettronico ed al contatto di recapito indicato in anagrafica, la documentazione e le comunicazioni, precontrattuali e contrattuali, previste dalla normativa e funzionali alla gestione dei servizi che ci richiede.

In mancanza di tale consenso le invieremo tali comunicazioni obbligatorie in formato cartaceo.

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

In tal caso potranno esserle addebitati gli oneri connessi alla stampa e all'eventuale trasmissione della documentazione in formato cartaceo.