

# POLIZZA

## AssicuraCambiano Conto Protetto

(Polizza Collettiva AXA FRANCE VIE n. 1-2019-00004) (mod. VBA-VBB-VBC-VBD-VBE-VBF)

**Adesione facoltativa riservata ai clienti di Banca Cambiano 1884 S.p.A.**

*Per facoltativa si intende che la sottoscrizione della presente assicurazione non è né obbligatoria né richiesta da Banca Cambiano 1884 S.p.A. per ottenere un prodotto bancario/finanziario o per ottenerlo a condizioni diverse*

**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)**
- **MODULO DI ADESIONE (facsimile)**

**Ed inoltre:**

- **Nota informativa Privacy**



**Edizione 04/2021**

507\_SI\_ContoProtetto\_BancaCambiano\_AXA\_0321

**AXA FRANCE VIE** (compagnia assicurativa del gruppo AXA). Indirizzo sede legale in Francia: 313 Terrasses de l'Arche, 92727 NANTERRE CEDEX. Numero Iscrizione Registro delle Imprese di Nanterre: 310499959. Autorizzata in Francia (Stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni, vigilata in Francia dalla Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Numero Matricola Registre des organismes d'assurance: 5020051. // Indirizzo Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano - CF, P.IVA e N.Iscr. Reg. Imprese 08875230016 - REA MI-2525395 - Telefono: 02/87103548 - Fax: 02-23331247 - PEC: axafrancevie@legalmail.it – sito internet: [www.clp.partners.axa/it](http://www.clp.partners.axa/it). Ammessa ad operare in Italia in regime di stabilimento. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco I, nr. I.00149.

**DIP DANNI**

# Assicurazione danni sulla persona

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: AXA France VIE (Rappresentanza Generale per l'Italia)

Autorizzata in Francia (stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni e autorizzata ad operare in Italia in regime di stabilimento.

Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco I, nr. I.00149.

Prodotto: AssicuraCambiano Conto Protetto



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

## CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

È una Polizza Collettiva stipulata da BANCA CAMBIANO 1884 S.p.A. (**Contraente**) per conto dei propri clienti, che in qualità di **Aderenti/Assicurati** possono aderire alla polizza collettiva, su base individuale e facoltativa. Ha la finalità di protezione contro l'accadimento di eventi imprevedibili riconoscendo, in caso di sinistro, il pagamento di una prestazione pari al capitale assicurato come prescelto al momento dell'adesione alla polizza. È un prodotto assicurativo multirischio, che prevede 2 diverse opzioni assicurative. Il presente DIP Danni si riferisce allo specifico pacchetto con presente al suo interno una garanzia di ramo danni.



## Che cosa è assicurato?

### PACCHETTO 2

- ✓ **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia** - Indennizzo pari al Capitale Assicurato al momento dell'adesione.

La Garanzia è prestata congiuntamente alla copertura di ramo vita Decesso.



## Che cosa non è assicurato?

Non è assicurabile:

- ✗ chi non sia residente in Italia;
- ✗ chi al momento dell'adesione, abbia un'età inferiore ai 18 anni o un'età superiore ai 70 anni compiuti; chi abbia un'età maggiore ai 75 anni compiuti alla data di scadenza dell'assicurazione;
- ✗ chi non abbia sottoscritto il Questionario Medico predisposto dalla Compagnia, rispondendo "NO" a tutte le domande del questionario;
- ✗ chi non sia cliente e titolare di conto corrente presso la Contraente al momento dell'adesione.



## Ci sono limiti di copertura?

### **Principali esclusioni garanzia Invalidità Totale Permanente**

- ! Tentativo di suicidio, atti di autolesionismo;
- ! Partecipazione dell'Assicurato in giochi, corse, scommesse o competizioni sportive a livello professionistico;
- ! Rischi derivanti da viaggio aereo, salvo che l'Assicurato sia un passeggero o un membro dell'equipaggio che paga regolare tariffa di viaggio su un tragitto regolare gestito da una compagnia aerea autorizzata;
- ! Sport aerei relativi a gare, manifestazioni, acrobazie, incursioni, tentativi di record, volo su prototipi, prove di volo, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio;
- ! Risse in cui l'Assicurato partecipi attivamente, con esclusione della finalità di legittima difesa, dell'assistenza alle persone in pericolo o dell'adempimento del dovere professionale;
- ! Abuso di alcool o droghe; uso di medicinali non a scopo terapeutico o in modo difforme dalle prescrizioni mediche;
- ! Esposizione deliberata da parte dell'Assicurato a situazioni di pericolo (tranne che nel tentativo di salvare vite umane);
- ! Attività / atti illegali.



## Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo.



## Che obblighi ho?

- **all'adesione alla polizza:** devi compilare accuratamente e sottoscrivere il modulo di adesione; devi compilare accuratamente il questionario medico, e devi rendere dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la risoluzione della polizza.
- **in caso di presentazione di una denuncia 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 pagare un premio annuale per l'intera durata del contratto, sia al momento dell'adesione che in riferimento agli eventuali rinnovi annuali.

Il Premio (relativo a tutte le garanzie come presenti all'interno dello specifico Pacchetto scelto) viene calcolato in funzione dell'importo di Capitale Assicurato e dell'età dell'Aderente/Assicurato in relazione alla prima annualità di contratto nonché agli eventuali rinnovi annuali.

I Premi sono corrisposti con la seguente modalità: addebito diretto su conto corrente dell'Aderente/Assicurato, intrattenuto presso una filiale della Contraente.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura ha effetto, a condizione che l'Aderente/Assicurato sia in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità e sia stato pagato il relativo Premio, dalle ore 24:00 della data di sottoscrizione del Modulo di Adesione o, se successiva, dalla data di pagamento del Premio.

Il contratto ha durata annuale dalla data di decorrenza, ed alla scadenza si rinnova tacitamente di anno in anno.



## Come posso disdire la polizza?

Hai diritto di recedere dal contratto entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione oppure annualmente, con preavviso di almeno 60 giorni rispetto all'annualità in scadenza.

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

**DIP VITA**

# Assicurazione vita di puro rischio sulla persona

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

Impresa: AXA France VIE (Rappresentanza Generale per l'Italia)  
Prodotto: AssicuraCambiano Conto Protetto

Data realizzazione: 01/04/2021  
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 BANCA CAMBIANO 1884 S.p.A. (**Contraente**) per conto dei propri clienti, che in qualità di **Aderenti/Assicurati** possono aderire alla polizza collettiva, su base individuale e facoltativa. Ha la finalità di protezione contro l'accadimento di eventi impreveduti riconoscendo, in caso di sinistro, il pagamento di una prestazione pari al capitale assicurato come prescelto al momento dell'adesione alla polizza. E' un prodotto assicurativo multirischio, che prevede 2 diverse opzioni assicurative. Ciascuna opzione assicurativa prevede l'offerta di una garanzia di ramo vita (cui il presente DIP Vita si riferisce).

	Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?		Che cosa NON è assicurato?
	<p><b>PACCHETTO 1</b></p> <p>✓ <b>Decesso</b> - Indennizzo pari al Capitale Assicurato al momento dell'adesione alla polizza.</p> <p><b>PACCHETTO 2</b></p> <p>✓ <b>Decesso</b> - Indennizzo pari al Capitale Assicurato al momento dell'adesione alla polizza.</p> <p>La garanzia è prestata congiuntamente alla copertura di ramo danni Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia.</p>		<p>Non è assicurabile:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✗ chi non sia residente in Italia;</li> <li>✗ chi al momento dell'adesione, abbia un'età inferiore ai 18 anni o un'età superiore ai 70 anni compiuti; chi abbia un'età maggiore ai 75 anni compiuti alla data di scadenza dell'assicurazione;</li> <li>✗ chi non abbia sottoscritto il Questionario Medico predisposto dalla Compagnia, rispondendo "NO" a tutte le domande del questionario;</li> <li>✗ chi non sia cliente e titolare di conto corrente presso la Contraente al momento dell'adesione.</li> </ul>
			<h3>Ci sono limiti di copertura?</h3> <p><b>Principali esclusioni garanzia Decesso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Suicidio dell'Assicurato nei primi 12 mesi di decorrenza dell'assicurazione;</li> <li>! Atti di autolesionismo;</li> <li>! Esercizio di attività sportive, corse, scommesse o competizioni a livello agonistico</li> <li>! Rischi derivanti da viaggio aereo, salvo che l'Assicurato sia un passeggero o un membro dell'equipaggio che paga regolare tariffa di viaggio su un tragitto regolare gestito da una compagnia aerea autorizzata;</li> <li>! Sport aerei relativi a gare, manifestazioni, acrobazie, incursioni, tentativi di record, volo su prototipi, prove di volo, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio.</li> </ul>



## Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo.



## Che obblighi ho?

- **All'adesione alla polizza:** devi compilare accuratamente e sottoscrivere il modulo di adesione; devi compilare accuratamente il questionario medico e devi rendere dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la risoluzione della polizza.
- **In caso di presentazione di una denuncia 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 pagare un premio annuale per l'intera durata del contratto, sia al momento dell'adesione che in riferimento agli eventuali rinnovi annuali.
  - Il Premio (relativo a tutte le garanzie come presenti all'interno dello specifico Pacchetto scelto) viene calcolato in funzione dell'importo di Capitale Assicurato e dell'età dell'Aderente/Assicurato in relazione alla prima annualità di contratto nonché agli eventuali rinnovi annuali.
- I Premi sono corrisposti con la seguente modalità: addebito diretto su conto corrente dell'Aderente/Assicurato, intrattenuto presso una filiale della Contraente.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

- La copertura ha effetto, a condizione che l'Aderente/Assicurato sia in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità e sia stato pagato il relativo Premio, dalle ore 24:00 della data di sottoscrizione del Modulo di Adesione o, se successiva, dalla data di pagamento del Premio.
- Il contratto ha durata annuale dalla data di decorrenza, ed alla scadenza si rinnova tacitamente di anno in anno.



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

- Hai diritto di recedere dal contratto entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione oppure annualmente, con preavviso di almeno 60 giorni rispetto all'annualità in scadenza.
- 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 vita e danni sulla persona

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

Impresa: AXA France VIE (Rappresentanza Generale per l'Italia)  
Prodotto: AssicuraCambiano Conto Protetto

Data realizzazione: 01/04/2021  
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) e RAMO DANNI (garanzia Invalidità Totale Permanente)

**AXA FRANCE VIE S.A.**, 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](http://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 stabilimento, ed è iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco I, nr. I.00149.

Patrimonio netto di AXA France Vie: 9.384 milioni di euro di cui 487,7 milioni di euro relativi al capitale sociale e 8.896,3 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio (dati aggiornati al 31/12/2019).

Gli indici di solvibilità dell'impresa relativi all'ultimo bilancio approvato, sono pari a 160% e 356%, 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?

### Capitali assicurabili (Ramo vita – Ramo danni)

Puoi scegliere l'ammontare del Capitale Assicurato optando tra una delle seguenti otto possibilità:

	Ammontare del Capitale Assicurato (garanzie Decesso ed Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia)
1	€200.000,00
2	€175.000,00
3	€150.000,00
4	€125.000,00
5	€100.000,00
6	€75.000,00
7	€50.000,00
8	€ 25.000,00



## 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):

- Risse in cui l'Assicurato partecipi attivamente, con esclusione della finalità di legittima difesa, dell'assistenza alle persone in pericolo o dell'adempimento del dovere professionale;
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo, invasioni, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno);
- partecipazione attiva a scioperi, sommosse, tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- conseguenze di atti di natura terroristica commessi attraverso o con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.

### Ramo Danni

Esclusioni garanzia **Invalidità Totale Permanente** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Danni):

- Effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo;
- guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo, invasioni, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno);
- partecipazione attiva a scioperi, sommosse, tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- Conseguenze di atti di natura terroristica commessi attraverso o con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale;
- Lesioni od infortuni che si verifichino durante gare con un veicolo a motore, durante la pratica di sport di combattimento o durante arrampicata su montagna;
- parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- lesioni del disco spinale o radiculopatia: lombalgia, dolore alle spalle, sciatica, neuropatia femorale, neuralgia cervicobrachiale, protrusione del disco, ernia del disco, dolore alla schiena, dolore al collo, coccidia, a meno che tale inabilità non richieda interventi chirurgici durante il periodo di inabilità.

Altre limitazioni garanzia **Invalidità Totale Permanente**:

- il grado percentuale di invalidità permanente dell'Aderente/Assicurato sia pari o superiore al 60% secondo quanto previsto dall'Allegato 1 ("Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA") del D.P.R. 30.6.1965 n° 1124, e così come accertato dalla commissione medica competente ad accertare il grado di invalidità permanente;
- la domanda per il relativo riconoscimento sia stata presentata all'autorità competente entro 12 mesi dalla data della prima constatazione della Malattia o del verificarsi dell'Infortunio che l'hanno provocata.

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?


<p><b>Cosa fare in caso di sinistro</b></p>	<p><b>Denuncia di sinistro:</b> I sinistri vanno denunciati nel più breve tempo possibile, con una delle seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>via posta (anche raccomandata):</b> AXA Partners, Ufficio Sinistri – Corso Como, 17 - 20154 Milano</li> <li>- <b>via e-mail:</b> <a href="mailto:clp.it.sinistri@partners.axa">clp.it.sinistri@partners.axa</a></li> <li>- <b>via fax:</b> 02.23331247</li> <li>- <b>Web</b> (ad eccezione della garanzia Decesso): sito internet <a href="http://clpclaims.com/it">clpclaims.com/it</a></li> </ul> <p>anche utilizzando l'apposito modulo di denuncia sinistro (richiedibile ai contatti sopra indicati), allegando alla denuncia la seguente documentazione (in copia):</p> <p><b>DECESSO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- documento di identità di tutti i Beneficiari designati in vita dall'Assicurato o degli eredi (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale;</li> <li>- certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dal Comune, e certificato necroscopico rilasciato dall'ASL attestante causa iniziale, intermedia e finale del decesso;</li> <li>- relazione medica attestante le cause del decesso;</li> <li>- al fine di permettere alla Società l'esatta identificazione dell'avente o degli aventi diritto all'Indennizzo: (i) Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà, rilasciata di fronte ad un Ufficiale di Stato Civile con</li> </ul>
---	--


	<p>firma autenticata, in cui risulti se l'Assicurato deceduto abbia lasciato testamento o meno, e nel quale siano indicati l'elenco dei suoi eredi, la loro data di nascita e capacità di agire, nonché il loro grado di parentela con l'Assicurato (con la specifica indicazione che tali eredi sono gli unici, e non vi sono altri eredi oltre a quelli indicati); (ii) inoltre, solo se l'Assicurato deceduto ha lasciato testamento: copia autentica del testamento pubblicato</p> <p><i>Inoltre, solo in caso di decesso da infortunio/incidente stradale/omicidio/suicidio</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbale rilasciato dalle Autorità intervenute (polizia, carabinieri, etc.), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le autorità non sono intervenute, con la motivazione), con allegato l'esito degli eventuali esami tossicologici richieste dalle autorità; in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del sinistro</li> </ul> <p><b>INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- documento di identità dell'Aderente/Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale;</li> <li>- relazione Medico-Legale, attestante l'Invalidità e il relativo grado (rilasciata dagli enti preposti)</li> </ul> <p><i>Inoltre, solo in caso di invalidità da infortunio/incidente stradale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbale rilasciato dalle Autorità intervenute (polizia, carabinieri, etc.), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le autorità non sono intervenute, con la motivazione), con allegato l'esito degli eventuali esami tossicologici richieste dalle autorità; in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del sinistro</li> </ul> <p><b>Gestione da parte di altre Imprese:</b> per la gestione dei Sinistri l'Impresa si avvale della società AXA PARTNERS (società del gruppo AXA incaricata di gestire i sinistri in nome e per conto dell'Impresa).</p> <p><b>Prescrizione garanzia Decesso:</b> 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><b>Prescrizione garanzia Invalidità Totale Permanente:</b> 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p> <p><b>Liquidazione delle prestazioni:</b> L'Impresa liquida le prestazioni previste dal contratto entro 30 giorni dalla ricezione della denuncia di sinistro completa di ogni documento.</p>
<p><b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b></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 o del Rapporto di Visita Medica, può rifiutarsi di pagare l'Indennizzo e comunicare il recesso dal contratto.</p>


 <b>Quando e come devo pagare?</b>	
<p><b>Premio</b></p>	<p>Gli importi di premio sono comprensivi di imposte, qualora applicabili.</p>
<p><b>Rimborso</b></p>	<p>Hai diritto al rimborso del primo premio versato (al netto delle imposte applicabili) se recedi dal contratto entro i primi 30 giorni dalla stipula oppure al rimborso della parte di premio pagato e non goduto se recedi annualmente con preavviso di almeno 60 giorni rispetto all'annualità in scadenza.</p>
<p><b>Sconti</b></p>	<p>Né l'Impresa né l'intermediario possono applicare sconti di premio.</p>


 <b>Quando comincia la copertura e quando finisce?</b>	
<p><b>Durata</b></p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita.</p>

<b>Sospensione</b>	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie in corso di contratto.
--------------------	--

 <b>Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?</b>	
<b>Revoca</b>	La richiesta di adesione è sempre revocabile dall'Aderente/Assicurato.
<b>Recesso</b>	In relazione alla facoltà di recesso, non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita e nel DIP Danni.
<b>Risoluzione</b>	Il presente contratto non prevede la risoluzione per la sospensione del pagamento dei Premi.

 <b>A chi è rivolto questo prodotto?</b>	
Questo prodotto assicurativo è dedicato ai clienti (titolari di conto corrente) di BANCA CAMBIANO 1884 S.p.A. che: <ul style="list-style-type: none"> <li>• siano residenti in Italia;</li> <li>• siano di età compresa tra i 18 ed i 70 anni compiuti e sia di età tale per cui, alla data di scadenza dell'assicurazione, non abbiano compiuto i 75 anni di età;</li> <li>• abbiano sottoscritto il Questionario Medico predisposto dall'Impresa, contenuto all'interno del Modulo di Adesione, rispondendo "NO" a tutte le domande del questionario.</li> </ul>	

 <b>Quali costi devo sostenere?</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>costi di intermediazione:</b> 45% del Premio imponibile</li> <li>• <b>costi amministrativi dell'Impresa:</b> 10,5% del Premio Imponibile</li> </ul>	

 <b>Sono previsti riscatti o riduzioni?</b> <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
<b>Valori di riscatto e riduzione</b>	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita.</i>
<b>Richiesta di Informazioni</b>	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita.</i>

<b>COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?</b>	
<b>All'impresa assicuratrice</b>	<p>E' possibile presentare i reclami alle imprese scrivendo alla società AXA PARTNERS (incaricata di gestire i reclami in nome e per conto delle Imprese) ai seguenti recapiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posta cartacea (anche raccomandata a.r.): AXA Partners (Ufficio Reclami) - Corso Como 17 - 20154 Milano</li> <li>• Posta elettronica (e-mail): mail: clp.it.reclami@partners.axa;</li> <li>• Fax: 02.23331247</li> </ul> <p>I reclami devono essere riscontrati nel termine di 45 giorni dalla ricezione</p>
<b>All'IVASS</b>	<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:  La Médiation de l'Assurance  TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09</p>

	O tramite la procedura sul sito web: <a href="https://www.mediation-assurance.org">https://www.mediation-assurance.org</a> , chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b>	
<b>Mediazione</b>	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <b><i>www.giustizia.it</i></b> . (Legge 9/8/2013, n. 98)
<b>Negoziazione assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul>

## REGIME FISCALE

<b>Trattamento fiscale applicabile al contratto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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%.</li> <li>• 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.</li> <li>• Le prestazioni non sono soggette a tassazione.</li> </ul>
---	---

**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, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN TALE DOCUMENTO. 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 RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA, NÉ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.**

# **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

# CONTATTI UTILI

## PER INFORMAZIONI SULLA TUA POLIZZA E SUI SINISTRI



**SERVIZIO CLIENTI DELLA COMPAGNIA: 02 – 87103548**

*(Orari - Da lunedì a giovedì H. 09:00 – 13:00 / 14.00 – 17.00 --- Venerdì H. 09:00 – 13:00)*

## PER DENUNCIARE UN SINISTRO

<b>Posta cartacea</b> (anche raccomandata a.r.)	<b>AXA PARTNERS (Ufficio Sinistri)</b> Corso Como n. 17 – 20154 Milano
<b>Posta elettronica (e-mail)</b>	clp.it.sinistri@partners.axa
<b>Fax</b>	02.23331247

## PER INOLTARE UN RECLAMO

<b>Posta cartacea</b> (anche raccomandata a.r.)	<b>AXA PARTNERS (Ufficio Reclami)</b> Corso Como n. 17 – 20154 Milano
<b>Posta elettronica (e-mail)</b>	clp.it.reclami@partners.axa
<b>Fax</b>	02.23331247

**AXA FRANCE VIE**  
*(Rappresentanza Generale per l'Italia)*



## **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DELLA POLIZZA COLLETTIVA**

# **AssicuraCambiano Conto Protetto**

**Contratto di assicurazione vita e danni sulla persona**

(Polizza Collettiva AXA FRANCE VIE n. 1-2019-00004) - (mod. VBA-VBB-VBC-VBD-VBE-VBF)

**Adesione facoltativa riservata ai clienti della Contraente  
BANCA CAMBIANO 1884 S.p.A.**

*Per facoltativa si intende che la sottoscrizione della presente assicurazione non è né obbligatoria né richiesta da Banca Cambiano 1884 S.p.A. per ottenere un prodotto bancario/finanziario o per ottenerlo a condizioni diverse*

**Data realizzazione: 01/04/2021 (ultima versione disponibile)**



## GLOSSARIO

**I termini impiegati nelle Condizioni di Assicurazione hanno il seguente significato:**

### **Aderente/Assicurato**

La persona fisica, cliente titolare di un conto corrente presso una filiale della Contraente, in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità, sulla quale operano le garanzie assicurative, che aderisce alla Polizza Collettiva su base individuale e facoltativa sottoscrivendo il Modulo di Adesione.

### **Beneficiario**

Il soggetto a cui la Società paga l'Indennizzo.

### **Capitale Assicurato**

L'importo scelto dall'Aderente/Assicurato nel Modulo di Adesione nonchè l'Indennizzo in caso di Sinistro (indennizzabile in base alle Condizioni di Assicurazione) per le garanzie Decesso ed Invalidità Totale Permanente.

### **Contraente/Banca**

Il soggetto che stipula la Polizza Collettiva con la Società nell'interesse dei propri clienti, e che nel presente contratto di assicurazione è Banca Cambiano 1884 S.p.A., con sede legale in 50132 Firenze – Viale Antonio Gramsci 34 – P.Iva e Codice Fiscale 02599341209 – R.E.A. n. FI 648868 – Intermediario Assicurativo iscritto alla Sez. D del RUI – Nr. D000269888.

### **Decesso**

La morte dell'Aderente/Assicurato.

### **Infortunio**

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Sono considerati Infortunio anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie.

### **Invalidità Totale Permanente**

La perdita totale, definitiva ed irrimediabile da parte dell'Aderente/Assicurato della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività lavorativa svolta, conseguenza di Infortunio o Malattia purché indipendenti dalla propria volontà ed oggettivamente accertabili.

L'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia sarà riconosciuta ai fini dell'assicurazione quando:

- i. il grado percentuale di invalidità permanente dell'Aderente/Assicurato sia pari o superiore al 60% secondo quanto previsto dalla tabella INAIL del D.P.R. 30.6.1965 n° 1124, denominata "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA" (Allegato 1 in calce alle Condizioni di Assicurazione), e così come accertato dalla commissione medica competente ad accertare il grado di invalidità permanente;
- ii. la domanda per il relativo riconoscimento sia stata presentata all'autorità competente entro 12 mesi dalla data della prima constatazione della Malattia o del verificarsi dell'Infortunio che l'hanno provocata.

### **IVASS**

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

**Malattia**

L'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

**Modulo di Adesione**

Documento predisposto dalla Società contenente la dichiarazione di adesione alla Polizza Collettiva da parte dell'Aderente/Assicurato. Un facsimile del Modulo di Adesione è contenuto all'interno del presente Set Informativo.

**Pacchetto**

Uno dei pacchetti di garanzie assicurative attivabili dall'Aderente/Assicurato in sede di adesione alla Polizza Collettiva tra i seguenti: PACCHETTO 1 / PACCHETTO 2.

**Polizza Collettiva**

La Polizza Collettiva n. 1-2019-00004 stipulata dalla Contraente con la Società per conto dei propri clienti.

**Premio**

La somma dovuta alla Società in relazione all'assicurazione prestata.

**Questionario Medico**

Questionario costituito da domande a risposta SI/NO sullo stato di salute dell'Aderente/Assicurato che la Società utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione, e le cui risposte sono rese in prima persona dall'Aderente/Assicurato.

**Set Informativo**

L'insieme dei documenti che sono predisposti, consegnati unitariamente al Contraente, prima della sottoscrizione del contratto, e pubblicati nel sito internet dell'impresa, composto da:

1. DIP Vita
2. DIP Danni
3. DIP Aggiuntivo Multirischi
4. Condizioni di Assicurazione, comprensive di Glossario
5. Modulo di Adesione (fac-simile)

**Sinistro**

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

**Società / Compagnia / Impresa**

L'impresa di assicurazione AXA France VIE (Rappresentanza Generale per l'Italia), che presta le garanzie previste dalla Polizza Collettiva in base alle regole della propria autorità di vigilanza.

**CLAUSOLA BROKER**

1. La Contraente dichiara alla Società di avere conferito al Broker VAANCE S.R.L. (il "Broker"), con sede in Via Giacomo Leopardi n. 7, 20123 MILANO, P.Iva e Codice Fiscale 08020190966 – R.E.A. n. MI 1997743 – Intermediario Assicurativo iscritto alla Sez. B del RUI – Nr. B000442767, un mandato di brokeraggio avente ad oggetto il reperimento sul mercato di una compagnia specializzata nel settore delle polizze c.d. "Income Protection" in forma collettiva.

2. La Società AXA France VIE riconosce il ruolo del Broker ai fini della stipula della presente polizza collettiva con la Contraente e, a tal fine, si impegna a remunerare essa stessa il Broker, come da prassi di mercato, riconoscendogli provvigioni di intermediazione calcolati sui premi effettivamente incassati. L'ammontare e le modalità di corresponsione di tale compenso per il Broker saranno oggetto di separato accordo di libera collaborazione tra le parti (la Società ed il Broker).

3. La Contraente si avvarrà del Broker anche per adempiere ad alcuni degli obblighi di cui alla presente Polizza Collettiva, come in essa specificato.

## COSA E' COPERTO DALL'ASSICURAZIONE?

### Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione e delimitazione del rischio assicurato

1. La Contraente stipula la Polizza Collettiva con la Società per conto dei propri clienti, i quali aderiscono alla Polizza Collettiva su base individuale e facoltativa, assumendo – ciascuno – la qualifica di Aderente/Assicurato.

2. L'assicurazione è operante per i seguenti eventi:

#### A. Decesso.

Ai fini della delimitazione del rischio assicurato, per Decesso si intende la morte dell'Aderente/Assicurato.

#### B. Invalidità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia).

Ai fini della delimitazione del rischio assicurato, per Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia si intende la perdita totale, definitiva ed irrimediabile da parte dell'Aderente/Assicurato della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività lavorativa svolta, conseguenza di Infortunio o Malattia purché indipendenti dalla propria volontà ed oggettivamente accertabili.

L'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia sarà riconosciuta ai fini dell'assicurazione quando:

- i. il grado percentuale di invalidità permanente dell'Aderente/Assicurato **sia pari o superiore al 60%** secondo quanto previsto dall'Allegato 1 ("Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA") del D.P.R. 30.6.1965 n° 1124, e così come accertato dalla commissione medica competente ad accertare il grado di invalidità permanente;
- ii. **la domanda per il relativo riconoscimento sia stata presentata all'autorità competente entro 12 mesi dalla data della prima constatazione della Malattia o del verificarsi dell'Infortunio che l'hanno provocata.**

3. Le sopra indicate coperture assicurative potranno essere attivate, da ciascun Aderente/Assicurato, secondo le combinazioni sotto indicate:

	Garanzie prestate	Prestazione in caso di Sinistro
<b>Pacchetto 1</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Decesso</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Capitale Assicurato</li></ul>
<b>Pacchetto 2</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Decesso</li><li>• Invalidità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Capitale Assicurato</li><li>• Capitale Assicurato</li></ul>

4. Le garanzie assicurative di ciascun Pacchetto sono prestate in modo congiunto, come parte di un unico inscindibile pacchetto assicurativo. Non è ammesso il cambio di Pacchetto assicurativo in corso di contratto.

5. L'assicurazione, a condizione che sia pagato alla Società il Premio dovuto, opera esclusivamente nei confronti dell'Aderente/Assicurato identificato nel Modulo di Adesione, che sia in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità di cui al successivo Art. 3. Non è possibile cambiare il soggetto Aderente/Assicurato nel corso della durata dell'assicurazione.

6. In caso di Sinistro occorso nel periodo di durata dell'assicurazione, la Società corrisponderà le prestazioni di cui al successivo Art. 2.

7. Le prestazioni assicurative di ciascun Pacchetto non sono mai cumulabili tra di loro, e pertanto, in riferimento al Pacchetto 2, in caso di liquidazione del Capitale Assicurato per il caso di Invalidità Totale Permanente cesserà automaticamente anche la garanzia Decesso.

8. Si precisa che AXA France VIE presta la garanzia di ramo vita Decesso nonché la garanzia di ramo danni Invalidità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia).

**QUALI SONO LE PRESTAZIONI ASSICURATIVE IN CASO DI SINISTRO ED I LORO MASSIMALI?  
E' POSSIBILE DENUNCIARE PIU' SINISTRI IN CORSO DI CONTRATTO?**

**Art. 2 – Prestazioni in caso di Sinistro – Massimali – Denuncia successiva di Sinistri**

1. La Società, alle condizioni ed entro i limiti di cui alle presenti condizioni di assicurazione, si obbliga a corrispondere le seguenti prestazioni:

- a) In caso di Sinistro per **Decesso**, la Società liquida il **Capitale Assicurato**.
- b) In caso di Sinistro per **Invalidità Totale Permanente**, la Società liquida il **Capitale Assicurato**.

2. L'ammontare del Capitale Assicurato viene scelto dall'Aderente/Assicurato nel Modulo di Adesione, optando tra una delle seguenti possibilità:

Ammontare del Capitale Assicurato
€200.000,00
€175.000,00
€150.000,00
€125.000,00
€100.000,00
€75.000,00
€50.000,00
€25.000,00

**COSA NON E' COPERTO DALL'ASSICURAZIONE?**

**Art. 3 – Esclusioni**

**1. Garanzia Decesso:**

L'assicurazione non opera nei seguenti casi:

- a) Suicidio dell'Assicurato nei primi 12 mesi di decorrenza dell'assicurazione;
- b) Atti di autolesionismo;
- c) Esercizio di attività sportive, corse, scommesse o competizioni a livello agonistico
- d) Rischi derivanti da viaggio aereo, salvo che l'Assicurato sia un passeggero o un membro dell'equipaggio che paga regolare tariffa di viaggio su un tragitto regolare gestito da una compagnia aerea autorizzata;
- e) Sport aerei relativi a gare, manifestazioni, acrobazie, incursioni, tentativi di record, volo su prototipi, prove di volo, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio;
- f) Risse in cui l'Assicurato partecipi attivamente, con esclusione della finalità di legittima difesa, dell'assistenza alle persone in pericolo o dell'adempimento del dovere professionale;
- g) guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo, invasioni, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno);
- h) partecipazione attiva a scioperi, sommosse, tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- i) conseguenze di atti di natura terroristica commessi attraverso o con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.

**2. Garanzia Invalidità Totale Permanente:**

L'assicurazione non opera nei seguenti casi:

- a) Tentativo di suicidio, atti di autolesionismo;
- b) Partecipazione dell'Assicurato in giochi, corse, scommesse o competizioni sportive a livello professionistico;
- c) Rischi derivanti da viaggio aereo, salvo che l'Assicurato sia un passeggero o un membro dell'equipaggio che paga regolare tariffa di viaggio su un tragitto regolare gestito da una compagnia aerea autorizzata;

- d) Sport aerei relativi a gare, manifestazioni, acrobazie, incursioni, tentativi di record, volo su prototipi, prove di volo, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio
- e) Risse in cui l'Assicurato partecipi attivamente, con esclusione della finalità di legittima difesa, dell'assistenza alle persone in pericolo o dell'adempimento del dovere professionale
- f) Abuso di alcool o droghe; uso di medicinali non a scopo terapeutico o in modo difforme dalle prescrizioni mediche;
- g) Esposizione deliberata da parte dell'Assicurato a situazioni di pericolo (tranne che nel tentativo di salvare vite umane);
- h) Attività / atti illegali;
- i) Effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo;
- j) guerra anche non dichiarata, insurrezioni ed atti di terrorismo, invasioni, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno);
- k) partecipazione attiva a scioperi, sommosse, tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- l) Conseguenze di atti di natura terroristica commessi attraverso o con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale;
- m) Lesioni od infortuni che si verifichino durante gare con un veicolo a motore, durante la pratica di sport di combattimento o durante arrampicata su montagna;
- n) parto, gravidanza, aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;
- o) lesioni del disco spinale o radiculopatia: lombalgia, dolore alle spalle, sciatica, neuropatia femorale, neuralgia cervicobrachiale, protrusione del disco, ernia del disco, dolore alla schiena, dolore al collo, coccidia, a meno che tale inabilità non richieda interventi chirurgici durante il periodo di inabilità.

#### COME SI ADERISCE ALLA POLIZZA COLLETTIVA?

#### Art. 4 – Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e perfezionamento del contratto

1. L'adesione alla Polizza Collettiva avviene mediante sottoscrizione – da parte dell'Aderente/Assicurato – di un Modulo di Adesione, redatto in duplice copia (copia Aderente/Assicurato e copia Contraente/Società).
2. Il contratto di assicurazione si intende comunque perfezionato solo **a condizione che il Premio sia stato pagato dall'Aderente/Assicurato**. Il Modulo di Adesione, se il Premio è stato pagato, ha altresì valore di Certificato di Polizza.
3. Fermo quanto sopra, la Contraente, nella propria qualità di intermediario assicurativo, è tenuto ad acquisire da ciascun Aderente, in fase precontrattuale, ogni informazione utile a valutare la coerenza del contratto in relazione alle esigenze assicurative di quest'ultimo, mediante utilizzo di un apposito questionario.
4. **La Società, mediante apposita comunicazione scritta inviata all'Aderente/Assicurato, potrà altresì in ogni momento sospendere l'entrata in vigore dell'assicurazione, qualora necessario per adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela in materia di antiriciclaggio ed antiterrorismo (ai sensi del D. Lgs. n. 231/2007 e della relativa normativa secondaria emanata da IVASS), riservandosi il diritto di non eseguire il rapporto assicurativo. Resta inteso che, qualora l'Aderente / Assicurato sia una PEP (Persona Politicamente Esposta), la copertura assicurativa si intenderà sempre automaticamente sospesa ed inizierà a decorrere solo a seguito di conferma scritta della Società, salvo che la Società decida di astenersi dalla instaurazione del rapporto.**

#### CHI PUO' ADERIRE ALLA POLIZZA COLLETTIVA E DIVENTARE IL SOGGETTO ASSICURATO? QUALI SONO LE MODALITA' ASSUNTIVE DEL RISCHIO?

#### Art. 5 – Persone assicurabili e modalità assuntive del rischio

1. E' assicurabile ciascuna persona fisica che, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione, abbia tutti i seguenti requisiti di assicurabilità:
  - a) sia residente in Italia;

- b) sia cliente di Banca Cambiano 1884 S.p.A.;
- c) sia di età compresa tra i 18 ed i 70 anni compiuti e sia di età tale per cui, alla data di scadenza dell'assicurazione, non abbia compiuto i 75 anni di età;
- d) abbia sottoscritto il Questionario Medico predisposto dalla Società, contenuto all'interno del Modulo di Adesione, rispondendo "NO" a tutte le domande del questionario.

2. La Società accetta sempre automaticamente in copertura tutti gli Aderenti/Assicurati che sottoscrivono il Modulo di Adesione e che sono in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità. In tali casi, l'assicurazione decorre, senza ulteriore formalità alcuna, ed alla condizione che l'Aderente/Assicurato abbia pagato il Premio dovuto, secondo quando previsto al successivo Art. 7.

#### **COME E QUANDO SI PAGA IL PREMIO? QUANTO COSTA L'ASSICURAZIONE?**

##### **Art. 6 – Premio**

1. Ciascun Aderente/Assicurato è tenuto al pagamento di un Premio annuale, sia al momento dell'adesione che in riferimento agli eventuali rinnovi annuali. I Premi sono corrisposti dall'Aderente/Assicurato al Contraente – che li incassa nella propria qualità di intermediario assicurativo e li versa alla Società mediante autorizzazione irrevocabile all'addebito su conto corrente intrattenuto dall'Aderente/Assicurato presso una filiale della Contraente, per tutta la durata del contratto.
2. Il Premio (annuale al momento dell'adesione nonché relativo agli eventuali rinnovi) a carico dell'Aderente/Assicurato (relativo a tutte le garanzie come presenti all'interno dello specifico Pacchetto scelto) viene calcolato dalla Società in funzione dell'importo di Capitale Assicurato e dell'età dell'Aderente/Assicurato in relazione alla prima annualità di contratto nonché agli eventuali rinnovi annuali, come indicato nell'Allegato 1 ("Importi di Premio") delle Condizioni di Assicurazione.
3. L'ammontare del Premio annuale al momento dell'adesione e del Premio annuale di rinnovo è indicato nel Modulo di Adesione.

#### **QUANDO INIZIA, QUANTO DURA, COME SI RINNOVA E QUANDO CESSA L'ASSICURAZIONE?**

##### **Art. 7 – Decorrenza, durata e rinnovo dell'assicurazione – Facoltà di disdetta per entrambe le parti**

1. Per ciascun Aderente/Assicurato l'assicurazione decorre, a condizione che l'Aderente/Assicurato sia in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità e sia stato pagato il relativo Premio, dalle ore 24:00 della data di sottoscrizione del Modulo di Adesione o, se successiva, dalla data di pagamento del Premio.
2. Il contratto ha durata annuale a partire dalla data di decorrenza ed alla scadenza si rinnova tacitamente di anno in anno, per periodi di un anno, salvo disdetta di una delle parti (Aderente/Assicurato o Società) da inviarsi all'altra con preavviso di 60 giorni rispetto alla scadenza del contratto o della annualità di rinnovo. Il contratto si intenderà rinnovato per un ulteriore periodo di un anno, senza soluzione di continuità, qualora l'Aderente/Assicurato versi il Premio annuale di rinnovo entro e non oltre 15 giorni dalla scadenza del contratto. In caso di mancato pagamento del Premio annuale, il contratto si intenderà definitivamente risolto automaticamente.
3. **In nessun caso il contratto potrà essere rinnovato annualmente qualora, alla data di efficacia del rinnovo annuale, l'Aderente/Assicurato abbia già compiuto il 74° anno di età.**
4. La disdetta dei rinnovi annuali del contratto dovrà essere effettuata: (i) dall'Aderente/Assicurato mediante comunicazione scritta inviata al Contraente a mezzo di lettera (anche raccomandata a.r.), all'indirizzo di cui al successivo Art. 8.3; (ii) dalla Società, per il tramite del Contraente, mediante comunicazione scritta inviata all'indirizzo di residenza dell'Aderente/Assicurato.
5. **L'assicurazione cessa comunque, anche prima della sua naturale scadenza:**
  - a) **in caso di liquidazione dell'Indennizzo per Decesso o per Invalidità Totale Permanente (i due Indennizzi non sono mai cumulabili);**
  - b) **in caso di esercizio del diritto di recesso, nei casi di cui all'Art. 8.**

## COME SI PUO' RECEDERE DAL CONTRATTO?

### Art. 8 – Revoca dell'adesione alla Polizza Collettiva – Diritto di recesso dell'Aderente/Assicurato

1. Nella fase che precede l'entrata in vigore della copertura assicurativa (cioè sino alla data di pagamento del Premio), l'Aderente/Assicurato ha sempre facoltà di revocare la propria adesione alla Polizza Collettiva effettuata attraverso la sottoscrizione del Modulo di Adesione, mediante comunicazione scritta a mezzo di lettera (anche raccomandata a.r.).
2. Una volta entrata in vigore l'assicurazione, l'Aderente/Assicurato, nel corso del periodo di durata annuale del contratto, può recedere dal contratto:
  - a) **entro il termine di 30 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione**, mediante comunicazione scritta a mezzo di lettera (anche raccomandata a.r.). In tal caso, l'assicurazione si intende come mai entrata in vigore e la Società provvederà a rimborsare all'Aderente/Assicurato, per il tramite del Contraente, l'importo di Premio eventualmente già versato (al netto delle imposte).
  - b) **annualmente, con preavviso di almeno 60 giorni rispetto all'annualità in scadenza**, mediante comunicazione scritta a mezzo di lettera (anche raccomandata a.r.). In tal caso, tutte le coperture cessano alla successiva scadenza annuale.
3. L'Aderente/Assicurato è tenuto ad esercitare i diritti di recesso di cui alla presente clausola mediante invio di una lettera (anche raccomandata a.r.) indirizzata al Broker al seguente indirizzo: **VAANCE S.r.l., via Leopardi 7, 20123 Milano**.
4. Per gli eventuali rinnovi annuali del contratto successivi al primo vale quanto previsto al precedente Art.7 sulle modalità di disdetta.

## COME SI DENUNCIA UN SINISTRO?

### Art. 9 – Denuncia dei Sinistri

1. In caso di Sinistro, è necessario darne comunicazione scritta alla società AXA PARTNERS (società del gruppo AXA incaricata di gestire i sinistri in nome e per conto della Compagnia) nel più breve tempo possibile. Le denunce di Sinistro vanno inviate con una delle seguenti modalità:

Modalità di denuncia	Recapito
Via Posta (anche raccomandata a/r)	AXA Partners Ufficio Sinistri – Corso Como, 17 - 20154 Milano
Via Fax	02-23331247
Via e-mail	clp.it.sinistri@partners.axa

2. La denuncia di Sinistro può essere effettuata anche utilizzando un apposito modulo di denuncia sinistro messo a disposizione dalla Società; tale modulo è reperibile contattando il Servizio Clienti della Società al numero telefonico 02/87103548, oppure scaricabile dal sito internet della Società (<http://clp.partners.axa/it>).
3. I Beneficiari o l'Aderente/Assicurato, ai fini della liquidazione delle prestazioni, dovranno presentare alla Società la seguente documentazione, IN COPIA:

### Garanzia Decesso

- a) documento di identità di tutti i Beneficiari designati in vita dall'Aderente/Assicurato o degli eredi (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale;
- b) certificato di morte dell'Aderente/Assicurato rilasciato dal Comune, e certificato necroscopico rilasciato dall'ASL attestante causa iniziale, intermedia e finale del decesso;
- c) relazione medica attestante le cause del decesso;
- d) al fine di permettere alla Società l'esatta identificazione dell'avente o degli aventi diritto all'Indennizzo: (i) Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà, rilasciata di fronte ad un Ufficiale di Stato Civile con firma autenticata, in cui risulti se l'Aderente/Assicurato deceduto abbia lasciato testamento o meno, e nel quale siano indicati l'elenco dei suoi eredi, la loro data di nascita e capacità di agire, nonché il loro grado di parentela con l'Aderente/Assicurato (con la specifica indicazione che

tali eredi sono gli unici, e non vi sono altri eredi oltre a quelli indicati); (ii) inoltre, solo se l'Aderente/Assicurato deceduto ha lasciato testamento: copia autentica del testamento pubblicato;  
*Inoltre, solo in caso di decesso da infortunio/incidente stradale/omicidio/suicidio*

- e) Verbale rilasciato dalle Autorità intervenute (polizia, carabinieri, etc.), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le autorità non sono intervenute, con la motivazione), con allegato l'esito degli eventuali esami tossicologici richieste dalle autorità; in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del sinistro.

#### **Garanzia Invalidità Totale Permanente**

- a) documento di identità dell'Aderente/Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale;
- b) relazione Medico-Legale, attestante l'Invalidità e il relativo grado (rilasciata dagli enti preposti);

*Inoltre, solo in caso di invalidità da infortunio / incidente stradale*

- c) Verbale rilasciato dalle Autorità intervenute (polizia, carabinieri, etc.), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le autorità non sono intervenute, con la motivazione), con allegato l'esito degli eventuali esami tossicologici richieste dalle autorità; in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del sinistro.

4. La Società, qualora necessario e rilevante per l'accertamento del diritto all'Indennizzo, potrà altresì richiedere ulteriore documentazione (anche medica) relativa al Sinistro. La Società richiederà inoltre eventuale documentazione necessaria per adempiere ad obblighi di legge (es.: obblighi di adeguata verifica antiriciclaggio; provvedimento di autorizzazione del Giudice Tutelare, che legittimi la ricezione da parte di terzo soggetto, dell'indennizzo spettante ad un erede minorenni o incapace; etc.).

5. In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico che esercita la professione in Italia.

### **A CHI VIENE PAGATO L'INDENNIZZO IN CASO DI SINISTRO?**

#### **Art. 10 – Pagamento dell'Indennizzo – Beneficiario**

1. In caso di Sinistro per Invalidità Totale Permanente la Società – qualora tale Sinistro sia indennizzabile in base alle presenti Condizioni di Assicurazione – liquiderà direttamente all'Aderente/Assicurato (Beneficiario) la prestazione prevista (come indicata a seconda della specifica garanzia all'Art. 2 delle presenti condizioni di assicurazione).

2. In riferimento alla garanzia Decesso, Beneficiario dell'Indennizzo è il soggetto (o i soggetti) designato/i, in forma nominativa o generica, dall'Aderente/Assicurato all'interno del Modulo di Adesione. L'Aderente/Assicurato ha comunque facoltà di modificare il/i Beneficiario/i come designato/i inviando alla Compagnia apposita comunicazione scritta ai recapiti di cui al precedente Art. 9.

3. In caso di specifiche esigenze specifiche di riservatezza, è facoltà dell'Aderente/Assicurato indicare, nel Modulo di Adesione, i dati necessari per l'identificazione di un referente terzo, diverso dal Beneficiario, a cui l'impresa potrà far riferimento in caso di Decesso dell'Aderente/Assicurato. Nel Modulo di Adesione, l'Aderente/Assicurato ha altresì facoltà di escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario, se indicato in forma nominativa, prima dell'evento.

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

- a) dopo che l'Aderente/Assicurato ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, 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.



5. 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.

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

**7. In ogni caso, la Società non potrà procedere alla liquidazione di alcun Indennizzo fintanto che non avrà completato la verifica dei dati sul cliente, sul beneficiario e sugli eventuali esecutori / titolari effettivi, qualora previsto dalla normativa in vigore.**

#### **COSA E' POSSIBILE FARE IN CASO DI CONTROVERSIE DI NATURA MEDICA?**

##### **Art. 11 – Ricorso all'arbitrato per le controversie di natura medica**

1. In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, 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. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Aderente/Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

2. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

3. **Rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente.**

#### **ALTRE NORME GENERALI SUL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

##### **Art. 12 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Nullità**

1. **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.**

2. **Se la Società, in occasione di un Sinistro, viene a conoscenza dell'inesattezza o reticenza delle dichiarazioni rese dall'Assicurato al momento della compilazione del Questionario Medico, può rifiutarsi di pagare l'Indennizzo e comunicare il recesso dal contratto (ai sensi degli Artt. 1892 e 1893 c.c.).**

3. **Il contratto di Assicurazione è nullo nei seguenti casi:**

- a) **se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi dell'Art. 1895 c.c.;**
- b) **se al momento in cui l'assicurazione deve avere inizio, non esiste un interesse dell'Assicurato al risarcimento del danno, come previsto dall'Art. 1904 c.c. (assicurazioni danni);**
- c) **nei casi previsti dall'Art. 1418 c.c.**

##### **Art. 13 – Oneri fiscali**

Le imposte e le tasse relative o discendenti dal contratto di assicurazione sono a carico del soggetto che sostiene l'onere del pagamento del Premio o dei Beneficiari ed aventi diritto, così come previsto dalla normativa fiscale vigente.

##### **Art. 14 – Legislazione applicabile**

Il presente contratto di assicurazione è regolato dalla legge italiana.

#### **Art. 15 – Foro competente**

Per qualsiasi controversia che dovesse sorgere tra, da una parte, la Società e/o la Contraente e, dall'altra parte, l'Aderente/Assicurato, ivi comprese quelle relative alla loro interpretazione, esecuzione, validità e risoluzione, sarà competente in via esclusiva il foro di residenza o domicilio dell'Aderente/Assicurato.

#### **Art. 16 – Prescrizione dei diritti**

1. I diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione si prescrivono:

- a) in dieci anni in riferimento alla garanzia di ramo vita Decesso prestata da AXA France VIE;
- b) in due anni in riferimento alla garanzia di ramo danni Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia prestata da AXA France VIE.

2. I termini di prescrizione decorrono dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda ex art. 2952 c.c. Qualora, entro detti termini, la Società non dovesse ricevere alcuna richiesta dai soggetti legittimati, i diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione non potranno più essere esercitati.

#### **Art. 17 – Clausola sanzione**

**In nessun caso la Società sarà tenuta a prestare coperture assicurative, a liquidare prestazioni assicurative, a pagare indennizzi o qualsiasi altro importo, qualora ciò possa esporre la Società 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.**

#### **Art. 18 – Comunicazioni in corso di contratto**

Tutte le comunicazioni alla Società, con riferimento al presente contratto di assicurazione, dovranno essere fatte dall'Aderente/Assicurato (o dagli aventi diritto) in forma scritta. Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia all'Aderente/Assicurato saranno effettuate via posta cartacea (ai recapiti indicati sul Modulo di Adesione).

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

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

#### **Art. 20 – Servizio Clienti**

##### **SERVIZIO CLIENTI**

L'Aderente/Assicurato o gli aventi causa possono richiedere alla Società informazioni sul presente contratto di assicurazione:

- telefonando al **Numero 02/87103548**, operativo dal lunedì al giovedì dalle ore 09.00 alle ore 13.00 e dalle ore 14.00 alle ore 17.00, ed il venerdì dalle ore 09.00 alle ore 13.00 (festivi esclusi); oppure
- scrivendo una e-mail all'indirizzo *clp.it.sinistri@partners.axa*

## ALLEGATO 1 - IMPORTI DI PREMIO

L'importo del Premio lordo annuale (relativo a tutte le garanzie come presenti all'interno dello specifico Pacchetto scelto) viene calcolato dall'Impresa in funzione dell'importo di Capitale Assicurato e dell'età dell'Aderente/Assicurato in relazione alla prima annualità di contratto nonché agli eventuali rinnovi, come da tabella sotto riportata:

Età	Coperture	Schema	Durata	Ammontare di Premio							
	Età 18 -55	Decesso	VBA	Annuale Rinnovabile	30 €	60 €	90 €	120 €	150 €	180 €	210 €
Decesso e Invalidità Totale Permanente da Infortunio e da Malattia		VBB	Annuale Rinnovabile	36 €	72 €	108 €	144 €	181 €	217 €	253 €	289 €
Età 56 -65	Decesso	VBC	Annuale Rinnovabile	153 €	306 €	459 €	612 €	766 €	919 €	1.072 €	1.225 €
	Decesso e Invalidità Totale Permanente da Infortunio e da Malattia	VBD	Annuale Rinnovabile	184 €	369 €	553 €	738 €	922 €	1.107 €	1.291 €	1.476 €
Età 66-70	Decesso	VBE	Annuale Rinnovabile	228 €	456 €	685 €	913 €	1.141 €	1.369 €	1.598 €	1.826 €
	Decesso e Invalidità Totale Permanente da Infortunio e da Malattia	VBF	Annuale Rinnovabile	275 €	550 €	825 €	1.100 €	1.375 €	1.650 €	1.925 €	2.200 €
Capitale Assicurato per Decesso e Invalidità Totale Permanente da Infortunio e da Malattia				€ 25.000,00	€ 50.000,00	€ 75.000,00	€ 100.000,00	€ 125.000,00	€ 150.000,00	€ 175.000,00	€ 200.000,00

L'importo di Premio a carico dell'Aderente/Assicurato in relazione alla prima annualità di contratto nonché agli eventuali rinnovi seguirà quanto indicato dalla tabella seguente:

	ADESIONI	RINNOVI
	Età dell'Aderente/Assicurato al momento dell'adesione	
1	Fascia di età 18 - 55	fino a 55 anni compiuti: premio per fascia di età 18 - 55
		da 56 anni compiuti a 75 anni compiuti: premio per fascia di età 56 – 65
2	Fascia di età 56 – 65	da 56 anni compiuti a 75 anni compiuti: premio per fascia di età 56 – 65
3	Fascia di età 66 – 70	da 66 anni compiuti a 75 anni compiuti: premio per fascia di età 66 – 70

**MODULO DI ADESIONE**  
*(facsimile)*

**MODULO DI ADESIONE**  
**“AssicuraCambiano Conto Protetto”**

**POLIZZA COLLETTIVA AXA FRANCE VIE n. 1-2019-00004**

**stipulata da Banca Cambiano 1884 S.p.A con AXA France VIE (Rappresentanza Generale per l'Italia)**

*Copertura assicurativa FACOLTATIVA, NON NECESSARIA per ottenere da Banca Cambiano 1884 S.p.A. un prodotto bancario e/o finanziario o per ottenerlo a condizioni diverse*

**Modulo di Adesione / Certificato di Polizza n.** 0000000000

*Il presente Modulo di Adesione, se il Premio è stato pagato, ha altresì valore di Certificato di Polizza.*

Dati identificativi dell'Aderente/Assicurato		
Nome e Cognome	Codice fiscale	
Data di nascita	Comune di nascita	
Comune di residenza	CAP	Prov.
Indirizzo di residenza		
Domicilio (per la corrispondenza – se diverso dalla residenza)		
Telefono	E-mail	
Tipo documento	Rilasciato da	
Nr. documento	Rilasciato il	

Pacchetti e coperture assicurative		
Pacchetti Assicurativi	Garanzie prestate	Prestazione / Indennizzo
<input type="checkbox"/> <b>Pacchetto 1</b>	Decesso	Capitale Assicurato
<input type="checkbox"/> <b>Pacchetto 2</b>	Decesso	Capitale Assicurato
	Invalità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia)	Capitale Assicurato

Durata del contratto
Il presente contratto ha una durata annuale a partire dalla data di sottoscrizione del presente modulo di adesione, o – se successiva – dalla data di pagamento del premio. Alla scadenza, il contratto si rinnova di anno in anno, per periodi di un anno, salvo disdetta di una delle parti (Aderente/Assicurato o Società) da inviarsi all'altra con preavviso di 60 giorni rispetto alla scadenza del contratto o della annualità di rinnovo.

Premio annuale per tutte le garanzie del Pacchetto al momento della sottoscrizione del contratto Informativa sui costi gravanti sul premio	
Importo di premio annuale (Include imposte pari al 2.5% - Garanzia Decesso esente)	€
Informativa costi gravanti sul premio	Provvigioni di intermediazione: 45% Spese Amministrative: 10,5%

Premio per l'eventuale rinnovo annuale per tutte le garanzie del Pacchetto Informativa sui costi gravanti sul premio	
Importo di premio annuale (Include imposte pari al 2.5% - Garanzia Decesso esente)	€ fino a 55 anni di età dell'Aderente/Assicurato
	€ da 56 anni compiuti sino ai 75 anni di età dell'Aderente/Assicurato (valorizzato per adesioni comprese nella fascia di età 18-55) ***
	€ sino ai 75 anni di età dell'Aderente/Assicurato (valorizzato per adesioni comprese nella fascia di età 56-65) ***
	€ sino ai 75 anni di età dell'Aderente/Assicurato (valorizzato per adesioni comprese nella fascia di età 66-70)
Informativa costi gravanti sul premio	Provvigioni di intermediazione: 45% Spese Amministrative: 10,5%

**Informativa sul diritto di revoca dell'adesione e sul diritto di recesso**

Nella fase che precede l'entrata in vigore della copertura assicurativa (cioè sino alla data di pagamento del Premio), l'Aderente/Assicurato ha sempre facoltà di revocare la propria adesione alla Polizza Collettiva effettuata attraverso la sottoscrizione del Modulo di Adesione, mediante comunicazione scritta.

Una volta entrata in vigore l'assicurazione, l'Aderente/Assicurato, nel corso del periodo di durata annuale del contratto, può recedere dal contratto, mediante comunicazione scritta:

- a) **entro il termine di 30 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione.** In tal caso, l'assicurazione si intende come mai entrata in vigore e la Società provvederà a rimborsare all'Aderente/Assicurato, per il tramite della Contraente, l'importo di Premio eventualmente già versato (al netto delle imposte).
- b) **annualmente, con preavviso di almeno 60 giorni rispetto all'annualità in scadenza.** In tal caso, tutte le coperture cessano alla successiva scadenza annuale.

L'Aderente/Assicurato è tenuto ad esercitare i diritti di revoca e di recesso sopra indicati mediante invio di una lettera (anche raccomandata a.r.) al seguente indirizzo: **VAANCE S.r.l. - via Leopardi 7, 20123 Milano.**

**INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE**

**AVVERTENZE SULLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MEDICO**

Per potere aderire alla Polizza Collettiva, ciascun Aderente/Assicurato è tenuto a rispondere alle domande di un Questionario Medico. Si avverte l'Assicurato che:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti compromettono il diritto alla prestazione;
- b) è necessario verificare l'esattezza e la rispondenza a verità delle risposte al Questionario Medico prima della sua sottoscrizione;
- c) anche nei casi non previsti dalla Società, l'Aderente/Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, per certificare lo stato di salute, utilizzando un Rapporto di Visita Medica (per informazioni contattare la Società al numero 02-67371501). Il costo di tale visita medica sarà a suo carico. La Società si riserva il diritto di prestare o meno le coperture assicurative previo esame del Rapporto di Visita Medica.

Sono assicurabili solo i soggetti che rispondono "NO" a tutte le domande incluse nel Questionario Medico. La Società pertanto, anche ai fini dell'art. 1893 2° comma del codice civile, dichiara espressamente che non intende assumere il rischio (nemmeno a diverse condizioni) qualora fosse a conoscenza che l'Assicurato sia affetto anche da una sola delle patologie incluse nel Questionario Medico.

<b>A. Ha ricevuto, negli ultimi 5 anni, una diagnosi o prescrizione di esami, cure, trattamenti, subito interventi chirurgici o assunto farmaci in merito alle seguenti patologie?</b>	<b>Sì</b>	<b>No</b>
1. Ipertensione arteriosa (pressione superiore a 145/90)		
2. Ictus, attacco ischemico transitorio (mini-ictus), emorragia cerebrale		
3. Infarto, cardiopatia ischemica/coronarica, arteriosclerosi		
4. Aritmia cardiaca tale da richiedere un trattamento farmacologico e/o controlli periodici		
5. Qualsiasi forma di neoplasia maligna, inclusi cancro alla pelle (melanoma), leucemie, linfomi, mieloma, tumore del midollo osseo ed inoltre meningioma, nonché cisti o crescita benigna delle meningi all'interno del cervello o della spina dorsale		
6. Immunodeficienza acquisita (AIDS) e qualsiasi altra immunopatologia		
7. Sclerosi laterale amiotrofica, sclerosi multipla, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson e tutte le malattie neurogenerative		
8. Discopatia osteoartrite o artrite infiammatoria estesa ad una o più articolazioni		
9. Broncopneumopatia cronica ostruttiva, l'asma, la sarcoidosi e l'enfisema		
10. Insufficienza renale acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali, pancreatite cronica		
11. Diabete		
12. Cirrosi da qualsiasi causa, epatite B e C e steatosi epatica o qualsiasi epatopatia		
13. Le seguenti Malattie o malformazioni congenite/ereditarie: idrocefalo, pneumopatia fibrocistica, cardiopatie congenite, spina bifida, atresie di organi addominali, trisomie, agenesie renali, malformazioni vascolari endocraniche, malformazioni dell'apparato urinario non corrette chirurgicamente, malformazioni dei grossi vasi		
<b>B. È a conoscenza di essere affetto da una delle malattie di cui al punto A, o di una loro possibile insorgenza, di essere in attesa di risultati di consulti medici, esami medici o ricoveri ospedalieri (o in istituti di cura) sempre in riferimento alle patologie elencate al punto A?</b>		
<b>C. È titolare di una pensione di invalidità o inabilità (parziale o totale) o ha in corso pratiche per il relativo riconoscimento ?</b>		

**DICHIARAZIONE DI RICEZIONE E PRESA VISIONE  
DELL'INFORMATIVA PRE-CONTRATTUALE E CONTRATTUALE**

Io sottoscritto Aderente/Assicurato:

**DICHIARO** di aver ricevuto dall'intermediario Banca Cambiano 1884 S.p.A., in formato cartaceo, la seguente documentazione pre-contrattuale e contrattuale e di averne preso piena visione:

- a) Set Informativo della POLIZZA COLLETTIVA "AssicuraCambiano Conto Protetto" comprensivo di:
- Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), Documento informativo per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi (DIP aggiuntivo Multirischi)
  - Condizioni di Assicurazione (comprensive di Glossario)
  - Modulo di Adesione (fac-simile).
- b) Documentazione precontrattuale del Distributore di cui al Reg. IVASS 40/2018: Allegato 3 (Informativa sul Distributore); Allegato 4 (Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP); solo in caso di offerta fuori sede o nel caso in cui la fase precontrattuale si svolga mediante tecniche di comunicazione a distanza: Allegato 4-ter (Elenco delle regole di comportamento del Distributore).

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'Aderente/Assicurato \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA**

Io sottoscritto Aderente/Assicurato **DICHIARO** di

**ADERIRE**

alla Polizza Collettiva "**AssicuraCambiano Conto Protetto**", in qualità anche di Assicurato, attivando il PACCHETTO indicato nel presente Modulo di Adesione, scegliendo l'ammontare di Capitale Assicurato tra le sotto indicate opzioni,

	Opzione prescelta	Capitale Assicurato
1	<input type="checkbox"/>	€ 200.000,00
2	<input type="checkbox"/>	€ 175.000,00
3	<input type="checkbox"/>	€ 150.000,00
4	<input type="checkbox"/>	€ 125.000,00
5	<input type="checkbox"/>	€ 100.000,00
6	<input type="checkbox"/>	€ 75.000,00
7	<input type="checkbox"/>	€ 50.000,00
8	<input type="checkbox"/>	€ 25.000,00

ed autorizzando contestualmente la Contraente Banca Cambiano 1884 S.p.A. ad addebitarmi i relativi premi mensili sullo stesso conto corrente a me intestato.

Io sottoscritto Aderente/Assicurato **DICHIARO** di **accettare integralmente le Condizioni di Assicurazione contenute all'interno del Set Informativo.**

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'Aderente/Assicurato \_\_\_\_\_

**NOMINA DEI BENEFICIARI PER IL CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO**

**AVVERTENZE**

- Può scegliere se designare nominativamente i beneficiari o se designare genericamente come beneficiari i suoi eredi legittimi e/o testamentari. **In caso di mancata designazione nominativa, l'Impresa 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 all'impresa in forma scritta**

Io sottoscritto Aderente/Assicurato, con la sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, 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/Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale / P.IVA \_\_\_\_\_

Indirizzo/Sede Legale \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

*Relazione del beneficiario con l'Aderente/Assicurato (barrare una casella)*

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

*Barrare la seguente casella se l'Aderente/Assicurato desidera escludere l'invio di comunicazioni da parte dell'Impresa al beneficiario, prima dell'evento Decesso dell'Assicurato*

**BENEFICIARIO NOMINATO N. 2**

Cognome/Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale / P.IVA \_\_\_\_\_

Indirizzo/Sede Legale \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

*Relazione del beneficiario con l'Aderente/Assicurato (barrare una casella)*

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

*Barrare la seguente casella se l'Aderente/Assicurato desidera escludere l'invio di comunicazioni da parte dell'Impresa al beneficiario, prima dell'evento Decesso dell'Assicurato*

**BENEFICIARIO NOMINATO N. 3**

Cognome/Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale / P.IVA \_\_\_\_\_

Indirizzo/Sede Legale \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

*Relazione del beneficiario con l'Aderente/Assicurato (barrare una casella)*

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

*Barrare la seguente casella se l'Aderente/Assicurato desidera escludere l'invio di comunicazioni da parte dell'Impresa al beneficiario, prima dell'evento Decesso dell'Assicurato*

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

**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 potrà rivolgersi in caso di decesso dell'Assicurato al fine di contattare il Beneficiario designato.

Cognome/ Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo / Sede Legale \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

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 679/2016), al soggetto a cui si riferiscono i dati comunicati all'Impresa.

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'Aderente/Assicurato \_\_\_\_\_





--

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Io sottoscritto, dopo aver letto l'Informativa Privacy della compagnia titolare del trattamento redatta ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali), 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.



Data \_\_\_\_\_ Firma dell'Aderente/Assicurato (interessato al trattamento) \_\_\_\_\_

**AXA FRANCE VIE**

*(Rappresentanza Generale per l'Italia)*

**AXA FRANCE VIE** (compagnia assicurativa del gruppo AXA). Indirizzo sede legale in Francia: 313 Terrasses de l'Arche, 92727 NANTERRE CEDEX. Numero Iscrizione Registro delle Imprese di Nanterre: 310499959. Autorizzata in Francia (Stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni, vigilata in Francia dalla Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Numero Matricola Registre des organismes d'assurance: 5020051. // Indirizzo Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano - CF, P.IVA e N.Iscr. Reg. Imprese milano 08875230016 - REA MI-2525395 - Telefono: 02/87103548 - Fax: 02-23331247 - PEC: axafrancevie@legalmail.it – sito internet: www.clp.partners.axa/it. Ammessa ad operare in Italia in regime di stabilimento. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco I, nr. I.00149.

# **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.** Indirizzo Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano – CF, P.IVA e N.Iscr. Reg. Imprese Milano 08875230016 - REA MI-2525395. PEC: axafrancevie@legalmail.it.

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

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

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

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono anzitutto i dipendenti e/o collaboratori 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 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

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia - operanti talvolta anche al di fuori dell'Unione Europea - che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa o gestionale; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. In ogni caso il trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea avverrà sulla base delle ipotesi previste dalla vigente normativa, tra cui l'utilizzo di regole aziendali vincolanti (cd. BCR – Binding Corporate Rules) per i trasferimenti all'interno del Gruppo AXA, l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea per i trasferimenti verso società non appartenenti al Gruppo AXA o la verifica della presenza di un giudizio di adeguatezza del sistema di protezione dei dati personali del Paese importatore dei dati.

## 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 Venezia 11 - 00187 Roma; (ii) e-mail all'indirizzo: [garante@gdpd.it](mailto:garante@gdpd.it), oppure (iii) [protocollo@pec.gdpd.it](mailto:protocollo@pec.gdpd.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.