



Valore Manager e Collaboratori

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
COMPRESIVE DI GLOSSARIO
E DELL'INFORMATIVA SULLA PRIVACY

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO



Assicurazione collettiva
per il caso di morte
e/o invalidità totale e
permanente

edizione luglio 2025

AXA Assicurazioni S.p.A.



Valore Manager e Collaboratori

**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
COMPRESIVE DI GLOSSARIO
E DELL'INFORMATIVA SULLA PRIVACY**

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO

**Assicurazione collettiva
per il caso di morte
e/o invalidità totale e
permanente**

edizione luglio 2025

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

Capitale Sociale € 248.987.410 interamente versato - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano-Monza-Brianza-Lodi e C. F. n. 00902170018 - P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967 -
Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311 - Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU ai sensi dell'art. 2497 bis C.C. - Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00025 -
Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria,
del commercio e dell'artigianato del 31 dicembre 1935 - (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83)



Area Clienti

Vieni a scoprire la tua Area Clienti

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

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



Le tue **coperture assicurative** in essere.



La tua **posizione previdenziale**.



Le tue **condizioni contrattuali**.



Lo stato di pagamento dei tuoi premi e le **relative scadenze**.



... e molto altro ancora!



AREA CLIENTI

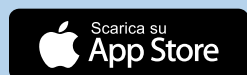
Per maggiori informazioni e assistenza consulta il sito **www.axa.it** oppure contattaci direttamente

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



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

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



Informativa in merito alle disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche

Il 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 volti all’accertamento dello stato di salute collegato a patologie oncologiche.

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.

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.

Per la piena applicazione della legge il Ministero della Salute ha emanato alcuni provvedimenti volti a disciplinare 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.

- *DECRETO 22 marzo 2024 - Elenco di patologie oncologiche per le quali si applicano termini inferiori rispetto a quelli previsti dagli articoli 2, comma 1, 3, comma 1, lettera a), e 4, comma 1, della legge n. 193 del 2023*

Il Ministero della Salute ha fornito alcune specificazioni mirate ad introdurre tempistiche ridotte per alcune tipologie tumorali 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. riportati nell'allegato I e trascritti di seguito.

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

- *DECRETO 5 luglio 2024 - Disciplina delle modalità e delle forme per la certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini della normativa sull'oblio oncologico*

Il Ministero della Salute ha dettato le modalità di presentazione dell'istanza per il rilascio della certificazione, secondo un modello allegato al Decreto Certificazione allegando documentazione medica, ad una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata o ad un medico dipendente del Servizio sanitario nazionale nella disciplina attinente alla patologia oncologica di cui si chiede l'oblio o al medico di medicina generale oppure al pediatra di libera scelta.

La certificazione, redatta secondo il modello contenuto nel medesimo Decreto attuativo, è rilasciata gratuitamente entro trenta giorni dalla richiesta se sussistono, a giudizio della struttura o del medico certificante, le condizioni di legge. Il rilascio di detta certificazione non deve comportare oneri per il richiedente.

Glossario	1
Parte I - Oggetto del contratto e prestazioni assicurate	3
Art. 1. Oggetto	3
Art. 2. Assicurati	3
Art. 3. Prestazione assicurata	3
Art. 4. Beneficiari	4
Art. 5. Limiti di età	6
Art. 6. Suicidio	6
Art. 7. Esclusioni -Cosa non è coperto	6
Art. 8. Sinistro che colpisca più Assicurati: massimali	6
Parte II - Conclusione e durata del Contratto, decorrenza delle garanzie assicurative	7
Art. 9. Conclusione del Contratto di assicurazione e durata della garanzia assicurativa	7
Art. 10. Ingresso e permanenza in Assicurazione	7
Art. 11. Variazioni della popolazione assicurata in corso di contratto	8
Art. 12. Documentazione sanitaria: accertamenti e dichiarazioni degli Assicurati	9
Art. 13. Copertura provvisoria	10
Parte III – Il pagamento dei premi	12
Art. 14. Premi assicurazione	12
Art. 15. Pagamento dei premi e risoluzione del contratto	12
Parte IV – La gestione dei sinistri	13
Art. 16. Denuncia, accertamento e riconoscimento da parte della Società dell'Evento assicurato	13
Art. 17. Procedura di trasmissione della denuncia di Sinistro	15
Art. 18. Controversie di natura medica relative alla copertura invalidità totale e permanente	15
Parte V – Disposizioni Generali	16
Art. 19. Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato	16
Art. 20. Diritto di revoca e recesso	16
Art. 21. Riscatto e prestiti	16
Art. 22. Vincolo	16
Art. 23. Regime fiscale	16
Art. 24. Antiriciclaggio	17
Art. 25. Sanzioni internazionali	17
Art. 26. Legge applicabile	17
Art. 27. Foro competente	17
Art. 28. Modifiche contrattuali	17
Art. 29. Modalità di consegna della documentazione informativa	18
Articoli di legge	19
INFORMATIVA GENERALE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI	21
INFORMATIVA PRIVACY SULL'USO DEI DATI BIOMETRICI CONNESSI ALLA FIRMA GRAFOMETRICA	28

Questo documento si compone in totale di: 28 pagine

PAGINA BIANCA

Glossario

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

Aderente:	Persona giuridica che può essere raggruppato, convenzionato, associato o iscritto ad un fondo assistenziale o ad una cassa Contraente dell'Assicurazione.
Anagrafica:	L'elenco della popolazione assicurata per la quale si richiede la copertura, redatto a cura del Contraente e trasmesso alla Società.
Appendice:	Il documento che forma parte integrante del Contratto di assicurazione e che viene emesso unitamente o in seguito al Certificato di Assicurazione per modificarne alcuni contenuti.
Assicurato:	La persona fisica portatrice del rischio assicurato con il Contratto di Assicurazione.
Assicurazione:	Il contratto di assicurazione collettiva o di gruppo sottoscritto dal Contraente per conto di una collettività di Assicurati, con il quale la Società, a fronte del pagamento del Premio, si impegna a pagare la Prestazione assicurata in forma di capitale al verificarsi dell'Evento assicurato
Beneficiario:	La persona fisica o giuridica che riceve la prestazione prevista dal Contratto assicurativo al verificarsi dell'evento assicurato
Certificato di Assicurazione (o simple di Polizza):	Il documento, rilasciato dalla Società, che attesta l'esistenza del Contratto di assicurazione e conferma le principali caratteristiche dell'Assicurazione.
Condizioni di assicurazione:	Insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di assicurazione in tutti i suoi aspetti e che vengono riportate nella Proposta di assicurazione
Contraente:	La persona giuridica che stipula il Contratto di assicurazione per conto di una collettività di Assicurati e si impegna a versare i Premi alla Società.
Data di decorrenza:	Il giorno, riportato nella Polizza o nelle sue appendici, a partire dal quale le coperture assicurative previste dall'Assicurazione decorrono, fatte salve le ipotesi di sospensione delle stesse.
Data di inclusione:	Il giorno, riportato nella Polizza o nelle sue Appendici, in cui il singolo Assicurato viene messo in copertura. Per ciascun Assicurato la Data di inclusione rappresenta l'inizio del Periodo di assicurazione.
Datore di lavoro (o Associato):	La società o l'ente, con il quale l'Assicurato intrattiene un rapporto di lavoro subordinato, e che può essere raggruppato, convenzionato, associato o iscritto ad un fondo assistenziale o ad una cassa Contraente dell'Assicurazione.
Età assicurativa:	L'Età assicurativa dell'Assicurato viene determinata alla Data di inclusione in anni interi e corrisponde: <ul style="list-style-type: none">• all'età compiuta dall'Assicurato, se non siano trascorsi più di 6 (sei) mesi dall'ultimo compleanno,• all'età prossima da compiere, se siano trascorsi almeno 6 (sei) mesi dall'ultimo compleanno.
Evento assicurato:	Il decesso dell'Assicurato o la sua invalidità totale permanente

Free Cover Limit:	La Somma assicurata massima oltre la quale l'Assicurazione prevede l'obbligo di accertamenti sanitari preventivi per l'assunzione del rischio in copertura.
Infortunio:	Per Infortunio si intende l'evento improvviso dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che colpisce l'Assicurato e che produce lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza il decesso o l'invalidità totale e permanente.
Intermediario:	Il soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività.
Massimale:	Il massimo esborso della Società, in caso un unico evento accidentale che colpisca più Assicurati con la medesima Polizza e/o Polizze con lo stesso Contraente e stesso datore di lavoro Aderente.
Periodo di assicurazione:	Il periodo durante il quale il Contratto di assicurazione è efficace e le coperture sono operanti, fatte salve le ipotesi di sospensione delle stesse. Se non diversamente specificato, per ciascun assicurato il Periodo di assicurazione decorre dalla Data di inclusione e termina alla data indicata nel Certificato di Assicurazione.
Perfezionamento del Contratto:	La Data che coincide con la Data di Decorrenza del Contratto a condizione che il Contraente abbia pagato il Premio.
Polizza:	Il documento rilasciato dalla Società che riporta l'Anagrafica e che è parte del Certificato di Assicurazione.
Premio:	Il corrispettivo dovuto dal Contraente alla Società a fronte delle Prestazioni assicurate.
Proposta di Assicurazione (o Offerta/ Preventivo):	Il documento che riassume le condizioni del Contratto di assicurazione e le sue principali caratteristiche.
Revoca:	Diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del Contratto.
Sinistro:	Il verificarsi dell'Evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società:	Axa Assicurazioni S.p.A., società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita anche Società o Impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.
Somma assicurata o Prestazione assicurata:	Il capitale corrisposto dalla Società al Beneficiario al verificarsi dell'Evento assicurato.
Sovrappremio:	Maggiorazione di Premio richiesta dalla Società nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali.
Viaggi di lavoro:	Viaggio di lavoro o trasferta si intende il tempo impiegato dal dipendente per effettuare gli spostamenti dalla propria abitazione per raggiungere una sede lavorativa diversa da quella abituale stabilita dal contratto di assunzione.

Parte I - Oggetto del contratto e prestazioni assicurate

Art. 1| Oggetto

Le presenti Condizioni di Assicurazione disciplinano il "Contratto di assicurazione collettiva in forma di garanzia temporanea collettiva per il caso morte e di invalidità totale o permanente procurata da ogni causa", denominato "Valore Manager e Collaboratori", disponibile in due versioni:

- A) Temporanea caso morte, a copertura del solo rischio di decesso (di seguito Formula A);
- B) Temporanea caso morte e invalidità totale o permanente, a copertura dei rischi di decesso e di invalidità totale e permanente (di seguito Formula B).

Il Contratto di assicurazione, a premio unico mono-annuale, in entrambe le versioni, presuppone:

- ✓ un unico Contraente, una pluralità di Assicurati ed un unico Contratto di assicurazione;
- ✓ la copertura di categorie di Assicurati nella loro totalità;
- ✓ la determinazione della Somma assicurata, per ogni testa, in base a criteri uniformi indipendenti dalla diretta volontà dei singoli Assicurati.

I rischi di decesso e di invalidità totale e permanente si intendono coperti da ogni causa (malattia o infortunio).

Art. 2| Assicurati

L'Assicurazione può essere prestata a favore dei lavoratori dipendenti (es. dirigenti, funzionari, quadri, impiegati, operai, etc.) e dei loro coniugi, dei soggetti uniti civilmente (L. n. 76/2016 o conviventi, dei soggetti che ricoprono una carica nell'ambito degli organi sociali (es. soci, amministratori, consiglieri, sindaci, ecc.) e dei collaboratori (collaboratori in regime coordinato o continuato, stagisti, collaboratori interinali, lavoratori in staff leasing od in contratto di somministrazione, lavoratori autonomi con rapporto prevalente), attuali e futuri, delle aziende Contraenti o dei Datori di lavoro associati.

Sono coperte tutte le categorie di lavoratori dipendenti senza nessuna limitazione per settori di attività e natura dell'azienda, ad eccezione delle seguenti attività:

- Giocatori sportivi professionisti, durante il proprio lavoro sportivo di squadra;
- Piloti ed Equipaggio di cabina di linee aeree, durante il proprio lavoro;
- Personale marittimo, durante il proprio lavoro;
- Personale che lavora in miniere, coinvolto direttamente nel processo estrattivo, nelle costruzioni sotterranee o estrazione/esplorazione di minerali;
- Lavoratori in siti offshore, un sottomarino o una barca, coinvolti direttamente in lavori sopra o sotto la superficie marina;
- Lavoratori coinvolti direttamente nella ricerca, produzione o raffinazione di petrolio o gas,
- Personale che lavora nell'industria chimica a diretto contatto con materiale chimico;
- Persone a diretto contatto con munizioni, esplosivi o congegni esplosivi;
- Polizia militare e forze armate nell'attività di servizio;
- Lavoratori presso strutture nucleari.

L'adesione alla presente Assicurazione può rimanere subordinata ad un preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato, ai sensi di quanto precisato all'art. 12 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Art. 3| Prestazione assicurata

Sulla base delle presenti Condizioni di Assicurazione, e ferme comunque restando le cause di esclusione e i massimali dalle medesime previsti, il Contratto di assicurazione prevede, sia per la Formula A che per la Formula B, la liquidazione in un'unica soluzione della Somma assicurata ai Beneficiari, così come definiti al successivo art.4,a condizione che il Contraente sia in regola con il pagamento dei Premi e l'Assicurato sia stato incluso in Assicurazione.

L'importo della Somma assicurata è determinato in conformità ai CCNL di categoria, ai regolamenti e/o accordi integrativi aziendali in vigore ed è indicato, per ciascun Assicurato nell'Anagrafica predisposta dal Contraente.

L'importo della Somma assicurata è indicato, per ciascun Assicurato, nella Polizza e nel Certificato di Assicurazione.

Nel dettaglio:

Decesso

Fatti salvi i casi di esclusione di cui all'art. 7 e 24 delle presenti Condizioni di Assicurazione, il rischio di decesso è coperto qualunque possa esserne la causa e senza limiti territoriali.

Invalidità totale e permanente

Si intende colpito da invalidità totale e permanente l'Assicurato che, a causa di malattia o infortunio che abbiano determinato una sopravvenuta infermità o lesione o un sopraggiunto difetto fisico o mentale, indipendenti dalla sua volontà ed oggettivamente accertabili, abbia visto ridotta, in modo permanente, la propria capacità di lavoro in occupazioni confacenti alle sue attitudini di un grado pari o superiore al 66% (sessantasei per cento).

L'invalidità totale e permanente indennizzabile ai fini del presente Contratto di Assicurazione deve avere comportato la risoluzione del rapporto di lavoro in atto fino a quel momento, fatta eccezione per i casi diversamente disciplinati dal CCNL, regolamento e/o accordo integrativo aziendale applicabile.

Resta inteso che nessuna garanzia sarà efficace in caso di prosecuzione del rapporto di lavoro dell'Assicurato al quale sia stato già riconosciuto, in qualsiasi momento, uno stato di invalidità permanente di grado superiore a quanto precedentemente indicato,

Commorienza

Se a causa di un infortunio determinato dal medesimo evento consegue la morte dell'Assicurato e del coniuge convivente non separato o del convivente more uxorio o unito civilmente (L. n. 76/2016), entro un arco temporale di cinque giorni, la somma assicurata per il caso di morte spettante ai figli minorenni (se conviventi ed in quanto beneficiari che dovrà suddividersi tra i minori beneficiari in parti uguali) sarà raddoppiata. Ai figli minori vengono equiparati i figli maggiorenni che, al momento del sinistro, siano già portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 66% (sessantasei per cento) della totale.

Resta in ogni caso convenuto che il massimo esborso a carico della Società, per tale titolo, non potrà superare l'importo di € 1.000.000,00 (un milione) e che l'applicazione della presente clausola prevale, a tutti gli effetti, su ogni altra eventuale pattuizione che preveda, a qualsivoglia titolo, una maggiorazione del capitale assicurato per il caso di morte.

La garanzia "Commorienza" è operante sia per la Formula A che per la Formula B.

Art. 4 | Beneficiari

I Beneficiari delle prestazioni assicurate sono i soggetti indicati dai CCNL di categoria applicato, dai regolamenti o accordi integrativi aziendali in vigore.

In assenza di specifiche previsioni in tal senso, i Beneficiari sono:

- ✓ in caso di invalidità totale e permanente, l'Assicurato medesimo;
- ✓ in caso di decesso, gli eredi testamentari e, in mancanza di testamento, gli eredi legittimi in parti uguali.

L'Assicurato ha, inoltre, la possibilità di designare nominativamente i Beneficiari per la Prestazione assicurata in caso di decesso e può, in qualsiasi momento, revocare o modificare tale designazione. Salvo diversa indicazione dell'Assicurato, la prestazione assicurata sarà liquidata ai Beneficiari designati in parti uguali.

La comunicazione della nomina o revoca o modifica del Beneficiario, in qualunque forma effettuata, anche testamentaria, spiegherà effetti dal momento in cui la Società ne è venuta a conoscenza.

La designazione dei Beneficiari in caso di decesso non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- ✓ dagli eredi dopo il decesso dell'Assicurato;
- ✓ dopo che, verificatosi il decesso, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio;
- ✓ se l'Assicurato ha rinunciato al potere di revoca ed il Beneficiario ha dichiarato di volersi avvalere del beneficio.

BENEFICIARI IN CASO DI DECESSO: domande frequenti	
1 - Cosa accade se uno dei Beneficiari della polizza, in qualità di erede legittimo dell'Assicurato, rinuncia all'eredità?	La rinuncia all'eredità da parte degli eredi legittimi non determina la rinuncia al beneficio risultante dall'assicurazione: la Società è comunque tenuta a corrispondere all'erede Beneficiario la propria quota di capitale.
2 - Cosa accade nel caso in cui uno dei Beneficiari deceda prima dell'Assicurato?	In caso di premorienza del Beneficiario la prestazione deve essere eseguita a favore dei suoi eredi per rappresentazione. La ripartizione della quota di spettanza al Beneficiario deceduto avverrà tra i suoi eredi in parti uguali, i quali dovranno produrre il certificato di decesso del Beneficiario e la relativa dichiarazione sostitutiva di atto notorio che li indica come eredi legittimi.
3 - Cosa accade nel caso in cui uno dei Beneficiari deceda dopo l'Assicurato ma prima di aver ricevuto la liquidazione della prestazione?	Qualora il Beneficiario, cui spetta tutto o parte del beneficio, deceda dopo l'Assicurato, ma prima che la somma a lui spettante sia stata versata dalla Società, la quota parte viene corrisposta agli eredi legittimi del Beneficiario deceduto in ragione delle comuni leggi successorie: la Società corrisponderà il capitale direttamente agli eredi del Beneficiario, secondo le quote spettanti, previa dimostrazione da parte di ciascuno degli eredi del Beneficiario della propria qualità di erede, della quota ad essi spettante e dell'accettazione dell'eredità. Vista la complessità del caso, si invitano gli eredi del Beneficiario deceduto a contattare la Società per conoscere quale documentazione presentare per ottenere il pagamento della prestazione.

BENEFICIARI IN CASO DI INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE: domande frequenti	
1 - Cosa accade nel caso in cui l'Assicurato/Beneficiario deceda dopo il riconoscimento dell'invalidità, ma prima di aver ricevuto la liquidazione della prestazione?	Il diritto alla prestazione si trasferisce agli eredi legittimi del Beneficiario deceduto, il quali forniranno atto notorio o dichiarazione sostitutiva di atto notorio, illustrativo dei soggetti chiamati all'eredità del Beneficiario deceduto. Gli eredi riceveranno l'importo del beneficio secondo le quote di propria spettanza stabilite dal diritto successorio
2 - Può essere indicato quale Beneficiario un soggetto diverso dall'Assicurato?	Non è compatibile con la natura indennitaria della specifica garanzia. La polizza assicura il rischio di invalidità dell'Assicurato, il quale riveste il ruolo sia di Assicurato sia di Beneficiario. Nell'interesse dell'Assicurato Beneficiario, la liquidazione può avvenire a mani dell'amministratore di sostegno, del curatore o del tutore, previa pronuncia del Giudice Tutelare.

Art. 5 | Limiti di età

L'Assicurazione è valida per tutti gli Assicurati, inclusi nell'Anagrafica predisposta dal Contraente, che alla Data di inclusione abbiano compiuto 18 (diciotto) anni di Età Assicurativa e non abbiano ancora compiuto 76 (settantasei anni) di Età Assicurativa.

Qualora l'Età Assicurativa massima (76 anni) fosse compiuta nel corso del periodo assicurativo per il quale il premio sia stato pagato, l'Assicurazione cessa allo scadere del medesimo periodo.

Superati i limiti di età sopra indicati, la copertura cessa e non potrà essere rinnovata, salvo deroga convenuta tra le Parti del Contratto.

Art. 6 | Suicidio

In deroga a quanto previsto dall'articolo 1927 del Codice Civile, l'Assicurazione è efficace anche in caso di suicidio dell'Assicurato avvenuto prima che siano trascorsi due anni dalla Data di inclusione nell'Assicurazione.

Art. 1927 Codice Civile - Suicidio dell'assicurato

1. In caso di suicidio dell'assicurato, avvenuto prima che siano decorsi due anni dalla stipulazione del contratto, l'assicuratore non è tenuto al pagamento delle somme assicurate, salvo patto contrario.
2. L'assicuratore non è nemmeno obbligato se, essendovi stata sospensione del contratto per mancato pagamento dei premi [1901, 1924], non sono decorsi due anni dal giorno in cui la sospensione è cessata.

Per le assicurazioni ad adesione, la presente deroga è operante solo se espressamente richiamata nella Proposta di assicurazione accettata dal Contraente e riportata nella Polizza.

Art. 7 | Esclusioni - Cosa non è coperto

Sono sempre esclusi dall'Assicurazione il decesso o l'invalidità totale e permanente causati direttamente, indirettamente o parzialmente da:

- ✓ dolo del Contraente o del Beneficiario;
- ✓ partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- ✓ partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi altro tipo di operazione militare.
La garanzia è inefficace anche se l'Assicurato non abbia preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, o guerra civile e il decesso sia avvenuto dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato stesso si trovi già nel territorio dell'accadimento. L'esistenza di una situazione di guerra e similari in un Paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa.

In tutti i casi esclusi, la Società non corrisponderà alcuna Somma Assicurata e restituirà al Contraente un importo pari al rateo di Premio relativo al Periodo di assicurazione non goduto, al netto degli eventuali costi accessori riportati nella Polizza.

Per le assicurazioni ad adesione, in relazione alle caratteristiche della specifica collettività assicurata, le esclusioni operanti saranno quelle pattuite tra il Contraente e la Società, ed espressamente richiamate nella Proposta di assicurazione accettata dal Contraente e riportate nella Polizza.

Art. 8 | Sinistro che colpisca più Assicurati: somme assicurate, capitali, massimale

L'Assicurazione è efficace anche per il Sinistro che, in conseguenza di un unico evento accidentale, colpisca più Assicurati sotto la medesima Polizza e/o Polizze con lo stesso Contraente e stesso datore di lavoro Aderente.

In tali casi l'esborso massimo a carico della Società non potrà superare la somma massima complessiva di € 21.000.000,00 (ventuno milioni,00) E, nei soli viaggi di lavoro, il limite si estende anche al numero massimo degli assicurati, che non può superare i 200 (duecento).

Se le Somme Assicurate complessivamente dovute eccedessero tale massimale, la Società procederà alla loro riduzione proporzionale. Detto importo verrà suddiviso in relazione al numero degli Assicurati colpiti dal sinistro e alla rispettiva Somma Assicurata

Parte II - Conclusione e durata del Contratto, decorrenza delle garanzie assicurative

Art. 9| Conclusione del Contratto di assicurazione e durata della garanzia assicurativa

Il Contratto di assicurazione si intende concluso nel momento in cui al Contraente giunge notizia di accettazione da parte della Società.

Il Contratto di assicurazione decorre dalla Data indicata nella Proposta e riportata nel Certificato di Assicurazione, ha durata non superiore a tre anni e si rinnova tacitamente alla scadenza, di anno in anno, salvo disdetta da comunicarsi tramite PEC o altro mezzo equivalente almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza. Sono fatti salvi gli eventuali diversi termini di durata e disdetta concordati per iscritto tra il Contraente e la Società.

In forza della conclusione del contratto, viene accesa una copertura assicurativa mono-annuale rinnovabile di anno in anno in riferimento a ciascun assicurato incluso nel contratto stesso.

Il Contraente è tenuto a versare il Premio secondo le modalità e i termini indicati nel Certificato di Assicurazione e agli artt. 14 e 15 delle presenti Condizioni di Assicurazione: **in caso di mancato pagamento del Premio entro i suddetti termini, l'efficacia dell'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del giorno di scadenza del pagamento e si (ri)attiva dalle ore 24:00 del giorno di corretto accredito del Premio, ferme le successive scadenze.**

Salvo diversa previsione, per ciascun Assicurato, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 della data di inclusione, fermo restando il caso di sospensione delle coperture per mancato pagamento del Premio entro i termini stabiliti dal Contratto di assicurazione.

I Sinistri intervenuti durante un periodo di sospensione per mancato pagamento del Premio non verranno liquidati.

Con riferimento a ciascun Assicurato, l'Assicurazione cessa:

- ✓ il giorno di risoluzione, per qualsivoglia motivo, del rapporto di lavoro e/o di collaborazione e/o di partecipazione alla collettiva intercorrente tra l'Assicurato e il Contraente o il Datore di lavoro Aderente;
- ✓ al termine del Periodo di assicurazione, salvo rinnovo;
- ✓ in caso di decesso dell'Assicurato;
- ✓ in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato.

Art. 10| Ingresso e permanenza in Assicurazione

L'attivazione delle coperture assicurative per ciascun Assicurato è subordinata:

- ✓ **all'esito favorevole degli accertamenti sanitari eventualmente previsti**, come indicato all'art. 12 delle presenti Condizioni di Assicurazione, a condizione che tale esito sia reso noto alla Società, con la consegna di tutta la relativa documentazione, e dalla stessa formalizzato attraverso l'emissione di un'Appendice;
- ✓ **al corretto pagamento del Premio;**
- ✓ **nei soli casi previsti dalla legge, alla presentazione del consenso prestato dall'Assicurato ai sensi dell'art. 1919, comma 2 del Codice Civile**, attraverso la sottoscrizione del modulo reso disponibile dalla Società.

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

- ✓ fornire alla Società l'Anagrafica secondo le modalità con questa concordate;
- ✓ consegnare agli Assicurati copia del presente Set Informativo;
- ✓ consegnare agli Assicurati ogni altro documento previsto dal Contratto di assicurazione;
- ✓ consegnare alla Società ogni documento da questa richiesto e necessario per l'inserimento in copertura degli Assicurati.

Nei casi in cui l'Assicurazione non sia stata disdettata da una delle Parti, al fine di consentirne il relativo rinnovo, il Contraente si impegna a comunicare alla Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data di scadenza annuale dell'Assicurazione, ogni variazione intervenuta rispetto alla propria struttura societaria, agli Associati e alla popolazione assicurata.

Al fine di consentire un'esatta valutazione dei rischi e di determinare la Somma assicurata, il Contraente dovrà comunicare alla Società l'esistenza di ogni altra polizza assicurativa sulla vita e/o sugli infortuni a copertura degli Assicurati, stipulata dallo stesso Contraente o di cui lo stesso sia a conoscenza. Le suddette comunicazioni a carico del Contraente devono essere effettuate per tutti i nuovi ingressi nel corso del periodo di validità dell'Assicurazione.

Art. 1919 Codice Civile - Assicurazione sulla vita propria o di un terzo.

1. L'assicurazione può essere stipulata sulla vita propria o su quella di un terzo.
2. L'assicurazione contratta per il caso di morte di un terzo non è valida se questi o il suo legale rappresentante non dà il consenso alla conclusione del contratto. Il consenso deve essere provato per iscritto.

Cassazione civile sez. III, 15/02/2018, n. 3707

"In tema di assicurazione sulla vita, l'art. 1919, comma 2, c.c., nel subordinare la validità dell'assicurazione contratta per il caso di morte di un terzo al consenso scritto del medesimo, si riferisce all'ipotesi in cui il terzo si venga a trovare nella posizione di mero portatore del rischio, mentre i benefici del contratto assicurativo spettino esclusivamente al contraente o a persona da questo designata nel proprio interesse, sicché la necessità del consenso del terzo non sussiste quando il beneficiario dell'assicurazione non sia il contraente ma il terzo stesso, ovvero i suoi eredi o comunque soggetti da lui indicati, configurandosi in tal caso un'assicurazione sulla vita a favore di un terzo, regolata dall'art. 1891 c.c.."

Art. 11| Variazioni della popolazione assicurata in corso di contratto

Per gli Assicurati inclusi in copertura successivamente alla Data di decorrenza dell'Assicurazione si applicherà un rateo di Premio determinato riducendo il relativo Premio annuo in proporzione alla durata del Periodo di assicurazione relativo al singolo Assicurato subentrante, calcolato in 360esimi.

In caso di uscite di Assicurati in corso di contratto per cause diverse dal decesso, sarà rimborsato il rateo di Premio relativo al Periodo di assicurazione non goduto.

In entrambi i casi si applicheranno le seguenti regole operative:

- ✓ entro 10 (dieci) giorni dalla fine di ciascun trimestre il Contraente trasmette alla Società le variazioni intervenute sull'Anagrafica della popolazione assicurata, evidenziando ogni variazione in entrata e in uscita riferibile al trimestre concluso;
- ✓ sulla base di tale comunicazione, la Società emette le relative appendici di variazione e di regolazione del Premio;
- ✓ per tutte le inclusioni in copertura, la Società applica un rateo di Premio calcolato come sopra;
- ✓ le regolazioni di Premio derivanti dalle variazioni in aumento della popolazione assicurata in corso di contratto vengono effettuate dal Contraente entro 30 (trenta) giorni dalla fine di ciascun trimestre.
- ✓ le differenze di premio attive risultanti dalle regolazioni di Premio derivanti dalle variazioni occorse alla popolazione assicurata in corso di contratto, devono essere versate dalla Contraente entro 30 giorni dalla data di ricezione del documento contrattuale. **In caso di mancato pagamento del Premio entro i suddetti termini, le coperture degli Assicurati entranti restano sospese dalle ore 00:00 del giorno successivo a quello di scadenza dei termini di pagamento e si (ri)attivano dalle ore 24:00 del giorno di corretto accredito del Premio.** Fatti salvi i casi di sospensione per mancato pagamento del Premio nei termini previsti dall'Assicurazione, le coperture per ciascun Assicurato decorrono dalle ore 00:00 della Data di inclusione in copertura e terminano alle ore 24:00 della data indicata nella Polizza e nelle relative appendici
- ✓ per gli Assicurati uscenti le coperture assicurative cessano dalle ore 24:00 del giorno in cui è la suddetta comunicazione. In ogni caso dopo 60 (sessanta) giorni dal momento in cui si è verificata la situazione che ha comportato la cessazione della copertura (es. risoluzione del rapporto di lavoro e/o collaborazione e/o revoca di incarichi ecc.), la copertura assicurativa cesserà di essere attiva e non saranno coperti eventuali sinistri accaduti oltre tale termine. Nel caso di variazioni in uscita, la Società rimborsa al Contraente il rateo di Premio non goduto, calcolato come sopra, entro 30 (trenta) giorni dalla fine di ciascun trimestre

Art. 12| Documentazione sanitaria: accertamenti e dichiarazioni degli Assicurati

Ai fini dell'attivazione delle garanzie assicurative è necessario il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato sulla base di due criteri:

- la dimensione del gruppo (inferiore o uguale a 10 Assicurati o superiore a 10 Assicurati), che può essere riassunto per nuovi gruppi di Assicurati come segue:

Oltre 10 teste assicurate	Nessun Accertamento		Questionario sanitario completo + accertamenti sangue e urine
Fino a 10 teste assicurate	Dichiarazione buono stato di salute	Questionario sanitario semplificato	+ elettrocardiogramma oltre i 50 anni

0k€

100k€

500k€

- la tipologia di gruppo (nuovi gruppi di assicurati o trasferimenti di portafoglio e/o di singole polizze già in essere presso altri assicuratori).

In dettaglio, in tabella sono riportate le condizioni applicabili alle combinazioni dei due criteri.

PROCEDURA DI ASSUNZIONE DEL RISCHIO PER GRUPPI <= A 10 ASSICURATI (valida per Nuovi Rischi e Rischi già esistenti)	
Da zero a € 100.000,00 inclusi	Dichiarazione di buono stato di salute
Da €100.000,01 a €500.000,00 inclusi	Questionario sanitario semplificato
Oltre € 500.000,01 o per assicurati > di 67 anni di età assicurativa	Selezione medica completa *
PROCEDURA DI ASSUNZIONE DEL RISCHIO PER GRUPPI > A 10 ASSICURATI	
NUOVI RISCHI	
Da zero a € 500.000,00 inclusi	Free Cover Limit
Oltre € 500.000,01 o per assicurati > di 67 anni di età assicurativa	Selezione medica completa*
RISCHI ESISTENTI	
Rischi provenienti da altre compagnie di assicurazione (nati da un obbligo di CCNL o da un obbligo di contrattazione integrativa e/o aziendale)	
Per tutti i livelli di capitale assicurato	Per i trasferimenti di portafoglio e/o per l'acquisizione di portafoglio già in essere presso altri assicuratori, la Società prevede un'assunzione diretta degli Assicurati, previa consegna della documentazione attestante l'esistenza della copertura assicurativa precedente, secondo le seguenti modalità: a) laddove esistenti, saranno mantenuti gli eventuali Sovrappremi e le limitazioni/esclusioni ad personam già applicate; b) sui nuovi ingressi troveranno applicazione le regole previste dalla procedura assuntiva per nuovi rischi di cui al punto precedente dello schema.

*Per selezione medica completa si intende la compilazione del Questionario sanitario completo comprensivo degli accertamenti sanitari (Analisi sangue e urine: - Livello di glucosio nel sangue HbA1c, Sr Creatinemia, AST + ALT + GGT, Colesterolo Totale - HDL - LDL - Trigliceridi) e dell'Elettrocardiogramma per assicurati con più di 50 anni.

Gli accertamenti sanitari e gli esami effettuati, il cui onere resta a totale carico dell'Assicurato, verranno di norma considerati validi per 3 (tre) anni, a decorrere dalla data della loro esecuzione, anche per la valutazione di rischi diversi da quelli per i quali sono stati prodotti. La Società si riserva il diritto di abbreviare tale periodo di validità, a seguito di risultanze oggettive derivanti dallo stato di salute dell'Assicurato, dandone pronta comunicazione all'Assicurato.

In relazione alle prestazioni previste dal presente Contratto di assicurazione, essendo richiesta una certificazione concernente lo stato di salute dell'Assicurato, il Contraente prende atto delle seguenti avvertenze, che si impegna a sua volta a richiamare all'attenzione degli Assicurati:

- a) **eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del Contratto di assicurazione possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle Prestazioni assicurate previste, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione;**
- b) prima della sottoscrizione della certificazione di dipendente attivamente al lavoro il Contraente deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni ivi riportate;
- c) anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

La Società si riserva – anche in relazione alle caratteristiche e alla numerosità del gruppo di Assicurati, all'entità delle Somme assicurate e, per le assicurazioni ad adesione, alla numerosità degli Assicurati aderenti rispetto all'intero gruppo assicurabile – il diritto di richiedere ulteriore documentazione o ulteriori accertamenti sanitari da effettuarsi, questi ultimi, presso i propri medici fiduciari.

Per la **Categoria Dirigenti di aziende Industriali che aderiscono al C.C.N.L. delle aziende produttrici di beni e servizi**, nei limiti dei capitali previsti dal CCNL predetto, indipendentemente dalla numerosità del gruppo assicurato (quindi anche per gruppi inferiori alle 10 teste), non sarà richiesta la valutazione sanitaria di cui ai punti precedenti.

Tale deroga è da intendersi applicata anche per gli assicurati in forza presso la Contraente con la qualifica di Dirigente con età assicurativa > 67 anni, a condizione che la somma assicurata richiesta sia in linea con quanto previsto dal C.C.N.L. predetto.

Art. 1892 Codice Civile - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave.

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.

Art. 1893 Codice Civile - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave.

1. 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.
2. 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.

Art. 13| Copertura provvisoria

Ove il Contratto, in ragione della Somma assicurata, condizioni l'attivazione della copertura all'esito positivo di accertamenti sanitari, in pendenza di tali accertamenti, la Società assume in copertura l'Assicurato per la Somma assicurata prevista dal Free Cover limit,

La documentazione di accertamento richiesta dalla Società deve essere presentata entro e non oltre 60 (sessanta) giorni dalla Data di inclusione in garanzia, limitatamente alla Somma assicurata provvisoria.

Esaminata tale documentazione, la Società potrà:

- ✓ richiedere ulteriore documentazione sanitaria integrativa;
- ✓ proporre particolari condizioni di accettazione;
- ✓ accettare la messa in copertura per la Somma assicurata richiesta;
- ✓ rifiutare la messa in copertura per la Somma assicurata richiesta.

In difetto di presentazione della documentazione richiesta entro il termine di 90 (novanta) giorni dalla messa in copertura provvisoria, non potranno essere accordati incrementi della Somma assicurata e la copertura proseguirà per la Somma assicurata prevista dal Free Cover Limit già assunta con la copertura provvisoria.

In caso di accettazione della messa in copertura per la Somma assicurata richiesta, essa avrà effetto dalla Data di inclusione e la Società provvederà a calcolare e a comunicare al Contraente il relativo Sovrappremio dovuto e/o l'assunzione del rischio con delle limitazioni/esclusioni ad personam. La Società comunicherà altresì all'Assicurato le eventuali limitazioni/esclusioni ad personam della copertura. L'eventuale Sovrappremio dovrà essere corrisposto dal Contraente alla prima data utile, secondo il calendario delle future regolazioni convenute con la Società.

Qualora l'Assicurato venga sottoposto ad accertamenti sanitari e la Società rifiuti di prestare la Somma assicurata richiesta ovvero qualora l'Assicurato rigetti l'eventuale richiesta di applicazione di un Sovrappremio e/o di limitazioni/esclusioni ad personam, la copertura proseguirà per la Somma assicurata prevista dal Free Cover Limit già assunta con la copertura provvisoria.

Qualora al termine del processo di valutazione non venga assunto il nuovo rischio, esso non verrà considerato ai fini della popolazione assicurata sin dalla data della richiesta di inclusione.

Parte III – Il pagamento dei premi

Art. 14| Premio di assicurazione

Il Premio, dovuto dal Contraente per ciascun Assicurato è determinato secondo i tassi riportati nella Proposta di assicurazione accettata dal Contraente.

I tassi di tariffa sono espressi in millesimi e variano in funzione dell'Età assicurativa dell'Assicurato alla Data di inclusione.

Per ciascun Assicurato, il Premio è calcolato di anno in anno sulla base del corrispondente tasso di tariffa moltiplicato per la Somma assicurata. La Società calcola il Premio annuale a carico del Contraente sulla base dell'Anagrafica ricevuta ed emette la Polizza entro 30 (trenta) giorni.

Periodicamente la Società calcola le variazioni del Premio a carico del Contraente, emettendo le relative appendici di Polizza, sulla base delle variazioni in entrata e in uscita della popolazione assicurata, secondo i termini e le modalità indicate all'art. 11 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Art. 14.1 Sconti

Nell'ambito di specifiche campagne commerciali promosse dalla Società 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, la Società si riserva la facoltà di applicare sconti e/o agevolazioni sui costi dello specifico contratto, evidenziandone l'entità nel medesimo. La Società si riserva inoltre di determinare sconti e/o agevolazioni applicabili in linea generale ai Contraenti, stabilendone le condizioni oggettive e soggettive.

Art 15| Pagamento dei premi e risoluzione del contratto

Il Premio è sempre determinato per Periodi di assicurazione di un anno salvo il caso di Contratti assicurativi di durata inferiore, ed è interamente dovuto.

Il Contraente è tenuto a pagare il premio, stabilito in Polizza e nelle relative appendici, alle rispettive scadenze utilizzando esclusivamente i mezzi di pagamento secondo le modalità di seguito precisate:

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

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

In caso di mancato pagamento del Premio entro i suddetti termini, l'Assicurazione e le relative coperture restano sospese dalle ore 24:00 del giorno di scadenza del pagamento e si (ri)attivano dalle ore 24:00 del giorno di corretto accredito del Premio, ferme le successive scadenze.

I Sinistri occorsi durante un periodo di sospensione per mancato pagamento del Premio non verranno presi in carico dalla Società.

Rispetto a ciascuna scadenza, la Società concede al Contraente un termine di tolleranza di 30 (trenta) giorni, trascorso il quale sono dovuti gli interessi legali.

In caso di mancato pagamento del Premio per oltre 6 (sei) mesi dalla scadenza la Società ha il diritto di dichiarare, con lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente, la risoluzione del Contratto di assicurazione.

Parte IV – La gestione dei sinistri

Art 16| Denuncia, accertamento e riconoscimento da parte della Società dell'Evento assicurato.

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

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

Art. 16.1 Decesso

Entro 30 (trenta) giorni dal decesso il Beneficiario dovrà contattare la Società e produrre i documenti di seguito elencati, atti a comprovare l'intervenuto decesso, necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

La documentazione da consegnare SEMPRE è la seguente:

- ✓ Denuncia di sinistro sottoscritta da ciascun Beneficiario
- ✓ Copia fronte-retro del documento di identità o del passaporto in corso di validità di ciascun Beneficiario
- ✓ Copia del codice fiscale di ciascun Beneficiario
- ✓ Se prevista dalla normativa in vigore, adeguata verifica per il censimento dei Beneficiari della prestazione (modulo reperibile presso l'Intermediario)
- ✓ Certificato di morte, rilasciato dal comune di residenza
- ✓ Relazione del medico curante sulle cause del decesso redatta secondo le informazioni minime contenute nel modello della Società comunque a disposizione del Beneficiario presso l'Intermediario o, in alternativa, altra documentazione attestante le cause del decesso;
- ✓ Copia del verbale rilasciato dall'autorità competente, da cui si desumono le precise circostanze del decesso (solo in caso di morte per infortunio, incidente stradale, suicidio, omicidio)
- ✓ Copia dell'accordo o Regolamento aziendale di designazione del Beneficiario se persona giuridica

In caso di Commorienza:

- ✓ Certificato di morte del coniuge, rilasciato dal comune di residenza;
- ✓ Stato di famiglia in carta semplice rilasciato dal Comune di residenza;
- ✓ Modulo ISTAT "Scheda di morte" attestante la causa del decesso del coniuge, emesso dalle (A)USL (e in alcuni casi anche dal Comune di Residenza) o, in alternativa, certificato medico attestante la causa del decesso, in cui si evinca chiaramente la dinamica dell'infortunio e l'effettiva commorienza con l'Assicurato, nello stesso evento di Sinistro.

Gli ulteriori documenti da consegnare nei casi di seguito indicati sono:

- ✓ **Per i Beneficiari eredi legittimi:** a) atto notorio redatto da un notaio indicante le generalità, stato civile, capacità ed età dei Beneficiari; oppure b) dichiarazione sostitutiva di atto notorio, rilasciata dinnanzi ad un pubblico ufficiale ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e contenente il consenso a che la Società ne faccia uso secondo quanto disposto nonché l'indicazione di tutte gli eredi legittimi;
- ✓ **In presenza di eventuali Beneficiari minorenni o incapaci o sottoposti ad amministrazione di sostegno:** copia autentica del Decreto del Giudice Tutelare che individui e autorizzi il legale rappresentante a riscuotere la somma dovuta, esonerando la Società da ogni responsabilità in ordine al pagamento ed al reimpiego della stessa, e indichi il conto corrente relativo alla tutela su cui effettuare l'accredito;
- ✓ **Nel caso in cui il pagamento debba essere fatto anche in favore degli eredi del Beneficiario**
 - **Eredi legittimi:** a) atto notorio redatto da un notaio comprovante che il Beneficiario non abbia lasciato testamento ed indicante le generalità, stato civile, capacità ed età dei suoi eredi legittimi; oppure b) dichiarazione sostitutiva di atto notorio rilasciata dinanzi ad un pubblico ufficiale ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e contenente il consenso all'uso da parte della Società, dalla quale risulti che gli eredi del Beneficiario, sotto la propria responsabilità, hanno espletato ogni tentativo e hanno compiuto quanto in loro potere per accertare la non esistenza di disposizioni testamentarie, nonché l'indicazione di tutti gli eredi legittimi del Beneficiario;
 - **Eredi testamentari:** a) copia autentica o estratto autentico dell'atto di ultima volontà; oppure b) dichiarazione sostitutiva di atto notorio, rilasciata dinnanzi ad un pubblico ufficiale ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e contenente il consenso all'uso da parte della Società, dalla quale risulti quali sono gli eredi del Beneficiario e che, sotto la propria responsabilità, il dichiarante ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare che il testamento presentato sia l'unico o, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido, che non sono state mosse contestazioni avverso il testamento o i testamenti, che oltre agli eredi menzionati nella dichiarazione stessa non ve ne siano altri e che nel testamento non siano presenti revoche o modifiche della suddetta designazione.

La Società si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario eventualmente ritenuta necessaria per verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato relative alle valutazioni che hanno influito sulla valutazione del rischio (es. relazione medica sulle cause del decesso, cartella clinica o relazione delle Autorità in caso di incidenti o morti violente, etc).

La Società, ricevuta la documentazione di cui sopra, si riserva il diritto di esaminarla entro 30 (trenta) giorni dalla ricezione, e, laddove la documentazione sia completa e il diritto al pagamento della prestazione possa essere riconosciuto, si impegna a effettuare il pagamento della Somma assicurata entro i successivi 30 (trenta) giorni.

La garanzia non opera per decessi avvenuti in una data che non ricada nel Periodo di assicurazione o, comunque, nel periodo di validità della presente Assicurazione.

Art. 16.2 Invalidità totale e permanente

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente ovvero l'Assicurato medesimo devono farne denuncia alla Società entro 30 giorni dalla data dell'evento,

La Società assumerà come valido il giudizio sullo stato di invalidità formulato dall'INPS o dall'INAIL o da altro ente competente.

A questo fino entro 30 (trenta) giorni da quando l'Assicurato entra in possesso del verbale di accertamento dello stato di invalidità totale permanente emesso dall'INPS o dall'INAIL o da altro ente competente deve trasmetterne copia alla Società.

Non sono coperti i casi di invalidità totale permanente la cui data di decorrenza indicata nel verbale di accertamento non ricada nel periodo di assicurazione o, comunque nel periodo di validità della presente Assicurazione. La garanzia è efficace solo in caso di invalidità permanente definitivamente accertata. Rimangono esclusi quindi i casi in corso di accertamento o subordinati a rivedibilità.

In assenza del giudizio dell'INPS o dell'INAIL o di altro ente competente, o in caso di esplicita richiesta dell'assicurato, la valutazione dell'invalidità totale e permanente e del relativo grado spetta alla Società.

La Società si impegna ad accertare l'invalidità entro 180 giorni dal ricevimento della denuncia di sinistro, ovvero dal giorno della ricezione di tutta la documentazione (se incompleta alla data di denuncia del sinistro) e a comunicarne l'esito all'assicurato. Tale accertamento prevarrà rispetto ad ogni altro.

La Società si impegna ad effettuare il pagamento della Somma assicurata dovuta entro 30 (trenta) giorni dalla data di notifica dell'esito. **Il pagamento della Somma assicurata per invalidità totale permanente estingue ogni pretesa, anche futura, riferibile alla copertura decesso.**

Il riconoscimento del diritto alla Prestazione assicurata deve essere comunque conseguente ad una denuncia di Sinistro inoltrata prima della cessazione del rapporto di lavoro e/o di collaborazione tra l'Assicurato e il Contraente o il Datore di lavoro Aderente, qualora tale disposto non sia derogato dal CCNL, dal regolamento e/o dall'accordo integrativo aziendale di riferimento.

La documentazione da consegnare SEMPRE è la seguente:

- ✓ Denuncia del sinistro;
- ✓ Copia del documento di identità o del passaporto in corso di validità dell'Assicurato;
- ✓ Copia del codice fiscale dell'Assicurato;
- ✓ Copia del verbale di accertamento dello stato d'invalidità totale e permanente emesso dall'INPS, dall'INAIL o da altro ente competente, dal quale si evinca l'esonero da future visite di revisione;
- ✓ Certificato dettagliato, del medico curante dell'Assicurato, sulle cause e sul decorso della malattia o lesione che hanno causato l'invalidità, unitamente a copia di cartelle cliniche relative a ricoveri;
- ✓ Dichiarazione del datore di lavoro, su carta intestata, che dichiara la data di inizio e l'eventuale data di fine del rapporto di lavoro.

Il decesso dell'Assicurato che intervenga prima del riconoscimento dello stato di invalidità totale permanente denunciato equivale, fatti salvi i casi di esclusione di cui all'art. 7 delle presenti Condizioni di Assicurazione, ad avvenuto riconoscimento della invalidità. In tal caso la Società corrisponderà agli aventi diritto la Somma assicurata secondo le ripartizioni previste dalla legge. Analogamente il riconoscimento dello stato di invalidità totale permanente derivante da altra causa, che intervenga prima del riconoscimento dello stato di invalidità totale permanente denunciato, equivale ad avvenuto riconoscimento della prima causa di invalidità.

Art. 17| Procedura di denuncia di Sinistro

Per attivare la procedura di liquidazione della Somma assicurata prevista dal Contratto, il richiedente dovrà trasmettere alla Società la denuncia di Sinistro e tutta la documentazione necessaria correlata tramite lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente.

A partire dalla data di ricezione da parte della Società della denuncia di Sinistro verrà attivata la relativa procedura di accertamento.

- **Avvertenza: le denunce di Sinistro incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.**
- **Avvertenza: i Sinistri intervenuti durante un periodo di sospensione per mancato pagamento del Premio non verranno presi in carico dalla Società.**

La Società e il richiedente cooperano in buona fede nell'esecuzione del Contratto, con particolare riferimento alla fase di erogazione della Somma assicurata, e si adopereranno attivamente, anche tenendo conto del principio di vicinanza alla prova, per acquisire la documentazione sulle cause e circostanze del Sinistro o comunque rilevante ai fini della liquidazione della Somma assicurata.

Art. 18| Controversie di natura medica relative alla copertura invalidità totale e permanente

Nel caso di controversie di natura medica, concernenti la misura della prestazione relativa alla copertura invalidità totale e permanente, l'Assicurato od altro soggetto in sua vece ha la facoltà, entro il termine di 30 (trenta) giorni dalla relativa comunicazione della Società in merito a tale determinazione, di promuovere, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno A/R spedita alla Società, la decisione di un Collegio arbitrale composto da tre medici, due scelti da ciascuna delle parti ed il terzo nominato in accordo tra gli arbitri; in assenza di accordo entro 20 (venti) giorni dalla richiesta di arbitrato la scelta del terzo medico sarà demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici del luogo dove avrà sede il Collegio Arbitrale. Il Collegio Arbitrale risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato e, ove lo ritenga opportuno, potrà esperire, senza obbligo di sentenza, qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare od incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.). Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza, entro il termine di 30 (trenta) giorni, come amichevole compositore, senza formalità di procedura ed i risultati delle operazioni devono esser raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Consiglio sono vincolanti per le Parti che rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali, anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dai medici nel verbale definitivo. Ciascuna delle parti sopporta le spese e competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico.

Parte V – Disposizioni Generali

Art 19| Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete. A tale proposito si ricorda quanto segue:

Art. 1892 Codice Civile - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave.

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.

Art. 1893 Codice Civile - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave.

1. 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.
2. 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.

Art. 1894 Codice Civile (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 articoli 1892 e 1893.

Art 20| Diritto di revoca e recesso

Nella fase che precede la Conclusione del Contratto, il Contraente può revocare la proposta contrattuale dandone comunicazione alla Società mediante PEC o altro mezzo equivalente.

Non è ammessa la facoltà di recesso per la natura collettiva del Contratto.

Art 21| Riscatto e prestiti

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

Art 22| Vincolo

Non è prevista la possibilità di vincolare il Contratto.

Art 23| 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. Il Contraente, in caso di variazione di residenza, **se persona fisica**, o dello Stato in cui è situata la sede o lo stabilimento a cui si riferisce il contratto di assicurazione o cui sono addette le persone assicurate, in caso di persona giuridica, 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. Sarà cura della Società l'espletamento degli adempimenti dichiarativi ed il pagamento del tributo per conto del Contraente. In caso di omessa comunicazione, la Società 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 24| Antiriciclaggio

Il Contraente è tenuto a fornire alla Società 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 Società, 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.

Art 25| 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.

Art 26| Legge applicabile

Al presente Contratto di assicurazione si applica la legge italiana.
Per tutto quanto non è qui espressamente regolato, si applicano le norme di legge in materia.

Art 27| Foro competente

Fatto salvo quanto di seguito previsto con riguardo alle controversie di natura medica, concernenti la misura della prestazione relativa alla copertura invalidità totale e permanente, per la risoluzione di eventuali controversie concernenti il Contratto, il foro competente è esclusivamente quello di residenza o domicilio, anche elettivo, del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario, a condizione che gli stessi siano qualificabili come "Consumatori" ai sensi del D.lgs. n. 206/2005 (Codice del Consumo).

Art 28| Modifiche contrattuali

La Società si riserva il diritto di modificare unilateralmente le condizioni del presente Contratto di assicurazione, dandone tempestiva comunicazione scritta al Contraente, nel caso in cui:

- ✓ intervengano dei cambiamenti legislativi, regolamentari o giurisprudenziali applicabili al Contratto di assicurazione che richiedano modifiche o integrazioni dello stesso;
- ✓ intervengano dei cambiamenti fiscali che abbiano un impatto sul Contratto di assicurazione, sulla Società o sul Contraente che richiedano modifiche o integrazioni dello stesso.

Alla prima Data di scadenza del Contratto e alle scadenze successive la Società si riserva il diritto di modificare i tassi di tariffa per l'anno successivo, dandone comunicazione via PEC o altro mezzo equivalente al Contraente con 90 (novanta) giorni di preavviso rispetto all'entrata in vigore dei nuovi tassi. Ove i nuovi tassi di tariffa risultassero eccessivamente elevati rispetto a quelli precedentemente applicati, nei 30 (trenta) giorni successivi alla ricezione della suddetta comunicazione, il Contraente potrà disdettare il Contratto di assicurazione prima del suo rinnovo o recedere dallo stesso.

Il Contraente è tenuto a inoltrare per iscritto ad AXA Assicurazioni S.p.A. (mediante PEC o altro mezzo equivalente) 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 Società.

Art 29| Modalità di consegna della documentazione informativa

La Società, tramite l'intermediario, trasmette al Contraente la documentazione informativa prevista dalla legge, su supporto cartaceo o, su richiesta del Contraente, su un supporto durevole non cartaceo. Il Contraente potrà richiedere di ricevere la documentazione informativa su supporto durevole selezionando tale opzione nella apposita sezione del modulo di Proposta e fornendo un indirizzo di posta elettronica valido al quale abbia regolarmente accesso.

Nel caso in cui il Contraente opti per ricevere la documentazione per mezzo di un supporto durevole non cartaceo, esso avrà comunque diritto di ricevere gratuitamente, su richiesta, una copia in formato cartaceo.

Gli Assicurati hanno diritto di ricevere gratuitamente una copia della documentazione precontrattuale; la Società provvederà alla consegna, anche tramite il Contraente, il quale si impegna a collaborare attivamente in tal senso, ad ottenere dichiarazione di avvenuta consegna della predetta documentazione ed a conservare detta dichiarazione con l'impegno a trasmetterne copia alla Compagnia a sua semplice richiesta

In caso di stipula da parte di una Cassa sanitaria, l'Aderente si impegna per conto della Contrante a consegnare il Set informativo agli assicurati, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, ad ottenere dichiarazione di avvenuta consegna della predetta documentazione ed a conservare detta dichiarazione con l'impegno a trasmetterne copia alla Società a sua semplice richiesta

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.
- 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.
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 risoluto 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.
- 1924 c.c. Mancato pagamento dei premi
Se il contraente non paga il premio relativo al primo anno, l'assicuratore può agire per l'esecuzione del contratto nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio è scaduto. La disposizione si applica anche se il premio è ripartito in più rate, fermo restando il disposto dei primi due commi dell'art. 1901; in tal caso il termine decorre dalla scadenza delle singole rate.
Se il contraente non paga i premi successivi nel termine di tolleranza previsto dalla polizza o, in mancanza, nel termine di venti giorni dalla scadenza, il contratto è risolto di diritto, e i premi pagati restano acquisiti all'assicuratore, salvo che sussistano le condizioni per il riscatto dell'assicurazione o per la riduzione della somma assicurata.
- 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.

INFORMATIVA GENERALE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ultimo aggiornamento: maggio 2024

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

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



Chi decide perché e come trattare i dati?

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

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

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



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

Lei ha il diritto ad accedere ai suoi dati personali, farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne la limitazione e di opporsi al loro trattamento, richiedere la portabilità dei dati, revocare i consensi espressi e, per il processo di decisione automatizzata, ottenere l'intervento umano da parte del titolare del trattamento, esprimere la propria opinione e contestare la decisione. La normativa prevede anche le ipotesi in cui l'interessato può far valere il proprio diritto all'oblio salvi i casi in cui il trattamento resta comunque necessario.

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

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



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

a) Finalità assicurativa¹

Per svolgere adeguatamente l'attività assicurativa (assunzione e gestione dei rischi effettuati dall'impresa di assicurazione) e gestire il rapporto assicurativo, AXA ha la necessità di trattare i dati personali a lei riferiti (dati già acquisiti, forniti direttamente da lei o da altri soggetti²), anche mediante la consultazione di banche dati legittimamente

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

² Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che la riguarda (es. contraenti di assicurazioni in cui lei risulti assicurato; coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, altre imprese di assicurazione); soggetti che, per soddisfare le sue richieste (es. quali una copertura assicurativa) forniscono informazioni

accessibili (es. sistemi di informazioni creditizie, utili per verificare il possesso di requisiti specifici richiesti dalle compagnie per l'accesso ad agevolazioni e vantaggi, quali la rateizzazione del premio) e dispositivi tecnologici³ e/o dati ancora da acquisire, alcuni dei quali ci debbono essere forniti da lei o da terzi per obbligo di legge⁴).

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

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

Per queste attività di trattamento non è richiesto il suo consenso, in quanto tali operazioni sono strettamente necessarie per la fornitura di servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte di AXA e di terzi a cui tali dati saranno comunicati⁵.

Si precisa che, nel caso in cui lei abbia sottoscritto un contratto assicurativo che prevede l'utilizzo della cd. "black Box", per il trattamento dei **dati telematici** non è richiesto il suo consenso, poiché lo stesso è necessario per l'esecuzione del contratto e per l'erogazione dei servizi assicurativi ad esso connessi (es. assistenza stradale). Inoltre, tale tipo di contratto comporta un **processo decisionale automatizzato** finalizzato alla determinazione dello sconto/premio applicabile (es. sulla base del numero di KM percorsi rilevati attraverso la cd. Black Box).

Viceversa, il suo consenso esplicito è richiesto per il trattamento delle **categorie particolari di dati**⁶, quali i dati relativi alla salute (di seguito indicati anche come "**dati sensibili**"). Il consenso che le chiediamo riguarda quindi il trattamento degli eventuali dati sensibili il cui utilizzo sarà inerente esclusivamente alla fornitura dei servizi, e/o prodotti assicurativi e attività strettamente connesse (antifrode, contabili, amministrative) e/o delle prestazioni citate il cui trattamento è ammesso dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali. Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra lei e AXA, secondo i casi, i dati sensibili sono comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo o di natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa", in parte anche in funzione meramente organizzativa.

creditizie e commerciali; organismi associativi e consorzi propri del settore assicurativo altri soggetti pubblici, banche dati di autorità per finalità antiriciclaggio e/o antiterrorismo.

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

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

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

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

Il consenso che le chiediamo riguarda pertanto anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni all'interno della "catena assicurativa"⁷ effettuati dai predetti soggetti.

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

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

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

Basi giuridiche del trattamento dei dati personali per finalità assicurative

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

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

b) Finalità commerciali e di marketing

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

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

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

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

In particolare, potremo:

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

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

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

Base giuridica del trattamento: per la finalità commerciale e di marketing sopra descritta la base giuridica che legittima il trattamento è la manifestazione del **consenso dell'interessato** al trattamento dei propri dati personali per tale specifica finalità. **Il consenso** che le chiediamo è **facoltativo**. In mancanza o in caso di revoca, non vi sono effetti sull'erogazione dei servizi assicurativi, ma non potrà conoscere le nostre offerte, né partecipare alle iniziative sopra indicate.

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

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

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

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

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

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

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

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



A chi sono comunicati i dati?

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

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

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

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia - operanti talvolta anche al di fuori dell'Unione Europea (es. India, USA) - 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](http://www.axa.it/privacy/ulteriore_documentazione_Binding_Corporate_Rules): [www.axa.it/privacy/ulteriore_documentazione - Binding Corporate Rules](http://www.axa.it/privacy/ulteriore_documentazione_Binding_Corporate_Rules)) per i trasferimenti all'interno del Gruppo AXA, l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea per trasferimenti verso società non appartenenti al Gruppo AXA o la verifica della presenza di un giudizio di adeguatezza del sistema di protezione dei dati personali del Paese importatore dei dati.

Resta inteso che il Titolare potrà agire anche avvalendosi di società esterne specializzate, nonché di società di servizi informatici, telematici, di archiviazione e postali cui vengono affidati compiti di natura tecnica od organizzativa. Tali soggetti terzi agiranno attenendosi alle istruzioni e alle procedure di sicurezza che AXA avrà definito per tutelare pienamente la sua riservatezza.

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



Per quanto tempo i dati vengono conservati?

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

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

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

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

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 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: www.axa.it/note_legali/firma_grafometrica) 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, ovvero mediante firma digitale con OTP. 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 legge⁸.

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:

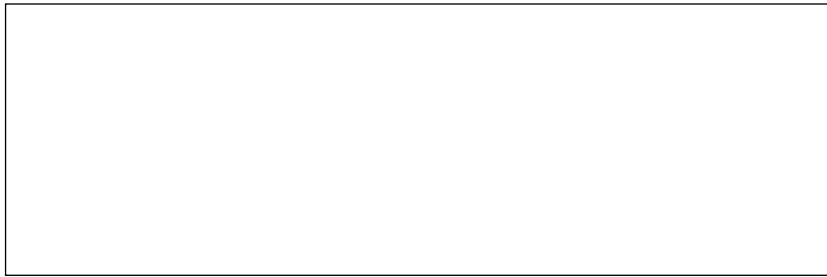
- società di servizi anche facenti parte del Gruppo AXA, in qualità di Responsabile del "Sistema di Conservazione" e di Responsabile del trattamento;
- società delegate per la realizzazione materiale dei servizi di conservazione digitale a norma ("Conservatore") e in qualità di Responsabile del trattamento.

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.

Lei ha il diritto, 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 il consenso espresso.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, Lei può rivolgersi ad AXA Assicurazioni S.p.A. - Corso Como 17 - c.a. Data Protection Officer - 20154 Milano (MI) - e-mail: privacy@axa.it. Inoltre, Lei potrà proporre reclamo all'Autorità di controllo in materia di protezione dei dati personali, in Italia il Garante per la protezione dei dati personali: Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma (+39)06.696771; protocollo@pec.gpdp.it.

⁸ Provvedimento generale prescrittivo in tema di biometria, emesso dal Garante per la protezione dei dati personali il 12 novembre 2014.



axa.it

Il presente documento è aggiornato alla data del 1° luglio 2025

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

Capitale Sociale € 248.987.410 interamente versato - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano-Monza-Brianza-Lodi e C. F. n. 00902170018 - P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967 -
Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311 - Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU ai sensi dell'art. 2497 bis C.C. - Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00025 -
Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria,
del commercio e dell'artigianato del 31 dicembre 1935 - (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83)