

CPI PRESTITI

(Polizza Collettiva n. 4942)

Il presente documento contiene il SET INFORMATIVO PRECONTRATTUALE del prodotto assicurativo composto da:

- DIP DANNI
- DIP VITA
- DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE (comprehensive di Glossario)
- RICHIESTA DI ADESIONE (*facsimile*)

Ed inoltre:

- Nota informativa Privacy



AXA FRANCE VIE, compagnia assicurativa del GRUPPO AXA con sede legale in 313 Terrasses de l'arche, 92727 NANTERRE CEDEX, Iscritta al Registro delle Imprese di Nanterre al nr. 310499959, sito internet per l'Italia: www.clp.partners.axa/it.

L'Impresa è autorizzata in Francia (Stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni (Numero Matricola Registre des organismes d'assurance: 5020051), è vigilata in Francia dalla Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), è autorizzata ad operare in Italia in regime di libertà di libera prestazione di servizi, ed è iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco II, nr. I.00022.

AXA FRANCE IARD, impresa assicurativa del GRUPPO AXA con sede legale in 313 Terrasses de l'arche, 92727 NANTERRE CEDEX, Iscritta al Registro delle Imprese di Nanterre al nr. 722057460, sito internet per l'Italia www.clp.partners.axa/it.

L'Impresa è autorizzata in Francia (Stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni (Numero Matricola Registre des organismes d'assurance: 4022109), è vigilata in Francia dalla Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), è autorizzata ad operare in Italia in regime di libera prestazione di servizi ed è iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco II, nr. I.00600.

DIP DANNI

Assicurazione PPI danni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnie: AXA France VIE / AXA France IARD

Autorizzate in Francia (stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni e autorizzate ad operare in Italia in regime di libera prestazione di servizi. Iscritte all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, Appendice Elenco II, nr. I.00022- I.00600.

Prodotto: CPI Prestiti



Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete sul prodotto sono fornite in altri documenti

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

È una Polizza Collettiva stipulata da GB INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE S.R.L. (**Contraente**) per conto dei propri clienti che hanno richiesto un Prestito, che in qualità di **Aderenti/Assicurati** possono aderire alla polizza collettiva, su base individuale e facoltativa. La polizza ha finalità di protezione dell'assicurato contro l'accadimento di eventi imprevisti che, nel corso della durata del contratto, possono pregiudicare la capacità di rimborso alla banca del prestito. È un prodotto assicurativo multirischio, che prevede 4 diversi pacchetti assicurativi (opzioni). Ciascuna opzione prevede l'offerta congiunta di garanzie di ramo danni (cui il presente DIP Danni si riferisce) e di una garanzia di ramo vita (la cui informativa precontrattuale è contenuta nel DIP Vita).



Che cosa è assicurato?

OPZIONE 1 (attivabile da tutti gli Aderenti/Assicurati)

- ✓ **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia** - Indennizzo pari al Debito Residuo del Prestito alla data del Sinistro. Nel caso vi siano due Assicurati per il medesimo Prestito (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa sarà proporzionata alla quota assicurata relativamente a ciascun Assicurato, in base alla percentuale indicata sulla Richiesta di Adesione.

OPZIONE 2 (attivabile solo da Lavoratori Autonomi, Lavoratori Dipendenti di Azienda Pubblica e Lavoratori Dipendenti di Azienda Privata con un contratto a tempo determinato)

- ✓ **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia** - Indennizzo pari al Debito Residuo del Prestito alla data del Sinistro. Nel caso vi siano due Assicurati per il medesimo Prestito (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa sarà proporzionata alla quota assicurata relativamente a ciascun Assicurato, in base alla percentuale indicata sulla Richiesta di Adesione.
- ✓ **Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia** - Indennizzo pari ad una o più rate del Prestito per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di inabilità. Nel caso vi siano due Assicurati per il medesimo Prestito (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa sarà proporzionata alla quota assicurata relativamente a ciascun Assicurato, in base alla percentuale indicata sulla Richiesta di Adesione.

OPZIONE 3 (attivabile solo da Non Lavoratori)

- ✓ **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia** - Indennizzo pari al Debito Residuo del Prestito alla data del Sinistro. Nel caso vi siano due Assicurati per il medesimo Prestito (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa sarà proporzionata alla quota assicurata relativamente a ciascun Assicurato, in base alla percentuale indicata sulla Richiesta di Adesione.
- ✓ **Ricovero Ospedaliero** - Indennizzo pari ad una o più rate del Prestito per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di ricovero. Nel caso vi siano due Assicurati per il medesimo Prestito (assicurazione pro quota), la prestazione



Che cosa non è assicurato?

Non è assicurabile:

- ✗ chi non è residente in Italia;
- ✗ chi al momento dell'adesione, abbia un'età inferiore ai 18 anni o un'età superiore ai 65 anni compiuti; chi abbia un'età maggiore ai 75 anni compiuti per la permanenza in copertura della garanzia Invalidità Totale Permanente e Ricovero Ospedaliero, e al pensionamento per le garanzie Inabilità Totale e Temporanea e Perdita d'Impiego.



Ci sono limiti di copertura?

Principali esclusioni garanzie Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea

- ! Infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'aderente/assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- ! Infortuni causati all'aderente/assicurato da abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- ! Infortuni alla guida dovuti ad un tasso alcolemico dell'aderente/assicurato superiore a quanto consentito dalla normativa in vigore al momento del sinistro;
- ! Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'aderente/assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- ! Eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- ! Mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
- ! infortuni causati da HIV o AIDS.

Principali esclusioni garanzia Perdita d'Impiego

- ! l'Aderente/Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente in modo consecutivo e con contratto a tempo indeterminato per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia al fine di questa clausola, eventuali

assicurativa sarà proporzionata alla quota assicurata relativamente a ciascun Assicurato, in base alla percentuale indicata sulla Richiesta di Adesione.

OPZIONE 4 (attivabile solo da Lavoratori Dipendenti di Azienda Privata con contratto a tempo indeterminato)

- ✓ **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia** - Indennizzo pari al Debito Residuo del Prestito alla data del Sinistro. Nel caso vi siano due Assicurati per il medesimo Prestito (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa sarà proporzionata alla quota assicurata relativamente a ciascun Assicurato, in base alla percentuale indicata sulla Richiesta di Adesione.
- ✓ **Perdita d'Impiego** - Indennizzo pari ad una o più rate del Prestito per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di Disoccupazione. Nel caso vi siano due Assicurati per il medesimo Prestito (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa sarà proporzionata alla quota assicurata relativamente a ciascun Assicurato, in base alla percentuale indicata sulla Richiesta di Adesione.

interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;

- ! la Disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa;
- ! risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Aderente/Assicurato;
- ! se la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base al contratto di lavoro a tempo determinato o il rapporto di lavoro dell'Aderente/Assicurato aveva carattere stagionale o, comunque, se è la conseguenza di scadenza di un contratto a termine.



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo.
- ✓ Relativamente alla garanzia perdita d'impiego, la copertura vale per i sinistri relativi a contratti di lavoro regolamentati dalla legge italiana.



Che obblighi ho?

- **All'inizio del contratto:** quando sottoscrivi la richiesta di adesione, devi compilare il questionario medico semplificato o il questionario anamnestico rendendo dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul tuo stato di salute. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, possono comportare la perdita del diritto all'indennizzo
- **Nel corso della durata del contratto:** in caso adesione all'opzione 4 e di variazione del tuo status lavorativo di lavoratore dipendente privato con contratto a tempo indeterminato puoi decidere di: (i) comunicare la circostanza all'Impresa richiedendo la cessazione della garanzia Perdita d'Impiego (con diritto alla restituzione del premio non goduto), oppure in alternativa (ii) non comunicare la circostanza all'Impresa.
- **In caso di presentazione di una richiesta di Sinistro:** sei tenuto a denunciare eventuali sinistri nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, allegando alla denuncia tutta la documentazione richiesta dalla compagnia.



Quando e come devo pagare?

Sei tenuto a corrispondere un premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione per la durata del Prestito. Il suo ammontare dipende dall'importo e dalla durata del Prestito.

I premi vanno versati con le seguenti modalità: bonifico bancario o altra modalità, quali a titolo esemplificativo ma non limitativo SEPA (SDD) o flusso di addebito telematico su c/c.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura ha effetto dalle ore 24:00 della data di decorrenza, coincidente con:

- la data di erogazione del Prestito per i finanziamenti di nuova erogazione
- la data di firma presente nella richiesta di adesione per i finanziamenti già erogati

La durata delle garanzie previste è pari alla durata del Prestito (variabile tra un minimo di 6 mesi ad un massimo di 120 mesi).



Come posso disdire la polizza?

Hai diritto di recedere dal contratto entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza.

Hai altresì diritto di recedere annualmente dal contratto con preavviso di 60 (sessanta) giorni dalla scadenza della annualità.

L'esercizio del diritto di recesso implica necessariamente il recesso da tutte le coperture assicurative.

DIP VITA

Assicurazione PPI vita

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita
diversi dai prodotti d'investimento assicurativi
(DIP Vita)

Impresa: AXA France VIE

Prodotto: CPI Prestiti

Versione 01/01/2019

Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile



Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

E' una Polizza Collettiva stipulata da GB INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE S.R.L. (**Contraente**) per conto dei propri clienti che hanno richiesto un Prestito, che in qualità di **Aderenti/Assicurati** possono aderire alla polizza collettiva, su base individuale e facoltativa. La polizza ha finalità di protezione dell'assicurato contro l'accadimento di eventi impreveduti che, nel corso della durata del contratto, possono pregiudicare la capacità di rimborso alla banca del Prestito. E' un prodotto assicurativo multirischio, che prevede 4 diversi pacchetti assicurativi (opzioni). Ciascuna opzione prevede l'offerta congiunta di una garanzia di ramo vita (cui il presente DIP Vita si riferisce) e di altre garanzie di ramo danni (la cui informativa precontrattuale è contenuta nel DIP Danni).

 Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?	 Che cosa NON è assicurato?
<p>OPZIONE 1 (attivabile da tutti gli Aderenti/Assicurati)</p> <p>✓ Decesso - Indennizzo pari al Debito Residuo del Prestito alla data del Sinistro. Nel caso vi siano due Assicurati per il medesimo Prestito (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa sarà proporzionata alla quota assicurata relativamente a ciascun Assicurato, in base alla percentuale indicata sulla Richiesta di Adesione.</p>	<p>Non è assicurabile:</p> <ul style="list-style-type: none">✗ chi non è residente in Italia;✗ chi al momento dell'adesione, abbia un'età inferiore ai 18 anni o un'età superiore ai 65 anni compiuti.✗ chi abbia un'età maggiore ai 75 anni compiuti per la permanenza in copertura.
<p>OPZIONE 2 (attivabile solo da Lavoratori Autonomi, Lavoratori Dipendenti di Azienda Pubblica e Lavoratori Dipendenti di Azienda Privata con un contratto a tempo determinato)</p> <p>✓ Decesso - Indennizzo pari al Debito Residuo del Prestito alla data del Sinistro. Nel caso vi siano due Assicurati per il medesimo Prestito (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa sarà proporzionata alla quota assicurata relativamente a ciascun Assicurato, in base alla percentuale indicata sulla Richiesta di Adesione.</p> <p>OPZIONE 3 (attivabile solo da Non Lavoratori)</p> <p>✓ Decesso - Indennizzo pari al Debito Residuo del Prestito alla data del Sinistro. Nel caso vi siano due Assicurati per il medesimo Prestito (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa sarà proporzionata alla quota assicurata relativamente a ciascun Assicurato, in base alla percentuale indicata sulla Richiesta di Adesione.</p> <p>OPZIONE 4 (attivabile solo da Lavoratori Dipendenti di Azienda Privata con contratto a tempo indeterminato)</p> <p>✓ Decesso - Indennizzo pari al Debito Residuo del Prestito alla data del Sinistro. Nel caso vi siano due Assicurati per il medesimo Prestito (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa sarà proporzionata alla quota assicurata relativamente a ciascun Assicurato, in base alla percentuale indicata sulla Richiesta di Adesione.</p>	<p>Ci sono limiti di copertura?</p> <p>Principali esclusioni garanzia Decesso</p> <ul style="list-style-type: none">! Dolo dell'Aderente/Assicurato ovvero della Contraente o del Beneficiario;! Partecipazione attiva dell'Aderente/Assicurato: a delitti dolosi; a fatti di guerra, dichiarata o di fatto, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; a risse, tranne per il caso di legittima difesa; ad atti di terrorismo e sabotaggio;! Suicidio per i 12 mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione.



Dove vale la copertura?

✓ La copertura vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- **All'inizio del contratto:** quando sottoscrivi la richiesta di adesione, devi compilare il questionario medico semplificato o il questionario anamnestico rendendo dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul tuo stato di salute. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, possono comportare la perdita del diritto all'indennizzo.
- **In caso di presentazione di una richiesta di Sinistro:** sei tenuto a denunciare eventuali sinistri nel più breve tempo possibile dal loro verificarsi, allegando alla denuncia tutta la documentazione richiesta dalla compagnia.



Quando e come devo pagare?

Sei tenuto a corrispondere un premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione per la durata del Prestito. Il suo ammontare dipende dall'importo e dalla durata del Prestito.

I premi vanno versati con le seguenti modalità: bonifico bancario o altra modalità, quali a titolo esemplificativo ma non limitativo SEPA (SDD) o flusso di addebito telematico su c/c.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura ha effetto dalle ore 24:00 della data di decorrenza, coincidente con:

- la data di erogazione del Prestito per i finanziamenti di nuova erogazione
- la data di firma presente nella richiesta di adesione per i finanziamenti già erogati

La durata delle garanzie previste è pari alla durata del Prestito (variabile tra un minimo di 6 mesi ad un massimo di 120 mesi).



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

- Hai diritto di recedere dal contratto entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza.
- L'esercizio del diritto di recesso implica necessariamente il recesso da tutte le coperture assicurative.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

- il Contratto NON prevede la sospensione del pagamento dei Premi.
- Il Contratto NON prevede il diritto di riscatto o di riduzione delle prestazioni

DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI

Assicurazione PPI vita e danni

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi
(DIP aggiuntivo Multirischi)

Imprese: AXA France VIE / AXA France IARD
Prodotto: CPI PRESTITI

Versione 01/01/2019

Il DIP Aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile



Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale aderente/assicurato a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

L'Aderente/Assicurato deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

RAMO VITA (garanzia Decesso) – RAMO DANNI (garanzia Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea e Ricovero Ospedaliero)

AXA FRANCE VIE, compagnia assicurativa del GRUPPO AXA con sede legale in 313 Terrasses de l'arche, 92727 NANTERRE CEDEX, Iscritta al Registro delle Imprese di Nanterre al nr. 310499959, sito internet per l'Italia: www.clp.partners.axa/it. L'Impresa è autorizzata in Francia (Stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni (Numero Matricola Registre des organismes d'assurance: 5020051), è vigilata in Francia dalla Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), è autorizzata ad operare in Italia in regime di libertà di libera prestazione di servizi, ed è iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco II, nr. I.00022.

Patrimonio netto di AXA France Vie: 8.148 milioni di euro di cui 487,7 milioni di euro relativi al capitale sociale e 7.660,3 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio (dati aggiornati al 31/12/2017).

Gli indici di solvibilità dell'impresa relativi all'ultimo bilancio approvato, sono pari a 149% e 331%, che rappresentano rispettivamente il rapporto tra fondi propri ammissibili e il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) e il rapporto tra fondi propri ammissibili e il requisito patrimoniale minimo (MCR). I dati aggiornati anno per anno sono consultabili sul sito internet italiano della compagnia <https://it.clp.partners.axa/la-nostra-societa/informazioni-di-vigilanza-assicurativa> mentre la Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria è pubblicata sul sito francese della compagnia <https://www.axa.fr/configuration-securite/mentions-legales.html>.

RAMO DANNI (garanzia Perdita d'Impiego Involontaria)

AXA FRANCE IARD, impresa assicurativa del GRUPPO AXA con sede legale in 313 Terrasses de l'arche, 92727 NANTERRE CEDEX, Iscritta al Registro delle Imprese di Nanterre al nr. 722057460, sito internet per l'Italia www.clp.partners.axa/it. L'Impresa è autorizzata in Francia (Stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni (Numero Matricola Registre des organismes d'assurance: 4022109), è vigilata in Francia dalla Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), è autorizzata ad operare in Italia in regime di libera prestazione di servizi ed è iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco II, nr. I.00600.

Patrimonio netto di AXA France IARD: 1.440,5 milioni di euro di cui 214,8 milioni di euro relativi al capitale sociale e 1.225,7 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio (dati aggiornati al 31/12/2017).

Gli indici di solvibilità dell'impresa riferiti alla gestione danni e relativi all'ultimo bilancio approvato, sono pari a 159% e 354%, che rappresentano rispettivamente il rapporto tra fondi propri ammissibili e il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) e il rapporto tra fondi propri ammissibili e il requisito patrimoniale minimo (MCR). I dati aggiornati anno per anno sono consultabili sul sito internet italiano della compagnia <https://it.clp.partners.axa/la-nostra-societa/informazioni-di-vigilanza-assicurativa> mentre la Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria è pubblicata sul sito francese della compagnia <https://www.axa.fr/configuration-securite/mentions-legales.html>.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Ramo vita

- **Decesso (TUTTE LE OPZIONI):** la prestazione è soggetta ad un massimale di €55.000,00. Dal calcolo del Debito Residuo del Prestito sono esclusi gli interessi nonché qualsiasi importo dovuto alla banca a qualsiasi altro titolo (ad esempio rate insolute, penali o corrispettivi per risoluzione anticipata, ecc.)

Ramo danni

- **Invalità Totale Permanente da Infortunio o Malattia (TUTTE LE OPZIONI):** l'Indennizzo è soggetto ad un massimale di € 55.000,00. Dal calcolo del Debito Residuo del Prestito sono esclusi gli interessi nonché qualsiasi importo dovuto alla contraente a qualsiasi altro titolo (ad esempio rate o quote di rate insolute).
- **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (OPZIONI 2):** l'Indennizzo è soggetto ai seguenti massimali: massimo Euro 1.500,00 per ogni rata indennizzata; massimo 18 rate indennizzate, nel caso un medesimo sinistro continui ininterrottamente per più periodi di 30 giorni; massimo 36 rate indennizzate nell'arco dell'intera durata dell'assicurazione, nel caso ti accadano più sinistri successivi.
- **Ricovero Ospedaliero (OPZIONE 3):** l'indennizzo è soggetto ai seguenti massimali: massimo Euro 1.500,00 per ogni rata indennizzata; massimo 18 rate indennizzate, nel caso un medesimo sinistro continui ininterrottamente per più periodi di 30 giorni; massimo 36 rate indennizzate nell'arco dell'intera durata dell'assicurazione, nel caso ti accadano più sinistri successivi.
- **Perdita d'Impiego (OPZIONE 4):** l'indennizzo è soggetto ai seguenti massimali: massimo Euro 1.500,00 per ogni rata indennizzata; massimo 18 rate indennizzate, nel caso un medesimo sinistro continui ininterrottamente per più periodi di 30 giorni; massimo 36 rate indennizzate nell'arco dell'intera durata dell'assicurazione, nel caso ti accadano più sinistri successivi.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita.



Ci sono limiti di copertura?

Ramo Vita

Esclusioni garanzia **Decesso** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Vita):

- Infortuni di volo se l'Aderente/Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo ed, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- Malattie ed Infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
- Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate.

Rami Danni

Esclusioni garanzie **Invalità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea e Ricovero Ospedaliero** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Danni):

- Infortuni causati da guerra anche non dichiarata od insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni;
- Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti e risse a cui l'Aderente/Assicurato abbia preso parte attiva;
- Infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
- Applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Aderente/Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione;
- Infortuni causati da:
 - paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
 - tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
 - dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
 - dalla guida di natanti a motore per uso non privato;
 - dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Aderente/Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Aderente/Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;
 - dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto

dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;

- HIV o AIDS.

Altre limitazioni garanzia **Perdita d'Impiego Involontaria:**

- Periodo di Franchigia: 60 giorni (il primo Indennizzo è pertanto corrisposto decorsi almeno 60gg. consecutivi di Disoccupazione)

- Periodo di Riqualificazione che deve intercorrere tra due Sinistri ai fini della indennizzabilità anche del Sinistro successivo: 60 giorni

In caso di sinistro occorso a lavoratori con contratto a tempo determinato o con contratti aventi comunque un termine di naturale scadenza, il diritto al percepimento dell'indennizzo cessa alla data di scadenza del contratto di lavoro originariamente prevista; conseguentemente, non verranno indennizzate le rate relative al periodo successivo alla originaria data di scadenza del contratto di lavoro, anche in caso di persistenza, oltre tale data, dello stato di Disoccupazione.

Altre limitazioni garanzia **Inabilità Totale Temporanea:**

- Periodo di Franchigia: 60 giorni (il primo Indennizzo è pertanto corrisposto decorsi almeno 30gg. consecutivi di inabilità)

Altre limitazioni garanzia **Ricovero Ospedaliero:**

- Periodo di Franchigia: 7 giorni (il primo Indennizzo è pertanto corrisposto decorsi almeno 7gg. consecutivi di ricovero)

In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a prestare coperture assicurative, a liquidare prestazioni assicurative, a pagare indennizzi o qualsiasi altro importo, qualora ciò possa esporre l'Impresa 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 (esclusione applicabile sia al Ramo Vita che al Ramo Danni).

Gli Indennizzi previsti per ciascuna copertura assicurativa non sono mai cumulabili in riferimento al medesimo periodo temporale.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro

Denuncia di sinistro: I sinistri vanno denunciati all'Impresa nel più breve tempo possibile, con una delle seguenti modalità:

- **via posta** (anche raccomandata): AXA France Vie - Axa France IARD, Piazzale Biancamano 8 – 20121 Milano MI

- **via e-mail:** service.axacreditorit@partners.axa, **via Fax:** +33 164 73 46 61

anche utilizzando l'apposito modulo di denuncia sinistro (richiedibile ai contatti sopra indicati), allegando la seguente documentazione (in copia):

DECESSO:

- copia della Richiesta di Adesione alle coperture assicurative e dell'eventuale Questionario Anamnestico;
- certificato di morte;
- copia conforme della "Scheda di morte oltre il 1° anno di vita" (ISTAT Modello D4);
- copia della cartella clinica;
- in caso di decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute. Se esistente, copia del reperto autoptico completo di accertamenti effettuati o, in alternativa, dichiarazione rilasciata dagli organi competenti attestanti la mancata esecuzione del referto autoptico;
- atto di notorietà da cui risulti l'esistenza o meno di testamento e, in caso affermativo, copia autentica del testamento pubblicato;
- nel caso in cui la designazione beneficiaria sia genericamente determinata, dall'atto notorio dovrà risultare l'elenco di tutti gli eredi con l'indicazione delle generalità complete, dell'età, dello stato civile, della capacità di agire di ciascuno di essi, del rapporto e grado di parentela con l'Assicurato e con l'esplicita dichiarazione che oltre a quelli elencati non esistono, né esistevano al Decesso dell'Assicurato, altre persone aventi comunque diritto per legge alla successione;
- nel caso in cui tra i Beneficiari vi siano soggetti minori od incapaci, il decreto di autorizzazione del Giudice Tutelare a riscuotere la somma dovuta con esonero di AXA France Vie da ogni responsabilità circa il pagamento della somma stessa.

INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE:

- copia della Richiesta di Adesione alle coperture assicurative e dell'eventuale Questionario

	<p>Anamnestico;</p> <ul style="list-style-type: none"> - dichiarazione del sinistro compilato dal medico curante; - copia della cartella clinica se, a seguito del sinistro, è stato necessario il ricovero; - in caso di sinistro avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute; - certificazione di invalidità permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.); in difetto, un certificato di un medico legale, se disponibile. <p>INABILITA' TOTALE TEMPORANEA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - copia della Richiesta di Adesione alle coperture assicurative e dell'eventuale Questionario Anamnestico; - dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del Prestito; - dichiarazione del Sinistro compilata dal medico curante; - copia della cartella clinica. <p>RICOVERO OSPEDALIERO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il giorno, il luogo e la causa dell'evento che ha determinato il Ricovero ospedaliero (denuncia del sinistro); - dichiarazione della Banca presso la quale è in vigore il Prestito attestante l'importo della rata del Prestito; - dichiarazione del Sinistro, su apposito modulo della Compagnia, compilata dal medico curante; - ove rilasciata, lettera di dimissione del Ricovero Ospedaliero <p>PERDITA D'IMPIEGO</p> <ul style="list-style-type: none"> - copia della Richiesta di Adesione alle coperture assicurative e dell'eventuale Questionario Anamnestico; - dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del Prestito; - copia di un valido documento di identità dell'Assicurato; - copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro; - copia del libretto di lavoro e della scheda professionale; - copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del Centro per l'impiego e dell'eventuale permanenza nella detta sezione di mese in mese; - certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale per l'impiego); - copia della domanda del datore di lavoro della CIGS (qualora l'Assicurato sia in regime di CIGS); - attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento (qualora l'Assicurato sia in regime di CIGS). <p>Prescrizione garanzia VITA: 10 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. In caso di omessa richiesta entro detto termine e di prescrizione di tali diritti, la compagnia provvede al versamento della prestazione al Fondo appositamente istituito dal Ministero dell'Economia e della Finanza, secondo quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni.</p> <p>Prescrizione garanzie DANNI: 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p> <p>Liquidazione delle prestazioni: L'Impresa liquida le prestazioni previste dal contratto entro 30 giorni dalla ricezione della denuncia di sinistro completa di ogni documento.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, rese dall'Aderente/Assicurato in sede di adesione alla Polizza Collettiva, possono comportare la perdita del diritto all'Indennizzo, nonché le conseguenze di cui agli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c. Se l'Impresa, in occasione di un Sinistro, viene a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni rese dall'Assicurato al momento della compilazione del Questionario Medico Semplificato o del Questionario Anamnestico, può rifiutarsi di pagare l'Indennizzo e comunicare il recesso dal contratto.</p>

 Quando e come devo pagare?	
<p>Premio</p>	<p>Gli importi di premio sono comprensivi di imposte, qualora applicabili.</p>
<p>Rimborso</p>	<p>Hai diritto al rimborso del premio versato (al netto delle imposte applicabili) se recedi dal contratto entro i primi 60 giorni dalla stipula. Solo in riferimento alla garanzia Perdita d'Impiego: hai diritto al rimborso del rateo di premio pagato e non goduto (al netto delle imposte applicabili) se, a seguito di cambio status lavorativo, decidi di chiedere</p>

	all'Impresa la cancellazione di tale garanzia.
Sconti	Né l'Impresa né l'intermediario possono applicare sconti di premio.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>Le coperture assicurative si estinguono alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica uno dei seguenti eventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Data di Scadenza dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso del Prestito, come definito alla Data di Decorrenza; • estinzione anticipata del Prestito o portabilità laddove l'Aderente/Assicurato non abbia richiesto il mantenimento della copertura fino alla scadenza originaria del contratto; • liquidazione della Prestazione di cui alle garanzie Decesso o Invalidità Totale Permanente prestate da AXA France Vie in forza della presente Polizza n. 4942; • in caso di più Assicurati (assicurazione pro quota) la cessazione delle garanzie nei confronti di uno degli Assicurati non pregiudicherà la prosecuzione dell'assicurazione a favore degli altri Assicurati. • compimento da parte dell'Assicurato dei 75 anni di età se precedente alla Data di scadenza per le garanzie Decesso, Invalidità Totale Permanente e Ricovero Ospedaliero; • Pensionamento (solo per le coperture Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego). <p>In caso di più Assicurati (assicurazione pro quota) la cessazione delle garanzie nei confronti di uno degli Assicurati non pregiudicherà la prosecuzione dell'assicurazione a favore degli altri Assicurati.</p> <p>Per alcune garanzie è previsto il seguente Periodo di Carenza iniziale, durante il quale l'assicurazione non è operante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perdita d'Impiego: 60 giorni • Inabilità Totale Temporanea (solo da Malattia): 60 giorni • Ricovero Ospedaliero (da Malattia): 60 giorni
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie in corso di contratto.



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Revoca	La richiesta di adesione è sempre revocabile dall'Aderente/Assicurato.
Recesso	In relazione alla facoltà di recesso, non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita e nel DIP Danni. Qualora tu decida di rimborsare anticipatamente parte dell'importo dovuto in base al Prestito, le coperture assicurative resteranno in vigore sino alla loro naturale scadenza, con adeguamento automatico dell'importo di premio mensile dovuto.
Risoluzione	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita.</i>



A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto assicurativo è dedicato ai clienti della contraente che hanno sottoscritto un contratto di finanziamento (Prestito) con la contraente che hanno un'età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti al momento dell'Adesione, ferma restando che l'età di permanenza in copertura è limitata a 75 anni non compiuti per le garanzie Decesso, Invalidità Totale e Permanente e Ricovero Ospedaliero, e al Pensionamento per le garanzie Inabilità Totale Temporanea e Perdita d'impiego.



Quali costi devo sostenere?

Il costo trattenuto dalla Compagnia a titolo di spese di acquisizione e gestione del Contratto, già incluso nei tassi di Premio, è pari al 62,00% del Premio unico anticipato o Premio annuale al netto delle imposte, dove applicabili. La quota parte percepita in media per l'intermediazione è pari al 80,65% del costo stesso.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Valori di riscatto e riduzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita.
Richiesta di Informazioni	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>E' possibile presentare i reclami alle imprese scrivendo ai seguenti recapiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posta cartacea (anche raccomandata a.r.): AXA France Vie - AXA France Iard, Piazzale Biancamano 8 - 20121 Milano MI • Posta elettronica (e-mail): mail: service.axacreditorit@partners.axa; • Fax: +33 164 73 46 61 Tel: 02 62 03 30 09 <p>I reclami devono essere riscontrati nel termine di 45 giorni dalla ricezione.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, puoi rivolgerti all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it</p> <p>In alternativa, se sei domiciliato in Italia può presentare il reclamo direttamente al sistema estero competente:</p> <p style="text-align: center;">La Médiation de l'Assurance TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09</p> <p>O tramite la procedura sul sito web: https://www.mediation-assurance.org, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none"> • Arbitrato Irrituale per le controversie di natura medica, attivabile mediante conferimento di mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti. • Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	<ul style="list-style-type: none"> • La parte di premio destinata alla copertura di Ramo Vita non è soggetta ad imposizione fiscale, mentre la parte di Premio relativa alle coperture di Ramo Danni è soggetta all'imposta del 2,5%. • Se l'assicurazione ha per oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente non inferiore al 5% o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, hai diritto ad una detrazione del 19% dall'imposta sul reddito dichiarato a fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge.
---	---

IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL PRESTITO, L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALL'IMPRESA LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA ANCHE DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO O IL QUESTIONARIO ANAMNESTICO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN TALI DOCUMENTI. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Aderente/Assicurato: Soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione. Coincide con la persona fisica che ha sottoscritto un contratto di Prestito o con il suo/suoi eventuale/i Garante/i.

Adesione: Applicazione derivante dalla sottoscrizione della Richiesta di Adesione da parte dell'Aderente/Assicurato al Contratto (o Polizza Collettiva).

Beneficiario: Soggetto a cui spettano le prestazioni assicurative previste dal Contratto.

Capitale Assicurato: Prestazione in forma di capitale che la Compagnia corrisponde al Beneficiario in caso di Decesso o Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato nel corso della Durata dell'Adesione. E' pari al debito residuo, in linea capitale del contratto di Prestito stipulato dall'Aderente/Assicurato con la Contraente e collegato con l'Adesione al Contratto, calcolato alla data del Sinistro ipotizzando il regolare rimborso dello stesso sulla base del piano di ammortamento. L'importo corrisposto, pertanto, sarà al netto delle rate o quote di rate insolute e degli interessi sulle stesse nel frattempo maturati. Tale definizione è valida anche nel caso in cui l'Aderente/Assicurato fosse il Garante, fermi restando i limiti massimi riportati all'Art. 3 – Limiti di indennizzo – delle Condizioni di Assicurazione.

Carenza: Periodo di tempo, immediatamente successivo alla Data di Decorrenza, durante il quale la garanzia non ha effetto. In caso di premio annuale tale periodo non verrà computato a partire dalla seconda annualità.

Compagnie / Imprese: AXA France Vie e AXA France IARD.

Conclusione dell'Adesione al Contratto: L'Adesione si intenderà conclusa a condizione che:

- sia stata compilata, datata e sottoscritta la Richiesta di Adesione comprendente il Questionario Medico Semplificato e, ove previsto, il Questionario Anamnestico (compilato e sottoscritto dall'Assicurato da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia) e fornita l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta, con contestuale accettazione del rischio da parte della Compagnia, e
- sia stato pagato il Premio unico anticipato o il Premio annuale previsto.

Condizioni di Assicurazione: Insieme delle clausole di base che regolano il Contratto e riguardano gli aspetti generali quali il pagamento del Premio, la Data di Decorrenza, la Durata delle coperture assicurative.

Contraente: GB INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE S.R.L.

Contratto (o Polizza Collettiva): Convenzione stipulata tra la Compagnia e la Contraente nell'interesse di più Assicurati che vogliono proteggersi contro i rischi coperti dalla stessa convenzione, attraverso la sottoscrizione della Richiesta di Adesione e la Conclusione dell'Adesione.

Costi (o spese): Oneri a carico dell'Aderente/Assicurato e gravanti sul Premio.

Data di Decorrenza e Perfezionamento dell'Adesione: Data a partire dalla quale l'Adesione produce i suoi effetti a condizione che il Prestito sia stato effettivamente erogato. La Data di Decorrenza coincide con la data di erogazione del Prestito. Nel caso in cui la data di firma presente sulla Richiesta di adesione non concida con la data di erogazione del Prestito, si terrà conto solo di quest'ultima e l'Adesione si intenderà perfezionata, producendo i relativi effetti, solo a partire dalla Data di Decorrenza.

Data di Scadenza: Data prevista come termine di efficacia delle coperture assicurative relative a ciascuna Adesione al Contratto ed a partire dalla quale cessano gli effetti delle stesse.

Decesso: La morte dell'Aderente/Assicurato.

Diritti (propri) del Beneficiario: Diritto del Beneficiario alle prestazioni dovute dalla Compagnia; è acquisito per effetto della designazione da parte dell'Aderente/Assicurato.

Disoccupazione: Lo stato dell'Assicurato, Lavoratore Dipendente di Azienda Privata, qualora egli contemporaneamente:

- abbia cessato la sua Normale Attività Lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione di durata superiore alle 16 ore settimanali che generi un reddito o un guadagno;
- sia iscritto negli elenchi anagrafici o percepisca un'indennità di Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria;
- non rifiuti eventuali offerte di lavoro.

Durata delle coperture assicurative: Periodo che intercorre dalla Data di Decorrenza alla Data di Scadenza o di cessazione delle coperture assicurative o, se precedente, alla data in cui si manifesta l'evento coperto dal Decesso o dall'Invalidità Totale e Permanente.

Esclusioni: Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del Contratto.

Franchigia Assoluta: Periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro dovuto a Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero o Perdita d'Impiego, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini del Contratto, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.

Garante del prestito: Soggetto terzo che garantisce personalmente, anche attraverso una fidejussione, verso la Contraente l'adempimento dell'obbligazione del richiedente del Prestito, rispondendo in solido con il mutuatario con il proprio patrimonio. Può coincidere con l'Aderente/Assicurato.

Inabilità Temporanea Totale: La perdita totale, in via temporanea, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria Normale Attività Lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia.

Indennizzo, Indennità o Liquidazione: Pagamento al Beneficiario delle prestazioni dovute al verificarsi di uno degli eventi assicurati.

Infortunio: Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca il Decesso dell'Assicurato o lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano come conseguenza l'Invalidità Totale e Permanente o l'Inabilità Temporanea Totale. Sono inoltre parificati agli infortuni: l'asfissia non di origine morbosa, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali; l'annegamento; l'assideramento o il congelamento; i colpi di sole o di calore; le lesioni muscolari determinate da sforzi, con esclusione di ogni tipo di infarto e delle rotture sottocutanee dei tendini; le ernie addominali, con esclusione di ogni altro tipo di ernia; gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.

Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia: La perdita totale e definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata. Tale invalidità è riconosciuta quando il grado di percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 60%, ai sensi del DPR 38/2000 e successive modificazioni.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP a decorrere dal 1° gennaio 2013.

Lavoratore Autonomo: la persona fisica che si obbliga a compiere, verso un corrispettivo, un'opera o un servizio con lavoro prevalentemente proprio, senza vincolo di subordinazione nei confronti del

committente, e che deve presentare ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione che escluda la percezione di reddito di lavoro dipendente (pubblico o privato) o pensione. Sono altresì considerati lavoratori autonomi ai fini del presente contratto: i "Collaboratori coordinati e continuativi"; gli apprendisti; i lavoratori stagionali.

Lavoratore Dipendente di Azienda Privata: La persona fisica che svolge la propria attività lavorativa, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria in un'unità giuridico-economica, che è iscritta nei libri paga dell'azienda con un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato o determinato non del pubblico impiego, comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 16 ore settimanali.

A titolo esemplificativo sono considerati lavoratori dipendenti:

- i dirigenti, i quadri, gli impiegati e gli operai;
- i soci di cooperativa iscritti nei libri paga.

Lavoratore Dipendente di Azienda Pubblica: La persona fisica che sia Lavoratore Dipendente come sopra definito ma presso la Pubblica Amministrazione. A titolo esemplificativo fanno parte della Pubblica Amministrazione: le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado; le aziende e amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo; le Regioni, le Province e i Comuni; le Comunità Montane e loro consorzi e associazioni; le Istituzioni Universitarie; la Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni; le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale; Corpi di pubblica sicurezza, forze dell'ordine e forze armate.

Limiti di indennizzo: Limite dell'esposizione finanziaria della Compagnia, al di là del quale le conseguenze economiche del Sinistro restano a carico dell'Assicurato.

Malattia: Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Normale Attività Lavorativa: Attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato, con carattere di abitualità e prevalenza, immediatamente prima del Sinistro.

Non Lavoratore: La persona fisica che non sia né Lavoratore Autonomo, né Lavoratore Dipendente Privato, né Lavoratore Dipendente Pubblico come determinati nelle definizioni sopra indicate. Sono altresì considerati Non Lavoratori, i pensionati, i lavoratori dipendenti con contratti di lavoro a chiamata o con contratti di lavoro accessorio o occasionale o con contratti di lavoro stipulati all'estero (se non regolati dalla legge italiana).

Parti: La Compagnia e la Contraente.

Pensionamento: Il passaggio del lavoratore dal servizio attivo alla condizione di pensionato. Tale situazione autorizza o impone la cessazione dell'attività di un lavoratore e la sua messa in pensione.

Periodo di Riqualificazione: Periodo di tempo successivo alla cessazione dello stato di Disoccupazione, liquidabile ai sensi del Contratto, durante il quale l'Assicurato deve ritornare a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa prima di poter presentare un'altra denuncia relativa ad un nuovo Sinistro.

Premio: Importo, comprensivo di imposte, che l'Aderente/Assicurato deve corrispondere alla sottoscrizione della Richiesta di Adesione per le coperture assicurative prestate.

Prestito: Finanziamento che permette al richiedente di ricevere una somma di denaro in un'unica soluzione. Tale somma verrà rimborsata entro un periodo predeterminato con rate di importo costante o variabile. Tale finanziamento può essere finalizzato nel caso in cui abbia ad oggetto l'acquisto di determinati beni o servizi.

Produttore/i di reddito: Il soggetto che percepisca, al momento dell'Adesione, redditi di lavoro o di impresa, ovvero redditi derivanti da prestazioni di lavoro dipendente, dall'esercizio di arti o professioni o derivanti dall'esercizio di attività commerciali.

Questionario Medico Semplificato / Questionario Anamnestico: Documenti che l'Assicurato deve compilare, ove richiesto dalla Compagnia, prima della stipulazione dell'assicurazione, contenente domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dello stesso. Le informazioni fornite dal dichiarante servono alla Compagnia per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.

Rata del Prestito: Importo mensile di rimborso del Prestito al momento del verificarsi del Sinistro. In caso di diverso frazionamento delle rate del Prestito, il valore mensile sarà pari alla somma delle rate dell'anno riportate in dodicesimi.

Recesso: Diritto di recedere dalle coperture assicurative relative alla propria Adesione e farne cessare gli effetti, da comunicarsi alla Compagnia da parte dell'Aderente/Assicurato entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza.

Richiesta di Adesione: Modulo sottoscritto dall'Aderente/Assicurato, in qualità di Aderente, con il quale egli conferma di avere ricevuto, letto e valutato tutti i documenti inclusi nel Set Informativo e manifesta alla Compagnia la volontà di aderire al Contratto.

Ricovero Ospedaliero: Degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria, che deve essere stata prescritta da un Medico a seguito di un Infortunio o di una Malattia. Le cure e i trattamenti ambulatoriali, ivi inclusa la chirurgia ambulatoriale e le visite ambulatoriali ricevute in un ospedale, restano comunque escluse

Set Informativo: Insieme della presente documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: DIP base danni; DIP base vita; DIP aggiuntivo multirischio; Condizioni di Assicurazione, comprensive di glossario; Fac-simile della Richiesta di Adesione comprensiva di Questionario Medico Semplificato e Questionario Anamnestico.

Sinistro: Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del Contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurativa, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.

Struttura Sanitaria: Ogni casa di cura, istituto, azienda ospedaliera regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Strutture sanitarie gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, gli ospizi per anziani, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

Trattamento Fiscale del Premio: Possibilità di portare in detrazione dalle imposte sui redditi delle persone fisiche, nella misura prevista dalla normativa vigente, una parte del Premio versato per il contratto di assicurazione

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Compagnia, alle condizioni di seguito indicate, garantisce, secondo le opzioni sottoscrivibili, gli Aderenti/Assicurati contro i rischi di:

Opzione contrattuale	Persone Assicurabili	Durata	Coperture assicurative				
			Decesso	Invalidità Totale e Permanente	Inabilità Temporanea Totale	Ricovero Ospedaliero	Perdita d'impiego
Opzione 1	Tutti gli Assicurati Produttori o meno di reddito	Pari alla durata del Prestito	Si	Si	No	No	No
Opzione 2	Riservata ai soli Lavoratori Autonomi, Lavoratori Dipendenti di Azienda Pubblica e Lavoratori Dipendenti di Azienda Privata con un contratto a tempo determinato	Pari alla durata del Prestito	Si	Si	Si	No	No
Opzione 3	Riservata ai soli Non Lavoratori Dipendenti di Azienda Privata con contratto a tempo indeterminato	Pari alla durata del Prestito	Si	Si	No	Si	No
Opzione 4	Riservata ai soli Lavoratori Dipendenti di Azienda Privata con contratto a tempo indeterminato	Pari alla durata del Prestito	Si	Si	No	No	Si

A) Decesso per qualunque causa (garanzia di ramo vita) – OPZIONE 1, 2, 3, 4

1. **Assicurati garantiti:** tutti gli Aderenti.
2. **Rischio assicurato:** decesso per qualunque causa.
A deroga dell'art. 1900 C.C. sono compresi i sinistri cagionati da colpa grave dell'Aderente/Assicurato.
3. **Franchigia e Carenza:** non previste.
4. **Prestazione assicurativa:** Fermi i Limiti di indennizzo di cui all'art. 3 – Limiti di indennizzo – delle Condizioni di Assicurazione, la Compagnia liquida ai Beneficiari una somma pari al debito residuo in linea capitale, risultante alla data del Sinistro del contratto di Prestito, stipulato dall'Aderente/Assicurato con la Contraente e collegato al Contratto (il cui importo inizialmente assicurato è indicato sulla Richiesta di Adesione), calcolato ipotizzando il regolare rimborso dello stesso in base al piano di ammortamento originario. Pertanto l'importo corrisposto sarà al netto delle rate o quote di rate insolute o di cui sia stata concordata la sospensione del pagamento, e degli interessi sulle stesse nel frattempo maturati. Nel caso vi siano più Assicurati per il medesimo Prestito (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa come sopra calcolata sarà ridotta in proporzione alla quota relativa a ciascun Assicurato.

B) Invalidità Totale Permanente, a seguito di Infortunio o Malattia (garanzia di ramo danni) – OPZIONE 1, 2, 3, 4

1. **Assicurati garantiti:** tutti gli Aderenti.
2. **Rischio assicurato:** Invalidità Totale e Permanente, **di grado uguale o superiore al 60%**, a seguito di Infortunio o Malattia.
A deroga dell'art. 1900 C.C. sono compresi i sinistri cagionati da colpa grave dell'Aderente/Assicurato.
3. **Franchigia e carenza:** non previste.
4. **Prestazione assicurativa:** una volta accertato dal punto di vista medico lo stato e il grado di Invalidità Permanente, la Compagnia liquida al Beneficiario, fermi i Limiti di indennizzo di cui all'art. 3 – Limiti di indennizzo – delle Condizioni di Assicurazione, una somma pari al debito residuo in linea capitale, risultante alla data del Sinistro del contratto di Prestito, stipulato dall'Aderente/Assicurato con la Contraente e collegato al Contratto (il cui importo inizialmente assicurato è indicato sulla Richiesta di Adesione) calcolato ipotizzando il regolare rimborso dello stesso in base al piano di ammortamento originario. Pertanto l'importo corrisposto sarà al netto delle rate o quote di rate insolute o di cui sia stata concordata la sospensione del pagamento, e degli interessi sulle stesse nel frattempo maturati. Nel caso vi siano più Assicurati per il medesimo Prestito (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa come sopra calcolata sarà ridotta in proporzione alla quota relativa a ciascun Assicurato.
Il grado di Invalidità Permanente viene accertato secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli infortuni e le malattie professionali di cui al Decreto Ministeriale 12 Luglio 2000 (Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale) e successive modifiche, applicando la più favorevole percentuale, ove prevista per le parti destre rispetto a quelle sinistre, in caso di conclamato mancinismo. Nei casi di Invalidità Totale e Permanente non previsti dalla norma sopra citata, la valutazione terrà conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Aderente/Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

C) Inabilità Temporanea Totale, a seguito di Infortunio o Malattia (garanzia di ramo danni)– OPZIONE 2

1. **Assicurati garantiti:** tutti gli Aderenti che al momento dell'Adesione siano Produttori di redditi o pubbliche.
2. **Rischio assicurato:** Inabilità Temporanea Totale. L'Aderente si definisce temporaneamente “inabile totale al lavoro” se, a causa di un Infortunio o di una Malattia, si trova nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua Normale Attività Lavorativa, a condizione che il giorno in cui si verifica il Sinistro egli eserciti effettivamente una attività lavorativa regolare.
A deroga dell'art. 1900 C.C. sono compresi i sinistri cagionati da colpa grave dell'Aderente/Assicurato.
3. **Franchigia:** la copertura prevede un periodo di franchigia di 60 giorni.
4. **Carenza:** la copertura prevede un periodo di carenza di 60 giorni per evento derivante da Malattia.

5. **Prestazione assicurativa:** la Compagnia, dopo il periodo di Franchigia indicato sopra e fermi i Limiti di indennizzo di cui al successivo Art. 3 - Limiti di Indennizzo -, liquida al Beneficiario un'Indennità pari alle rate mensili del Prestito erogato dalla Contraente, che hanno scadenza durante il periodo dell'inabilità stessa, ad eccezione del primo e dell'ultimo Idennizzo che saranno calcolati al prorata dei giorni effettivi di Inabilità Temporanea Totale, fino ad un limite massimo di **18** mensilità per ogni Sinistro. In ogni caso la Compagnia non liquiderà più di **36** mensilità per l'intera durata del Contratto e per ogni singolo Aderente/Assicurato. Qualora l'Aderente/Assicurato riprenda l'attività lavorativa ed abbia, entro **60** giorni, una nuova inabilità dovuta alla stessa Malattia o Infortunio, la copertura assicurativa viene ripristinata senza applicazione di un nuovo periodo di franchigia. Diversamente, per ogni evento che determini un Sinistro viene applicata la Franchigia di **60** giorni. Nel caso vi siano più Assicurati per il medesimo Prestito (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa come sopra calcolata sarà ridotta in proporzione alla quota relativa a ciascun Assicurato

D) Perdita d'impiego (garanzia di ramo danni) - OPZIONE 4

1. **Assicurati garantiti:** tutti gli Aderenti che al momento dell'Adesione siano lavoratori dipendenti del settore privato con contratto a tempo indeterminato regolamentato dalla legge italiana e che al momento dell'Adesione siano assunti da almeno 12 mesi, e abbiano superato il periodo di prova.
2. **Rischio assicurato:** il licenziamento per "giustificato motivo oggettivo" del dipendente Aderente/Assicurato.
3. **Franchigia:** la copertura prevede un periodo di franchigia di 60 giorni.
4. **Carenza:** la copertura prevede un periodo di carenza di 60 giorni.
5. **Prestazione assicurativa:** la Compagnia, dopo i periodi di Franchigia e Carenza indicati sopra e fermi i Limiti di indennizzo di cui al successivo Art. 3 - Limiti di Indennizzo - , liquida al Beneficiario un'indennità pari alle rate mensili del Prestito erogato dalla Contraente, che hanno scadenza durante il periodo di Disoccupazione, ad eccezione del primo e dell'ultimo Idennizzo che saranno calcolati al prorata dei giorni effettivi di Inabilità Temporanea Totale, fino ad un limite massimo di **18** mensilità per ogni Sinistro. In caso di più licenziamenti, la Compagnia non liquiderà più di **36** mensilità per l'intera durata del Contratto e per ogni singolo Aderente/Assicurato. Nel caso vi siano più Assicurati per il medesimo Prestito (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa come sopra calcolata sarà ridotta in proporzione alla quota relativa a ciascun Assicurato

E) Ricovero Ospedaliero (garanzia di ramo danni) – OPZIONE 3

1. **Assicurati garantiti:** tutti gli Aderenti che al momento del sinistro siano Non lavoratori
2. **Rischio assicurato:** Ricovero Ospedaliero presso una Struttura sanitaria a seguito di Infortunio o Malattia.

A deroga dell'art. 1900 C.C. sono compresi i sinistri cagionati da colpa grave dell'Aderente/Assicurato.

3. **Franchigia:** la copertura prevede un periodo di franchigia di 7 giorni.
4. **Carenza:** la copertura prevede un periodo di carenza di 60 giorni per evento derivante da Malattia.
5. **Prestazione assicurativa:** In caso di Ricovero ospedaliero dell'Assicurato presso una Struttura sanitaria, dopo un periodo di Ricovero ospedaliero protrattosi ininterrottamente per oltre 7 giorni, la Compagnia pagherà al Beneficiario una somma pari alla Prestazione mensile assicurata. Si precisa che è prevista una Franchigia di 7 giorni. Gli Indennizzi di Ricovero ospedaliero saranno pari a un massimo di **18** indennizzi mensili consecutivi per ogni sinistro e comunque un massimo di **36** indennizzi mensili per tutta la Durata delle coperture assicurative. Ricoveri per la medesima causa, non separati da un intervallo di tempo superiore a 60 giorni, saranno considerati appartenenti al medesimo Ricovero. Nel caso vi siano più Assicurati per il medesimo Prestito (assicurazione pro quota), la prestazione assicurativa come sopra calcolata sarà ridotta in proporzione alla quota relativa a ciascun Assicurato.

2 – DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

La copertura relativa al rischio **Decesso** è esclusa nei seguenti casi:

- a) Dolo dell'Aderente/Assicurato ovvero della Contraente o del Beneficiario;
- b) Partecipazione attiva dell'Aderente/Assicurato: a delitti dolosi; a fatti di guerra, dichiarata o di fatto, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; a risse, tranne per il caso di legittima difesa; ad atti di terrorismo e sabotaggio;
- c) Infortuni di volo se l'Aderente/Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo ed, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- d) l'esercizio di un'attività sportiva pericolosa praticata sia a scopo amatoriale che agonistico quale: alpinismo (inteso anche come scalata di rocce, accesso a ghiacciai) con o senza accompagnamento di guida alpina; acrobazie; esibizioni; record o tentativi di record; voli di collaudo; salti dal trampolino con sci o idrosci; sci acrobatico; sci fuoripista; immersione con autorespiratore; speleologia; motonautica; automobilismo; motociclismo; paracadutismo; sport aerei in genere; pugilato; lotta nelle sue varie forme; rugby; football americano;
- e) Suicidio per i 12 mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- f) Malattie e conseguenze di situazioni patologiche o lesioni già diagnosticate all'Aderente/Assicurato;
- g) Malattie ed Infortuni che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
- h) Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate.

La copertura relativa al rischio **Invalidità Totale Permanente** è esclusa nei seguenti casi:

- a) Infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Aderente/Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- b) Infortuni causati all'Aderente/Assicurato da abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- c) Infortuni alla guida dovuti ad un tasso alcolemico dell'Aderente/Assicurato superiore a quanto consentito dalla normativa in vigore al momento del sinistro.
- d) Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Aderente/Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- e) Infortuni causati da guerra anche non dichiarata od insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni;
- f) Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti e risse a cui l'Aderente/Assicurato abbia preso parte attiva;
- g) Infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
- h) Eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- i) Applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Aderente/Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione;
- j) Le conseguenze di infortuni avvenuti nei 360 gg. antecedenti la data iniziale e le conseguenze di situazioni patologiche insorte nei 360 gg. antecedenti la data iniziale, già diagnosticate in tale data all'Aderente/Assicurato;
- k) Mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
- l) Infortuni causati da:
 - paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;

- tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
- dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- dalla guida di natanti a motore per uso non privato;
- dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Aderente/Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Aderente/Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;
- dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- HIV o AIDS.

La copertura relativa al rischio di Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero è esclusa nei seguenti casi:

- a) Infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Aderente/Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
- b) Infortuni causati all'Aderente/Assicurato da abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
- c) Infortuni alla guida dovuti ad un tasso alcolemico dell'Aderente/Assicurato superiore a quanto consentito dalla normativa in vigore al momento del sinistro.
- d) Infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Aderente/Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- e) Infortuni causati da guerra anche non dichiarata od insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni;
- f) Infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti e risse a cui l'Aderente/Assicurato abbia preso parte attiva;
- g) Parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi
- h) Infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
- i) Eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- j) Applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Aderente/Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione;
- k) Le conseguenze di infortuni avvenuti nei 360 gg. antecedenti la data iniziale e le conseguenze di situazioni patologiche insorte nei 360 gg. antecedenti la data iniziale, già diagnosticate in tale data all'Aderente/Assicurato;
- l) Mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di inabilità totale;
- m) Infortuni causati da:
 - paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
 - tutte le attività sportive compiute a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni, o relative prove, che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;
 - dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
 - dalla guida di natanti a motore per uso non privato;
 - dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Aderente/Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma

a condizione che l'Aderente/Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro;

- dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;
- HIV o AIDS;

La copertura relativa al rischio di Perdita d'Impiego è esclusa nei seguenti casi:

- a) l'Aderente/Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente in modo consecutivo e con contratto a tempo indeterminato per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- b) la Disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa;
- c) risoluzione del rapporto di lavoro per volontà dell'Aderente/Assicurato;
- d) se la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base al contratto di lavoro a tempo determinato o il rapporto di lavoro dell'Aderente/Assicurato aveva carattere stagionale o, comunque, se è la conseguenza di scadenza di un contratto a termine;
- e) l'Aderente/Assicurato non si è iscritto nella lista di collocamento;
- f) l'Aderente/Assicurato percepisca il trattamento di Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria;
- g) la Disoccupazione è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dalle prestazioni in caso di Inabilità temporanea totale;
- h) l'Aderente/Assicurato rientra nei casi di Disoccupazione parziale (Lavori Socialmente Utili)
- i) contratti di lavoro stipulati all'estero a meno che il rapporto di lavoro sia regolamentato dalla legge italiana.

3 – LIMITI DI INDENNIZZO

Per ciascun Aderente/Assicurato, la prestazione massima garantita dalla Compagnia è:

- per le garanzie Decesso, Inabilità Totale Permanente: Euro 55.000,00;
- per le garanzie Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego e Ricovero Ospedaliero: Euro 1.500,00 di Indennità per ciascuna rata mensile. Inoltre, l'Indennità è riconosciuta fino ad un numero massimo di:
 - per singolo sinistro, 18 rate mensili del Prestito; e,
 - per ogni singolo Aderente/Assicurato e per l'intera durata della copertura, 36 rate mensili del Prestito.

4- DURATA DELLE COPERTURE – EFFETTO – DECORRENZA DELLE COPERTURE

Art. 4.1 Data di Decorrenza delle coperture assicurative

Le coperture assicurative decorrono dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza.

Art. 4.2 Durata delle coperture assicurative

La durata delle coperture previste dalla Polizza è variabile tra un minimo di 6 mesi e un massimo di 120 mesi.

Art. 4.3 Cessazione delle coperture assicurative

Per tutti gli Aderenti/Assicurati le coperture assicurative si estinguono alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica uno dei seguenti eventi:

- Data di Scadenza dell'ultima rata prevista dal piano di rimborso del Prestito, come definito alla Data di Decorrenza;
- estinzione anticipata del Prestito o portabilità laddove l'Aderente/Assicurato non abbia richiesto il mantenimento della copertura fino alla scadenza originaria del contratto;

- liquidazione della Prestazione di cui alle garanzie Decesso o Invalidità Totale Permanente prestate da AXA France Vie in forza della presente Polizza n. 4942;
- in caso di più Assicurati (assicurazione pro quota) la cessazione delle garanzie nei confronti di uno degli Assicurati non pregiudicherà la prosecuzione dell'assicurazione a favore degli altri Assicurati.
- compimento da parte dell'Assicurato dei 75 anni di età se precedente alla Data di scadenza per le garanzie Decesso, Invalidità Totale Permanente e Ricovero Ospedaliero;
- Pensionamento (solo per le coperture Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego).

Art. 4.4 Estinzione anticipata del Prestito e portabilità del Prestito

Nel caso di estinzione anticipata totale o di trasferimento del Prestito, salvo il caso in cui l'Aderente/Assicurato non abbia richiesto il mantenimento della copertura fino alla scadenza originaria entro 15 giorni dalla richiesta di estinzione o trasferimento, la Compagnia provvederà alla restituzione della parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

La Contraente comunicherà alla Compagnia l'avvenuta estinzione del Prestito indicandone gli elementi economici atti al calcolo del rimborso, oltre alla modalità di rimborso gradita dall'Aderente/Assicurato.

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

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

Dove:

R Importo da rimborsare

C Quota di capitale utilizzata a titolo di estinzione

D Debito residuo al giorno immediatamente antecedente a quello in cui l'estinzione è avvenuta

P Premio pagato al netto delle imposte, degli eventuali diritti e di eventuali restituzioni a seguito di rimborsi per precedenti estinzioni parziali

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

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 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

In caso di estinzione anticipata parziale del Prestito, il rateo di Premio da rimborsare sarà calcolato come sopra indicato. Resta altresì inteso che, a seguito dell'operazione di rimborso, il Premio originariamente versato risulterà ridotto in proporzione del capitale estinto rispetto al Debito Residuo.

Nei casi in cui l'estinzione parziale comporti variazioni di parametri fondamentali della tariffa quali la modifica della durata e/o del tasso di interesse e/o della scadenza, quindi di fatto in presenza di una rinegoziazione del Prestito, il contratto cesserà i suoi effetti secondo le modalità seguite per l'estinzione totale. Contestualmente verrà emesso un nuovo contratto per il restante periodo di esposizione debitoria con adeguamento del Premio e con principio di continuità di rischio rispetto alla selezione medica, senza applicazione di nuove carenze e franchigie. In caso di rinegoziazione verrà rimborsata all'Aderente/Assicurato la differenza tra il Premio adeguato al restante periodo di esposizione debitoria e la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria calcolato per estinzione totale al netto dei costi amministrativi.

In caso di estinzione anticipata totale o parziale, la Compagnia tratterà Euro 50,00 dall'ammontare dovuto a titolo di costi amministrativi per l'operazione di rimborso.

In alternativa l'Assicurato, su richiesta scritta da inviare alla Compagnia, potrà mantenere in vigore le coperture assicurative fino alla scadenza contrattuale originaria.

Il mantenimento della copertura potrà essere richiesto al seguente indirizzo: AXA France Vie, AXA France Iard, Piazzale Biancamano 8 – 20121 Milano MI.

5 – REVOCA E RECESSO

La richiesta di adesione è sempre revocabile dall'Aderente/Assicurato.

La revoca deve essere comunicata per iscritto alla Compagnia, o eventualmente per il tramite della filiale della Contraente presso la quale è stata sottoscritta la Richiesta di Adesione, mediante lettera raccomandata inviata a:

AXA France Vie e AXA France IARD

Piazzale Biancamano 8 – 20121 Milano MI

L'Aderente/Assicurato ha diritto di recedere:

- dalle coperture assicurative relative alla propria Adesione entro **60 (sessanta)** giorni dalla Data di Decorrenza, con restituzione del Premio pagato (al netto delle imposte);
- annualmente dalle coperture danni, con preavviso di **60 (sessanta)** giorni dalla scadenza della annualità, con restituzione del Premio pagato e non goduto (al netto delle imposte) calcolato sulla base della formula di rimborso prevista dal precedente Art. 4.4 – Estinzione anticipata del Prestito e portabilità.

Il Recesso deve essere comunicato per iscritto alla Compagnia, o eventualmente per il tramite della filiale della Contraente presso la quale è stata sottoscritta la Richiesta di Adesione, mediante lettera raccomandata contenente gli estremi identificativi della Polizza, ed inviata a:

AXA France Vie ed AXA France IARD

Piazzale Biancamano 8 – 20121 Milano MI

Entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di Recesso, la Compagnia rimborsa all'Aderente/Assicurato il Premio da questi corrisposto al netto delle imposte. L'esercizio del diritto di Recesso da parte dell'Aderente/Assicurato implica necessariamente il recesso da tutte le coperture assicurative. La Pagina 8

Compagnia, tramite la Contraente, restituisce all'Aderente/Assicurato la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria, al netto delle imposte.

Il Contratto non prevede la facoltà di esercitare il diritto di recesso da parte della Compagnia per la singola Adesione emessa.

6 – BENEFICIARI

Beneficiario delle prestazioni assicurative, in riferimento alle garanzie Invalidità Totale e Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Perdita d'Impiego è l'Aderente/Assicurato; in riferimento alla garanzia Decesso, Beneficiario dell'Indennizzo è il soggetto (o i soggetti) indicato/i, in forma nominativa o generica, dall'Aderente/Assicurato all'interno della Richiesta di Adesione.

Nel caso di estinzione anticipata del Prestito, laddove sia stato richiesto alla Compagnia il mantenimento della copertura assicurativa, Beneficiario delle prestazioni resta l'Aderente/Assicurato o, se del caso, i suoi aventi diritto, il suo/suoi eventuale/i Garante/i, ovvero la persona fisica designata dall'Aderente/Assicurato nella Richiesta di Adesione.

L'Aderente/Assicurato può in qualsiasi momento modificare la designazione comunicandola per iscritto alla Compagnia o con testamento nel quale venga chiaramente evidenziato il riferimento al presente contratto di assicurazione.

La designazione del Beneficiario non può essere modificata nei seguenti casi:

- a. dopo che l'Aderente/Assicurato e il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente: (i) la rinuncia al diritto di revoca della designazione in precedenza effettuata; (ii) l'accettazione del beneficio;
- b. dopo la morte dell'Aderente/Assicurato;
- c. dopo che, verificatosi il Decesso dell'Aderente/Assicurato, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla società di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi qualsiasi variazione al contratto che abbia riflesso sui diritti del Beneficiario richiede l'assenso scritto di quest'ultimo.

Per effetto della designazione il Beneficiario acquisisce un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione; le somme corrispostegli a seguito del Decesso dell'Aderente/Assicurato non rientrano pertanto nell'asse ereditario.

La Compagnia provvede al pagamento dell'Indennizzo dovuto entro trenta giorni dalla ricezione della documentazione di Sinistro completa.

7 – PREMI

Le prestazioni assicurate sono garantite previo pagamento, alla Compagnia da parte dell'Aderente/Assicurato o per suo conto dalla Contraente, di un Premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione per la durata del Prestito. Il suo ammontare dipende dall'importo e dalla durata del Prestito. Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Aderente/Assicurato, che è obbligato, pertanto, a rimborsare alla Contraente l'importo del Premio corrisposto alla Compagnia.

Mezzi di pagamento. Il pagamento del Premio avviene, per il tramite della Contraente, mediante bonifico bancario oppure altra modalità.

Il contratto non prevede il riscatto

8 – DENUNCIA DEI SINISTRI

Per ottenere la liquidazione della prestazione **devono essere consegnati alla Compagnia, entro 30 giorni dal momento del sinistro o dal momento in cui l'Aderente/Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità**, i seguenti documenti, necessari a verificare l'effettiva sussistenza dell'obbligo di pagamento, con una delle seguenti modalità:

Modalità di denuncia	Recapito
Via Posta (anche raccomandata a/r)	AXA France Vie, AXA France IARD, Piazzale Biancamano 8 – 20121 Milano MI

Via e-mail	service.axacreditorit@partners.axa
Via FAX	+33 1 64 73 46 61

Art. 8.1 Decesso

- copia della Richiesta di Adesione alle coperture assicurative e dell'eventuale Questionario Anamnestico;
- dichiarazione della Contraente presso la quale è stato acceso il finanziamento attestante l'importo del debito residuo alla data di decesso dell'Assicurato;
- certificato di morte;
- Scheda di morte oltre il 1° anno di vita (ISTAT Modello D4);
- copia della cartella clinica;
- in caso di decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute. Se esistente, copia del reperto autoptico completo di accertamenti effettuati o, in alternativa, dichiarazione rilasciata dagli organi competenti attestanti la mancata esecuzione del referto autoptico.

La Compagnia si riserva il diritto di acquisire ulteriore documentazione sanitaria, non prevista nelle presenti Condizioni di Assicurazione, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

Gli aventi causa dovranno inoltre fornire la seguente documentazione:

- l'atto di notorietà da cui risulti l'esistenza o meno di testamento e, in caso affermativo, copia autentica del testamento pubblicato;
- nel caso in cui la designazione beneficiaria sia genericamente determinata, dall'atto notorio dovrà risultare l'elenco di tutti gli eredi con l'indicazione delle generalità complete, dell'età, dello stato civile, della capacità di agire di ciascuno di essi, del rapporto e grado di parentela con l'Assicurato e con l'esplicita dichiarazione che oltre a quelli elencati non esistono, né esistevano al Decesso dell'Assicurato, altre persone aventi comunque diritto per legge alla successione;
- nel caso in cui tra i Beneficiari vi siano soggetti minori od incapaci, il decreto di autorizzazione del Giudice Tutelare a riscuotere la somma dovuta con esonero di AXA France Vie da ogni responsabilità circa il pagamento della somma stessa.
- In entrambi i casi, AXA France Vie esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento presso la propria sede della documentazione completa.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore degli aventi diritto.

Art. 8.2 Invalidità Totale Permanente

- copia della Richiesta di Adesione alle coperture assicurative e dell'eventuale Questionario Anamnestico;
- dichiarazione della Contraente presso la quale è stato acceso il Prestito attestante l'importo del debito residuo alla data del sinistro;
- dichiarazione del sinistro compilato dal medico curante;
- copia della cartella clinica se, a seguito del sinistro, è stato necessario il ricovero;
- in caso di sinistro avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- certificazione di invalidità permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.); in difetto, un certificato di un medico legale, se disponibile.

Art. 8.3 Inabilità Temporanea Totale

- copia della Richiesta di Adesione alle coperture assicurative e dell'eventuale Questionario Anamnestico;
- dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del Prestito;
- dichiarazione del Sinistro compilata dal medico curante;
- copia della cartella clinica.

La documentazione andrà presentata al verificarsi del sinistro e allo scadere di ogni periodo di Inabilità certificato dal medico.

Art. 8.4 Ricovero Ospedaliero

- il giorno, il luogo e la causa dell'evento che ha determinato il Ricovero ospedaliero (denuncia del sinistro);
- dichiarazione della Banca presso la quale è in vigore il Prestito attestante l'importo della rata del Prestito;
- dichiarazione del Sinistro, su apposito modulo della Compagnia, compilata dal medico curante;
- ove rilasciata, lettera di dimissione del Ricovero Ospedaliero.

L'Aderente/Assicurato dovrà sottoporsi, a sue spese, agli accertamenti ed alle visite mediche ritenuti necessari dalla Compagnia stessa.

L'Aderente/Assicurato dovrà fornire alla Compagnia tutte le informazioni, nonché tutta la documentazione sanitaria che dovesse occorrere a quest'ultima al fine di valutare e liquidare il sinistro.

Art. 8.5 Perdita d'Impiego

- copia della Richiesta di Adesione alle coperture assicurative e dell'eventuale Questionario Anamnestico;
- dichiarazione della Contraente attestante l'importo della rata del Prestito;
- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato;
- copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- copia del libretto di lavoro e della scheda professionale;
- copia dell'iscrizione alla sezione circoscrizionale del Centro per l'impiego e dell'eventuale permanenza nella detta sezione di mese in mese;
- certificato di "Disponibilità al Lavoro" (autocertificazione del lavoratore timbrata dalla sezione circoscrizionale per l'impiego);
- copia della domanda del datore di lavoro della CIGS (qualora l'Assicurato sia in regime di CIGS);
- attestazione del proprio periodo di CIGS con relativo pagamento (qualora l'Assicurato sia in regime di CIGS).

L'Assicurato deve consentire alla Compagnia le indagini e gli accertamenti necessari da svolgersi tramite persone di fiducia della Compagnia stessa. L'Assicurato si impegna a dare tempestiva comunicazione alla Compagnia in caso di cessazione dello stato di Disoccupazione.

8.5.1 Denunce successive -sospensione delle prestazioni

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per Perdita d'impiego o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale periodo di Carezza di 60 giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi sinistri di Disoccupazione se, dal termine del Sinistro precedente, non è trascorso un periodo di Riqualficazione di 60 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere lavoratore dipendente di ente privato a tempo indeterminato ed abbia superato il periodo di prova.

Qualora la Compagnia stia corrispondendo la prestazione mensile e l'Assicurato intraprenda un'attività lavorativa in qualità di lavoratore dipendente di ente privato, quest'ultimo dovrà informare tempestivamente per iscritto la Compagnia della cessazione dello stato di Disoccupazione. In tal caso il pagamento dell'Indennizzo verrà interrotto definitivamente.

Tuttavia, qualora il contratto di lavoro dipendente di ente privato sia solo a tempo determinato per una durata non superiore a sei mesi, il pagamento dell'Indennizzo verrà sospeso per la durata del contratto e riprenderà al termine dello stesso come continuazione del Sinistro iniziale, sempre che persista la Disoccupazione. Si precisa che per ogni Sinistro tale sospensione non potrà superare i sei mesi trascorsi i quali l'interruzione sarà definitiva.

Disposizioni comuni

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere, direttamente all'Aderente/Assicurato o agli aventi causa, ulteriori accertamenti medici o documentazioni atte ad una corretta valutazione del Sinistro.

L'Aderente/Assicurato deve inoltre:

- sciogliere dal segreto professionale i medici curanti;
- consentire le indagini, gli accertamenti e le visite mediche eventualmente necessarie da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia della Compagnia, il cui costo sarà a totale carico della Compagnia medesima.

9 – LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

La Compagnia si impegna a liquidare il Sinistro agli aventi diritto entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa comprovante il Sinistro. Decorso tale termine saranno dovuti gli interessi moratori.

10 – PERSONE ASSICURABILI e FORMALITA' DI AMMISSIONE

Sono assicurabili le persone fisiche residenti in Italia che hanno un'età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti al momento dell'Adesione, ferma restando che l'età di permanenza in copertura è limitata a 75 anni non

compiuti per le garanzie Decesso, Inabilità Totale Permanente e Ricovero Ospedaliero, e al Pensionamento per le garanzie Inabilità Totale Temporanea e Perdita d'impiego. Le garanzie Inabilità Totale Temporanea e Perdita d'impiego cessano, inoltre, alla data di Pensionamento dell'Assicurato se antecedente alla Data di scadenza.

L'Adesione al Contratto da parte dell'Aderente/Assicurato avrà effetto dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza, coincidente con la data di erogazione del finanziamento a condizione che:

- siano stati compilati, datati e sottoscritti la Richiesta di Adesione, il Questionario Medico Semplificato e, ove richiesto, il Questionario Anamnestico compilato datato e sottoscritto dall'Assicurato da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia
- sia stata fornita l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta
- ci sia stata l'accettazione da parte della Compagnia;
- sia stato pagato il Premio unico anticipato previsto.

L'Aderente/Assicurato manifesta l'interesse ad aderire alla Polizza mediante la sottoscrizione della Richiesta di Adesione la cui validità è pari a 6 mesi.

Ogni Adesione dovrà essere completata con la documentazione indicata nel successivo punto 10.2 "Limiti assuntivi".

In caso di sottoscrizione del Questionario Medico Semplificato con tutte le risposte negative, la copertura si intende accettata da parte della Compagnia a seguito della stessa sottoscrizione della Richiesta di Adesione. In caso di sottoscrizione del Questionario Anamnestico, la Compagnia si riserva il diritto di decidere circa l'accettazione o il rifiuto della copertura assicurativa o di richiedere eventuale ulteriore documentazione sanitaria. In tali casi, la Compagnia si impegna a comunicare tempestivamente l'accettazione o il rifiuto del rischio all'Aderente/Assicurato e, per conoscenza, alla Contraente.

10.1 Cointestazioni del contratto di Prestito

Le operazioni di Prestito che prevedono la cointestazione potranno essere coperte dalla presente Polizza Collettiva.

Resta inteso che in caso di cointestazione potranno essere assicurate fino ad un massimo di due persone, e le percentuali delle prestazioni assicurate potranno essere determinate liberamente nel limite del Capitale erogato, fermi restando i limiti previsti dall'Art. 3 – Limiti di indennizzo – delle Condizioni di Assicurazione.

Il Premio corrisposto dagli Aderenti/Assicurati sarà calcolato in proporzione della percentuale definita, per ciascuno di loro, del Capitale Assicurato. Le percentuali saranno riportate all'interno della Richiesta di Adesione.

10.2 Limiti assuntivi

L'accettazione del rischio avviene sulla base dei dati forniti con la Richiesta di Adesione, completata in ogni parte, datata e firmata dall'Aderente/Assicurato e, ove richiesto, del Questionario Anamnestico, compilato, datato e sottoscritto dall'Assicurato da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia e di ulteriore documentazione eventualmente richiesta.

Ogni Adesione dovrà essere completata con la seguente documentazione:

- **Qualora l'età dell'Aderente/Assicurato sia inferiore o uguale a 55 anni al momento dell'Adesione dovrà essere fornito il Questionario Medico Semplificato debitamente compilato presente sulla Richiesta di Adesione. In caso di almeno una risposta positiva nel precedente questionario dovrà essere trasmesso alla Compagnia lo specifico Questionario Anamnestico. L'Adesione potrà essere**

- perfezionata solo dopo che la Compagnia avrà dato il proprio consenso.
- Qualora l'età dell'Aderente/Assicurato sia superiore a 55 anni al momento dell'Adesione dovrà essere trasmesso alla Compagnia lo specifico Questionario Anamnestico. L'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che la Compagnia avrà dato il proprio consenso.

Di volta in volta la Compagnia si riserva di richiedere ulteriore documentazione sanitaria.

11 – LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per sinistri verificatisi nel mondo intero. Per la garanzia Perdita di Impiego, qualora presente, sono coperti esclusivamente i sinistri relativi a contratti di lavoro regolamentati dalla legge italiana.

12 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

L'Aderente/Assicurato è esonerato dal dover dare comunicazioni alla Compagnia di eventuali aggravamenti e diminuzioni di rischio ai sensi degli Artt. 1897-1898 Codice Civile, nonché dall'obbligo di comunicare cambiamenti di professione ai sensi dell'Art. 1926 Codice Civile.

Resta salva, per gli Aderenti alla opzione 4, la facoltà di comunicare il cambiamento di professione ai soli fini del rimborso del rateo di Premio unico pagato e non goduto della garanzia Perdita d'Impiego

13 – COMUNICAZIONI

Salvo quanto previsto nell'art. 5 – Recesso – delle Condizioni di Assicurazione, tutte le comunicazioni da parte dell'Aderente/Assicurato alla Compagnia dovranno essere fatte per iscritto.

Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia saranno indirizzate al domicilio indicato dall'Aderente/Assicurato sulla Richiesta di Adesione.

14 – IMPOSTE E ALTRI ONERI FISCALI

Le imposte e gli altri oneri fiscali presenti e futuri relativi sono a carico dell'Aderente/Assicurato.

15 – RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

Qualora l'Infortunio subito dall'Aderente/Assicurato sia imputabile a responsabilità di terzi, la Compagnia rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 del c.c.

16 – ARBITRATO

Le Parti hanno la facoltà di rimettere alla decisione di un collegio di tre medici le eventuali controversie sulla natura e valutazione delle lesioni, delle malattie o sul grado di invalidità che sono oggetto delle coperture prestate dalla presente Polizza. In tal caso le Parti conferiranno mandato, con scrittura privata, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, o in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Tale luogo si intende la città sede dell'istituto di medicina legale più vicino all'Aderente/Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. Le decisioni del Collegio dei Medici sono vincolanti per le Parti. **È possibile in ogni caso rivolgersi all'autorità giudiziaria.**

17 – LEGGE APPLICABILE

La Legge applicabile al contratto di assicurazione è quella italiana.

18 – FORO COMPETENTE

Il Foro competente è quello del luogo di residenza o sede dell'Aderente/Assicurato, o quello da lui preferito.

19 – SANZIONI

In nessun caso la Compagnia 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.

20 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

RICHIESTA DI ADESIONE

(facsimile)

RICHIESTA DI ADESIONE

1) Dati dell'Aderente/Assicurato			
Cognome		Nome	
Indirizzo	Località	Provincia	CAP
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Codice Fiscale
Professione	Documento Tipo	Numero	Data e luogo di emissione
Status Lavorativo			
<input type="checkbox"/> Non Lavoratore			
<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo			
<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente pubblico			
<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente privato (determinato)			
<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente privato (indeterminato)			

Percentuale delle prestazioni assicurate per l'Aderente/Assicurato 1 (in caso di Prestito cointestato): _____%

Totale capitale residuo, ovvero quota di capitale residuo, per prestiti già assicurati ga AXA France Vie e AXA France Iard tramite GB INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE S.R.L. o sue partecipate o controllate _____ Euro

In caso di Prestito cointestato, possono essere assicurati quattro cointestatari/garanti. Le garanzie saranno operanti per la percentuale definita dagli Aderenti/Assicurati negli appositi campi. Se si intende assicurare ulteriori intestatari, compilare i seguenti campi:

2) Dati dell'Aderente/Assicurato			
Cognome		Nome	
Indirizzo	Località	Provincia	CAP
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Codice Fiscale
Professione	Documento Tipo	Numero	Data e luogo di emissione
Status Lavorativo			
<input type="checkbox"/> Non Lavoratore			
<input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo			
<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente pubblico			
<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente privato (determinato)			
<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente privato (indeterminato)			

Percentuale delle prestazioni assicurate per l'Aderente/Assicurato 2 (in caso di Prestito cointestato): _____%

Totale capitale residuo, ovvero quota di capitale residuo, per prestiti già assicurati ga AXA France Vie e AXA France Iard tramite GB INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE S.R.L. o sue partecipate o controllate _____ Euro

In qualità di richiedente/i del Prestito n. _____, importo da erogare _____ Euro, per una durata di _____ mesi, presso la GB INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE S.R.L. – codice CAB filiale _____.

Preso atto che la GB INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE S.R.L. ha stipulato ai sensi dell'art. 1891 C.C. con AXA France Vie e AXA France IARD (di seguito congiuntamente "AXA") una polizza collettiva di assicurazione a cui possono aderire i clienti persone fisiche della GB INTERMEDIAZIONI ASSICURATIVE S.R.L., o delle sue partecipate o controllate.

<input type="checkbox"/> Opzione 1
Riservata a Tutti gli Assicurati
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte

RICHIESTA DI ADESIONE

B) Assicurazione Invalidità Totale Permanente derivante da Infortunio o Malattia	
Importo assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro
Premio annuale	Euro

<input type="checkbox"/> Opzione 2	
Riservata ai soli Lavoratori Autonomi, Lavoratori Dipendenti di Azienda Pubblica e Lavoratori Dipendenti di Azienda Privata con un contratto a tempo determinato	
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte	
B) Assicurazione Invalidità Totale Permanente derivante da Infortunio o Malattia	
C) Assicurazione Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia	
Importo assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro
Premio annuale	Euro

<input type="checkbox"/> Opzione 3	
Riservata ai soli Non Lavoratori	
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte	
B) Assicurazione Invalidità Totale Permanente derivante da Infortunio o Malattia	
E) Assicurazione Ricovero Ospedaliero	
Importo assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro
Premio annuale	Euro

<input type="checkbox"/> Opzione 4	
Riservata ai soli Lavoratori Dipendenti di Azienda Privata con contratto a tempo indeterminato	
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte	
B) Assicurazione Invalidità Totale Permanente derivante da Infortunio o Malattia	
D) Assicurazione Perdita d'Impiego	
Importo assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro
Premio annuale	Euro

CHIEDO/IAMO (in caso di più soggetti futuri Assicurati) che la copertura assicurativa di cui al presente modulo, se non indicata le relativa quota percentuale, **venga attribuita pro quota in parti uguali a tutti gli Assicurati.**

Luogo e Data	
FIRMA DELL'ASSICURATO 1	FIRMA DELL'ASSICURATO 2

SCELTA BENEFICIARI GARANZIA DECESSO ADERENTE/ASSICURATO N. 1

AVVERTENZE

- L'Aderente/Assicurato può scegliere se designare nominativamente i beneficiari o se designare genericamente come beneficiari i propri eredi legittimi e/o testamentari. **In caso di mancata designazione nominativa, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari;**
- la modifica o revoca del/i beneficiario/i deve essere comunicata alla Compagnia in forma scritta.

Io sottoscritto Aderente/Assicurato, in riferimento alla garanzia Decesso, (barrare una casella alternativamente e, nel caso di indicazione nominativa dei beneficiari, compilare i relativi campi):

RICHIESTA DI ADESIONE

DESIGNO NOMINATIVAMENTE IL/I SEGUENTE/I SOGGETTO/I QUALE BENEFICIARIO/I DELLA PRESTAZIONE

BENEFICIARIO NOMINATO N. 1

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo / Sede Legale _____

Telefono _____ E-mail _____

Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato

Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) Altro

BENEFICIARIO NOMINATO N. 2

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo / Sede Legale _____

Telefono _____ E-mail _____

Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato

Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) Altro

DESIGNO GENERICAMENTE QUALI BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE I MIEI EREDI (LEGITTIMI E/O TESTAMENTARI)

DESIGNO QUALE BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE L'ADERENTE/ASSICURATO N. 2 (opzione selezionabile solo in caso di 2 Assicurati)

INDICAZIONE REFERENTE TERZO (opzionale)

In caso di specifiche esigenze di riservatezza, l'Aderente/Assicurato può indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal beneficiario) a cui la Compagnia di assicurazione potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____

Indirizzo / Sede Legale _____

Telefono _____ E-mail _____

AVVERTENZA: l'Aderente/Assicurato assume l'onere di consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali prevista dalla normativa vigente (Regolamento UE 2016/679), al soggetto a cui si riferiscono i dati comunicati alla Compagnia.

Luogo e Data

FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO n. 1

SCELTA BENEFICIARI GARANZIA DECESSO ADERENTE/ASSICURATO N. 2

AVVERTENZE

- L'Aderente/Assicurato può scegliere se designare nominativamente i beneficiari o se designare genericamente come beneficiari i propri eredi legittimi e/o testamentari. **In caso di mancata designazione nominativa, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari;**
- la modifica o revoca del/i beneficiario/i deve essere comunicata alla Compagnia in forma scritta.

Io sottoscritto Aderente/Assicurato, in riferimento alla garanzia Decesso, (*barrare una casella alternativamente e, nel caso di indicazione nominativa dei beneficiari, compilare i relativi campi*):

DESIGNO NOMINATIVAMENTE IL/I SEGUENTE/I SOGGETTO/I QUALE BENEFICIARIO/I DELLA PRESTAZIONE

BENEFICIARIO NOMINATO N. 1

Cognome e Nome / Ragione Sociale _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo / Sede Legale _____

RICHIESTA DI ADESIONE

Telefono _____ E-mail _____
Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato
<input type="checkbox"/> Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) <input type="checkbox"/> Altro
BENEFICIARIO NOMINATO N. 2
Cognome e Nome / Ragione Sociale _____
Codice Fiscale _____
Indirizzo / Sede Legale _____
Telefono _____ E-mail _____
Relazione del Beneficiario con l'Aderente/Assicurato
<input type="checkbox"/> Nucleo familiare (rapporto di parentela, coniugio, unione civile, convivenza more uxorio) <input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> DESIGNO GENERICAMENTE QUALI BENEFICIARI DELLA PRESTAZIONE I MIEI EREDI (LEGITTIMI E/O TESTAMENTARI)
<input type="checkbox"/> DESIGNO QUALE BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE L'ADERENTE/ASSICURATO N. 1 (opzione selezionabile solo in caso di 2 Assicurati)
INDICAZIONE REFERENTE TERZO (opzionale)
In caso di specifiche esigenze di riservatezza, potrà indicare il nominativo ed i dati di recapito (incluso email e/o telefono) di un soggetto terzo (diverso dal beneficiario) a cui la Compagnia di assicurazione potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.
Cognome e Nome / Ragione Sociale _____
Indirizzo / Sede Legale _____
Telefono _____ E-mail _____
AVVERTENZA: l'Aderente/Assicurato assume l'onere di consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali prevista dalla normativa vigente (Regolamento UE 2016/679), al soggetto a cui si riferiscono i dati comunicati alla Compagnia.
Luogo e Data _____
FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO N. 2

REVOCA DELLA RICHIESTA DI ADESIONE E DIRITTO DI RECESSO DAL CONTRATTO

La richiesta di adesione è sempre revocabile dall'Aderente/Assicurato.

L'Aderente/Assicurato ha diritto di recedere:

- dalle coperture assicurative relative alla propria Adesione entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza, con restituzione del Premio pagato (al netto delle imposte);
- annualmente dalle coperture danni, con preavviso di 60 (sessanta) giorni dalla scadenza della annualità, con restituzione del Premio pagato e non goduto (al netto delle imposte).

Il Recesso deve essere comunicato per iscritto alla Compagnia, o eventualmente per il tramite della filiale della Contraente presso la quale è stata sottoscritta la Richiesta di Adesione, mediante lettera raccomandata contenente gli estremi identificativi della Polizza, ed inviata a: AXA France Vie ed AXA France IARD, Piazzale Biancamano 8, 20121 Milano.

PERIODICITA' E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Periodicità di pagamento del Premio	<ul style="list-style-type: none">• Premio unico anticipato
Mezzi di Pagamento del Premio	<ul style="list-style-type: none">• Bonifico bancario o altra modalità

AVVERTENZA – Si informa l'Assicurato del diritto di ricevere il set informativo precontrattuale della Polizza Collettiva n.4942, nei limiti e con le modalità di cui alla regolamentazione sulla distribuzione assicurativa.

DICHIARAZIONI DI ADESIONE FACOLTATIVA ALLE POLIZZE COLLETTIVE DEL/GLI ASSICURATO/I: PRESO ATTO

- che la "Banca" ha richiesto, per conto dei propri Clienti e secondo l'opzione prescelta, ad AXA France Vie una copertura assicurativa per il caso di Decesso e Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Temporanea e Totale, Ricovero Ospedaliero, e ad AXA France Iard una copertura assicurativa in caso di Perdita d'impiego;

RICHIESTA DI ADESIONE

- che le suddette garanzie si riferiscono alla Polizza Collettiva n. 4942 che la Banca ha stipulato con AXA France Vie e AXA France Iard;
- che le suddette garanzie abbinata al Prestito sopra indicato richiesto alla “Banca” sono finalizzate a consentire che, in caso si verifichi un evento coperto dalle medesime garanzie, sia erogata la prestazione prevista in base ai criteri indicati nelle Condizioni di Assicurazione;
- che l’efficacia della copertura assicurativa è condizionata all’erogazione/esistenza di un Prestito, oltre che all’avvenuto pagamento del Premio e decorre dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza e termina alla data di scadenza del Prestito o negli altri casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione. La piena efficacia della copertura assicurativa è in ogni caso subordinata:
 - alla sottoscrizione del “QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO”, di seguito riportato; ovvero
 - alla sottoscrizione dell’eventuale “QUESTIONARIO ANAMNESTICO” e/o all’accertamento delle condizioni di salute dell’Assicurato, tramite la richiesta di ulteriore documentazione sanitaria. In tali casi l’accettazione della copertura è riservata alla Compagnia ed il pagamento del Premio verrà effettuato qualora la Compagnia abbia comunicato l’accettazione del rischio.

DICHIARO/IAMO

- che tutte le dichiarazioni e risposte contenute nella presente Richiesta di Adesione sono complete ed esatte;
- di non aver compiuto 65 anni;
- di **aderire**, in qualità di Aderente, alla Polizza Collettiva suindicata, che prevede il versamento di un Premio il cui ammontare lordo totale è di Euro _____ = (euro _____)

L’Assicurato dichiara di NON avere in corso con AXA France Vie e/o AXA France Iard altre coperture assicurative per le medesime garanzie coperte dalla presente Polizza Collettiva.

DICHIARO/IAMO CHE

- sono consapevole che l’Adesione alla Polizza è facoltativa;
- sono consapevole della facoltà di ricercare sul mercato prodotti analoghi;
- il prodotto corrisponde alle esigenze dell’Aderente di tutelarsi a fronte degli eventi che potrebbero colpire i soggetti assicurati

DICHIARO/IAMO ALTRESI’ di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della presente Richiesta di Adesione, in formato cartaceo, la seguente documentazione pre-contrattuale e contrattuale della Polizza Collettiva. n. 4942 e di averne preso piena visione:

- Allegati 3 e 4 di cui al Regolamento IVASS n. 40/2018: “Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento degli intermediari nei confronti dei contraenti” e “Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, della conclusione del contratto”;
- Set Informativo comprensivo di: DIP Danni (Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni), DIP Vita (Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d’investimento assicurativi); DIP Aggiuntivo Multirischi (Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi), di cui al Regolamento IVASS n. 41/2018;
 - Condizioni di Assicurazione (comprensive di Glossario);
 - Richiesta di Adesione (fac-simile).

DICHIARO di aver LETTO, COMPRESO ed ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.

Con l’apposizione della firma in calce, DICHIARO/IAMO di voler aderire alla Polizza Collettiva n. 4942 “CPI Prestiti” e di voler attivare la copertura assicurativa (a seconda dell’Opzione da me/noi scelta), accettando integralmente le condizioni di assicurazione contenute nel Fascicolo Informativo

Luogo e Data	
FIRMA DELL’ASSICURATO 1	FIRMA DELL’ASSICURATO 2

RICHIESTA DI ADESIONE

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

Dichiaro/iamo di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli Articoli del Codice Civile: 1341: Condizioni Generali di Contratto e 1342: Contratto concluso mediante moduli e formulari - le Clausole Vessatorie e il disposto dei seguenti articoli: Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio – Durata della Copertura – Effetto - Decorrenza delle Coperture Assicurate - Denuncia di sinistro - Cessione dei Diritti - Foro Competente – Controversie – Prestazioni Assicurate - Esclusioni

Luogo e Data	
FIRMA DELL'ASSICURATO 1	FIRMA DELL'ASSICURATO 2

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto, dopo aver letto l'Informativa Privacy delle compagnie Titolari del Trattamento redatta ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali), sopra riportata, 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, per le finalità indicate nell'informativa. Resta inteso che in caso di negazione del consenso non sarà possibile finalizzare il rapporto contrattuale.

FIRMA DELL'ADERENTE/ASSICURATO (interessato al Trattamento)

COSTI GRAVANTI SUL CONTRATTO

Sul Premio vengono applicati i seguenti costi:

Costi effettivamente sostenuti sul Premio	Quota parte sui costi effettivamente percepita per l'intermediazione
Euro _____	Euro _____

AVVERTENZA

In caso di estinzione anticipata del Prestito, la Compagnia tratterà dall'importo dovuto le spese amministrative effettivamente sostenute per il rimborso del Premio pari a Euro 50,00.

AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO E QUESTIONARIO ANAMNESTICO (OVE PREVISTO)

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per l'Adesione possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

QUESTIONARIO MEDICO (da compilarsi a cura del Richiedente)		Fare una croce nella casella del SI o del NO
1.	Lei é 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 é attualmente colpito da infermità, invalidità o malattia cronica	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

RICHIESTA DI ADESIONE

3. Lei é 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 NO
4. Lei é 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, calcoli vescicali o biliari | 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"/> |
| Cataratta, glaucoma, disturbo retina, otite media, empiema | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Miomi uterini, endometriosi, cisti ovariche, mastopatia | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Reumatismi, 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 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 RICHIEDENTE

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita ____/____/____

Data ____/____/____ Firma (per esteso e ben leggibile) _____

QUESTIONARIO ANAMNESTICO – POLIZZA N° 4942

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 ovvero</p> <p>b) direttamente dall'Aderente/Assicurato, 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 AXA France Vie, AXA France IARD, Piazzale Biancamano 8- 20121 Milano MI" ovvero tramite ogni mezzo a Suo piacimento, purché idoneo ad assicurare la riservatezza delle informazioni oggetto di comunicazione.</p> <p>IMPORTANTE - In ogni caso, il Questionario Anamnestico Completo deve essere fatto pervenire alla Compagnia di assicurazione AXA FRANCE VIE sempre unitamente al Modulo di Richiesta di Adesione compilato e sottoscritto dall'Aderente/Assicurato 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.</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 dall'Aderente/Assicurato 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, l'Aderente/Assicurato 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? Per quale motivo?
3 E' sottoposto attualmente ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? Da quando? Trattamento e posologia.....
4 E' colpito da una malattia cronica, da infermità, invalidità o da postumi di una malattia o di un infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Di quale natura? Da quando?
5 E' titolare di una pensione per malattia o infortunio? E' titolare di una rendita per infortunio sul lavoro superiore al 15%?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? Percentuale(i)?% Da quando? (allegare copia della notifica di rendita)
6 Gode dell'esonero dal ticket a causa di una malattia o di un infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? Da quando?
7 Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere il lavoro per più di 30 giorni consecutivi per malattia o infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? Quando? Per quanto tempo?
8 Ha subito un test di individuazione sierologica che si sia rivelato positivo per le sierologie Epatite B, C e/o: HIV (virus dell'immunodeficienza umana) ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Quale(i)? Quando? Risultato? Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/>
9 Nel corso degli ultimi 10 anni è stato sottoposto ad un trattamento medico per le seguenti affezioni : • Angina, infarto, valvulopatia, disturbi cardiaci congeniti, aritmie cardiache (pacemaker incluso), ipertensione arteriosa • Ictus cerebrale, emorragia cerebrale, infarto celebrale, emorragia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? Quando? Durata?

RICHIESTA DI ADESIONE

subaracnoidea, , nevrosi, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, alcolismo • Asma, bronchite cronica, enfisema, tubercolosi polmonare, pneumoconiosi • Ulcera duodenale o gastrica, colite ulcerosa (Crohn) pancreatite • Epatite B, C cirrosi epatica, disordini delle funzioni del fegato, calcoli vescicali o biliari • Insufficienza renale, cisti renali, calcoli renali, disturbi alla prostata • Cataratta, glaucoma, disturbo retina, otite media, empiema • Miomi uterini, endometriosi, cisti ovariche, mastopatia • Reumatismi, anemia, porpora, ipotiroidismo, ipertiroidismo • Diabete, insulino-dipendente e non insulino-dipendente • Cancro o tumori maligni di qualsiasi natura • Altre patologie non ricomprese nell'elenco di cui sopra	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
10 Negli ultimi 10 anni é stato ricoverato in un ospedale, una clinica o una casa di cura per un motivo diverso 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?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? Quando? Per quanto tempo?
11 E' stato informato che nel corso dei prossimi 12 mesi, dovrà: - fare una TAC, risonanza magnetica, esami in ospedale? - essere ricoverato? - subire un intervento chirurgico? - seguire un trattamento medico?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? Quando?

QUADRO RISERVATO AL RICHIEDENTE	QUADRO RISERVATO AL MEDICO DI FIDUCIA	
Nome: _____ Cognome: _____ <hr/> Luogo: Data: __/__/____ Letto ed approvato, _____ (Il Richiedente, firma per esteso e leggibile)	Nome: _____ Cognome: _____ <hr/> Luogo: Data: __/__/____	TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO Letto ed approvato, (Il Medico, firma per esteso e leggibile)

NOTA INFORMATIVA PRIVACY

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.

AVVERTENZA PRELIMINARE - La presente Informativa viene resa dalle compagnie assicurative (Titolari del Trattamento) anche nell'interesse degli altri titolari del trattamento nell'ambito della c.d. catena assicurativa.

1. IDENTITA' E DATI DI CONTATTO DELLE COMPAGNIE TITOLARI DEL TRATTAMENTO

Titolare del Trattamento dei dati è, per quanto di propria competenza, la compagnia assicurativa che presta le garanzie previste dal contratto di assicurazione, come indicato nella documentazione contrattuale, e cioè:

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.

AXA FRANCE IARD iscritta al registro di commercio delle Imprese di Nanterre n°722 057 460 con sede legale al 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Francia.

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) delle compagnie Titolari del Trattamento scrivendo ai Titolari (sopra indicati) ai seguenti contatti:

- per posta: - Att.ne del Data Protection Officer - Corso Como n. 17 – 20154 MILANO
- per e-mail: 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 e alla gestione dei reclami, 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 le compagnie Titolari del Trattamento sono autorizzate, 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.

Non è richiesto il consenso dell'Interessato per il trattamento dei suoi dati non sensibili strettamente necessari per la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte del Titolare e di terzi a cui tali dati saranno comunicati,

Viceversa il consenso è richiesto per il trattamento dei dati inerenti essenzialmente la salute dell'Interessato e comunque quelli rientranti nell'ambito dei cosiddetti dati sensibili. Il consenso dell'Interessato riguarda quindi il trattamento degli eventuali dati sensibili il cui utilizzo sarà strettamente inerente alla fornitura dei servizi, e/o prodotti assicurativi e/o delle prestazioni citate il cui trattamento è ammesso dalle autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali. Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra l'Interessato ed il Titolare, secondo i casi, i dati personali dell'Interessato possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo o di natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa", in parte anche in funzione meramente organizzativa. Il consenso dell'Interessato riguarda, pertanto, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti.

Senza i dati personali dell'Interessato il Titolare non è in grado di fornire, le prestazioni, i servizi e/o i prodotti assicurativi. Quindi, in relazione a questa specifica finalità, il consenso è il presupposto necessario per lo svolgimento del rapporto assicurativo. Il Titolare potrà, inoltre, utilizzare i dati di recapito dell'Interessato per inviare comunicazioni di servizio strumentali per la gestione del rapporto assicurativo.

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

Il trattamento dei dati per ulteriori e diverse finalità, quali ad esempio ricerche di mercato, attività di marketing e profilazione, sarà effettuato solo ed esclusivamente previo libero consenso espresso dell'Interessato, e solo previa idonea informativa resa all'interessato.

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/ 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 delle compagnie Titolari del Trattamento, facenti parte della organizzazione interna delle Titolari, 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 dalle Titolari e sotto la sua autorità.

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

- a) altri soggetti del settore assicurativo (c.d. catena assicurativa), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, broker, agenti ed altri intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione);
- b) professionisti, consulenti, studi o società operanti nell'ambito di rapporti di consulenza e assistenza professionale, quali studi legali, medici di fiducia, periti, consulenti privacy, consulenti antiriciclaggio, consulenti fiscali, consulenti/società antifrode, professionisti/società di recupero crediti, società incaricate del monitoraggio/controllo qualità dell'offerta e collocamento dei contratti di assicurazione, etc.;
- c) soggetti che svolgono attività connesse e strumentali all'esecuzione del contratto di assicurazione e alla gestione e liquidazione del sinistro, quali: attività di stoccaggio, gestione, archiviazione e distruzione della documentazione dei rapporti intrattenuti con la clientela e non; attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela; attività di assistenza alla clientela (es.: call center, help desk); attività di offerta e collocamento a distanza di contratti di assicurazione (call center esterni); attività di assunzione medica del rischio, gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri; attività di amministrazione delle polizze e supporto alla gestione ed incasso dei premi;
- d) organismi associativi consortili propri del settore assicurativo (ANIA) o finanziario, cui le Titolari o gli altri titolari della catena assicurativa sono iscritti;
- e) società del gruppo di appartenenza delle compagnie Titolari del Trattamento o degli altri titolari della catena assicurativa (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge). La comunicazione di dati ed informazioni personali all'interno del Gruppo AXA in tutto il mondo è coperta dalle BCR (Binding Corporate Rules) del Gruppo AXA.
- 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. Eventuali dati sensibili non saranno trasferiti al di fuori dello Spazio economico europeo senza che il cliente sia stato precedentemente informato di tale trasferimento o senza che sia raccolto il consenso del cliente qualora necessario ai sensi di legge.

7. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

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

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'Interessato ha il diritto di chiedere alle Titolari:

- 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.
- e) l'Interessato ha altresì i seguenti diritti nei confronti delle Titolari:
- f) diritto di opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano;
- g) 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 alle Titolari, nonché il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte delle Titolari cui li ha forniti (ai sensi dell'Art. 20 del Regolamento);
- h) 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:

- i. 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 (iii) protocollo@pec.gpdp.it; (iv) fax al numero: 06/696773785.

9. FONTE DA CUI HANNO ORIGINE I DATI PERSONALI

Le compagnie Titolari del Trattamento raccolgono 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 ad eccezione della profilazione obbligatoria per legge ai fini di antiriciclaggio.