



# Polizza Vita

Cessione del quinto dello stipendio (CQS)  
e della pensione (CQP)

**POLIZZA N. 4651 STIPULATA TRA**  
SIGLA S.r.l. (*Contraente*)  
AXA FRANCE VIE (*Impresa/Compagnia di Assicurazione*)

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il presente documento contiene altresì i facsimili del Modulo di Rilevazione Dati da compilare a cura dell'Assicurato (Cedente/Delegante), nonché la Nota Informativa Privacy.

**Avvertenza – L'Assicurato (Cedente/Delegante) ha diritto di ricevere copia delle Condizioni di Assicurazione.**

**Assicurazione temporanea per il caso morte in forma collettiva a premio unico anticipato e a capitale decrescente, connessa a prestiti personali rimborsabili mediante cessione/delegazione di pagamento di quote di stipendio o cessione di quote di pensione**

## PREMESSA

Premesso che:

- a) La Contraente concede, in conto proprio, prestiti personali a Dipendenti Pubblici, Dipendenti Ministeriali o Statali, Dipendenti Parapubblici, Dipendenti Privati e Pensionati (in seguito denominati “Cedenti/Deleganti” o “Debitore/i”) rimborsabili mediante cessioni di quote dello stipendio e della pensione disciplinati dal D.P.R. 180/50 e sue successive modificazioni;
- b) la Contraente concede altresì, in conto proprio, prestiti personali concessi a Dipendenti Ministeriali o Statali, Dipendenti Pubblici, Dipendenti Parapubblici e Dipendenti Privati rimborsabili mediante delegazione di pagamento di quote dello stipendio disciplinati dagli artt. 1269 e 1723 II comma del Codice Civile;
- c) la Contraente, anche in conformità alle previsioni del D.P.R. 180/50, intende stipulare un contratto di Assicurazione con l’Impresa **AXA FRANCE VIE**, avente ad oggetto la copertura del rischio di decesso del Cedente/Delegante che avvenga nel corso del periodo di ammortamento del Prestito, ai sensi del quale per ogni Contratto di Prestito assunto in garanzia l’Impresa rilascerà un apposito Certificato di Polizza;
- d) l’Impresa conferma alla Contraente di volersi obbligare a prestare la copertura assicurativa di cui al precedente punto c).

## GLOSSARIO

---

<b>ASSICURATO:</b>	il Cedente/Delegante la cui vita è oggetto di Assicurazione.
<b>ASSICURAZIONE:</b>	la copertura assicurativa prestata sulla vita di ciascun Assicurato ai sensi della presente Polizza.
<b>BENEFICIARIO:</b>	la Contraente che ha erogato il prestito alla base della presente copertura vita, alla quale l'Impresa deve corrispondere l'indennizzo in caso di Sinistro.
<b>CEDENTE/DELEGANTE:</b>	la persona fisica lavoratore dipendente di amministrazioni statali e pubbliche (come ad esempio Ministeri, Province, Regioni, ecc.), o aziende di diritto privato con contratto di lavoro a tempo indeterminato o determinato (purché l'ammortamento del finanziamento termini prima della scadenza dello stesso), o pensionato, con la quale la Contraente ha stipulato un Contratto di prestito rimborsabile mediante Cessione/Delega di pagamento di quote della retribuzione mensile o mediante Cessione di quote della pensione e che abbia dato il consenso alla stipulazione di un contratto di Assicurazione sulla propria vita.
<b>CEDUTO/DELEGATO:</b>	il datore di lavoro del Cedente/Delegante, o l'Ente Pensionistico (per esempio: l'INPS), impegnato verso la Contraente a versare a favore di questi la quota dello stipendio o della pensione del Cedente/Delegante.
<b>CERTIFICATO DI POLIZZA:</b>	il documento, sottoscritto dall'Impresa, che prova l'accettazione, da parte dell'Impresa, del rischio e che pertanto prova l'Assicurazione sulla vita del Cedente/Delegante indicato nel Certificato.
<b>CESSIONE:</b>	prestito a breve e/o medio termine conteggiato sullo stipendio del lavoratore o del pensionato richiedente, regolamentato e disciplinato, anche in via analogica, dal D.P.R. 180/50.
<b>CONTRAENTE:</b>	<b>SIGLA S.r.l.</b> , con sede legale in Via Cesare Battisti n. 5/a – 31015 Conegliano (TV), Partita IVA/C.F. 03951740269 quale ente erogatore del prestito.
<b>CONTRATTO DI PRESTITO o PRESTITO:</b>	contratto di finanziamento rimborsabile mediante Cessione/Delegazione di quote mensili dello stipendio o mediante Cessione di quote mensili della pensione.
<b>DELEGA:</b>	prestito personale rimborsabile mediante delegazione di pagamento di quote dello stipendio ai sensi dell'Art. 1269 e seguenti del Codice Civile.
<b>DIPENDENTE MINISTERIALE o STATALE:</b>	dipendente a tempo indeterminato da almeno 6 mesi che presta servizio presso un Ministero dello Stato italiano o altri enti statali centrali. Sarà possibile verificare l'appartenenza del Cedente/Delegante a un Ministero o a un ente o a un istituto statale attraverso il relativo riferimento nella busta paga del dipendente medesimo.

<b>DIPENDENTE PARAPUBBLICO:</b>	la persona fisica in servizio presso azienda di diritto privato a gestione previdenziale INPS, partecipata, in misura di almeno il 50,1%, dallo Stato o dalla Pubblica Amministrazione o da altra Azienda Parapubblica.
<b>DIPENDENTE PRIVATO:</b>	il lavoratore dipendente di azienda di diritto privato con numero di dipendenti maggiore di 15.
<b>DIPENDENTE PUBBLICO:</b>	il lavoratore in servizio presso una delle seguenti pubbliche amministrazioni: - le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e i loro Consorzi ed Associazioni; - le Camere di Commercio e i loro Consorzi ed Associazioni; - le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale.
<b>D.P.R. 180/50:</b>	il D.P.R. del 05/01/1950 n. 180 ed il relativo Regolamento di esecuzione approvato con D.P.R. del 28/07/1950 n. 895, integrato dalle successive disposizioni legislative e regolamentari in materia.
<b>FIRMA ELETTRONICA:</b>	processo di firma elettronica avanzata (anche grafometrica) e/o firma elettronica qualificata e/o firma digitale, conforme alla normativa applicabile, anche con l'ausilio di enti.
<b>FONDO PENSIONE:</b>	Fondo Pensione di cui al D. Lgs. Del 5.12.2005 n.252, integrato delle successive disposizioni legislative e regolamentari in materia.
<b>IMPRESA/COMPAGNIA:</b>	<b>AXA FRANCE VIE</b> , iscritta al registro di commercio delle Imprese di Nanterre n° 310 499 959 con sede al 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, autorizzata in Francia all'esercizio delle assicurazioni, operante in Italia in regime di libera prestazione di servizi, iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, Appendice Elenco II, nr. I.00022.
<b>INDENNIZZO:</b>	la somma dovuta dall'Impresa in caso di Sinistro.
<b>INTERVISTA MEDICA TELEFONICA:</b>	processo di raccolta telefonica delle informazioni sullo stato di salute e abitudini di vita volto alla valutazione dell'assicurabilità del Cedente Pensionato.
<b>ISTITUTO DI PREVIDENZA:</b>	l'ente di previdenza obbligatoria che eroga la pensione al Cedente.
<b>IVASS:</b>	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni private e di interesse collettivo, ossia l'organo di vigilanza e di controllo sulle imprese esercenti l'attività di assicurazione.

### MODULO DI RILEVAZIONE

<b>DATI:</b>	documento nel quale l'Impresa raccoglie dal Cedente/Delegante i seguenti dati / informazioni / dichiarazioni: dati identificativi, status occupazionale, consenso alla stipula di un contratto di Assicurazione sulla propria vita, conferma di ricezione delle Condizioni di Assicurazione, consenso al trattamento dei dati personali anche di natura sensibile (relativi allo stato di salute). Ed inoltre, solo in caso di Cedenti/Deleganti che siano Dipendenti Ministeriali o Statali, Dipendenti Pubblici, Dipendenti Parapubblici, Dipendenti Privati: informazioni sullo stato di salute, raccolte mediante compilazione del Questionario Medico Semplificato o del Questionario Anamnestico Completo.
<b>MONTANTE LORDO:</b>	l'importo del finanziamento, comprensivo degli interessi e delle spese, pari alla somma delle rate da versare.
<b>PARTI:</b>	l'Impresa e la Contraente.
<b>PARTNER GESTIONALE:</b>	CBP Italia S.A.S., con sede in Viale Lancetti 43 – 20158 Milano.
<b>POLIZZA:</b>	Il contratto di Assicurazione emesso sotto forma di polizza collettiva.
<b>PREMIO:</b>	l'importo dovuto dalla Contraente all'Impresa.
<b>PRESCRIZIONE:</b>	estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini fissati dall'art.2952 del Codice Civile. I diritti derivanti dall'Assicurazione si prescrivono nel termine di due anni.
<b>PRESTAZIONE ASSICURATA:</b>	la somma, pagabile sotto forma di capitale, che l'Impresa corrisponde al Beneficiario in caso di decesso dell'Assicurato.
<b>SINISTRO:</b>	il decesso dell'Assicurato, avvenuto nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione.

### 1. Prestiti oggetto della Polizza

Sono oggetto della Polizza esclusivamente i Contratti di Prestito, di durata minima di 24 mesi e di durata massima di 120 mesi, erogati dalla Contraente a favore di lavoratori Dipendenti Pubblici, Dipendenti Ministeriali o Statali, Dipendenti Parapubblici, Dipendenti Privati, in servizio, con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato o determinato (purché l'ammortamento del finanziamento termini prima della scadenza dello stesso), presso amministrazioni pubbliche o aziende di diritto privato e a favore di Pensionati titolari di una pensione INPS o di altri enti.

Possano, comunque, rilasciarsi coperture assicurative per prestiti erogati dalla Contraente a favore di lavoratori dipendenti in servizio con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato purché la fine del periodo di ammortamento del Prestito sia pari o anteriore alla scadenza del contratto di lavoro a tempo determinato.

L'importo massimo assicurabile riferito al Montante Lordo è pari a € 75.000,00 per le operazioni di Cessione del quinto Dipendenti Pubblici, Dipendenti Ministeriali o Statali e Dipendenti Parapubblici; € 65.000,00 per le operazioni di Cessione del quinto Dipendenti Privati; € 45.000,00 per le operazioni di Delega per i Dipendenti di Aziende Ministeriali o Statali, Pubbliche, Parapubbliche e Private; € 65.000,00 per i Pensionati.

### 2. Oggetto dell'Assicurazione e Indennizzo

L'Impresa si impegna a corrispondere al Beneficiario, in caso di decesso di ciascun Cedente/Delegante a seguito di infortunio o malattia prima del compimento dell'86° anno (ad eccezione dei casi in cui sia stato attivato un prolungamento del piano di ammortamento) e comunque prima della scadenza del Prestito oggetto della copertura assicurativa, un capitale pari al valore scontato al medesimo tasso di interesse convenuto fra la Contraente ed il Cedente/Delegante per il Prestito oggetto della copertura assicurativa di cui alla Polizza, delle quote mensili rimaste insolute aventi scadenza successiva al Sinistro – dunque escludendo gli interessi percepiti dalla Contraente nell'operazione di finanziamento.

Eventuali arretrati e interessi di mora sono esclusi dalla Prestazione Assicurata pagabile dall'Impresa.

Qualunque sia il numero di Prestiti personali, erogati dalla Contraente e assunti in garanzia dall'Impresa, di cui il Cedente/Delegante è titolare, la massima Prestazione Assicurata che l'Impresa è tenuta a pagare è di:

- € 100.000,00 per i Dipendenti Ministeriali o Statali, Dipendenti Pubblici, Dipendenti Parapubblici e Dipendenti Privati, salvo il caso in cui la copertura sia stata accettata dall'Impresa per un Montante superiore;
- € 65.000,00 per i Pensionati, salvo il caso in cui la copertura sia stata accettata dall'Impresa per un Montante superiore.

In caso di sopravvivenza del Cedente/Delegante al termine del periodo di durata dell'Assicurazione, questa si considera estinta ed il Premio resterà acquisito dall'Impresa.

La copertura assicurativa è prestata senza Carenza. Non si intende operante l'art. 1926 del Codice Civile.

### 3. Beneficiario della Prestazione Assicurata

Beneficiario della Prestazione Assicurata è la Contraente che ha erogato il Prestito alla base della copertura. Il Beneficiario metterà l'importo incassato a decurtazione dei propri crediti verso il Cedente/Delegante di cui al Contratto di Prestito (Cessione o Delega). In caso di cessione o trasferimento del contratto di finanziamento a terzi, il Beneficiario delle somme assicurate sarà il cessionario.

### 4. Anticipata estinzione del prestito

Nel caso di estinzione anticipata di uno dei Prestiti rientranti nella copertura assicurativa, l'Impresa provvederà alla restituzione alla Contraente della parte di Premio pagato e non goduto relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

### 5. Risoluzione dell'Assicurazione

L'Assicurazione sulla vita di ciascun Cedente/Delegante cessa in ogni caso:

- al termine del piano di rimborso del Prestito;
- al compimento dell'86° anno di età del Cedente/Delegante, ad eccezione dei casi in cui sia stato attivato un prolungamento del piano di ammortamento come disciplinato nel successivo Art. 9 "Durata e Decorrenza dell'Assicurazione";
- in caso di estinzione anticipata del Prestito;
- in caso di Sinistro.

### 6. Riscatto e riduzione.

L'Assicurazione non prevede il riscatto o la riduzione delle somme assicurate.

### 7. Diritto di Recesso dall'Assicurazione

La Contraente può recedere dall'Assicurazione entro 30 giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il contratto è concluso, mediante comunicazione scritta da inviare all'Impresa.

L'esercizio del diritto di recesso implica la risoluzione dell'Assicurazione e, qualora non sia stato effettuato il pagamento del Premio, l'impegno ad esso relativo si intende automaticamente risolto.

L'Impresa, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, rimborsa alla Contraente il Premio eventualmente corrisposto, al netto della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

### 8. Esclusioni

**Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa del Sinistro, senza limiti territoriali. È escluso dall'Assicurazione il decesso causato dalle conseguenze:**

- del dolo della Contraente;
- di atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora il Cedente/Delegante vi abbia preso parte attiva;
- di tutti i rischi nucleari;
- del dolo del Cedente/Delegante;
- del suicidio del Cedente/Delegante avvenuto nel corso dei 12 mesi successivi alla data di decorrenza delle garanzie.

**In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcuna richiesta di risarcimento, garantire alcun pagamento o Indennizzo qualora detta copertura, pagamento o Indennizzo possa esporre la stessa a qualunque divieto, sanzione economica o restrizione in forza di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.**

### 9. Durata e decorrenza dell'Assicurazione

L'Assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno di prima erogazione del Prestito in garanzia (giorno in cui l'importo del Prestito è effettivamente concesso) e rimane in vigore per tutta la durata del piano di ammortamento del Prestito a condizione che il Premio assicurativo corrispondente risulti pagato, e cessa ad ogni modo nei casi previsti dal precedente Art. 5 "Risoluzione dell'Assicurazione".

L'Assicurazione ha durata pari a quella del Prestito.

La durata del piano di ammortamento del Prestito, e quindi dell'Assicurazione, può essere prolungata per:

1. un massimo di ulteriori 24 mesi in caso di sospensione temporanea dell'ammortamento o per un massimo di ulteriori 12 mesi in caso di differimento dell'inizio di ammortamento. In questa fattispecie, la garanzia rimane in vigore fino al completo ammortamento del finanziamento.

2. Un massimo di 18 mesi in caso di riduzione o sospensione temporanee della quota cedibile della pensione, con conseguente accodamento quote. In questa fattispecie, la garanzia rimane in vigore fino al completo ammortamento del finanziamento.

### **10. Obbligazioni della Contraente in caso di Sinistro – Pagamento della Prestazione Assicurata**

Verificatosi il decesso del Cedente/Delegante, la Contraente, anche per il tramite del Partner gestionale, è tenuta a darne tempestiva notizia all'Impresa.

Al fine di consentire il pagamento del capitale assicurato a favore del Beneficiario devono essere preventivamente consegnati all'Impresa, anche tramite il Partner gestionale (CBP Italia S.A.S.), i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e a calcolare l'effettiva Prestazione Assicurata dovuta, ed in particolare:

- La denuncia del Sinistro;
- il numero della pratica di Prestito corrispondente al Cedente/Delegante deceduto;
- l'ammontare esatto delle rate residue rilevato al momento del decesso del Cedente/Delegante, quale risulta dal piano di ammortamento definito alla stipula del Prestito, nonché l'ammontare delle rate residue attualizzate al tasso di interesse convenuto con il Cedente/Delegante per il Prestito oggetto della copertura assicurativa di cui alla Polizza;
- il certificato di morte del Cedente/Delegante;
- l'ulteriore documentazione eventualmente ritenuta necessaria dall'Impresa.

L'Impresa si riserva comunque il diritto di richiedere alla Contraente/Beneficiario il calcolo completo del piano di ammortamento realizzato per l'ottenimento del debito residuo comunicato.

Se dalla documentazione presentata risulta l'obbligazione di pagare la Prestazione Assicurata, l'Impresa invierà al Beneficiario il modulo di quietanza dove vengono richiesti i dati antiriciclaggio aggiornati e le coordinate del conto corrente bancario presso il quale eseguire il pagamento. Con la compilazione di tale modulo ed il suo invio all'Impresa, il Beneficiario libera quest'ultima non appena viene eseguito il pagamento.

L'Impresa si impegna a pagare entro 30 giorni dalla data di ricezione del modulo di quietanza antiriciclaggio e non prima di avere ricevuto di tutta la documentazione completa richiesta; trascorso tale periodo sono dovuti gli interessi di mora, calcolati secondo i criteri della capitalizzazione semplice al tasso legale in vigore.

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

### **11. Prescrizione**

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2952, 2° comma, del Codice Civile, i diritti derivanti dall'Assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

### **12. Modalità assuntive**

L'assunzione del rischio da parte dell'Impresa avviene con le seguenti modalità, in funzione dello status occupazionale del Cedente/Delegante alla data della richiesta del Prestito.

#### **12.1 Dipendenti Ministeriali o Statali, Dipendenti Pubblici, Dipendenti Parapubblici, Dipendenti Privati**

L'età del Cedente/Delegante non dovrà superare i requisiti indicati nello schema seguente salvo se, esclusivamente per le operazioni di Cessione, al momento dell'adesione il TFR teorico accantonato e disponibile (1 mese di stipendio mensile accantonato per anno di lavoro supplementare) risulta



## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

superiore al capitale residuo dell'operazione; i limiti massimi per i Dipendenti, previsti dalla normativa attuale, sono:

ANNO	REQUISITO ETA' (UOMO)	REQUISITO ETA' (DONNA)	REQUISITO ANZIANITA' DI SERVIZIO uomini	REQUISITO ANZIANITA' DI SERVIZIO donne
2020	66 anni e 11 mesi (anzianità min 20 anni)	66 anni e 11 mesi (anzianità min 20 anni)	43 anni e 2 mesi	42 anni e 2 mesi
2021	67 anni e 2 mesi (anzianità min 20 anni)	67 anni e 2 mesi (anzianità min 20 anni)	43 anni e 5 mesi	42 anni e 5 mesi
2022	67 anni e 2 mesi (anzianità min 20 anni)	67 anni e 2 mesi (anzianità min 20 anni)	43 anni e 5 mesi	42 anni e 5 mesi
2023	67 anni e 5 mesi (anzianità min 20 anni)	67 anni e 5 mesi (anzianità min 20 anni)	43 anni e 8 mesi	42 anni e 8 mesi
2024	67 anni e 5 mesi (anzianità min 20 anni)	67 anni e 5 mesi (anzianità min 20 anni)	43 anni e 8 mesi	42 anni e 8 mesi
2025	67 anni e 8 mesi (anzianità min 20 anni)	67 anni e 8 mesi (anzianità min 20 anni)	43 anni e 11 mesi	42 anni e 11 mesi
2026	67 anni e 8 mesi (anzianità min 20 anni)	67 anni e 8 mesi (anzianità min 20 anni)	43 anni e 11 mesi	42 anni e 11 mesi
2027	67 anni e 11 mesi (anzianità min 20 anni)	67 anni e 11 mesi (anzianità min 20 anni)	44 anni e 2 mesi	43 anni e 2 mesi
2028	67 anni e 11 mesi (anzianità min 20 anni)	67 anni e 11 mesi (anzianità min 20 anni)	44 anni e 2 mesi	43 anni e 2 mesi
2029	68 anni e 2 mesi (anzianità min 20 anni)	68 anni e 2 mesi (anzianità min 20 anni)	44 anni e 5 mesi	43 anni e 5 mesi
2030	68 anni e 2 mesi (anzianità min 20 anni)	68 anni e 2 mesi (anzianità min 20 anni)	44 anni e 5 mesi	43 anni e 5 mesi

I limiti di età relativi ai Dipendenti sopra descritti non sono applicabili ai casi in cui il Contratto di Prestito si configuri quale Cessione per Dipendenti Pubblici, Ministeriali o Statali.

Per questa fattispecie, esclusivamente per operazioni di Cessione, il Cedente non dovrà avere un'età alla scadenza superiore a 65 anni.

Inoltre:

- se Dipendente Pubblico, Ministeriale o Statale, esclusivamente per operazioni di Delega, non dovrà avere un'età alla scadenza superiore ai 60 anni.
- se Dipendente di corpi militari o paramilitari (Esercito italiano, Marina militare, Aeronautica militare, Guardia di Finanza, Arma dei Carabinieri, Polizia di Stato, Corpo nazionale dei vigili del fuoco, Guardie Penitenziarie, Guardie Forestali), per operazioni di Cessione e di Delega, l'età a scadenza non potrà essere superiore a 60 anni oppure a 57 anni se l'anzianità di servizio, sempre alla scadenza del contratto di Assicurazione, risulta superiore a 35 anni.

L'assunzione del rischio da parte dell'Impresa avviene sulla base delle informazioni sullo stato di salute ed abitudini di vita del Cedente/Delegante forniti da quest'ultimo nel Questionario Medico Semplificato o nel Questionario Anamnestico Completo, riportato nell'Allegato 1, e nella eventuale ulteriore documentazione medica richiesta dall'Impresa.

Il Cedente/Delegante, per essere assicurabile, deve:

- essere il sottoscrittore del Contratto di Prestito;
- fornire un documento di identità e il codice fiscale;
- prestare per iscritto, nel Modulo di Rilevazione Dati, il consenso alla stipulazione di un contratto di Assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 c.c.;
- prestare per iscritto, nel Modulo di Rilevazione Dati il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili relativi allo stato di salute, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679;

- rendere all'Impresa dichiarazioni sul proprio stato di salute e le proprie abitudini di vita compilando il Questionario Medico Semplificato (a 7 risposte chiuse SI/NO) contenuto all'interno del Modulo di Rilevazione Dati. E' assicurabile il Cedente/Delegante che risponde NO a tutte le 7 domande del Questionario Medico Semplificato. In caso di risposta positiva ad una o più delle 7 domande del Questionario Medico Semplificato, il Cedente/Delegante è tenuto a compilare e sottoscrivere il Questionario Anamnestico Completo, riportato nell'Allegato 1, e sarà assicurabile solo in caso di accettazione da parte dell'Impresa.

La Contraente può raccogliere la sottoscrizione dei Cedenti/Deleganti sulla modulistica di rilevazione dati (Modulo di Rilevazione Dati) e stato di salute (Questionario Medico Semplificato) anche mediante apposizione di Firma Elettronica.

Con riferimento a ciascun Prestito stipulato dal Cedente/Delegante con la Contraente prima della scadenza della presente Polizza e rientrante nella copertura assicurativa, l'Assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno di prima erogazione del Prestito (giorno in cui l'importo del Prestito è effettivamente concesso) a condizione che il Cedente/Delegante abbia validamente compilato, datato e sottoscritto il Modulo di Rilevazione Dati e che il Questionario Medico Semplificato, ivi incluso, sia perfettamente e totalmente compilato, con risposte negative alle 7 domande elencate nello stesso. La Contraente è delegata dall'Impresa a verificare che il Cedente/Delegante abbia compilato, datato e sottoscritto il Modulo di Rilevazione Dati e il Questionario Medico Semplificato come descritto sopra. L'Impresa confermerà l'accettazione dell'Assicurazione, rilasciando alla Contraente il Certificato di Polizza.

In caso di almeno una risposta positiva al Questionario Medico Semplificato, la Contraente deve far compilare, datare e firmare al Cedente/Delegante il Questionario Anamnestico Completo, riportato nell'Allegato 1, ed inoltrarlo al Partner gestionale (CBP Italia S.A.S.), insieme al Modulo di Rilevazione Dati.

Nel caso di invio del Questionario Anamnestico Completo l'Impresa, a suo insindacabile giudizio, può:

1. accettare il rischio, rilasciando alla Contraente il Certificato di Polizza;
2. rifiutare l'assunzione del rischio;
3. richiedere ulteriori notizie o accertamenti sanitari: in tal caso, una volta riesaminato il rischio, l'Impresa provvederà a comunicare tramite email, fax o lettera le proprie decisioni e, nell'eventualità di aggravamento del rischio, indicherà l'importo del sovrappremio che la Contraente si obbliga a regolare; qualora entro 30 giorni la Contraente non dia o non intenda dare seguito alla richiesta dell'Impresa, la domanda di copertura sarà considerata decaduta. In caso di accettazione del sovrappremio, l'Impresa confermerà l'accettazione dell'Assicurazione, rilasciando alla Contraente il Certificato di Polizza.

In ogni caso, se il Prestito non viene erogato entro 3 mesi dalla data di decorrenza della copertura assicurativa indicata nel Certificato di Polizza, la copertura assicurativa è nulla.

**Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Cedente/Delegante relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del c.c.**

### 12.2 Pensionati

L'assunzione del rischio da parte dell'Impresa avviene sulla base delle informazioni sullo stato di salute ed abitudini di vita del Cedente forniti da quest'ultimo nel corso di una Intervista Medica Telefonica, nonché nella eventuale ulteriore documentazione medica richiesta dall'Impresa.

Il Cedente, per essere assicurabile, deve:

- essere il sottoscrittore del Contratto di Prestito;
- fornire un documento di identità e il codice fiscale;
- prestare per iscritto, nel Modulo di Rilevazione Dati, il consenso alla stipulazione di un contratto di Assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 c.c.;
- prestare per iscritto, nel Modulo di Rilevazione Dati, il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili relativi allo stato di salute, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679;
- rendere all'Impresa dichiarazioni sul proprio stato di salute e le proprie abitudini di vita, sottoponendosi ad una Intervista Medica Telefonica effettuata dall'Impresa. Il Cedente che sia invalido e/o titolare di una pensione di invalidità o inabilità, è tenuto a comunicare all'Impresa tale circostanza mediante apposita dichiarazione resa nel Modulo di Rilevazione Dati. In tal caso, il Cedente è altresì tenuto a rilasciare all'Impresa copia del Verbale di Prima Istanza accertante lo stato di invalidità/inabilità rilasciato dall'ente competente all'accertamento, nonché copia del Modulo OBIS;
- essere titolare di una pensione INPS o di altri enti e la sua età al momento della data di decorrenza indicata nel Certificato di Polizza deve essere inferiore a 84 anni e al termine del Prestito deve essere inferiore a 86 anni.

La Contraente può raccogliere la sottoscrizione dei Cedenti sulla modulistica di rilevazione dati e stato di salute (Modulo di Rilevazione Dati) anche mediante apposizione di Firma Elettronica.

All'esito dell'Intervista Medica Telefonica, l'Impresa può:

1. accettare il rischio, rilasciando alla Contraente il Certificato di Polizza;
2. rifiutare l'assunzione del rischio.

Con riferimento a ciascun Prestito stipulato dal Cedente/Delegante con la Contraente prima della scadenza della presente Polizza e rientrante nella copertura assicurativa, l'Assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno di prima erogazione del Prestito (giorno in cui l'importo del Prestito è effettivamente concesso).

In ogni caso, se il Prestito non viene erogato entro 3 mesi dalla data di decorrenza della copertura assicurativa indicata nel Certificato di Polizza, la copertura assicurativa è nulla.

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

### **13. Premio di Assicurazione**

Per ciascun Cedente/Delegante accettato in copertura dall'Impresa, la Contraente è tenuta al pagamento di un Premio unico ed anticipato per tutta la durata dell'Assicurazione.

Il Premio unico versato viene utilizzato per far fronte al rischio demografico della mortalità; pertanto nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza del Cedente/Delegante alla scadenza del contratto di Assicurazione. Il Premio corrisposto resterà quindi acquisito dall'Impresa.

L'ammontare del Premio unico anticipato per ciascun Cedente/Delegante, nonché le periodicità e modalità di regolazione, sono concordati tra Contraente e Impresa nella Polizza.

### **14. Imposte ed altri oneri fiscali**

Allo stato della normativa vigente, il Premio non è soggetto ad imposta.

Eventuali imposte ed oneri fiscali sono a carico della Contraente. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile al Premio verranno immediatamente applicati come richiesto dalla legge.

### 15. Reclami

Eventuali reclami relativi al rapporto contrattuale o alla gestione del Sinistro possono essere presentati all'Impresa, per il tramite del Partner Gestionale, secondo le seguenti modalità:

- **Posta: AXA France Vie c/o CBP Italia S.A.S. Viale Lancetti 43 - 20158 Milano MI**
- **Mail: [cbpitalia@pec.actalis.it](mailto:cbpitalia@pec.actalis.it)**
- **Fax: +39 02 68826940**

I reclami indirizzati all'Impresa contengono:

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

Sarà cura dell'Impresa comunicare gli esiti del reclamo entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo.

In caso di assenza di riscontro da parte dell'Impresa entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo o in caso di risposta ritenuta non soddisfacente, il reclamante potrà presentare formale reclamo a:

**IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni**

Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma

Fax: 06.42.133.745 – 06.42.133.353

utilizzando l'apposito modello predisposto per la presentazione dei reclami, disponibile sul sito dell'Autorità al seguente link:

[http://www.ivass.it/ivass\\_cms/docs/F2180/Allegato2\\_Guida%20ai%20reclami.pdf](http://www.ivass.it/ivass_cms/docs/F2180/Allegato2_Guida%20ai%20reclami.pdf)

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all'Impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

In **alternativa**, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo direttamente al sistema estero competente:

**La Médiation de l'Assurance**

TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09

o tramite la procedura sul sito web:

<https://www.mediation-assurance.org>

chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, oltre a quanto previsto in base alla vigente normativa in merito alla mediazione civile.

### **16. Legge applicabile e foro competente**

La presente Polizza è regolata dalla legge italiana.

Per ogni eventuale controversia relativa all'interpretazione e/o esecuzione della presente Polizza è competente il Foro ove la Contraente ha la propria sede legale.

In caso di controversia e possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione previsto dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98, rivolgendosi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero di Giustizia ed avente sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia.

### **17. Rinvio alle norme di legge**

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



**Modulo di Rilevazione Dati relativo alla Polizza n. 4651**  
Stipulata da Sigla S.r.l. con AXA France Vie S.A.

**Copertura assicurativa Caso Morte**

Abbinata a prestiti rimborsabili mediante cessione del quinto o delega dello stipendio.

**Il presente documento dovrà essere compilato accuratamente evitando macchie o cancellature, un semplice tratto non sarà considerato come una risposta valida.**

**DATI DEL CEDENTE/DELEGANTE**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Documento d'identità (tipo, numero, data e luogo di emissione) \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico del Cedente/Delegante \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico di un familiare (indicare il grado di parentela) \_\_\_\_\_

**Situazione lavorativa:**

**Dipendente Pubblico, Statale o Ministeriale**       **Dipendente Privato**       **Dipendente Parapubblico**

**Ente/Azienda** presso la quale il Cedente/Delegante è lavoratore dipendente \_\_\_\_\_

Con sede in \_\_\_\_\_

**DATI SUL PRESTITO**

Pratica N° \_\_\_\_\_ Durata mesi \_\_\_\_\_ Decorrenza \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_ TAN \_\_\_\_\_

Rata mensile Euro \_\_\_\_\_ Montante Lordo (uguale alla somma delle rate) Euro \_\_\_\_\_

**CONTRAENTE E BENEFICIARIO**

CONTRAENTE: \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO (se diverso dal Contraente): \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DEL CEDENTE/DELEGANTE**

**(da sottoscrivere a cura del Cedente/Delegante, anche mediante utilizzo di Firma Elettronica)**

Il Sottoscritto, avendo chiesto alla Contraente un prestito personale da estinguersi mediante cessione/delegazione di pagamento di quote di stipendio ai sensi del DPR del 5.1.1950 n.180 e successive modifiche/ai sensi dell'artt.1269 e 1723 II comma del Codice Civile:  
- dà il proprio consenso al Contraente, anche ai sensi dell'art.1919 del Codice Civile, a stipulare sulla propria vita la copertura assicurativa prevista nella Polizza stipulata tra la Contraente e AXA France Vie;

- conferma che tutte le dichiarazioni, necessarie alla valutazione del rischio da parte di AXA France Vie, sono veritiere, precise e complete;
- proscioglie dal segreto professionale e legale medici ed enti che possano o potranno averlo curato o visitato e le altre persone alle quali AXA France Vie riterrà opportuno rivolgersi per informazioni, nel limite consentito dalla legislazione italiana;
- conferma di avere ricevuto dalla Contraente, in formato cartaceo, le Condizioni di Assicurazione (inclusive del Glossario) della Polizza.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (INCLUSI QUELLI SULLO STATO DI SALUTE)  
(da sottoscrivere a cura del Cedente/Delegante, anche mediante utilizzo di Firma Elettronica)**

Io sottoscritto Cedente/Delegante, dopo aver letto l'Informativa Privacy della compagnia Titolare del Trattamento redatta ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali), contenuta all'interno del presente Modulo di Rilevazione Dati, della quale confermo ricezione, presto il consenso al trattamento dei miei dati personali, ivi inclusi quelli eventualmente da me conferiti in riferimento al mio stato di salute, ai fini dell'esecuzione del contratto di assicurazione. Resta inteso che in caso di negazione del consenso non sarà possibile finalizzare il rapporto contrattuale.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**AVVERTENZA SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO**

In caso di compilazione del Questionario Medico Semplificato, si avverte di quanto segue:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Cedente/Delegante nel questionario possono compromettere il diritto alla prestazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.
- prima della sottoscrizione del questionario, il Cedente/Delegante è tenuto a verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte rese.

Le dichiarazioni rese sono valide 6 mesi. Il questionario dovrà essere compilato accuratamente, evitando macchie o cancellature; un semplice tratto non sarà considerato come una risposta valida.

QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO (da compilarsi a cura del Cedente/Delegante)	Fare una croce nella casella del SI o del NO
1. Lei è attualmente inabile al lavoro, totalmente o parzialmente, per malattia o infortunio o lo è stato negli ultimi 5 anni per più di 30 giorni consecutivi?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. Lei è attualmente colpito da infermità, invalidità o malattia cronica?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. Lei è attualmente sottoposto per una durata > 30 giorni ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica per una qualsivoglia affezione o infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. Lei è stato colpito, negli ultimi 10 anni, da:	
- Angina, infarto, valvulopatia, disturbi cardiaci congeniti, aritmie cardiache (pacemaker incluso), ipertensione arteriosa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- Ictus cerebrale, emorragia cerebrale, infarto cerebrale, emorragia subaracnoidea, nevrosi, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, alcolismo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- Asma, bronchite cronica, enfisema, tubercolosi polmonare, pneumoconiosi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- Ulcera duodenale o gastrica, colite ulcerosa (Crohn) pancreatite	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- Epatite B, C, cirrosi epatica, disfunzioni epatiche	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- Insufficienza renale, cisti renali, calcoli renali, disturbi alla prostata	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- Anemia, porpora, ipotiroidismo, ipertiroidismo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- Diabete, insulino-dipendente e non insulino-dipendente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

- Cancro o tumori maligni di qualsiasi natura

SI  NO

5. Lei ha subito, negli ultimi 10 anni, interventi chirurgici (ad esclusione dell'asportazione dell'appendice, delle tonsille e/o delle adenoidi, della cistifellea, d'un parto cesareo, di un'ernia inguinale o ombelicale) e/o dovrà subire, a sua conoscenza, un intervento chirurgico nei prossimi 12 mesi? SI  NO

6. Lei è o è stato titolare di pensione di invalidità? SI  NO

7. La differenza tra la Sua altezza in centimetri   ed il Suo peso in kilogrammi   è inferiore a 80 o superiore a 120? SI  NO

#### DATI DEL MEDICO CURANTE

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

#### IL CEDENTE/DELEGANTE

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma (per esteso e ben leggibile) o Firma Elettronica \_\_\_\_\_





## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati) si informa l' "Interessato" (contraente / aderente alla polizza collettiva o convenzione / assicurato / beneficiario / loro aventi causa) di quanto segue.

### 1. IDENTITA' E DATI DI CONTATTO DELLA COMPAGNIA TITOLARE DEL TRATTAMENTO

**AXA FRANCE VIE** iscritta al registro di commercio delle Imprese di Nanterre n°310 499 959 con sede legale al 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Francia, autorizzata ad operare in Italia in regime di Libera Prestazione di Servizi con Provvedimento IVASS (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni) emesso il 20 febbraio 2006 ai sensi dell'art. 24 del D.Lgs. 209/2005, iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco II, nr. II.00022.

### 2. DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)

L'Interessato può contattare il Responsabile della Protezione dei dati (DPO - Data Protection Officer) della compagnia Titolare del Trattamento scrivendo ai seguenti contatti:

- per posta: AXA FRANCE VIE - Att.ne del Data Protection Officer - Corso Como n. 17 – 20154 MILANO
- per e-mail: [clp.it.privacy@partners.axa](mailto:clp.it.privacy@partners.axa)

### 3. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO CUI SONO DESTINATI I DATI PERSONALI E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Le finalità del trattamento dei dati personali raccolti sono le seguenti:

- finalità strettamente connesse e strumentali all'offerta, conclusione ed esecuzione del contratto di assicurazione stipulato (inclusi gli eventuali rinnovi), al pagamento dei premi, alla gestione e liquidazione dei sinistri, ivi inclusa la prevenzione, l'individuazione e il perseguimento di frodi assicurative;
- espletamento di attività amministrativo – contabili e di quelle attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa, alle quali la compagnia Titolare del Trattamento è autorizzata, ivi inclusa la redistribuzione del rischio attraverso co-assicurazione e/o riassicurazione.
- finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e controllo.

Il trattamento dei dati di cui alle lettere "a" e "b" è da considerarsi lecito in quanto necessario per dare esecuzione al contratto di assicurazione (dalla fase precontrattuale di assunzione del rischio alla fase liquidativa di accertamento del diritto alla prestazione), in quanto l'Interessato esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali, anche relativi al proprio stato di salute, per le finalità sopra indicate (mediante apposita dichiarazione resa in forma scritta), nonché per il perseguimento e tutela di un legittimo interesse della compagnia Titolare del Trattamento. Il trattamento dei dati di cui alla lettera "c" è da considerarsi lecito perché effettuato in adempimento ad obblighi di legge gravanti sulla compagnia Titolare del Trattamento.

### 4. LE CATEGORIE DI DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO

Possono essere oggetto di trattamento, solo ed esclusivamente per le finalità sopra indicate, le seguenti categorie di dati personali dell'Interessato:

- Dati identificativi dell'Interessato, quali: il nome e il cognome, il luogo e la data di nascita, la residenza anagrafica e il domicilio, estremi del documento di identificazione, il codice fiscale, e-mail, numero di telefono;
- dati dell'Interessato idonei a rivelare lo stato di salute, solo qualora strettamente necessari a dare esecuzione al contratto di assicurazione, dalla fase precontrattuale di assunzione del rischio alla fase liquidativa di accertamento del diritto alla prestazione.

In caso di polizze connesse a finanziamenti o mutui, sono altresì oggetto di trattamento i dati relativi al finanziamento/mutuo strettamente necessari per l'assicurazione (ad esempio: numero del finanziamento assicurato, decorrenza e durata del finanziamento ai fini della copertura, società finanziaria erogante, capitale erogato e rata mensile ai fini della quantificazione delle prestazioni in caso di sinistro). In caso di polizze vendute aventi ad oggetto rischi sugli autoveicoli, sono altresì oggetto di trattamento i dati che identificano il mezzo assicurato (targa, numero di telaio, data di immatricolazione).

In caso di pagamento premi con modalità bonifico bancario o SEPA direct debit, saranno altresì oggetto di trattamento le coordinate bancarie (IBAN) dell'Interessato, così come in caso di liquidazione delle prestazioni previste dal contratto.

### 5. DESTINATARI / CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono anzitutto i dipendenti e/o collaboratori della compagnia Titolare del Trattamento, facenti parte della organizzazione interna del Titolare, che trattano i dati raccolti esclusivamente nell'ambito delle rispettive mansioni (ad es.: ufficio sinistri, ufficio reclami, ufficio back-office, ufficio underwriting), in conformità alle istruzioni ricevute dal Titolare e sotto la sua autorità.

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono altresì le seguenti categorie di soggetti terzi, esterni alla organizzazione della compagnia Titolare del Trattamento, ai quali i dati personali possono essere comunicati. Tali soggetti agiscono in qualità di autonomi titolari del trattamento, salvo il caso in cui siano stati designati responsabili del trattamento. Tali soggetti sono:



- a. altri soggetti del settore assicurativo (c.d. catena assicurativa), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, broker, agenti ed altri intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione);
- b. professionisti, consulenti, studi o società operanti nell'ambito di rapporti di consulenza e assistenza professionale, quali studi legali, medici di fiducia, periti, consulenti privacy, consulenti antiriciclaggio, consulenti fiscali, consulenti/società antifrode, professionisti/società di recupero crediti, società incaricate del monitoraggio/controllo qualità dell'offerta e collocamento dei contratti di assicurazione, etc.;
- c. soggetti che svolgono attività connesse e strumentali all'esecuzione del contratto di assicurazione e alla gestione e liquidazione del sinistro, quali: attività di stoccaggio, gestione, archiviazione e distruzione della documentazione dei rapporti intrattenuti con la clientela e non; attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela; attività di assistenza alla clientela (es.: call center, help desk); attività di offerta e collocamento a distanza di contratti di assicurazione (call center esterni); attività di assunzione medica del rischio, gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri; attività di amministrazione delle polizze e supporto alla gestione ed incasso dei premi;
- d. organismi associativi consortili propri del settore assicurativo (ANIA) o finanziario, cui il Titolare o gli altri titolari della catena assicurativa sono iscritti;
- e. società del gruppo di appartenenza della compagnia Titolare del Trattamento o degli altri titolari della catena assicurativa (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- f. altri soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria per legge quali, a titolo esemplificativo: IVASS, Banca d'Italia - UIF (Unità d'informazione finanziaria), Agenzia delle Entrate, Magistratura, Forze dell'Ordine.

#### **6. TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A DESTINATARI UBICATI IN PAESI TERZI**

I dati personali dell'Interessato non sono trasferiti a destinatari ubicati in paesi terzi.

#### **7. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI**

I dati personali sono conservati per un periodo di 10 anni dalla scadenza o anticipata cessazione, per qualsiasi causa, del contratto di assicurazione e, in ogni caso, in conformità alle regole dell'autorità di vigilanza di settore.

#### **8. DIRITTI DELL'INTERESSATO**

L'Interessato ha il diritto di chiedere al Titolare:

- a. l'accesso ai dati personali che lo riguardano;
- b. la rettifica dei dati personali che lo riguardano;
- c. la cancellazione dei dati personali che lo riguardano;
- d. la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano.

L'Interessato ha altresì i seguenti diritti nei confronti del Titolare:

- e. diritto di opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano;
- f. diritto alla portabilità dei dati che lo riguardano. Per "diritto alla portabilità" si intende il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali forniti al Titolare, nonché il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del Titolare cui li ha forniti (ai sensi dell'Art. 20 del Regolamento);
- g. diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

L'Interessato ha, infine, il seguente diritto:

- h. diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati Personali, per lamentare una violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali. Il reclamante potrà far pervenire il reclamo al Garante utilizzando la modalità che ritiene più opportuna, consegnandolo a mano presso gli uffici del Garante (all'indirizzo di seguito indicato) o mediante l'inoltro di:
  - i. raccomandata A/R indirizzata a: *Garante per la protezione dei dati personali - Piazza di Monte Citorio, 121 - 00186 Roma*;
  - ii. e-mail all'indirizzo: *garante@gpdp.it*, oppure *protocollo@pec.gpdp.it*;
  - iii. fax al numero: *06/696773785*.

#### **9. FONTE DA CUI HANNO ORIGINE I DATI PERSONALI**

La compagnia Titolare del Trattamento raccoglie i dati personali dell'Interessato direttamente dall'Interessato stesso (anche tramite propri outsourcer che entrano in contatto con esso) oppure presso gli intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione) incaricati o comunque coinvolti nella distribuzione del prodotto assicurativo oppure presso il Contraente della Polizza Collettiva o convenzione.

#### **10. INFORMAZIONI SU PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI E PROFILAZIONI**

I dati personali raccolti non sono oggetto di processi decisionali automatizzati, né sono oggetto di profilazione.



**QUESTIONARIO ANAMNESTICO COMPLETO**  
**POLIZZA N° 4651**

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_ NATO/A IL: \_\_\_\_\_

**AVVERTENZA SULLE MODALITA' DI INVIO DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO COMPLETO ALLA COMPAGNIA**

Il presente Questionario Anamnestico Completo potrà essere trasmesso alla Compagnia di assicurazione AXA FRANCE VIE:

- a) per il tramite della Contraente  
ovvero
- b) direttamente dal Cedente/Delegante, indirizzandolo al medico specializzato della Compagnia di assicurazione AXA FRANCE VIE, utilizzando una busta chiusa intestata a "All'attenzione del Medico Specializzato AXA Partners – Credit and Lifestyle Protection c/o CBP ITALIA, Viale V. Lancetti 43, 20158 Milano" ovvero tramite ogni mezzo a Suo piacimento, purché idoneo ad assicurare la riservatezza delle informazioni oggetto di comunicazione.

**IMPORTANTE - In ogni caso, il Questionario Anamnestico Completo deve essere fatto pervenire alla Compagnia di assicurazione AXA FRANCE VIE sempre unitamente al Modulo di Rilevazione Dati compilato e sottoscritto dal Cedente/Delegante in ogni sua parte, ivi inclusa quella relativa alla prestazione del consenso al trattamento dei dati personali. In caso di mancato consenso al trattamento dei dati personali, la Compagnia di assicurazione non potrà processare la posizione assicurativa.**

**AVVERTENZA SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO COMPLETO**

In caso di compilazione del Questionario Anamnestico Completo, si avverte di quanto segue:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Cedente/Delegante nel questionario possono compromettere il diritto alla prestazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.
- b) prima della sottoscrizione del questionario, il Cedente/Delegante è tenuto a verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte rese
- c) la compagnia AXA FRANCE VIE si riserva il diritto di prestare o meno la copertura assicurativa previo esame delle risposte rese nel questionario e della documentazione sanitaria prodotta eventualmente richiesta.

Le dichiarazioni rese sono valide 6 mesi. Il questionario dovrà essere compilato accuratamente, evitando macchie o cancellature; un semplice tratto non sarà considerato come una risposta valida. La compagnia si riserva di chiedere documentazione medica supplementare.

Altezza: ..... cm    Peso: ..... kg    Differenza (Altezza - Peso): .....		In caso di risposta affermativa, fornire le precisazioni richieste
1 Questa differenza è inferiore a 80 o superiore a 120?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
2 E' attualmente inabile al lavoro, totalmente o parzialmente, per malattia o infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Da quando? ..... Per quale motivo? .....
3 E' sottoposto attualmente ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? ..... Da quando? ..... Trattamento e posologia.....
4 E' colpito da una malattia cronica, da infermità, invalidità o da postumi di una malattia o di un infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Di quale natura? ..... Da quando? .....
5 E' titolare di una pensione per malattia o infortunio? E' titolare di una rendita per infortunio sul lavoro superiore al 15%?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? ..... Percentuale(i)? .....% Da quando? ..... (allegare copia della notifica di rendita)
6 Gode dell'esonero dal ticket a causa di una malattia o di un infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? ..... Da quando? .....
7 Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere il lavoro per più di 30 giorni consecutivi per malattia o infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? ..... Quando? ..... Per quanto tempo? .....
8 Ha subito un test di individuazione sierologica che si sia rivelato <b>positivo</b> per le sierologie Epatite B, C e/o: HIV (virus dell'immunodeficienza umana)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Quale(i)? ..... Quando? ..... Risultato?    Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/>

<p>9 Nel corso degli ultimi 10 anni è stato sottoposto ad un trattamento medico per le seguenti affezioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angina, infarto, valvulopatia, disturbi cardiaci congeniti, aritmie cardiache (pacemaker incluso), ipertensione arteriosa</li> <li>• Ictus cerebrale, emorragia cerebrale, infarto celebrale, emorragia subaracnoidea, nevrosi, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, alcolismo</li> <li>• Asma, bronchite cronica, enfisema, tubercolosi polmonare, pneumoconiosi</li> <li>• Ulcera duodenale o gastrica, colite ulcerosa (Crohn) pancreatite</li> <li>• Epatite B, C cirrosi epatica, disordini delle funzioni del fegato, calcoli vescicali o biliari</li> <li>• Insufficienza renale, cisti renali, calcoli renali, disturbi alla prostata</li> <li>• Cataratta, glaucoma, disturbo retina, otite media, empiema</li> <li>• Miomi uterini, endometriosi, cisti ovariche, mastopatia</li> <li>• Reumatismi, anemia, porpora, ipotiroidismo, ipertiroidismo</li> <li>• Diabete, insulino-dipendente e non insulino-dipendente</li> <li>• Cancro o tumori maligni di qualsiasi natura</li> <li>• Altre patologie non ricomprese nell'elenco di cui sopra .....</li> </ul>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>Per quale(i) motivo(i)? Quando? Durata?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>10 Negli ultimi 10 anni è stato ricoverato in un ospedale, una clinica o una casa di cura per un motivo <b>diverso</b> dai seguenti: maternità, parto cesareo, appendicite, asportazione di tonsille o adenoidi o cistifellea o ernia inguinale o ernia ombelicale o ernia iatale, varici, emorroidi, Interruzione Volontaria Gravidanza, chirurgia dentaria, deviazione del setto nasale?</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>Per quale(i) motivo(i)? .....</p> <p>Quando? ..... Per quanto tempo? .....</p>
<p>11 Nel corso dei prossimi 12 mesi, dovrà:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fare una TAC, risonanza magnetica, esami in ospedale?</li> <li>- essere ricoverato?</li> <li>- subire un intervento chirurgico?</li> <li>- seguire un trattamento medico?</li> </ul>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>Per quale(i) motivo(i)? Quando?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

QUADRO RISERVATO AL CEDENTE/DELEGANTE	QUADRO RISERVATO AL MEDICO DI FIDUCIA	
Nome: _____  Cognome: _____  <hr style="border: 0.5px solid black;"/> Luogo: Data: __ / __ / ____  Letto ed approvato,  _____ (Il Cedente/Delegante, firma per esteso e leggibile)	Nome: _____  Cognome: _____  <hr style="border: 0.5px solid black;"/> Luogo: Data: __ / __ / ____	<div style="text-align: center;">TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO</div>        Letto ed approvato,  _____ (Il Medico, firma per esteso e leggibile)

**MODULO DI RILEVAZIONE DATI**  
**CQP**



## Modulo Rilevazione Dati (PENSIONATI)

Polizza n. 4651 stipulata da SIGLA S.r.l. con l'Impresa AXA FRANCE VIE S.A.  
Copertura Assicurativa Caso Morte  
abbinata a prestiti rimborsabili mediante Cessione del Quinto della Pensione

### Contraente e Beneficiario

Contraente	SIGLA S.r.l.
Beneficiario della prestazione	

### Dati anagrafici del Cedente (Assicurato)

Nome e Cognome	Codice fiscale	
Data di nascita	Comune di nascita	
Comune di residenza	CAP	Prov.
Indirizzo di residenza		
Telefono 1	Telefono 2 di un familiare (opzionale)	
Tipo documento	Rilasciato da	
Nr. documento	Rilasciato il	Scadenza il

### Dati del Finanziamento

Pratica n.	Durata in mesi	
Decorrenza	Scadenza	
Montante Lordo €	Rata Mensile €	TAN

### Consenso alla Stipula dell'Assicurazione sulla Vita

Il sottoscritto Assicurato, avendo chiesto alla Contraente un prestito personale da estinguersi mediante cessione di quote di pensione ai sensi del DPR del 5.1.1950 n.180 e successive modifiche/ai sensi dell'artt.1269 e 1723 II comma del Codice Civile:

- dà il proprio consenso alla Contraente, ai sensi dell'art.1919 del Codice Civile, a stipulare sulla propria vita l'assicurazione (caso morte) oggetto della Polizza stipulata tra la Contraente e AXA France Vie di cui in epigrafe;
- proscioglie dal segreto professionale e legale medici ed enti che possano o potranno averlo curato o visitato e le altre persone alle quali AXA France Vie riterrà opportuno rivolgersi per informazioni, nel limite consentito dalla legislazione italiana.

Data	Firma Assicurato, anche mediante utilizzo di Firma Elettronica
------	--

### Conferma di ricezione delle Condizioni di Assicurazione

#### AVVERTENZA – L'Assicurato ha diritto di richiedere le condizioni di assicurazione

Il sottoscritto Assicurato conferma di avere ricevuto dalla Contraente, in formato cartaceo, le Condizioni di Assicurazione (inclusive del Glossario) della Polizza.

Data	Firma Assicurato, anche mediante utilizzo di Firma Elettronica
------	--



## ASSUNZIONE DEL RISCHIO

### AVVERTENZE

- a) Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'assicurando possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione assicurativa;
- b) Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute dell'Assicurato, che devono corrispondere a verità ed esattezza;
- c) l'Assicurato può in ogni caso chiedere di essere sottoposto a visita medica, con evidenza del costo a suo carico.

### DICHIARAZIONE SULLA NON SUSSISTENZA DI UNO STATO DI INVALIDITA' E SULLA NON TITOLARITA' DI UNA PENSIONE DI INVALIDITA' O INABILITA'

Il sottoscritto Assicurato dichiara di:

- a) **NON essere** invalido, e di
- b) **NON essere** titolare di una pensione di invalidità e/o inabilità, né di avere presentato domanda per ottenerla

Data

Firma Assicurato, anche mediante utilizzo di Firma Elettronica

### MODALITA' DI ASSUNZIONE DEL RISCHIO

L'Impresa di assicurazione valuta ed eventualmente assume il rischio con le seguenti modalità:

1. **INTERVISTA MEDICA TELEFONICA** - L'Impresa raccoglierà dall'Assicurato le informazioni sul suo stato di salute ed abitudini di vita mediante Intervista Medica Telefonica. L'impresa contatterà l'Assicurato al numero telefonico sotto indicato, in un giorno ferialo, nella fascia oraria di seguito indicata come preferita.



Numero Telefonico \_\_\_\_\_

Fascia oraria preferita (*barrare una casella*):

MATTINA    POMERIGGIO/SERA    INDIFFERENTE

2. **DOCUMENTAZIONE MEDICA** - Se l'Assicurato NON sottoscrive la sopra indicata "Dichiarazione sulla non sussistenza di uno stato di invalidità e sulla non titolarità di una pensione di invalidità o inabilità", dovrà altresì presentare la seguente documentazione a supporto dell'Intervista Medica Telefonica:

- **Certificato o Verbale di Prima Istanza d'Invalidità/Inabilità;**
- **Modello OBIS/M**

Il sottoscritto Assicurato **presta il consenso** ad essere contattato telefonicamente dall'Impresa, al numero telefonico sopra indicato, ai fini dell'esecuzione della Intervista Medica Telefonica

Data

Firma Assicurato, anche mediante utilizzo di Firma Elettronica





## Consenso al Trattamento dei Dati Personali Comuni e Sensibili

Io sottoscritto Assicurato, dopo aver letto l'Informativa Privacy della compagnia Titolare del Trattamento redatta ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali), allegata al presente Modulo di Rilevazione Dati, della quale confermo ricezione:

(barrare una casella)

presto il consenso     nego il consenso

al trattamento dei miei dati personali, ivi inclusi quelli da me conferiti in riferimento al mio stato di salute, sia nel presente modulo che nel corso della Intervista Medica Telefonica, ai fini dell'esecuzione del contratto di assicurazione.

**Avvertenza - In caso di negazione del consenso non sarà possibile finalizzare il rapporto contrattuale assicurativo**

Data

Firma Assicurato, anche mediante utilizzo di Firma Elettronica

### INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati) si informa l' "Interessato" (contraente / aderente alla polizza collettiva o convenzione / assicurato / beneficiario / loro aventi causa) di quanto segue.

#### 1. IDENTITA' E DATI DI CONTATTO DELLA COMPAGNIA TITOLARE DEL TRATTAMENTO

**AXA FRANCE VIE** iscritta al registro di commercio delle Imprese di Nanterre n°310 499 959 con sede legale al 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Francia, autorizzata ad operare in Italia in regime di Libera Prestazione di Servizi con Provvedimento IVASS (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni) emesso il 20 febbraio 2006 ai sensi dell'art. 24 del D.Lgs. 209/2005, iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco II, nr. II.00022.

#### 2. DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)

L'Interessato può contattare il Responsabile della Protezione dei dati (DPO - Data Protection Officer) della compagnia Titolare del Trattamento scrivendo ai seguenti contatti:

- per posta: AXA FRANCE VIE - Att.ne del Data Protection Officer - Corso Como n. 17 – 20154 MILANO
- per e-mail: [clp.it.privacy@partners.axa](mailto:clp.it.privacy@partners.axa)

#### 3. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO CUI SONO DESTINATI I DATI PERSONALI E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Le finalità del trattamento dei dati personali raccolti sono le seguenti:

- finalità strettamente connesse e strumentali all'offerta, conclusione ed esecuzione del contratto di assicurazione stipulato (inclusi gli eventuali rinnovi), al pagamento dei premi, alla gestione e liquidazione dei sinistri e alla gestione dei reclami, ivi inclusa la prevenzione, l'individuazione e il perseguimento di frodi assicurative;
- espletamento di attività amministrativo – contabili e di quelle attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa, alle quali la compagnia Titolare del Trattamento è autorizzata, ivi inclusa la redistribuzione del rischio attraverso co-assicurazione e/o riassicurazione.
- finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e controllo.

Il trattamento dei dati per le finalità di cui alle lettere "a" e "b" è da considerarsi lecito in quanto necessario per dare esecuzione al contratto di assicurazione (dalla fase precontrattuale di assunzione del rischio alla fase liquidativa di accertamento del diritto alla prestazione), in quanto l'Interessato esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali, anche relativi al proprio stato di salute, per le finalità sopra indicate (mediante apposita dichiarazione resa in forma scritta), nonché per il perseguimento e tutela di un legittimo interesse della compagnia Titolare del Trattamento. Il trattamento dei dati di cui alla lettera "c" è da considerarsi lecito perché effettuato in adempimento ad obblighi di legge gravanti sulla compagnia Titolare del Trattamento.

#### 4. LE CATEGORIE DI DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO

Possono essere oggetto di trattamento, solo ed esclusivamente per le finalità sopra indicate, le seguenti categorie di dati personali dell'Interessato:

- dati identificativi dell'Interessato, quali: il nome e il cognome, il luogo e la data di nascita, la residenza anagrafica e il domicilio, estremi del documento di identificazione, il codice fiscale, e-mail, numero di telefono;
- dati dell'Interessato idonei a rivelare lo stato di salute, solo qualora strettamente necessari a dare esecuzione al contratto di assicurazione, dalla fase precontrattuale di assunzione del rischio alla fase liquidativa di accertamento del diritto alla prestazione.

In caso di polizze connesse a finanziamenti o mutui, sono altresì oggetto di trattamento i dati relativi al finanziamento/mutuo strettamente necessari per l'assicurazione (ad esempio: numero del finanziamento assicurato, decorrenza e durata del finanziamento ai fini della copertura, società finanziaria erogante, capitale erogato e rata mensile ai fini della quantificazione delle prestazioni in caso di sinistro). In caso di polizze vendute aventi ad oggetto rischi sugli autoveicoli, sono altresì oggetto di trattamento i dati che identificano il mezzo assicurato (targa, numero di telaio, data di





immatricolazione).

In caso di pagamento premi con modalità bonifico bancario o SEPA direct debit, saranno altresì oggetto di trattamento le coordinate bancarie (IBAN) dell'Interessato, così come in caso di liquidazione delle prestazioni previste dal contratto.

#### **5. DESTINATARI / CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI PERSONALI**

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono anzitutto i dipendenti e/o collaboratori della compagnia Titolare del Trattamento, facenti parte della organizzazione interna del Titolare, che trattano i dati raccolti esclusivamente nell'ambito delle rispettive mansioni (ad es.: ufficio sinistri, ufficio reclami, ufficio back-office, ufficio underwriting), in conformità alle istruzioni ricevute dal Titolare e sotto la sua autorità.

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono altresì le seguenti categorie di soggetti terzi, esterni alla organizzazione della compagnia Titolare del Trattamento, ai quali i dati personali possono essere comunicati. Tali soggetti agiscono in qualità di autonomi titolari del trattamento, salvo il caso in cui siano stati designati responsabili del trattamento. Tali soggetti sono:

- a. altri soggetti del settore assicurativo (c.d. catena assicurativa), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, broker, agenti ed altri intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione);
- b. professionisti, consulenti, studi o società operanti nell'ambito di rapporti di consulenza e assistenza professionale, quali studi legali, medici di fiducia, periti, consulenti privacy, consulenti antiriciclaggio, consulenti fiscali, consulenti/società antifrode, professionisti/società di recupero crediti, società incaricate del monitoraggio/controllo qualità dell'offerta e collocamento dei contratti di assicurazione, etc.;
- c. soggetti che svolgono attività connesse e strumentali all'esecuzione del contratto di assicurazione e alla gestione e liquidazione del sinistro, quali: attività di stoccaggio, gestione, archiviazione e distruzione della documentazione dei rapporti intrattenuti con la clientela e non; attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela; attività di assistenza alla clientela (es.: call center, help desk); attività di offerta e collocamento a distanza di contratti di assicurazione (call center esterni); attività di assunzione medica del rischio, gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri; attività di amministrazione delle polizze e supporto alla gestione ed incasso dei premi;
- d. organismi associativi consortili propri del settore assicurativo (ANIA) o finanziario, cui il Titolare o gli altri titolari della catena assicurativa sono iscritti;
- e. società del gruppo di appartenenza della compagnia Titolare del Trattamento o degli altri titolari della catena assicurativa (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- f. altri soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria per legge quali, a titolo esemplificativo: IVASS, Banca d'Italia - UIF (Unità d'informazione finanziaria), Agenzia delle Entrate, Magistratura, Forze dell'Ordine.

L'intervista Medica Telefonica viene effettuata dal titolare del trattamento avvalendosi di medici specializzati della società ADVANCE MEDICAL - HEALTH CARE MANAGEMENT SERVICES S.A. (con sede a Barcellona, Via Augusta 252-260), che agisce come responsabile del trattamento. Tutte le telefonate effettuate saranno registrate, previo consenso dell'interessato.

#### **6. TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A DESTINATARI UBICATI IN PAESI TERZI**

I dati personali dell'Interessato non sono trasferiti a destinatari ubicati in paesi terzi. Eventuali dati sensibili non saranno trasferiti al di fuori dello Spazio economico europeo senza che il cliente sia stato precedentemente informato di tale trasferimento o senza che sia raccolto il consenso del cliente qualora necessario ai sensi di legge.

#### **7. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI**

I dati personali sono conservati per un periodo di 10 anni dalla scadenza o anticipata cessazione, per qualsiasi causa, del contratto di assicurazione e, in ogni caso, in conformità alle regole dell'autorità di vigilanza di settore.

#### **8. DIRITTI DELL'INTERESSATO**

L'Interessato ha il diritto di chiedere al Titolare:

- a. l'accesso ai dati personali che lo riguardano (incluso il diritto di richiedere di ottenere i file audio della registrazione delle telefonate relative alla Intervista Medica Telefonica)
- b. la rettifica dei dati personali che lo riguardano;
- c. la cancellazione dei dati personali che lo riguardano;
- d. la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano.

L'Interessato ha altresì i seguenti diritti nei confronti del Titolare:

- e. diritto di opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano;
- f. diritto alla portabilità dei dati che lo riguardano. Per "diritto alla portabilità" si intende il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali forniti al Titolare, nonché il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del Titolare cui li ha forniti (ai sensi dell'Art. 20 del Regolamento);
- g. diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

L'Interessato ha, infine, il seguente diritto:

- h. diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati Personali, per lamentare una violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali. Il reclamante potrà far pervenire il reclamo al Garante utilizzando la modalità che ritiene più opportuna, consegnandolo a mano presso gli uffici del Garante (all'indirizzo di seguito indicato) o mediante l'inoltro di:
  - i. raccomandata A/R indirizzata a: *Garante per la protezione dei dati personali - Piazza di Monte Citorio, 121 - 00186 Roma;*
  - ii. e-mail all'indirizzo: *garante@gpdp.it*, oppure *protocollo@pec.gpdp.it*;
  - iii. fax al numero: *06/696773785*.

#### **9. FONTE DA CUI HANNO ORIGINE I DATI PERSONALI**

La compagnia Titolare del Trattamento raccoglie i dati personali dell'Interessato direttamente dall'Interessato stesso (anche tramite propri outsourcer che entrano in contatto con esso) oppure presso gli intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione) incaricati o comunque coinvolti nella distribuzione del prodotto assicurativo oppure presso il Contraente della Polizza Collettiva o convenzione.

#### **10. INFORMAZIONI SU PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI E PROFILAZIONI**

I dati personali raccolti non sono oggetto di processi decisionali automatizzati, né sono oggetto di profilazione.