



*contratto di assicurazione temporanea per il caso morte a premio unico anticipato e a capitale decrescente, abbinata a prestiti personali rimborsabili mediante cessione/delegazione di pagamento di quote di stipendio o cessione di quote di pensione*

## **FASCICOLO INFORMATIVO**

### **IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:**

- NOTA INFORMATIVA
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
- GLOSSARIO
- MODULO DI RILEVAZIONE DATI
- INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

**DEVE ESSERE CONSEGNATO ALLA CONTRAENTE PRIMA DELLA STIPULA DELL'ASSICURAZIONE TRA LA CONTRAENTE E L'IMPRESA.**

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA.

ASS 105-05/2018\_02

**AXA France Vie,**  
iscritta al registro di commercio delle Imprese di Nanterre n° 310 499 959 con sede al  
313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex

**POLIZZA N. 4644 STIPULATA TRA FIDITALIA S.p.A. E AXA FRANCE VIE**  
**Il presente fascicolo informativo è stato redatto il 25 maggio 2018**

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

*La Contraente e il Cedente/Delegante devono prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della stipula dell'assicurazione tra la Contraente e l'Impresa.*

---

### A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

---

#### 1. Informazioni generali

**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 ISVAP (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo) ai sensi dell'Articolo 24 del D.Lgs. 209/2005 emesso il 20 febbraio 2006 per la garanzia in caso di Decesso.

AXA France Vie viene di seguito denominata "Impresa".

L'Impresa mette a disposizione dei clienti il proprio sito internet: <https://it.clp.partners.axa>.

#### 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa (dati aggiornati al 31 dicembre 2016)

Patrimonio netto di **AXA France Vie S.A.**: 3.759.344 migliaia di euro di cui 487.725 migliaia di euro relativi al capitale sociale e 3.271.619 migliaia di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio.

Indice di solvibilità di **AXA France Vie S.A.** riferito alla gestione vita e relativo all'ultimo bilancio approvato, è pari al 145%. Tale indice è definito come rapporto tra fondi propri di base e requisito patrimoniale di solvibilità.

Tali dati si riferiscono all'ultimo bilancio approvato. I dati aggiornati anno per anno sono consultabili sul sito internet italiano dell'Impresa <https://it.clp.partners.axa>.

---

### B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

---

#### 3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Il contratto di assicurazione qui descritto è un'Assicurazione temporanea in caso di morte, a capitale decrescente ed a Premio unico anticipato, studiata per Fiditalia S.p.A., che ha concesso un prestito estinguibile mediante cessione/delegazione di pagamento di quote mensili di retribuzione o cessione di quote di pensione, prestito disciplinato rispettivamente dal D.P.R. del 5 gennaio 1950 n. 180 e successive integrazioni e modifiche, dall'art. 1260 e seguenti del Codice Civile laddove applicabili o dagli artt. 1269 e 1723 II comma del Codice Civile.

Il Cedente/Delegante è il soggetto sulla cui vita è stipulata l'Assicurazione. La Contraente è l'istituto bancario/finanziario che concede il finanziamento. Fino a quando il finanziamento non sarà estinto, il Beneficiario della prestazione Assicurata sarà la Contraente che ha erogato il Prestito.

La durata del contratto di assicurazione, ossia l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza, è pari alla durata del rapporto di finanziamento e non potrà, comunque, essere inferiore a 24 mesi e maggiore di 120 mesi.

L'età del Cedente/Delegante:

- se Pensionato, deve essere titolare di una pensione INPS o di altri enti e la sua età al momento dell'adesione deve essere inferiore a 86 anni e al termine del Prestito deve essere inferiore a 91 anni;
- se Dipendente Parapubblico o Privato, 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 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 |
|------|--|--|---|--|
| 2018 | 66 anni e 7 mesi<br>(anzianità min 20 anni)  | 66 anni e 7 mesi<br>(anzianità min 20 anni)  | 42 anni e 10 mesi                       | 41 anni e 10 mesi                      |
| 2019 | 66 anni e 11 mesi<br>(anzianità min 20 anni) | 66 anni e 11 mesi<br>(anzianità min 20 anni) | 43 anni e 2 mesi                        | 42 anni e 2 mesi                       |
| 2020 | 66 anni e 11 mesi<br>(anzianità min 20 anni) | 66 anni e 11 mesi<br>(anzianità min 20 anni) | 43 anni e 2 mesi                        | 42 anni e 2 mesi                       |
| 2021 | 67 anni e 2 mesi<br>(anzianità min 20 anni)  | 67 anni e 2 mesi<br>(anzianità min 20 anni)  | 43 anni e 5 mesi                        | 42 anni e 5 mesi                       |
| 2022 | 67 anni e 2 mesi<br>(anzianità min 20 anni)  | 67 anni e 2 mesi<br>(anzianità min 20 anni)  | 43 anni e 5 mesi                        | 42 anni e 5 mesi                       |
| 2023 | 67 anni e 5 mesi<br>(anzianità min 20 anni)  | 67 anni e 5 mesi<br>(anzianità min 20 anni)  | 43 anni e 8 mesi                        | 42 anni e 8 mesi                       |
| 2024 | 67 anni e 5 mesi<br>(anzianità min 20 anni)  | 67 anni e 5 mesi<br>(anzianità min 20 anni)  | 43 anni e 8 mesi                        | 42 anni e 8 mesi                       |
| 2025 | 67 anni e 8 mesi<br>(anzianità min 20 anni)  | 67 anni e 8 mesi<br>(anzianità min 20 anni)  | 43 anni e 11 mesi                       | 42 anni e 11 mesi                      |
| 2026 | 67 anni e 8 mesi<br>(anzianità min 20 anni)  | 67 anni e 8 mesi<br>(anzianità min 20 anni)  | 43 anni e 11 mesi                       | 42 anni e 11 mesi                      |
| 2027 | 67 anni e 11 mesi<br>(anzianità min 20 anni) | 67 anni e 11 mesi<br>(anzianità min 20 anni) | 44 anni e 2 mesi                        | 43 anni e 2 mesi                       |
| 2028 | 67 anni e 11 mesi<br>(anzianità min 20 anni) | 67 anni e 11 mesi<br>(anzianità min 20 anni) | 44 anni e 2 mesi                        | 43 anni e 2 mesi                       |

- se Dipendente Statale o Pubblico, esclusivamente per operazioni di Cessione, non dovrà avere un'età alla scadenza superiore a 65 anni.
- Se Dipendente Statale o Pubblico, esclusivamente per operazioni di Delega, non dovrà avere un'età alla scadenza superiore ai 60 anni.
- se Dipendenti 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 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.

I requisiti sopra indicati sono stati computati sulla base dei seguenti elementi:

- durata dei finanziamenti: compresa tra 24 e 120 mesi;
- € 55.000 per le operazioni di Cessione del quinto, € 45.000 per le operazioni di Delega per i Dipendenti di Aziende Statali, Pubbliche, Parapubbliche e Private e per i Pensionati;
- € 20.000 per le operazioni di Cessione del quinto, € 12.000 per le operazioni di Delega per i Dipendenti Privati "Small Business"
- Inoltre si definiscono "operazioni No TFR" le operazioni in cui il Cedente/Delegante è un lavoratore non extracomunitario dipendente di Società di capitali (S.p.A., S.r.l., S.a.p.a., S.c.ar.l.) con capitale sociale superiore ad € 500.000,00 e con più di 100 dipendenti e che ha accantonato un TFR irrisorio. Per queste operazioni, i limiti sono pari a:
  - o € 20.000 per le operazioni di Cessione del quinto, € 10.000 per le operazioni di Delega;
  - o € 40.000 se il Cedente/Delegante fa parte di una società parapubblica;
- rate di rimborso: rate mensili

**Attenzione: la Contraente non percepisce alcuna remunerazione da parte di AXA France Vie.**

Il Cedente/Delegante deve soddisfare le condizioni di salute richieste tramite:

- la compilazione del questionario medico semplificato, rispondendo negativamente a tutte le domande previste;
- la compilazione del questionario anamnestico completo in caso di almeno una risposta positiva al questionario medico semplificato, perfettamente e totalmente compilato, firmato ed eventualmente sottoscritto dal medico curante.

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, prima di confermare l'accettazione della copertura. 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;
2. rifiutare l'assunzione del rischio: in tal caso restituisce alla Contraente il Premio eventualmente versato;
3. richiedere ulteriori notizie o accertamenti sanitari: in tal caso, una volta riesaminato il rischio, l'Impresa provvederà a comunicare tramite 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 90 giorni la Contraente non dia o non intenda dare seguito alla richiesta dell'Impresa, la domanda di copertura sarà considerata decaduta.

In questo caso le garanzie decorrono dall'ultima delle seguenti date: 1) data di conferma scritta di accettazione del rischio da parte dell'Impresa; 2) data di erogazione del Prestito Personale.

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.

Il Cedente/Delegante deve prestare per iscritto il consenso alla stipulazione di un contratto di assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 c.c..

### **Prestazione assicurata in caso di decesso**

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 del 91° anno 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, delle quote mensili rimaste insolute aventi scadenza successiva al Sinistro – dunque escludendo gli interessi percepiti dalla Contraente nell'operazione di finanziamento.

Qualunque sia il numero dei Prestiti personali di cui il Cedente/Delegante è titolare, la prestazione massima pagabile è di € 100.000 per i Dipendenti Statali, Pubblici, Privati e Pensionati e € 32.000 per i Dipendenti Privati "Small Business", fermo restando i limiti fissati per gli Assicurati di tipo "No TFR", salvo il caso in cui la copertura sia stata accettata dall'Impresa per un montante superiore. Eventuali arretrati ed interessi di mora sono esclusi dalla prestazione pagabile.

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.

**Si rinvia allo specifico art. 2 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio relativi alla singola prestazione.**

### Avvertenza

#### Esclusioni e limiti delle coperture assicurative

Il contratto prevede alcune limitazioni ed esclusioni alle coperture assicurative, regolamentate ed esplicitate dallo specifico art. 8 delle Condizioni di Assicurazione.

#### 4. Premio

Il contratto prevede la corresponsione, da parte della Contraente, di un Premio unico anticipato. L'entità del Premio dipende dal Montante del finanziamento, dalla durata dell'Assicurazione, dall'età del Cedente/Delegante e dalla categoria di appartenenza del Cedente/Delegante (Dipendente Pubblico, Dipendente Privato o Parapubblico, Pensionato).

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.

La Contraente s'impegna a versare all'Impresa un Premio unico per l'intera durata del singolo finanziamento erogato al Cedente/Delegante.

#### **Attenzione: la Contraente non percepisce alcuna remunerazione da parte di AXA France Vie.**

Il costo trattenuto dall'Impresa a titolo di spese di acquisizione e gestione del Contratto, già incluso nei tassi di Premio, è pari in media al 20,51% del Premio unico anticipato. La quota parte per l'intermediazione percepita in media è pari al 36,62% del costo stesso.

A titolo esemplificativo, per un Premio unico anticipato di Euro 1.000,00, al netto delle imposte, i costi trattenuti dall'Impresa a titolo di spese di acquisizione e gestione del Contratto sono pari a Euro 205,10 di cui Euro 75,10 rappresentano l'importo percepito in media per l'intermediazione.

### Avvertenza

#### Anticipata estinzione del finanziamento

In caso di estinzione anticipata o trasferimento di uno dei Prestiti rientranti nella copertura, l'Assicurazione si scioglie anticipatamente e si provvede alla restituzione alla Contraente della parte di premio non goduto, inteso come la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla originale Scadenza dell'Assicurazione. L'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione disciplina la materia.

## C. INFORMAZIONI SU COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

#### 5. Costi gravanti sul premio e regime fiscale

Il computo del Premio prevede l'applicazione di diritti o accessori.

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

Le somme corrisposte dall'Impresa sono esenti da tassazioni IRPEF e da imposte di successione.

**Resta inteso che tutte le spese sanitarie non saranno prese a carico dall'Impresa.**

Il Premio non è soggetto a sconti.

#### **Attenzione: la Contraente non percepisce alcuna remunerazione da parte di AXA France Vie.**

| Costi medi a carico della Contraente | Periodicità di prelievo     | Modalità di prelievo |
|--------------------------------------|-----------------------------|----------------------|
| 20,51%                               | Sul premio unico anticipato | Compresi nel premio  |

Nella tabella di seguito è riportata la quota parte per l'intermediazione percepita in media con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto:

|   |        |
|---|--------|
| Quota parte percepita in media per attività d'intermediazione | 36,62% |
|---|--------|

### 6. Costi a carico della Contraente in caso di estinzione anticipata o trasferimento del finanziamento

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 relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

La parte di premio rimborsata è pari alla somma:

- del premio di rischio riproporzionato in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura relativa al Prestito estinto anticipatamente nonché del capitale assicurato residuo;
- dei costi, al netto del costo di emissione, in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura;

il calcolo dell'importo da rimborsare sarà effettuato utilizzando la seguente formula:

$$R = P \times (1 - H) \times \frac{(N - K)}{N} \times \frac{(1 - (1 + J/12)^{-(N-K)})}{(1 - (1 + J/12)^{-N})} + P \times H \times \frac{(N - K)}{N}$$

Dove:

|   |  |
|---|--|
| R | Importo da rimborsare  |
| P | Premio pagato al netto delle imposte e dei diritti                                   |
| H | % dei costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)                           |
| N | Durata dell'assicurazione espressa in mesi interi                                    |
| K | Durata del periodo di garanzia goduto espressa in mesi interi                        |
| J | Tasso di ammortamento iniziale convenuto nel piano di ammortamento del finanziamento |

con una trattenuta per spese di amministrazione del 4% del Premio residuo o di un importo minimo di 30 euro se la trattenuta del 4% risultasse inferiore a detto importo.

La trattenuta dell'importo minimo di 30 euro è da considerarsi complessiva per ogni Contratto di Prestito estinto anticipatamente.

Ove si verifichi il caso di operazioni rinnovate con lo stesso Cedente/Delegante, sarà effettuata la compensazione tra Premio pagato e non goduto della vecchia operazione ed il Premio della nuova operazione.

---

## D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

---

### 7. Modalità di perfezionamento del contratto

Il contratto di assicurazione si conclude nel momento in cui la Contraente viene a conoscenza dell'accettazione, da parte dell'Impresa, della copertura assicurativa.

La garanzia decorre dal momento in cui per il Cedente/Delegante insorge una posizione debitoria nei confronti della Contraente e termina con lo scadere del piano di ammortamento medesimo.

### 8. Risoluzione del contratto

Il contratto di assicurazione cessa in ogni caso:

- al termine del piano di rimborso del Prestito, eventualmente aumentato di 12, 18 o 24 mesi come di seguito descritto;
- al compimento del 91° anno di età del Cedente/Delegante;
- in caso di estinzione anticipata del Prestito;
- in caso di Sinistro.

La durata del piano di ammortamento può essere prolungata per:

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

2. Un massimo di 18 mesi in caso 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.

### **9. Diritto di recesso**

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

L'Impresa, entro trenta 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.

### **10. Riscatto e riduzione**

Non previsti.

### **11. Documentazione da consegnare all'Impresa per il pagamento della prestazione assicurata e termini di prescrizione**

La materia è disciplinata dall'art. 10 delle Condizioni di Assicurazione.

Verificatosi il decesso del Cedente/Delegante, al fine di consentire il pagamento del capitale assicurato a favore del Beneficiario devono essere preventivamente consegnati all'Impresa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare con esattezza il capitale assicurato, ed in particolare:

- il numero della pratica di Prestito corrispondente al Cedente/Delegante deceduto;
- la denuncia del Sinistro;
- 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;
- il certificato di morte del Cedente/Delegante;
- l'ulteriore documentazione eventualmente ritenuta necessaria dall'Impresa legalmente ottenibile dalla Contraente.

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 (D.Lgs. 231/07 e successive modifiche e integrazioni) 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'ultimo non appena viene eseguito il pagamento.

L'Impresa si impegna a pagare entro 30 giorni dalla data di ricezione 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.**

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda secondo quanto stabilito dall'art. 2952, 2° comma, del Codice Civile.

### **12. Legge applicabile al contratto**

Al contratto si applica la legge italiana.

### 13. Non pignorabilità e non sequestrabilità

Ai sensi dell'art. 1923 del Codice Civile, le somme dovute in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili, né sequestrabili.

### 14. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto, vengono redatte in lingua italiana.

### 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: [cpbitalia@pec.actalis.it](mailto:cpbitalia@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:

Le [Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances \(FFSA\)](#)

BP 290, 75425 PARIS CEDEX 09

fax (+33) 01.45.23.27.15

e-mail: [le.mediateur@mediation-assurance.org](mailto:le.mediateur@mediation-assurance.org)

sito web: [www.ffsa.fr](http://www.ffsa.fr)

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. Informativa in corso di contratto**

L'Impresa comunicherà tempestivamente per iscritto alla Contraente, nel corso della durata contrattuale, le eventuali variazioni delle informazioni contenute in Nota Informativa, intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

### **17. Comunicazioni della Contraente all'Impresa**

La Contraente, qualora ne venisse a conoscenza, non è obbligata a comunicare all'Impresa un eventuale cambiamento della professione svolta dal Cedente/Delegante che comporti un aggravamento del rischio. Non è pertanto operante l'art. 1926 del Codice Civile.

### **18. Conflitto di interessi**

Il presente prodotto assicurativo non presenta conflitto di interessi. In ogni caso l'Impresa, pur in presenza di conflitto di interessi:

- opera in modo da non recare pregiudizio alla Contraente e agli Assicurati;
- si impegna ad ottenere per la Contraente e per Assicurati il miglior risultato possibile.

**AXA France Vie è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa.**

**AXA France Vie**  
**Il rappresentante legale**  
Gilles Cuvillier



### CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

#### PREMESSA

Premesso che:

- **FIDITALIA S.p.A.**, iscritta nell'elenco generale tenuto dalla Banca d'Italia al n. 16764 e nel RUI al n. D000026922, con sede in con sede in Via Guglielmo Silva 34, 20149, Milano, Codice Fiscale e P.Iva 08437820155, (di seguito definita la "Contraente") intende stipulare un contratto di assicurazione con **AXA FRANCE VIE**, 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 ad operare in Italia in regime di libera prestazione di servizi (di seguito definita l' "Impresa"), avente ad oggetto la copertura dal rischio di mancato adempimento dell'obbligazione di pagamento delle rate di rimborso del Prestito da parte del Cedente/Delegante in seguito al suo decesso, avvenuto nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione. Sono considerati debitori tutti i Dipendenti Pubblici, Statali, Parapubblici, Privati e Pensionati che hanno in corso con la Contraente un Prestito estinguibile con cessione di quote dello stipendio o della pensione o delegazione di pagamento (in seguito denominati "Cedenti/Deleganti");
- la Contraente concede, in conto proprio o quale mandatario di terzi, prestiti personali rimborsabili mediante cessioni di quote dello stipendio o della pensione disciplinati, anche in via analogica, dalla Legge 180 e dall'art. 1260 e seguenti del Codice Civile laddove applicabili;
- la Contraente concede altresì, in conto proprio o quale mandatario di terzi, prestiti personali rimborsabili mediante delegazione di pagamento di quote dello stipendio disciplinati dagli artt. 1269 e 1723 II comma del Codice Civile;
- la Contraente ha necessità di tutelarsi, in conformità alla Legge 180 per il rischio di mancato adempimento dell'obbligazione di pagamento delle rate di rimborso del Prestito da parte del debitore in seguito al decesso di quest'ultimo avvenuto nel corso del periodo di ammortamento del finanziamento;
- l'Impresa conferma alla Contraente di volersi obbligare, nei termini giuridici sotto indicati, a prestare la copertura assicurativa di cui al precedente alinea;
- per ogni contratto di Prestito in garanzia, l'Impresa e la Contraente stipuleranno un disgiunto contratto di assicurazione, attestato dalla sottoscrizione di apposito Certificato di Polizza.

Nell'ambito della "Premessa" di cui sopra e del "Glossario" sotto riportato - che formano parte integrante della presente pattuizione - tra l'Impresa e la Contraente si stipula la seguente Assicurazione.

#### 1. Prestiti oggetto dell'Assicurazione

Sono oggetto della presente Assicurazione esclusivamente i prestiti, di durata minima di 24 mesi e di durata massima di 120 mesi, erogati dalla Contraente a favore di lavoratori Dipendenti Pubblici, Statali, Parapubblici, Privati, in servizio, con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, presso amministrazioni pubbliche o aziende di diritto privato e a favore di Pensionati titolari di una pensione INPS o di altri enti.

Possono, 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.

#### 2. Oggetto dell'Assicurazione e Indennizzo

L'Impresa si impegna a corrispondere al Beneficiario, in caso di decesso di ciascun Cedente/Delegante a seguito d infortunio o malattia prima del compimento del 91° anno 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, delle quote mensili rimaste insolute aventi scadenza successiva al Sinistro – dunque escludendo gli interessi percepiti dalla Contraente nell'operazione di finanziamento.

Qualunque sia il numero dei Prestiti personali di cui il Cedente/Delegante è titolare, la prestazione massima pagabile è di € 100.000 per i Dipendenti Statali, Pubblici, Privati e Pensionati e € 32.000 per i Dipendenti Privati "Small Business", fermo restando i limiti fissati per gli Assicurati di tipo "No TFR", salvo il caso in cui la copertura sia stata accettata dall'Impresa per un montante superiore. Eventuali arretrati ed interessi di mora sono esclusi dalla prestazione pagabile.

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 delle prestazioni assicurative garantite 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 Cessione o Delega. In caso di cessione o trasferimento del contratto di finanziamento a terzi, il Beneficiario delle somme assicurate sarà il cessionario.

### 4. Estinzione anticipata del prestito

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

La parte di premio rimborsata è pari alla somma:

- del premio di rischio riproporzionato in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura relativa al Prestito estinto anticipatamente nonché del capitale assicurato residuo;
- dei costi, al netto del costo di emissione, in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura;

il calcolo dell'importo da rimborsare sarà effettuato utilizzando la seguente formula:

$$R = P \times (1 - H) \times \frac{(N - K)}{N} \times \frac{(1 - (1 + J/12)^{-(N-K)})}{(1 - (1 + J/12)^{-N})} + P \times H \times \frac{(N - K)}{N}$$

Dove:

|   |  |
|---|--|
| R | Importo da rimborsare  |
| P | Premio pagato al netto delle imposte e dei diritti                                   |
| H | % dei costi complessivi (spese di acquisizione e gestione)                           |
| N | Durata dell'assicurazione espressa in mesi interi                                    |
| K | Durata del periodo di garanzia goduto espressa in mesi interi                        |
| J | Tasso di ammortamento iniziale convenuto nel piano di ammortamento del finanziamento |

con una trattenuta per spese di amministrazione del 4% del Premio residuale o di un importo minimo di 30 euro se la trattenuta del 4% risultasse inferiore a detto importo.

La trattenuta dell'importo minimo di 30 euro è da considerarsi complessiva per ogni Contratto di Prestito estinto anticipatamente.

Ove si verifichi il caso di operazioni rinnovate con lo stesso Cedente/Delegante, sarà effettuata la compensazione tra Premio pagato e non goduto della vecchia operazione ed il Premio della nuova operazione.

### 5. Risoluzione del contratto di assicurazione

Il contratto di assicurazione cessa in ogni caso:

- al termine del piano di rimborso del Prestito;
- al compimento del 91° anno di età del Cedente/Delegante;
- 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

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

L'Impresa, entro trenta 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. E' 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.

**Il consenso dell'Impresa alla stipula del presente contratto è condizionato dalla veridicità delle dichiarazioni rilasciate dal Cedente/Delegante.**

**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..**

**La Contraente, inoltre, si impegna a consegnare al Cedente/Delegante la documentazione la cui consegna sia richiesta da qualsiasi normativa applicabile.**

### 9. Durata dell'Assicurazione e Pagamento del Premio

L'Assicurazione ha durata pari a quella del rapporto di finanziamento.

La copertura assicurativa 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 dall'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione.

La durata del piano di ammortamento può essere prolungata per:

1. un massimo di ulteriori 24 mesi in caso di sospensione temporanea dell'ammortamento stesso o di ulteriori 12 mesi in caso di differimento dell'inizio dell'ammortamento. In questa fattispecie, la garanzia rimane in vigore fino al completo ammortamento del finanziamento.
2. Un massimo di 18 mesi in caso 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.

La Contraente s'impegna a versare all'Impresa un Premio unico per l'intera durata del singolo finanziamento erogato al Cedente/Delegante.

### 10. Obbligazioni della Contraente in caso di Sinistro

Verificatosi il decesso del Cedente/Delegante, al fine di consentire il pagamento del capitale assicurato a favore del Beneficiario devono essere preventivamente consegnati all'Impresa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare con esattezza il capitale assicurato, ed in particolare:

- il numero della pratica di Prestito corrispondente al Cedente/Delegante deceduto;
- la denuncia del Sinistro;

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

- 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;
- il certificato di morte del Cedente/Delegante;
- l'ulteriore documentazione eventualmente ritenuta necessaria dall'Impresa, legalmente ottenibile dalla Contraente.

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 (D.Lgs. 231/07 e successive modifiche ed integrazioni) 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 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 sulla base dei dati forniti nel Modulo di rilevazione dati e nella documentazione a corredo di questa.

Il Cedente/Delegante deve:

- essere il sottoscrittore del Contratto di Prestito;
- fornire un documento di identità e il codice fiscale;
- prestare per iscritto il consenso alla stipulazione di un contratto di assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 c.c.;
- deve soddisfare le condizioni di salute richieste tramite la compilazione del questionario medico semplificato e, in caso di risposta positiva, del questionario medico anamnestico completo riportato nell'Allegato 1;
- dare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679.

Con riferimento a ciascun Prestito stipulato dalla Contraente prima della scadenza e rientrante nella copertura, la copertura assicurativa 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, prima di confermare l'accettazione della copertura. 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;
2. rifiutare l'assunzione del rischio: in tal caso restituisce alla Contraente il Premio eventualmente versato;
3. richiedere ulteriori notizie o accertamenti sanitari: in tal caso, una volta riesaminato il rischio, l'Impresa provvederà a comunicare tramite 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 90 giorni la Contraente non dia o non intenda dare seguito alla richiesta dell'Impresa, la domanda di copertura sarà considerata decaduta.

In questo caso le garanzie decorrono dall'ultima delle seguenti date: 1) data di conferma scritta di accettazione del rischio da parte dell'Impresa; 2) data di erogazione del Prestito Personale.

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.

### 13. Premio di assicurazione

La prestazione assicurata viene garantita dietro il 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.

### 14. Oneri fiscali

Gli oneri fiscali sono a carico della Contraente. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile al Premio di Assicurazione verranno immediatamente recepiti e comunicati alla Contraente. Allo stato della normativa, il Premio non è soggetto ad imposta.

### 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:

Le [Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances \(FFSA\)](#)

BP 290, 75425 PARIS CEDEX 09

fax (+33) 01.45.23.27.15

e-mail: [le.mediateur@mediation-assurance.org](mailto:le.mediateur@mediation-assurance.org)

sito web: [www.ffsa.fr](http://www.ffsa.fr)

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. Giurisdizione e Procedimento di mediazione**

Tutte le controversie relative all'Assicurazione sono soggette alla giurisdizione italiana. In caso di controversia, è possibile adire l'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi, ove esistenti.

### **17. Sanzioni**

In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcuna richiesta di risarcimento, garantire alcun pagamento o indennizzo sulla base del presente contratto, 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.

### **18. Cessione dei diritti**

Il Cedente/Delegante non può in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi, diversi dalla Contraente o dal soggetto da quest'ultimo designato, i diritti derivanti dall'Assicurazione.

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

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

Data ultimo aggiornamento: 25/05/2018

- ASSICURAZIONE:** il contratto di assicurazione stipulato tra la Contraente e l'Impresa secondo le condizioni della polizza.
- BENEFICIARIO:** 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.
- CEDENTE/DELEGANTE:** 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 stipula di un contratto di assicurazione sulla propria vita.
- CEDUTO/DELEGATO:** 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.
- CERTIFICATO DI POLIZZA:** il documento che prova l'accettazione, da parte dell'Impresa, della copertura e che pertanto prova l'assunzione in garanzia da parte dell'Impresa, secondo le condizioni della polizza.
- CESSIONE:** prestito a breve e/o medio termine conteggiato sullo stipendio del lavoratore o del pensionato richiedente, regolamentato e disciplinato, anche in via analogica, dalla Legge 180.
- CONTRAENTE:** **FIDITALIA S.p.A.**, con sede in Via Guglielmo Silva 34, 20149, Milano, C.F./P. IVA 08437820155, quale ente erogatore del prestito.
- CONTRATTO DI PRESTITO o PRESTITO:** contratto di finanziamento rimborsabile mediante Cessione/Delegazione di pagamento di quote mensili della pensione e dello stipendio.
- DELEGA:** prestito personale rimborsabile mediante delegazione di pagamento di quote dello stipendio ai sensi dell'Art. 1269 e seguenti del Codice Civile.
- DIPENDENTE STATALE:** il lavoratore in servizio presso:
- le amministrazioni dello Stato, civili e militari;
  - le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo;
  - le Istituzioni Universitarie.
- Dipendente a tempo indeterminato da almeno 6 mesi che presta servizio presso uno dei seguenti Ministeri ed enti statali:
- MINISTERO AFFARI REGIONALI
  - MINISTERO AFFARI ESTERI
  - MINISTERO AMBIENTE E TUTELA DEL TERRITORIO
  - MINISTERO ATTIVITÀ PRODUTTIVE
  - MINISTERO BENI E ATTIVITÀ CULTURALI
  - MINISTERO COMUNICAZIONI
  - MINISTERO DIFESA



- MINISTERO ECONOMIA E FINANZE
- MINISTERO INFRASTRUTTURE E TRASPORTI
- MINISTERO INNOVAZIONE E TECNOLOGIE
- MINISTERO INTERNO
- MINISTERO ISTRUZIONE, UNIVERSITÀ E RICERCA SCIENTIFICA
- MINISTERO ITALIANI NEL MONDO
- MINISTERO LAVORO E POLITICHE SOCIALI
- MINISTERO PARI OPPORTUNITÀ
- MINISTERO POLITICHE AGRICOLE E FORESTALI
- MINISTERO POLITICHE COMUNITARIE
- MINISTERO RAPPORTI CON IL PARLAMENTO
- MINISTERO RIFORME ISTITUZIONALI E DEVOLUZIONE
- MINISTERO SALUTE
- MINISTERO FUNZIONE PUBBLICA
- MINISTERO GIUSTIZIA
- Agenzia delle Entrate
- Agenzia del Territorio
- Agenzia del Demanio
- Agenzia delle Dogane
- Amministrazione Autonoma Monopoli di Stato
- Direzione Territoriale Economia e Finanze DTEF
- Direzione Provinciale Servizi Vari Tesoro DPSV
- Corti d'Appello
- Tribunali
- Giudici di Pace
- Tribunali Amministrativi Regionali
- Avvocatura dello Stato
- Consiglio di Stato
- Istituto Nazionale Geofisica e Vulcanologia (INGV)
- Istituto Nazionale di Fisica Nucleare (INFN)
- Istituto Nazionale di Astrofisica (INAF)
- ISTAT
- INPS
- INAIL
- Corte dei Conti
- Enac
- ENPALS
- CNR
- ENEA

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.

**DIPENDENTE PARAPUBBLICO:** 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 PUBBLICO:</b>     | il lavoratore in servizio presso una delle seguenti pubbliche amministrazioni: <ul style="list-style-type: none"><li>- le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e i loro Consorzi ed Associazioni;</li><li>- le Camere di Commercio e i loro Consorzi ed Associazioni;</li><li>- le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale.</li></ul>  |
| <b>DIPENDENTE PRIVATO:</b>      | il lavoratore dipendente non rientrante in una delle tre categorie precedenti. All'interno di questa categoria si individuano le seguenti tipologie di prodotto: <ol style="list-style-type: none"><li>1. "Cessioni e Deleghe Private": relative a società di capitali con un numero di dipendenti maggiore di 15;</li><li>2. "Cessioni e Deleghe Small Business": relative a società di capitali con un numero di dipendenti inferiore a 16 e superiore a 9 e con un'anzianità minima di 5 anni;</li><li>3. "Cessioni e Deleghe No TFR" relative a lavoratori non extracomunitari dipendenti di società di capitali (S.p.A., S.r.l., S.a.p.a., S.c.ar.l.) con capitale sociale superiore ad € 500.000,00 e con più di 100 dipendenti e con un importo di TFR accumulato irrisorio.</li></ol> |
| <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:</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, rappresentata da Gilles Cuvillier.   |
| <b>INFORTUNIO:</b>              | evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.  |
| <b>INDENNIZZO:</b>              | la somma dovuta dall'Impresa al Beneficiario in caso di Sinistro.   |
| <b>ISTITUTO DI PREVIDENZA:</b>  | l'ente di previdenza obbligatoria che eroga la pensione al Cedente/Delegante.   |
| <b>ISVAP:</b>                   | Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che ha svolto, fino al 31 dicembre 2012, funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.   |
| <b>IVASS:</b>                   | Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP a decorrere dal 1° gennaio 2013.  |
| <b>LEGGE 180:</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, integrati dalle successive disposizioni legislative e regolamentari in materia.  |
| <b>MALATTIA:</b>                | alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.   |
| <b>MODULO RILEVAZIONE DATI:</b> | documento sottoscritto dal Cedente/Delegante finalizzato al formale consenso alla stipulazione di un contratto di assicurazione sulla propria vita.   |

## GLOSSARIO

---

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <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>PERSONA ASSICURATA:</b> | il Cedente/Delegante la cui vita è oggetto di assicurazione.  |
| <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 dieci anni. |
| <b>SINISTRO:</b>           | il decesso del Cedente/Delegante in seguito a infortunio o malattia.  |

FAC SIMILE



**Modulo Rilevazione Dati relativo alla Polizza n. 4644**  
Stipulata da Fidelity S.p.A. con AXA France Vie S.A.

**Copertura assicurativa Caso Morte**

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

**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**  **Dipendente Privato**  **Pensionato**

**Dipendente Parapubblico**

**Liquidazione in busta paga del TFR:**

**Optante**  **Non Optante**

**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**

Il Sottoscritto, avendo chiesto alla Contraente un prestito personale da estinguersi mediante cessione/delegazione di pagamento di quote di stipendio/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 al Contraente, anche ai sensi dell'art.1919 del Codice Civile, a stipulare sulla propria vita le coperture assicurative previste 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.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (INCLUSI QUELLI SULLO STATO DI SALUTE)

(da sottoscrivere a cura del Cedente/Delegante)

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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

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) \_\_\_\_\_

FAC SIMILE



## 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:

- a. 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;
- b. 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.
- c. 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:

- a. 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;
- b. 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 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° 4644**

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 del 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? .....<br>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)? .....<br>Da quando? .....<br>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? .....<br>Da quando? .....  |
| 5 E' titolare di una pensione per malattia o infortunio?<br>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)? .....<br>Percentuale(i)? .....%<br>Da quando? .....<br>(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)? .....<br>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)? .....<br>Quando? .....<br>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)? .....<br>Quando? .....<br>Risultato?    Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/>     |
| 9 Nel corso degli ultimi 10 anni è stato sottoposto ad un trattamento medico per le seguenti affezioni:<br>• Angina, infarto, valvulopatia, disturbi cardiaci congeniti, aritmie cardiache (pacemaker incluso), ipertensione arteriosa<br>• Ictus cerebrale, emorragia cerebrale, infarto celebrale, emorragia subaracnoidea, nevrosi, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, alcolismo | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Per quale(i) motivo(i)?    Quando?    Durata?<br>.....<br>.....   |





**QUESTIONARIO ANAMNESTICO COMPLETO**  
**POLIZZA N° 4644**

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

| AVVERTENZA SULLE MODALITA' DI INVIO DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO COMPLETO ALLA COMPAGNIA  |
|---|
| <p>Il presente Questionario Anamnestico Completo potrà essere trasmesso alla Compagnia di assicurazione AXA FRANCE VIE:</p> <p>a) per il tramite del Contraente<br/>ovvero</p> <p>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.</p> <p><b>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.</b></p> |

| AVVERTENZA SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO COMPLETO  |
|--|
| <p>In caso di compilazione del Questionario Anamnestico Completo, si avverte di quanto segue:</p> <p>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.</p> <p>b) prima della sottoscrizione del questionario, il Cedente/Delegante è tenuto a verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte rese</p> <p>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.</p> <p>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.</p> |

| 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? .....<br>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)? .....<br>Da quando? .....<br>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? .....<br>Da quando? .....  |
| 5 E' titolare di una pensione per malattia o infortunio?<br>E' titolare di una rendita per infortunio sul lavoro superiore al 15%?                                  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Per quale(i) motivo(i)? .....<br>Percentuale(i)? .....%<br>Da quando? .....<br>(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)? .....<br>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)? .....<br>Quando? .....<br>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)? .....<br>Quando? .....<br>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)?</p> <p>Quando?</p> <p>Durata?</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?</p> <p>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)?</p> <p>Quando?</p>                          |

| <b>QUADRO RISERVATO AL CEDENTE/DELEGANTE</b>   | <b>QUADRO RISERVATO AL MEDICO DI FIDUCIA</b>  |   |
|--|---|---|
| <p>Nome: _____</p> <p>Cognome: _____</p> <hr/> <p>Luogo:</p> <p>Data: __/__/____</p> <p>Letto ed approvato,</p> <p>_____</p> <p>(Il Cedente/Delegante, firma per esteso e leggibile)</p> | <p>Nome: _____</p> <p>Cognome: _____</p> <hr/> <p>Luogo:</p> <p>Data: __/__/____</p> <p>Letto ed approvato,</p> <p>_____</p> <p>(Il Medico, firma per esteso e leggibile)</p> | <p>TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO</p> <p>Letto ed approvato,</p> <p>_____</p> <p>(Il Medico, firma per esteso e leggibile)</p> |



## Modulo Rilevazione Dati relativo alla Polizza n. 4644

Stipulata da Fidelity S.p.A. con AXA France Vie S.A.

### Copertura assicurativa Caso Morte

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

**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  Pensionato

Dipendente Parapubblico

#### Liquidazione in busta paga del TFR:

Optante  Non Optante

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

Il Sottoscritto, avendo chiesto alla Contraente un prestito personale da estinguersi mediante cessione/delegazione di pagamento di quote di stipendio/pensione ai sensi del DPR del 5.1.1950 n.180 e successive modifiche/ai sensi dell'art.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 le coperture assicurative previste 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.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (INCLUSI QUELLI SULLO STATO DI SALUTE)  
(da sottoscrivere a cura del Cedente/Delegante)**

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) \_\_\_\_\_

FAC SIMILE



## 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:

- altri soggetti del settore assicurativo (c.d. catena assicurativa), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, broker,





- agenti ed altri intermediari assicurativi 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.