

DOCUMENTI PRE-CONTRATTUALI

Wopta per te

Vita

Contratto di assicurazione multirischio a protezione della persona Vita, Infortuni e Malattia (cod. schema: 2W1-2W8 / 2M1 – 2M8)

Il presente documento pre-contrattuale include i seguenti:

1. Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)
2. Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni)
3. Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi (DIP aggiuntivo Multirischi)
4. Condizioni di Assicurazione, comprensive di Glossario
5. Informativa sul trattamento dei dati personali - Compagnia

I documenti 1. 2. 3. 4. Costituiscono il SET INFORMATIVO PRECONTRATTUALE predisposto dalla Compagnia

Data ultimo aggiornamento 02/10/2023

wopta

Wopta per te – Vita, è un prodotto assicurativo di AXA France Vie S.A. (compagnia assicurativa del gruppo AXA)
e distribuito da Wopta Assicurazioni S.r.l.



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 S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia)

Prodotto: Wopta per te. Vita

Data Realizzazione: 02/10/2023




Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile




documenti


CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

È un prodotto assicurativo modulare a protezione della persona che prevede la possibilità di acquistare, senza vincoli di combinazioni, una o più delle seguenti garanzie: Decesso (garanzia di ramo vita - cui il presente DIP Vita si riferisce) - Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, Inabilità Totale Temporanea (garanzie di ramo danni, la cui informativa precontrattuale è contenuta nel DIP Danni).

 Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?	 Che cosa NON è assicurato?
<p>✓ Decesso (<u>garanzia attiva se pagato il relativo Premio ed indicata nel Modulo di Polizza</u>) - Prestazione pari al Capitale Assicurato, di ammontare scelto dal Contraente / Assicurato al momento della sottoscrizione del Contratto, tra un minimo di €50.000,00 ed un massimo di €500.000,00.</p>	<p>Non è assicurabile:</p> <ul style="list-style-type: none">✗ chi non è persona fisica residente in Italia;✗ chi non sia di età compresa tra i 18 anni compiuti ed i 74 anni compiuti alla data di perfezionamento del contratto;✗ chi non abbia risposto a tutte le domande contenute all'interno del Questionario Medico e/o abbia compilato il Rapporto di Visita Medica.
	 Ci sono limiti di copertura?
	<p>Principali esclusioni garanzia Decesso</p> <ul style="list-style-type: none">! Suicidio del Contraente / Assicurato nei primi 12 mesi di decorrenza della polizza assicurativa;! Atti di autolesionismo del Contraente / Assicurato;! Pratica da parte del Contraente / Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente (gare e allenamenti compresi);! Uso da parte del Contraente / Assicurato di veicoli o natanti a motore per gare o competizioni sportive (e relative prove).

 Dove vale la copertura?
✓ La copertura vale in tutto il mondo.

 Che obblighi ho?
<ul style="list-style-type: none">● Al momento della sottoscrizione del contratto: devi compilare e sottoscrivere il Questionario per la valutazione delle richieste ed esigenze assicurative e il Modulo di Polizza. Devi rendere inoltre, all'interno del Modulo di Polizza, dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Se non lo fai, puoi compromettere il tuo diritto alla prestazione assicurativa● In caso di presentazione di una denuncia di sinistro: in caso di decesso del Contraente/Assicurato, il Beneficiario deve comunicare per iscritto alla Compagnia il Sinistro nel più breve tempo possibile dal suo accadimento, allegando tutta la documentazione richiesta.

 Quando e come devo pagare?
Sei tenuto a pagare Premi annuali, inclusi i rinnovi, il cui importo totale si riferisce a tutte le coperture come scelte in fase di

attivazione. Il Premio annuale può essere scelto come:

- a) naturale: ovvero Premi di importo crescente anno per anno, in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione.
- b) fisso: ovvero Premi di importo fisso, per ogni garanzia e per tutta la durata della copertura, con durata massima come prevista per ciascuna specifica copertura.

Il primo Premio annuale o la prima rata di Premio deve essere pagata dal Contraente in fase di sottoscrizione del contratto; i successivi Premi annuali devono essere pagati dal Contraente alla scadenza annuale del contratto.

Il pagamento del Premio annuale può essere altresì rateizzato in mensilità.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Fermo il Periodo di Carenza laddove previsto per le singole coperture, l'assicurazione decorre dalle ore 24:00 della data indicata nel Modulo di Polizza, a condizione che l'importo del Premio alla sottoscrizione sia stato pagato e che il Contraente / Assicurato abbia sottoscritto il Modulo di Polizza. La copertura assicurativa ha durata annuale, con tacito rinnovo annuale alla scadenza, per successivi rinnovi di un anno sino ad un massimo di 20 annualità.



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

- Il contratto non prevede la sottoscrizione di una proposta.
- Puoi recedere dal contratto entro il termine di 30 giorni dalla data di perfezionamento dello stesso, con diritto alla restituzione del Premio.
- In mancanza di disdetta inviata con almeno 30 giorni di preavviso prima della scadenza annuale dell'assicurazione, il contratto è tacitamente rinnovato per un ulteriore anno, e così per gli anni successivi (sino ad un massimo di 74 anni di età). È possibile disdettare singolarmente una o più delle coperture attivate in fase di sottoscrizione.
- Il contratto si risolve in caso di mancato pagamento del Premio annuale di rinnovo nel termine di 90 giorni dalla data di scadenza della precedente annualità di copertura.
- Per esercitare i sopra indicati diritti puoi inviare apposita comunicazione scritta a mezzo di lettera raccomandata A.R. al seguente indirizzo: *Wopta Assicurazioni srl – Gestione Portafoglio – Galleria del Corso, 1 – 20122 Milano (MI)* oppure a mezzo posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo woptaassicurazioni@legalmail.it



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 DANNI

Assicurazione danni sulla persona

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

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

Autorizzata in Francia (stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni ed autorizzata ad operare in Italia in regime di libertà di stabilimento. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco I, nr. I.00149.

Prodotto: Wopta per te. Vita



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

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

È un prodotto assicurativo modulare a protezione della persona, che prevede la possibilità di acquistare, senza vincoli di combinazioni, una o più delle seguenti garanzie: Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, Inabilità Totale Temporanea, garanzie di ramo danni - cui il presente DIP Danni si riferisce - e Decesso, garanzia di ramo vita - la cui informativa precontrattuale è contenuta nel DIP Vita).



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia pari o superiore al 60% (garanzia attiva se pagato il relativo Premio ed indicata nel Modulo di Polizza)** (intesa come la perdita totale, definitiva e irrimediabile della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività lavorativa svolta, purché indipendenti dalla propria volontà ed oggettivamente accertabili) - Indennizzo pari al Capitale Assicurato, di ammontare scelto dal Contraente /Assicurato al momento della sottoscrizione del Contratto, tra un minimo di € 50.000,00 ed un massimo di € 500.000,00.
- ✓ **Malattia Grave (garanzia attiva se pagato il relativo Premio ed indicata nel Modulo di Polizza)** (intesa come diagnosi di una delle seguenti Malattie: Cancro, Ictus, Infarto, Chirurgia aorto-coronarica, Insufficienza renale, Trapianto di organi principali) - Indennizzo pari al Capitale Assicurato, di ammontare scelto dal Contraente / Assicurato al momento della sottoscrizione del Contratto, tra un minimo di € 5.000,00 ed un massimo di € 100.000,00.
- ✓ **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (garanzia attiva se pagato il relativo Premio ed indicata nel Modulo di Polizza)** (intesa come perdita totale, in via temporanea e medicalmente accertata e documentata, della capacità del Contraente / Assicurato di svolgere la propria attività lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia; oppure, se non lavoratore, intesa come la perdita temporanea ed in misura totale della capacità del Contraente/Assicurato di attendere ad almeno due delle quattro basilari attività inerenti la vita umana riportate di seguito: nutrirsi, vestirsi, lavarsi, muoversi) - Indennizzo pari a una o più Indennità Mensili Assicurate (pari all'importo scelto in fase di sottoscrizione (da un minimo di € 250 ad un massimo di € 3.000) per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata dello stato di Inabilità.



Che cosa non è assicurato?

Non è assicurabile:

- ✗ chi non è persona fisica residente in Italia;
- ✗ in riferimento alle coperture Invalidità Totale Permanente ed Inabilità Totale Temporanea, chi non sia di età compresa tra i 18 anni compiuti ed i 74 anni compiuti alla data di perfezionamento del contratto;
- ✗ in riferimento alla copertura Malattia Grave, chi non sia di età compresa tra i 18 anni compiuti ed i 64 anni compiuti alla data di perfezionamento del contratto;
- ✗ chi non abbia risposto a tutte le domande contenute all'interno del Questionario Medico e/o abbia compilato il Rapporto di Visita Medica.



Ci sono limiti di copertura?

Principali esclusioni garanzie Invalidità Totale Permanente e Inabilità Totale Temporanea

- ! Infortuni già verificatisi prima della data di decorrenza dell'assicurazione / Malattia già diagnosticata prima della data di sottoscrizione del contratto;
- ! Atti di autolesionismo del Contraente/Assicurato, incluso il tentato suicidio;
- ! Pratica da parte del Contraente/Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente;
- ! Uso da parte del Contraente/Assicurato di veicoli o natanti a motore per gare o competizioni sportive;
- ! Abuso di alcool, farmaci o sostanze stupefacenti.

Principali esclusioni garanzia Malattia Grave

- ! Assunzione di farmaci o narcotici non prescritti dal medico o con modalità diverse da quelle prescritte;
- ! Assunzione di sostanze velenose o tossiche;
- ! Abuso di alcool.



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- **Al momento della sottoscrizione del contratto:** devi compilare e sottoscrivere il Questionario per la valutazione delle richieste ed esigenze assicurative e il Modulo di Polizza. Devi rendere inoltre, all'interno del Modulo di Polizza, dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Se non lo fai, puoi compromettere il tuo diritto alla prestazione assicurativa
- **In caso di presentazione di una denuncia di sinistro:** devi comunicare per iscritto alla Compagnia il Sinistro nel più breve tempo possibile dal suo accadimento, allegando tutta la documentazione richiesta.



Quando e come devo pagare?

Sei tenuto a pagare Premi annuali, inclusi i rinnovi, il cui importo totale si riferisce a tutte le coperture come scelte in fase di attivazione. Il Premio annuale può essere scelto come:

- a) naturale: ovvero Premi di importo crescente anno per anno, in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione.
- b) fisso: ovvero Premi di importo fisso, per ogni garanzia e per tutta la durata della copertura, con durata massima come prevista per ciascuna specifica copertura.

Il primo Premio annuale o la prima rata di Premio deve essere pagata dal Contraente in fase di sottoscrizione del contratto; i successivi Premi annuali devono essere pagati dal Contraente alla scadenza annuale del contratto.

Il pagamento del Premio annuale può essere altresì rateizzato in mensilità.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Fermo il Periodo di Carenza laddove previsto per le singole coperture, l'assicurazione decorre dalle ore 24:00 della data indicata nel Modulo di Polizza, a condizione che l'importo del Premio alla sottoscrizione sia stato pagato e che il Contraente / Assicurato abbia sottoscritto il Modulo di Polizza. La copertura assicurativa ha durata annuale, con tacito rinnovo annuale alla scadenza, per successivi rinnovi di un anno sino ad un massimo di 20 annualità per la copertura Invalidità Totale Permanente e sino ad un massimo di 10 annualità per le coperture Malattia Grave ed Inabilità Totale Temporanea.



Come posso disdire la polizza?

- Puoi recedere dal contratto entro il termine di 30 giorni dalla data di perfezionamento dello stesso, con diritto alla restituzione del Premio.
- In mancanza di disdetta inviata con almeno 30 giorni di preavviso prima della scadenza annuale dell'assicurazione, il contratto è tacitamente rinnovato per un ulteriore anno, e così per gli anni successivi (sino ad un massimo di 74 anni di età – 64 anni per la copertura Malattia Grave). È possibile disdettare singolarmente una o più delle coperture attivate in fase di sottoscrizione.
- Il contratto si risolve in caso di mancato pagamento del Premio annuale di rinnovo nel termine di 90 giorni dalla data di scadenza della precedente annualità di copertura.
- Per esercitare i sopra indicati diritti puoi inviare apposita comunicazione scritta a mezzo di lettera raccomandata A.R. al seguente indirizzo: *Wopta Assicurazioni srl – Gestione Portafoglio – Galleria del Corso, 1 – 20122 Milano (MI)* oppure a mezzo posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo woptaassicurazioni@legalmail.it

DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI

Assicurazione vita e danni sulla persona

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

Impresa: AXA France VIE S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia)

Prodotto: Wopta per te. Vita

Data Realizzazione: 02/10/2023

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 Contraente / Assicurato a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

RAMO VITA (garanzia Decesso) – RAMO DANNI (garanzie Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave, Inabilità Totale Temporanea)

AXA FRANCE VIE S.A. (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. 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.

Patrimonio netto di AXA France Vie: 9.477 milioni di euro di cui 488 milioni di euro relativi al capitale sociale e 8.989 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio (dati aggiornati al 31/12/2022).

Gli indici di solvibilità dell'impresa relativi all'ultimo bilancio approvato, sono pari a 151 % e 336 %, 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?

L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportato ai massimali seguenti.

Ramo vita

- **Decesso:** massimo € 500.000,00

Ramo danni

- **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia:** massimo € 500.000,00
- **Malattia Grave:** massimo € 100.000,00
- **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia:** massimo € 3.000,00 (per Indennità Mensile Assicurata / massimo 12 Indennità Mensili Assicurate per ogni Sinistro; massimo 36 Indennità Mensili Assicurate in totale nell'arco dell'intera durata del contratto, in caso di più Sinistri).



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):

- Pratica da parte dell'Assicurato dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi:

- sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idrosci, sci acrobatico, kite-surfing;
- i seguenti sport aerei: volo su prototipi, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio;
- Partecipazione attiva dell'Assicurato a 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;
- Rischi derivanti da viaggio aereo, salvo che l'Assicurato sia un passeggero che paga regolare tariffa di viaggio, oppure sia un membro dell'equipaggio, su un tragitto regolare gestito da una compagnia aerea autorizzata;
- Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati);
- Effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo;
- Guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari;
- Atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- Conseguenze di atti di natura terroristica commessi con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.

Rami Danni

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

- Pratica da parte dell'Assicurato dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi:
 - sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idrosci, sci acrobatico, kite-surfing;
 - i seguenti sport aerei: volo su prototipi, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio;
- Esposizione deliberata da parte dell'Assicurato a situazioni di pericolo (tranne che nel tentativo di salvare vite umane);
- Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati);
- Effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo;
- Guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari;
- Atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- Conseguenze di atti di natura terroristica commessi attraverso o con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.

Altre limitazioni garanzia **Invalidità Totale Permanente**:

- Successivamente alla liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Totale Permanente, la polizza cessa, con contestuale cessazione di tutte le garanzie operanti al momento della liquidazione del sinistro.

Esclusioni garanzia **Malattia Grave** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Danni):

- **In riferimento a tutte le Malattie Gravi coperte:** partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati); atti di autolesionismo dell'Assicurato, incluso il tentato suicidio; guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari; atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva; conseguenze di atti di natura terroristica commessi attraverso o con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.
- **In riferimento alla Malattia Grave Cancro:** tutti i tumori che sono istologicamente classificati come benigni, in situ, pre-maligno, non invasivo, con malignità borderline o con basso potenziale maligno. Viene coperto il carcinoma mammario in situ con successiva quadrectomia, o mastectomia radicale o radioterapia; tumori della vescica urinaria, trattati solo con procedure endoscopiche, che non hanno invaso lo strato muscolare (Tis e Ta); tumori della pelle ad eccezione del melanoma maligno maggiore di 0.7 mm Breslow e / o istologicamente descritto dalla settima edizione dell'AJCC classificazione TNM maggiore dello stadio T1aN0M0; tutti i tumori della prostata a meno che non siano classificati istologicamente come aventi un punteggio di Gleason maggiore di 6 o che abbiano progredito almeno alla classificazione TNM clinica T2N0M0; tumore della tiroide nelle sue fasi iniziali che misura meno di 2 cm di diametro e istologicamente descritto come T1N0M0 dalla classificazione TNM della settima edizione AJCC; leucemia linfocitica cronica a meno che non sia classificata istologicamente come progredita almeno allo stadio Binet A; qualsiasi stadio CIN (neoplasia intraepiteliale cervicale); qualsiasi tumore maligno in presenza del virus dell'immunodeficienza umana. L'assicurazione non opera inoltre se il Sinistro è conseguenza del mancato rispetto di prescrizioni mediche.
- **In riferimento alla Malattia Grave Attacco cardiaco (infarto del miocardio):** l'infarto miocardico senza sopraslivellamento del tratto ST (NSTEMI) con il solo aumento della Troponina I o T; altre sindromi coronariche acute (ad es. angina pectoris stabile/instabile); l'infarto miocardico silente.
- **In riferimento alla Malattia Grave Ictus:** attacchi ischemici transitori (TIA); danni al tessuto cerebrale causati da ferite al capo; lesioni traumatiche del cervello; morte del tessuto del nervo ottico o della retina / occlusione venosa retinica o neuropatia ischemica ottica anteriore; sintomi neurologici dovuti all'emicrania; infarti lacunari senza deficit neurologico.

Altre limitazioni garanzia **Malattia Grave**:

- È indennizzabile una sola Malattia Grave nel corso della durata dell'assicurazione, rinnovi inclusi. In caso pertanto di liquidazione avvenuta di sinistro per Malattia Grave, tale copertura assicurativa cessa, e non saranno più possibili rinnovi annuali della stessa.
- L'Indennizzo per il caso di Malattia Grave sarà corrisposto qualora l'Assicurato sia in vita decorsi 30 giorni dalla data di diagnosi della Malattia Grave. Nel caso di decesso dell'Assicurato prima del decorso di tale termine di 30 giorni, nessun Indennizzo sarà corrisposto.
- Successivamente alla liquidazione dell'Indennizzo per Malattia Grave, in caso di contestuale presenza della copertura Inabilità Totale Temporanea, quest'ultima cessa a partire dal momento della liquidazione del sinistro per Malattia Grave.
- In caso di presenza contestuale delle garanzie Decesso o Inabilità Totale Permanente, il capitale assicurato scelto per la garanzia Malattia Grave non può superare il 50% del minor importo tra la garanzia Decesso o Inabilità Totale Permanente, a scelta del Contraente/Assicurato in fase di sottoscrizione.

Esclusioni garanzia **Inabilità Totale Temporanea** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Danni):

- pratica da parte dell'Assicurato dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi:
- sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idrosci, sci acrobatico, kite-surfing;
- i seguenti sport aerei: volo su prototipi, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio;
- esposizione deliberata da parte dell'Assicurato a situazioni di pericolo (tranne che nel tentativo di salvare vite umane);
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati);
- effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo;
- interruzioni di lavoro dovute a parto, gravidanza, aborto terapeutico e complicazioni derivanti da tali eventi;
- trattamenti medici non a scopo terapeutico, incluse le applicazioni di carattere estetico e le cure dimagranti, richieste per motivi psicologici o personali (salvo che si tratti di interventi di chirurgia plastica a seguito di un Infortunio occorso durante il periodo di validità della copertura);
- inabilità derivante da nevrosi, stress, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, a meno che l'Assicurato sia stato ricoverato in un ospedale per almeno 15 giorni o sia stato messo sotto tutela o curatela dalle autorità competenti;
- guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari;
- atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'assicurato abbia preso parte attiva;
- conseguenze di atti di natura terroristica commessi attraverso o con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.

Altre limitazioni garanzia **Inabilità Totale Temporanea**:

- Periodo di Riqualificazione che deve intercorrere tra due Sinistri ai fini della indennizzabilità anche del Sinistro successivo: 30 giorni se la causa del Sinistro successivo è diversa da quella del Sinistro precedente, o 90 giorni se la causa del Sinistro è la stessa del sinistro precedente.


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).



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

<p>Cosa fare in caso di sinistro</p>	<p>Denuncia di sinistro: I sinistri vanno denunciati alla società AXA PARTNERS nel più breve tempo possibile, con una delle seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - via posta (anche raccomandata): AXA Partners, Ufficio Sinistri – Corso Como, 17 - 20154 Milano - via e-mail: clp.it.sinistri@partners.axa - via fax: 02.23331247 - Web (ad eccezione della garanzia Decesso): sito internet clpclaims.com/it <p>anche utilizzando l'apposito modulo di denuncia sinistro (richiedibile ai contatti sopra indicati), allegando alla denuncia la seguente documentazione (in copia):</p> <p>DECESSO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - documento di identità di tutti i Beneficiari; - certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dal Comune, e certificato necroscopico rilasciato dall'ASL attestante causa iniziale, intermedia e finale del decesso; - relazione medica attestante le cause del decesso; - al fine di permettere all'Impresa 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'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
---	---

	<p>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"> - 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. <p>INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - documento di identità dell'Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità; - relazione Medico-Legale, attestante l'Invalidità e il relativo grado (rilasciata dagli enti preposti). <p><i>Inoltre, solo in caso di invalidità da infortunio/incidente stradale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>MALATTIA GRAVE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - documento di identità dell'Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità; - cartella clinica, completa di raccordo anamnestico, ove si evidenzia l'origine e la data di insorgenza e di diagnosi della Malattia Grave. In caso di Malattia Grave – Cancro: cartella clinica o documentazione sanitaria (visite, esami, referti diagnostici), completa di raccordo anamnestico / referto istologico, ove si evidenzia l'origine e la data di diagnosi della malattia, nonché lo stadio TNM della malattia neoplastica ove pertinente. <p>INABILITA' TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - documento di identità dell'Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità; - certificato rilasciato dal medico curante o dagli enti preposti (INPS, INAIL) datato recentemente, attestante la causa, la data di inizio e la data dell'eventuale fine del periodo di Inabilità Totale Temporanea; - se l'Assicurato è non lavoratore, certificato rilasciato dal medico curante attestante la perdita temporanea ed in misura totale della capacità dell'Assicurato di attendere ad almeno 2 delle 4 basilari attività inerenti la vita umana riportate di seguito: nutrirsi, vestirsi, lavarsi, muoversi. <p><i>Inoltre, solo in caso di inabilità da infortunio/incidente stradale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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.
	<p>Gestione da parte di altre Imprese: per la gestione dei Sinistri l'Impresa si avvale della società AXA PARTNERS, succursale italiana (società del gruppo AXA incaricata di gestire i sinistri in nome e per conto dell'Impresa).</p>
	<p>Prescrizione garanzia Decesso: 10 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. In caso di omessa richiesta entro detto termine e di prescrizione di tali diritti, la Compagnia provvede al versamento della prestazione al Fondo appositamente istituito dal Ministero dell'Economia e della Finanza, secondo quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modificazioni ed integrazioni.</p>
	<p>Prescrizione garanzie Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave e Inabilità Totale Temporanea: 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p>
	<p>Liquidazione delle prestazioni: L'Impresa liquida le prestazioni previste dal contratto entro 30 giorni dalla ricezione della denuncia di sinistro completa di ogni documento.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Le dichiarazioni del Contraente/Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Tali conseguenze si verificano quando le dichiarazioni inesatte e/o di reticenze siano relative a circostanze tali o per cui la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso alla conclusione del contratto, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, se avesse conosciuto il vero stato delle cose).</p>

 Quando e come devo pagare?	
<p>Premio</p>	<p>Gli importi di Premio sono comprensivi di imposte, qualora applicabili.</p>

Rimborso	Hai diritto al rimborso del Premio se recedi dal contratto entro 30 giorni dalla decorrenza dell'assicurazione (c.d. <i>Periodo di ripensamento</i>): in tal caso, l'assicurazione si intende come mai entrata in vigore e ti sarà rimborsato l'importo di Premio pagato.
Sconti	Né l'Impresa né l'intermediario possono applicare sconti di Premio.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>Per alcune garanzie è previsto il seguente Periodo di Carenza iniziale, durante il quale l'assicurazione non è operante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malattia Grave: 90 giorni. • Inabilità Totale Temporanea (da Malattia): 30 giorni <p>I periodi di Carenza si applicano solo in sede di stipula del contratto. Qualora invece la presente Polizza sia stata emessa in prosecuzione di altra, in essere con la Compagnia e senza soluzione di continuità, riguardante il medesimo Assicurato, gli anzidetti termini operano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dal giorno di effetto della garanzia di cui alla Polizza di cui questa costituisce prosecuzione, per le medesime prestazioni e massimali; - dal giorno di effetto della garanzia di cui alla presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da questa previste. <p>L'assicurazione cessa, prima della sua naturale scadenza, in caso di cessazione di attività del Contraente persona giuridica.</p>
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le coperture assicurative.

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

Revoca	Non prevista.
Recesso	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita.</i>
Risoluzione	Il contratto si risolve in riferimento a tutte le coperture come presenti ed attivate, in caso di mancato pagamento del Premio annuale di rinnovo nel termine di 90 giorni dalla data di scadenza della precedente annualità di copertura.

A chi è rivolto questo prodotto?

Wopta per te. Vita è un prodotto assicurativo multirischio: seconda delle proprie esigenze di protezione, il contraente può scegliere in libertà di acquistare, senza vincoli di combinazioni, una o più delle seguenti garanzie: morte, invalidità totale permanente, malattia grave e inabilità totale temporanea, al fine di proteggere dai sopra indicati rischi se stesso ovvero i soggetti che hanno un ruolo centrale all'interno dell'impresa stessa.

Quali costi devo sostenere?

I seguenti costi gravanti sul Premio sono a tuo carico:

Garanzia Vita e Danni

- costi complessivi di acquisizione e amministrazione del contratto: 10% del Premio imponibile
- provvigioni di intermediazione: 35% del Premio imponibile

Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>È possibile presentare i reclami alle Imprese scrivendo alla società AXA PARTNERS, succursale italiana (incaricata di gestire i reclami in nome e per conto delle Imprese) ai seguenti recapiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posta cartacea (anche raccomandata a.r.): AXA Partners (Ufficio Reclami) - Corso Como 17 - 20154 Milano • Posta elettronica (e-mail): mail: clp.it.reclami@partners.axa
----------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> Fax: 02.23331247 <p>I reclami devono essere riscontrati nel termine di 45 giorni dalla ricezione.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, puoi rivolgerti all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it</p> <p>In alternativa, se sei domiciliato in Italia puoi presentare il reclamo direttamente al sistema estero competente:</p> <p style="text-align: center;">La Médiation de l'Assurance TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09</p> <p>O tramite la procedura sul sito web: https://www.mediation-assurance.org, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET</p>

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none"> Arbitrato Irrituale per le controversie di natura medica, attivabile mediante conferimento di mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

REGIME FISCALE

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

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

Wopta per te Vita

Contratto di assicurazione multirischio a protezione della persona Vita, Infortuni e Malattia

(cod. schema: 2W1-2W8 / 2M1 – 2M8)

Modello AF01.1023

Data ultimo aggiornamento 02/10/2023

Polizza redatta secondo le Linee Guida del Tavolo Tecnico
ANIA – Associazioni Consumatori – Associazioni Intermediari per contratti semplici e chiari



AXA FRANCE VIE S.A. (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: 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.

Wopta per te – Vita, è un prodotto assicurativo di AXA France Vie S.A. (compagnia assicurativa del gruppo AXA)
e distribuito da Wopta Assicurazioni S.r.l.

Presentazione

Gentile Cliente, il presente documento contiene le Condizioni di Assicurazione del prodotto assicurativo "Wopta per te. Vita" della compagnia AXA FRANCE VIE S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia). "Wopta per te. Vita" è un prodotto assicurativo multirischio: seconda delle proprie esigenze di protezione, il contraente può scegliere in libertà di acquistare, senza vincoli di combinazioni, una o più delle seguenti garanzie: Decesso, Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave e Inabilità Totale Temporanea, al fine di proteggere dai sopra indicati rischi sé stesso ovvero i soggetti che hanno un ruolo centrale all'interno dell'impresa stessa.

Prima della sottoscrizione del contratto, ti invitiamo a leggere con attenzione le presenti condizioni contrattuali che, unitamente al DIP Vita, al DIP Danni, ed al DIP Aggiuntivo Multirischi, costituiscono il Set Informativo del prodotto assicurativo.

Le Condizioni di Assicurazione sono redatte secondo le linee guida del tavolo tecnico Ania - Associazioni consumatori - Associazioni intermediari per "Contratti semplici e chiari", e sono suddivise in Sezioni e Capitoli. Per qualsiasi dubbio o richiesta di chiarimenti, prima della sottoscrizione del contratto, rivolgiti all'intermediario assicurativo che ti offre il prodotto, il quale - ti ricordiamo - è comunque tenuto a valutare in fase precontrattuale che il prodotto assicurativo offerto sia coerente con le tue richieste ed esigenze assicurative, facendoti compilare e sottoscrivere un apposito questionario.

Prima della sottoscrizione, hai diritto di ricevere dall'intermediario copia dell'informativa precontrattuale prevista dalla vigente normativa sulla distribuzione assicurativa.

Se decidi di sottoscrivere il contratto, AXA PARTNERS (la società incaricata della gestione del presente contratto in nome e per conto della compagnia assicurativa) sarà a tua completa disposizione per ogni richiesta relativa alla tua polizza, contattabile ai seguenti recapiti:

Contatti utili per informazioni sulla tua polizza, sui Sinistri e reclami relativi al prodotto

NUMERO TELEFONICO: 02 - 87103549

(Orari - Da lunedì a giovedì H. 09:00 - 13:00 / 14:00 - 17:00 --- venerdì H. 09:00 - 13:00)

PER DENUNCIARE UN SINISTRO	
Posta cartacea (anche raccomandata a.r.)	AXA PARTNERS (Ufficio Sinistri) Corso Como n. 17 - 20154 Milano
Posta elettronica (e-mail)	clp.it.sinistri@partners.axa
Fax	02.23331247

PER INOLTARE UN RECLAMO RELATIVAMENTE AL PRODOTTO ASSICURATIVO	
Posta cartacea (anche raccomandata a.r.)	AXA PARTNERS (Ufficio Reclami) Corso Como n. 17 - 20154 Milano
Posta elettronica (e-mail)	clp.it.reclami@partners.axa
Fax	02.23331247

Sommario

Glossario	1
Sezione 1 Norme che regolano il contratto in generale	3
Art 1. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	3
Art 2. Prescrizione dei diritti	3
Art 3. Quando e come pagare il Premio	3
Art 4. Quando comincia la copertura assicurativa / Periodi di Carenza	4
Art 5. Quanto dura la copertura assicurativa e quando finisce / Facoltà di disdetta del Contraente / Cause di cessazione delle garanzie	4
Art 6. Come recedere dal contratto (diritto di ripensamento)	5
Art 7. Dove vale la copertura	5
Art 8. Quali tasse ed imposte sono previste dal contratto	5
Art 9. Attività professionali del Contraente / Assicurato	5
Art 10. Assicurazioni presso diversi assicuratori	5
Art 11. Come si comunica con la Compagnia in corso di contratto	5
Art 12. Quale legge si applica al contratto	5
Art 13. Qual è il foro competente e quali sono i sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	5
Art 14. Rinvio alle norme di legge	6
Sezione 2 Norme che regolano le garanzie	6
Capitolo I – Norme applicabili a tutte le garanzie	6
Art 15. Cosa è assicurato: garanzie e Prestazioni/Indennizzi	6
Art 16. Chi è assicurabile	6
Art 17. Modalità assuntive del rischio	7
Art 18. Cumulo delle Prestazioni e degli Indennizzi	Errore. Il segnalibro non è definito.
Art 19. Clausola sanzione	7
Capitolo II – Garanzia Decesso	8
Art 20. Cosa è assicurato	8
Art 21. Qual è la Prestazione	8
Art 22. Esclusioni	8
Art 23. Chi sono i Beneficiari della Prestazione	8
Capitolo III – Garanzia Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia	9
Art 24. Cosa è assicurato	9
Art 25. Cosa è indennizzato	9
Art 26. Esclusioni	9
Capitolo IV – Malattia Grave	10
Art 27. Cosa è assicurato	10
Art 28. Cosa è indennizzato	11
Art 29. Esclusioni	11
Capitolo V – Garanzia Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia	12
Art 30. Cosa è assicurato	12
Art 31. Cosa è indennizzato	12
Art 32. Massimali	12
Art 33. Periodo di Riqualficazione	12
Art 34. Esclusioni	12
Sezione 3 Norme che regolano i sinistri	13
Art 35. Modalità di denuncia dei Sinistri	13
Art 36. Documentazione da allegare alla denuncia di Sinistro	13
Art 37. Individuazione della data del Sinistro	15
Art 38. Termine per i pagamenti della Compagnia	15
Art 39. Ricorso all'arbitrato per le controversie di natura medica	15
Appendice normativa	16
INFORMATIVA SULLA PRIVACY	20

Glossario

Ai termini indicati, utilizzati nelle Condizioni di Assicurazione, vengono attribuiti i significati che seguono:

Annualità assicurativa	Il periodo di 12 mesi, compreso fra la data di decorrenza e la prima data di scadenza annuale e così successivamente in modo ricorsivo fino alla data ultima di scadenza.
Assicurato	La persona fisica, in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità, per la quale è prestata l'assicurazione ed in riferimento alla quale rileva il verificarsi degli eventi oggetto dell'assicurazione.
Beneficiario	Soggetto (persona fisica o giuridica) designata in polizza dal Contraente, che può coincidere o meno con il Contraente stesso e/o con l'Assicurato, e che riceve la Prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento assicurato
Capitale Assicurato	L'importo che la Compagnia si impegna a pagare al verificarsi degli eventi Decesso, Invalidità Totale Permanente e Malattia Grave, scelto dal Contraente in fase di sottoscrizione del contratto ed indicato nel Modulo di Polizza, in relazione ai singoli capitali assicurati scelti per ciascuna garanzia attivata.
Compagnia / Impresa	AXA FRANCE VIE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano - P.IVA 08875230016 – numero iscrizione Albo delle imprese di assicurazione I.00149, autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, e che presta le garanzie previste dal contratto di assicurazione, con il quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.
Contraente	Soggetto (persona fisica o giuridica) che stipula il contratto di assicurazione, e che è obbligato al pagamento del Premio alla Compagnia.. In caso di Contraente persona giuridica (società di persone / società di capitali), Assicurato è la persona fisica indicata dall'azienda Contraente che ricopre al suo interno un ruolo tra Legale Rappresentante, Amministratore Delegato, Socio, Dirigente, o altro soggetto dipendente che svolga un ruolo chiave (" key-man "). In caso di Contraente ditta individuale / titolari di partita IVA, Assicurato è il titolare di partita IVA – ditta individuale.
Decesso	La morte dell'Assicurato.
DIP Danni	Documento informativo precontrattuale relativo al prodotto assicurativo di ramo danni.
DIP Aggiuntivo Multirischi	Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi (che prevedono cioè garanzie sia di ramo danni sia di ramo vita).
DIP Vita	Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi.
Garanzia Vita	Copertura assicurativa classificata nei rami vita di cui all'Art. 2 comma 1 del D.Lgs. n. 209/2005 (Codice Assicurazioni Private). Nel presente contratto: la garanzia Decesso.
Garanzia Danni	Copertura assicurativa classificata nei rami danni di cui all'Art. 2 comma 3 del D.Lgs. n. 209/2005 (Codice Assicurazioni Private). Nel presente contratto: le garanzie Invalidità Totale Permanente, Malattia Grave ed Inabilità Totale Temporanea.
Inabilità Totale Temporanea da infortunio o Malattia	La perdita totale, in via temporanea e medicalmente accertata e documentata, della capacità dell'Assicurato di svolgere la propria attività lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia. Se l'Assicurato non svolge alcuna attività lavorativa, per Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia si intende la perdita temporanea ed in misura totale della capacità della sua capacità di attendere ad almeno due delle quattro basilari attività inerenti alla vita umana riportate di seguito: nutrirsi, vestirsi, lavarsi, muoversi.
Indennità Mensile Assicurata	L'importo mensile di Indennizzo, indicato nel Modulo di Polizza, che la Compagnia liquida in caso di Sinistro per Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia.
Indennizzo / Prestazione Infortunio	La somma dovuta dalla Compagnia in caso di Sinistro. 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 da Infortunio o Malattia	La perdita totale, definitiva ed irrimediabile da parte dell'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, così come certificata dall'Ente ufficiale preposto al riconoscimento dell'invalidità (INAIL, INPS o altro ente preposto). L'Invalidità Totale Permanente, da Infortunio o Malattia, sarà riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità totale permanente dell'Assicurato sia pari o superiore al 60%.
IVASS	Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo. Per ulteriori informazioni www.ivass.it .
Massimale	La somma massima che la Compagnia paga come Prestazione / Indennizzo o il numero massimo di Indennizzi che la Compagnia paga in caso di Sinistro in riferimento alla garanzia Inabilità Totale Temporanea.
Malattia	L'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
Malattia Grave	Diagnosi accertata medicalmente di una delle seguenti malattie: Cancro, Ictus, Infarto, Chirurgia aorto-coronarica (bypass), Insufficienza renale (fase finale di malattia renale), Trapianto di organi principali (cuore, polmone, fegato, pancreas, rene o midollo osseo) .
Modulo di Polizza	Documento predisposto dalla Compagnia che prova l'assicurazione, unitamente alle appendici di rinnovo annuale successivamente emesse dalla Compagnia. Le appendici di rinnovo annuale costituiscono parte integrante e sostanziale della polizza.
Periodo di Carenza	Il periodo di tempo immediatamente successivo alle ore 24 della data di decorrenza dell'assicurazione durante il quale l'assicurazione non è operante. Se il Sinistro si verifica in tale periodo, la Compagnia non è tenuta al pagamento di alcuna Prestazione o Indennizzo.
Periodo di Franchigia	Periodo di tempo immediatamente successivo al verificarsi di un Sinistro dovuto a Inabilità Totale Temporanea Totale, in relazione al quale, pur in presenza di un Sinistro indennizzabile ai termini del Contratto, non viene riconosciuto alcun Indennizzo.
Periodo di Riqualificazione	Condizione contrattuale che limita la possibilità di denunciare più Sinistri consecutivamente, prevedendo un periodo temporale minimo che deve intercorrere tra un Sinistro e quello successivo per avere diritto anche alla liquidazione di quest'ultimo.
Premio	La somma di denaro, comprensiva di eventuali imposte, dovuta dal Contraente alla Compagnia quale corrispettivo per le garanzie assicurative prestate.
Prescrizione	Estinzione del diritto al percepimento dell'Indennizzo / Prestazione, se non è fatto valere entro i termini di legge.
Questionario Medico	Questionario costituito da domande a risposta SI/NO sullo stato di salute dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione, e le cui risposte sono rese in prima persona dall'Assicurato.
Rapporto di Visita Medica	Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato, che deve essere compilato dal medico dell'Assicurato, atto alla valutazione di assumibilità del rischio da parte della Compagnia.
Set Informativo	L'insieme dei documenti che sono predisposti, consegnati unitariamente al Contraente, prima della sottoscrizione del contratto, e pubblicati nel sito internet della Compagnia, composto da: <ol style="list-style-type: none">1. DIP Vita2. DIP Danni3. DIP Aggiuntivo Multirischi4. Condizioni di Assicurazione, comprensive di Glossario
Sinistro	Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.
Wopta	WOPTA ASSICURAZIONI s.r.l. con sede in Galleria del Corso, 1 – 20143 Milano, P. IVA 12072020964, intermediario assicurativo soggetto alla vigilanza dell'IVASS ed iscritto alla Sezione A del Registro Unico degli Intermediari Assicurativi con numero A000701923, che intermedia il contratto di assicurazione al Contraente.

Sezione 1

Norme che regolano il contratto in generale

AVVERTENZA: Al fine di agevolare la lettura e la comprensione del testo contrattuale, nel rispetto di quanto previsto dal D. Lgs. 209/05, le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono state poste in evidenza e/o indicate con il carattere grafico in grassetto.

Art 1. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

1. Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete.
2. **Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla Prestazione o all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.** Tali conseguenze si verificano quando le dichiarazioni inesatte e/o di reticenze siano relative a circostanze tali o per cui la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso alla conclusione del contratto, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, se avesse conosciuto il vero stato delle cose.
3. In particolare, in riferimento al presente contratto di assicurazione, le informazioni richieste all'Assicurato al momento della sottoscrizione dell'assicurazione inerenti al proprio stato di salute, raccolte nel Modulo di Polizza, risultano essenziali per la Compagnia ai fini della conclusione del contratto.
4. In caso di dichiarazioni inesatte e reticenti rese dal Contraente o dall'Assicurato, la Compagnia può pertanto avvalersi delle disposizioni normative sopra citate.

Art 2. Prescrizione dei diritti

1. **I diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione si prescrivono:**
 - a) **in dieci anni in riferimento alla Garanzia Vita (Decesso);**
 - b) **in due anni in riferimento alle Garanzie Danni (Invalidità Totale Permanente, Inabilità Totale Temporanea, Malattia Grave).**
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 Compagnia non dovesse ricevere alcuna richiesta dai soggetti legittimati, i diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione non possono più essere esercitati.

Art 3. Quando e come pagare il Premio

1. L'assicurazione viene prestata dalla Compagnia dietro versamento, da parte del Contraente, di un Premio per ciascuna annualità di durata del contratto. Secondo quanto indicato nel Modulo di Polizza il Premio può anche essere frazionato mensilmente; in tal caso non sono applicati oneri o interessi di frazionamento.
2. Il Premio annuale può essere scelto come:
 - a) Naturale: ovvero Premi di importo crescente anno per anno, in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione e ad ogni data di scadenza del Premio annuale.
 - b) Fisso: ovvero Premi di importo fisso, per ogni garanzia e per tutta la durata della copertura, con durata massima come prevista per ciascuna specifica copertura.
3. Per ciascuna copertura attivata, l'importo del Premio annuale è indicato nel Modulo di Polizza; in caso di Premio "Naturale", il Premio per garanzia è indicato esclusivamente per il primo anno. Come indicato in Polizza alcune garanzie potrebbero avere durate differenti; quindi, i Premi annuali complessivamente dovuti potrebbero differire anche in caso di Premi "Fissi", riducendosi alla scadenza di una o più delle garanzie. Nel Modulo di Polizza sono pertanto riportati, in ogni caso, i Premi annuali complessivamente dovuti per ogni annualità successiva alla prima.
4. I Premi (sia in riferimento al primo importo di Premio che alle annualità successive) devono essere versati dal Contraente a Wopta con le seguenti modalità:
 - a) ordini di bonifico bancario;
 - b) strumenti di pagamento elettronico, quali ad esempio, carte di credito e/o carte di debito, incluse le carte prepagate.
5. Il primo Premio annuale, o la prima rata di Premio, deve essere pagata dal Contraente in fase di sottoscrizione del contratto.
6. I successivi Premi annuali devono essere pagati dal Contraente al termine di ogni Annualità assicurativa, come indicato in Polizza. A tal fine, in tempo utile prima della scadenza di ogni annualità di durata dell'assicurazione, ed a condizione che il Contraente non abbia disdettato tutte le coperture assicurative attivate o non sia intercorsa una qualsiasi causa di cessazione, Wopta provvederà ad inviare al Contraente un apposito avviso di scadenza della Polizza con indicazione di richiesta del pagamento del Premio annuale. Costituisce quietanza di pagamento la mail inviata da Wopta al Contraente di conferma di pagamento.
7. Il mancato pagamento del Premio comporta la sospensione dell'assicurazione dalle ore 24.00 del 30° giorno successivo alla scadenza annuale sino alle ore 24.00 del giorno in cui il pagamento dovuto viene effettuato. Il pagamento del Premio annuale deve comunque avvenire entro 90 giorni dalla scadenza annuale del contratto. **Alla scadenza di tale termine, senza che il pagamento del Premio annuale sia stato effettuato, il contratto si risolve automaticamente.** Non è prevista la possibilità di riattivare l'assicurazione.

8. Il pagamento del Premio annuale può essere altresì rateizzato in mensilità. In tal caso, per ogni pagamento di premio mensile, vale quanto indicato dai punti 5. e 6. che precedono e relativi ai Premi annuali. In caso di mancato pagamento di una mensilità di Premio mensile l'assicurazione continua senza sospensione, restando in vigore sino alla successiva scadenza mensile. A tale scadenza mensile, sarà addebitato al Contraente anche l'importo di mensilità di Premio precedentemente insoluto e, in caso di avvenuto pagamento di entrambe le mensilità, l'assicurazione continuerà regolarmente. Se il mancato pagamento persiste, l'assicurazione si intende cessata automaticamente dalle ore 24 del secondo insoluto, e le mensilità di Premio pagate restano acquisite dalla Compagnia. Non è prevista la possibilità di riattivare l'assicurazione.

Art 4. Quando comincia la copertura assicurativa / Periodi di Carenza

- Fermo il Periodo di Carenza laddove previsto per le singole coperture**, l'assicurazione decorre dalle ore 24:00 della data indicata nel Modulo di Polizza, **a condizione che l'importo del Premio alla sottoscrizione sia stato pagato e che il Contraente / Assicurato abbia sottoscritto il Modulo di Polizza.**
- Alle coperture si applicano i seguenti Periodi di Carenza:**

COPERTURA ASSICURATIVA	PERIODO DI CARENZA
Decesso	Non previsto
Invalità Totale Permanente da Infortunio o Malattia	Non previsto
Malattia Grave	90 giorni
Inabilità Totale Temporanea da Infortunio	Non previsto
Inabilità Totale Temporanea da Malattia	30 giorni

3. I periodi di Carenza si applicano solo in sede di prima stipula del contratto. Qualora invece la presente Polizza sia stata emessa in prosecuzione di altra, in essere con la Compagnia e senza soluzione di continuità, riguardante il medesimo Assicurato, gli anzidetti termini operano:
- dal giorno di effetto della Polizza, di cui la presente Polizza costituisce prosecuzione, per le medesime garanzie e massimali già presenti in tale precedente Polizza;
 - dal giorno di effetto della presente Polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse garanzie da quest'ultima previste.



Esempio di applicazione del Periodo di Carenza (garanzia Malattia Grave) – *Se la data di decorrenza dell'assicurazione è il 01/09/2023 e il Sinistro per Malattia Grave si verifica il 15/10/2023, somma assicurata 20.000 Euro, il Sinistro non è in copertura in quanto verificatosi durante il periodo di 90 giorni di Carenza.*

Se però la Polizza è in continuità di copertura di altra polizza che già prevedeva la garanzia Malattia Grave (somma assicurata 5.000 Euro), se un Sinistro si verifica il 15/10/2023, la garanzia opera per 5.000 Euro.

Art 5. Quanto dura la copertura assicurativa e quando finisce / Facoltà di disdetta del Contraente / Cause di cessazione delle garanzie

- L'assicurazione ha la durata indicata nel Modulo di Polizza per ogni singola garanzia; decorre dalla data di decorrenza e cessa automaticamente a quella di scadenza, senza necessità di disdetta da darsi tra le Parti.
- Le coperture hanno la seguente durata massima assicurabile:
 - Decesso ed Invalità Totale Permanente: 20 anni
 - Inabilità Totale Temporanea e Malattia Grave: 10 annie nel Modulo di Polizza viene riportata la durata scelta contrattualmente dal Contraente.
- Il Contraente, ad ogni ricorrenza annuale dalla data di decorrenza, può disdettare la Polizza dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata a.r. oppure a mezzo PEC, entro 30 (trenta) giorni prima della data di scadenza dell'Annualità assicurativa. La disdetta va inviata a Wopta ai seguenti recapiti: Wopta Assicurazioni Srl – Gestione portafoglio - *Galleria del Corso, 1 – 20122 Milano (MI)* oppure via posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo email: woptaassicurazioni@legalmail.it
- La disdetta ha sempre effetto in riferimento a tutte le coperture.**
- Non è prevista per la Compagnia la facoltà di disdettare il contratto alla scadenza di ogni Annualità assicurativa.**
- In ogni caso le coperture assicurative cessano al termine dell'Annualità assicurativa in cui l'Assicurato compie:
 - per le garanzie Decesso, Invalità Totale Permanente e Inabilità Totale Temporanea: 75 anni di età;
 - per la garanzia Malattia Grave: 65 anni di età.

Resta altresì inteso che:

- la copertura per il caso di Malattia Grave cessa alla data di liquidazione della Prestazione / Indennizzo a seguito di Sinistro;**
- la copertura per il caso di Inabilità Totale Temporanea cessa in caso di raggiungimento del massimale di 36 Indennità Mensili Assicurate liquidate nel corso della durata del contratto;**

- c. il **Decesso e/o la liquidazione di un sinistro per Invalidità Totale Permanente costituiscono causa di cessazione della Polizza, così come la cessazione, come ai punti che precedono, di tutte le garanzie operanti;**
- d. **in caso di cessazione di una delle garanzie, rimangono operative le coperture assicurative per le eventuali altre garanzie; i Premi di queste garanzie sono comunque dovuti, in caso di frazionamento mensile, fino al termine dell'Annualità assicurativa in essere alla data di cessazione;**
- e. **in caso di Contraente persona giuridica, l'assicurazione per il key-man cessa se questi termina il proprio rapporto con l'impresa Contraente al termine dell'Annualità assicurativa in corso alla data di cessazione del rapporto con l'impresa Contraente. Le coperture rimangono valide ed efficaci sino alla scadenza annuale di polizza.**
- f. **l'assicurazione cessa altresì, prima della sua naturale scadenza, in caso di cessazione di attività del Contraente persona giuridica e in caso di perdita dei requisiti di assicurabilità di cui all'Art. 16 seguente (es. perdita della residenza in Italia).**

Art 6. Come recedere dal contratto (diritto di ripensamento)

1. Il Contraente può recedere dal contratto (**c.d. diritto di ripensamento**), mediante invio di una lettera raccomandata A.R. al seguente indirizzo *Wopta Assicurazioni srl – Gestione Portafoglio – Galleria del Corso, 1 – 20122 Milano (MI)* oppure via posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo email: *woptaassicurazioni@legalmail.it*
2. **Tale comunicazione dev'essere ricevuta entro il termine di 30 giorni dalla data di perfezionamento del contratto, facendo fede la data del timbro postale di ricezione in caso di raccomandata.**
3. Qualora sia esercitato tale diritto, l'assicurazione si intende come mai entrata in vigore e la Compagnia rimborserà al Contraente, per il tramite di Wopta, l'intero importo del primo Premio imponible, qualora già corrisposto (Premio pagato al netto delle imposte assicurative di legge). Il Premio sarà rimborsato al Contraente entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione di recesso.

Art 7. Dove vale la copertura

1. L'assicurazione è operante senza limiti territoriali.

Art 8. Quali tasse ed imposte sono previste dal contratto

1. Tasse e imposte relative al presente contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto.
2. I Premi versati in riferimento alle coperture assicurative del Ramo Vita sono esenti da imposta sulle assicurazioni.
3. I Premi versati in riferimento alle coperture assicurative del Ramo Danni sono soggetti a una imposta sulle assicurazioni pari al 2,50%.
4. I Premi delle assicurazioni aventi per oggetto il rischio di Decesso o di invalidità permanente superiore al 5% o di Malattie Gravi derivante da qualsiasi causa saranno detraibili dall'imposta sul reddito delle persone fisiche nella misura e per gli importi previsti dalla normativa vigente, senza limiti minimi di durata contrattuale.
5. Le prestazioni erogate non sono soggette ad alcuna tassazione.

Art 9. Attività professionali del Contraente / Assicurato

1. Ai fini dell'assunzione dei rischi assicurati, la Compagnia non dà rilevanza all'attività professionale svolta dall'Assicurato.

Art 10. Assicurazioni presso diversi assicuratori

1. La Compagnia non dà rilevanza ad altre assicurazioni contratte separatamente, dal Contraente o dall'Assicurato, presso diversi assicuratori, e pertanto quest'ultimo è liberato dall'obbligo di comunicazione verso la Compagnia di cui all'Art. 1910 Codice Civile.

Art 11. Come si comunica con la Compagnia in corso di contratto

1. Salvo ove diversamente indicato nel presente contratto, tutte le comunicazioni alla Compagnia, con riferimento al presente contratto di assicurazione, dovranno essere fatte in forma scritta, via posta od e-mail, scrivendo alla società AXA PARTNERS, succursale italiana (società del gruppo AXA incaricata di gestire il presente contratto di assicurazione in nome e per conto della Compagnia) ai seguenti recapiti:

Modalità di contatto	Recapito
Posta cartacea	AXA PARTNERS - Corso Como 17, 20154 Milano
Posta elettronica	clp.it.sinistri@partners.axa

2. Le comunicazioni da parte della Compagnia al Contraente / Assicurato saranno effettuate via posta cartacea oppure, con il consenso del medesimo, via posta elettronica (ai recapiti indicati sul Modulo di Polizza, o come successivamente aggiornati dal Contraente / Assicurato).

Art 12. Quale legge si applica al contratto

1. Il presente contratto di assicurazione è regolato dalla legge italiana.

Art 13. Qual è il foro competente e quali sono i sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

1. È possibile rivolgersi all'Autorità Giudiziaria per ogni controversia relativa al presente contratto.

2. Tutte le controversie relative al presente contratto devono essere preliminarmente sottoposte a un tentativo di mediazione, anche con l'assistenza necessaria di un avvocato da scegliere tra quelli elencati nell'apposito registro tenuto presso il Ministero della giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n.98) al fine di raggiungere un accordo tra le parti, secondo gli obblighi previsti dal Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 e successive modifiche, da effettuare innanzi all'Organismo di Mediazione istituito presso la Camera di Commercio, Industria e Artigianato del luogo di residenza o di domicilio dei soggetti che intendano far valere diritti derivanti dal contratto. Il tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità della causa civile.
3. Se il tentativo di mediazione non ha successo, il foro competente esclusivo per le controversie relative al presente contratto è quello del luogo di residenza o di domicilio principale del Contraente / Assicurato o dei soggetti che intendano far valere diritti derivanti dal contratto.

Art 14. Rinvio alle norme di legge

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

Sezione 2

Norme che regolano le garanzie

Capitolo I – Norme applicabili a tutte le garanzie

Art 15. Cosa è assicurato: garanzie e Prestazioni/Indennizzi

1. Il Contraente / Assicurato, in sede di sottoscrizione del contratto, può scegliere di acquistare, in base alle proprie esigenze assicurative, le seguenti coperture, singolarmente oppure in combinazione tra di loro:

COPERTURE ASSICURATIVE E PRESTAZIONI/INDENNIZZI	
COPERTURA ASSICURATIVA RAMO VITA	PRESTAZIONI/INDENNIZZI
Decesso (da ogni causa)	Prestazione pari al Capitale Assicurato
COPERTURE ASSICURATIVE RAMO DANNI	PRESTAZIONI/INDENNIZZI
Invalidità Totale Permanente (da Infortunio o Malattia)	Indennizzo pari al Capitale Assicurato
Malattia Grave	Indennizzo pari al Capitale Assicurato
Inabilità Totale Temporanea (da Infortunio o Malattia)	Indennizzo pari a una o più Indennità Mensili Assicurate per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di inabilità

2. In caso di Contraente Persona giuridica, con il consenso dell'Assicurato, è possibile nominare Beneficiario di tutte le prestazioni sottoscritte, e per le quali è corrisposto il Premio, il Contraente stesso. In tal caso viene sottoscritta dall'Assicurato la relativa "Opzione Keyman" nel Modulo di Polizza.
3. **Resta fermo quanto previsto al precedente Art. 5 sulla facoltà di disdetta e sulla cessazione delle singole coperture alla scadenza o al raggiungimento del limite di età dell'Assicurato.**
4. In caso di Sinistro, la Compagnia si obbliga a corrispondere - a seconda delle coperture attivate - la Prestazione / Indennizzo di Capitale Assicurato o di Indennità Mensile Assicurata, **alle condizioni ed entro i limiti e massimali previsti per ciascuna copertura, come indicato nei rispettivi capitoli della presente Sezione 2 delle condizioni di assicurazione.**

Art 16. Chi è assicurabile

1. In caso di Contraente persona fisica, l'Assicurato può non coincidere con il Contraente stesso.
2. In caso di Contraente persona giuridica (società di persone / società di capitali), Assicurato è la persona fisica indicata dall'azienda Contraente che ricopre al suo interno un ruolo tra Legale Rappresentante, Amministratore Delegato, Socio, Dirigente, o altro soggetto dipendente che svolga un ruolo chiave ("**key-man**")
3. In caso di Contraente ditta individuale / titolare di partita IVA, Assicurato è il titolare di partita IVA – ditta individuale.
4. Fermo restando quanto previsto al successivo Art. 17 sulle modalità assuntive del rischio da parte della Compagnia, è 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 di età compresa tra i 18 anni compiuti ed i 74 anni compiuti alla data di perfezionamento del contratto (64 anni compiuti per la copertura Malattia Grave);
- c) abbia risposto a tutte le domande contenute all'interno del Questionario Medico e/o abbia compilato il Rapporto di Visita Medica, quando richiesto e come meglio descritto al successivo Art. 17.

Art 17. Modalità assuntive del rischio

1. Ai fini dell'assunzione del rischio, la Compagnia richiede all'Assicurato di compilare, anche ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1892 e 1893 del codice civile, uno specifico Questionario Medico o il Rapporto di Visita Medica, secondo i criteri assuntivi sotto indicati:

CAPITALE ASSICURATO	ETA' ASSICURATO ALLA SOTTOSCRIZIONE	FORMALITA' DI AMMISSIONE
Fino a € 300.000	Fino a 55 anni NON compiuti	Questionario Medico + Rapporto di Visita Medica in caso di almeno una risposta positiva all'interno del Questionario
	Oltre i 55 anni compiuti	Rapporto Visita Medica
Oltre € 300.000 e fino a € 400.000	Ininfluente	Rapporto Visita Medica
Oltre € 400.000 e fino a € 500.000	Ininfluente	Rapporto Visita Medica ed altri esami / accertamenti ivi indicati

Le spese relative al Rapporto di Visita Medica ed agli accertamenti medici sono a totale carico dell'Assicurato

Relativamente al processo di selezione medica, per ogni singola polizza, si considera, in applicazione della tabella che precede, il più alto capitale assicurato per ogni garanzia, considerando, per ognuna di queste, la somma tra quelli eventualmente già assicurati con polizze in essere e quello di cui si richiede la valutazione.

In caso di capitali assicurati tra i €400.000,01 ed €500.000 allegare altresì i seguenti esami medici:

- *Analisi del sangue: esame emocromocitometrico - piastrine - Velocità di eritro sedimentazione - Glicemia - creatinina - uricemia - colesterolo totale - HDL (Lipoproteine ad alta densità) - LDL (Lipoproteine a bassa densità) - trigliceridi - transaminasi GOT/GPT - Gammaglutamiltontransferasi - anticorpi anti HIV 1 e 2 - sierologia epatite virale B (antigeni HB - anti-HBs - anti HBc) - sierologia epatite virale C (anti VHC), Hba1c;*
- *Esame cardiovascolare con resoconto medico;*
- *Elettrocardiogramma;*
- *Analisi del PSA (semenogelasi/antigene prostatico specifico) esclusivamente per gli uomini la cui età all'Adesione supera i 50 anni.*

2. **La Compagnia, relativamente ai casi di assunzione del rischio con Rapporto Visita Medica, si riserva il diritto, una volta esaminata la documentazione sanitaria prodotta, di decidere circa l'accettazione o il rifiuto dell'ammissione in copertura dell'Assicurato.** La Compagnia, per il tramite di Wopta, si impegna a comunicare al Contraente l'accettazione o il rifiuto del rischio per lo specifico Assicurato, e/o l'eventuale sovra Premio per l'assunzione del rischio, tempestivamente e comunque entro cinque giorni lavorativi dalla data di ricevimento della documentazione sanitaria completa. L'eventuale importo di sovra Premio non è applicabile alla copertura Malattia Grave.
3. La documentazione del Rapporto Visita Medica deve essere inviata in busta chiusa alla Compagnia al seguente indirizzo: AXA PARTNERS - Ufficio Underwriting Medico - Corso Como, 17 - 20154 Milano, oppure via e-mail all'indirizzo clp.it.sinistri@partners.axa. Wopta non è mai a conoscenza delle informazioni sanitarie relative all'Assicurato, incluse nel Rapporto di Visita Medica.
4. **Qualora tra il momento della sottoscrizione del Questionario Medico / Rapporto di Visita Medica e la data di sottoscrizione intervengano nuovi fattori inerenti allo stato di salute dell'Assicurato tali da modificare la veridicità delle dichiarazioni già rese, l'Assicurato stesso è tenuto a darne tempestiva comunicazione alla Compagnia al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione previste** (ai sensi degli artt. 1892 e 1893 del codice civile).

Art 18. Clausola sanzione

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

Capitolo II – Garanzia Decesso

Garanzia Vita

AXA FRANCE VIE S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia)

La copertura è sottoscrivibile singolarmente o in combinazione con una o più delle altre garanzie previste dal contratto. E' attiva solo se indicata nel Modulo di Polizza la somma assicurata ed il relativo Premio.

Art 19. Cosa è assicurato

1. Il rischio assicurato è il Decesso dell'Assicurato che si verifica nel corso della durata dell'assicurazione.
2. Essendo la presente una garanzia assicurativa sulla vita di puro rischio, in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza contrattuale non è prevista alcuna Prestazione ed il Premio pagato resta acquisito dalla Compagnia.

Art 20. Qual è la Prestazione

1. In caso di Sinistro per Decesso, la Compagnia paga al/i Beneficiario/i il Capitale Assicurato. In caso di più Beneficiari il Capitale è ripartito in parti uguali tra questi.
2. L'ammontare del Capitale Assicurato viene scelto dal Contraente al momento della sottoscrizione del Contratto, tra un minimo di € 50.000 ed un massimo di € 500.000.
3. L'importo del Capitale Assicurato è indicato nel Modulo di Polizza.
4. In caso di sinistro indennizzato per la copertura Malattia Grave, l'importo liquidato in seguito a liquidazione della prestazione per Decesso sarà decurtato del relativo importo precedentemente liquidato per la copertura Malattia Grave.

Art 21. Esclusioni

1. L'assicurazione non opera nei seguenti casi:
 - a) **dolo del Contraente / Assicurato o del Beneficiario;**
 - b) **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
 - c) **Suicidio dell'Assicurato avvenuto nei primi 12 mesi di decorrenza della polizza;**
 - d) **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, atti di terrorismo e attività criminali/dolose;**
 - e) **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati - ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);**
 - f) **abuso di alcolici, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci;**
 - g) **incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;**
 - h) **guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;**
 - i) **incidente avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiasesicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;**
 - j) **pratica da parte dell'Assicurato di attività sportive professionistiche (per "attività sportive professionistiche" si intendono quelle attività svolte a titolo oneroso con carattere di continuità, da atleti, allenatori, preparatori atletici, nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono la qualificazione da parte delle Federazioni Sportive Nazionali, secondo le norme emanate dalle Federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica);**
 - k) **Pratica da parte dell'Assicurato dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi:**
 - **sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idrosci, sci acrobatico, kite-surfing;**
 - **i seguenti sport aerei: volo su prototipi, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio.**

Art 22. Chi sono i Beneficiari della Prestazione

1. Beneficiario della Prestazione è il soggetto (o i soggetti) designato/i, in forma nominativa o generica, dal Contraente all'interno dell'apposita parte nel Modulo di Polizza. In caso di mancata indicazione nominativa nel presente Modulo, Beneficiari sono gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.
2. Il Contraente ha comunque facoltà di modificare il/i Beneficiario/i come designato/i inviando alla Compagnia apposita comunicazione scritta.
3. In caso di specifiche esigenze specifiche di riservatezza, è facoltà del Contraente indicare, nel Modulo di Polizza, i dati necessari per l'identificazione di un referente terzo, diverso dal Beneficiario, a cui la Compagnia potrà far riferimento

in caso di Decesso dell'Assicurato. Nel suddetto Modulo, il Contraente 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 il Contraente e il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente: (i) la rinuncia al diritto di revoca della designazione in precedenza effettuata; (ii) l'accettazione del beneficio;
 - b) dopo il Decesso dell'Assicurato;
 - c) dopo che, verificatosi il Decesso dell'Assicurato, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Compagnia di volersi avvalere del beneficio.
5. Per effetto della designazione, il Beneficiario acquisisce un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione; le somme corrispostegli a seguito del Decesso dell'Assicurato non rientrano pertanto nell'asse ereditario. In caso di pluralità di Beneficiari, la Compagnia ripartirà la Prestazione assicurata in parti uguali.

Capitolo III – Garanzia Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia

Garanzia Danni

AXA FRANCE VIE S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia)

La copertura è sottoscrivibile singolarmente o in combinazione con una o più delle altre garanzie previste dal contratto. E' attiva solo se indicata nel Modulo di Polizza la somma assicurata ed il relativo Premio.

Art 23. Cosa è assicurato

1. Il rischio assicurato è la Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia dell'Assicurato, intesa come perdita totale, definitiva ed irrimediabile da parte dell'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, così come certificata dall'Ente ufficiale preposto al riconoscimento dell'invalidità (INAIL, INPS o altro ente preposto). L'Invalidità Totale Permanente, da Infortunio o Malattia, sarà riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità permanente dell'Assicurato sia pari o superiore al 60%.

Art 24. Cosa è indennizzato

1. In caso di Sinistro per Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, la Compagnia paga al soggetto Assicurato il Capitale Assicurato, ovvero al Contraente qualora sia attiva l'“Opzione Keyman” di cui all'Art. 15 comma 2.
2. L'ammontare del Capitale Assicurato viene scelto dal Contraente al momento della sottoscrizione del Contratto, tra un minimo di € 50.000 ed un massimo di € 500.000.
3. L'importo del Capitale Assicurato è indicato nel Modulo di Polizza.
4. In caso di sinistro indennizzato per la copertura Malattia Grave, l'importo liquidato in seguito a liquidazione della prestazione per Invalidità Totale Permanente sarà decurtato del relativo importo precedentemente liquidato per la copertura Malattia Grave.
5. **La liquidazione di un sinistro per Invalidità Totale Permanente costituisce causa di cessazione della Polizza, così come la cessazione di tutte le garanzie operanti al momento della liquidazione del sinistro. Nessun ulteriore premio, anche mensile, sarà pertanto richiesto.**

Art 25. Esclusioni

1. **Non sono coperti gli stati di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia dell'Assicurato avvenuti prima della sottoscrizione del Contratto.**
2. **L'assicurazione non opera nei seguenti casi:**
 - a) **dolo del Contraente / Assicurato o del Beneficiario e partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
 - b) **partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, atti di terrorismo e attività criminali/dolose;**
 - c) **Malattie/Infortuni conseguenti all'uso non terapeutico di alcol, stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope;**
 - d) **atti intenzionali dell'Assicurato e conseguenze di un tentativo di suicidio;**
 - e) **incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;**
 - f) **incidente avvenuto in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione;**
 - g) **guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;**
 - h) **pratica da parte dell'Assicurato di attività sportive professionistiche (per “attività sportive professionistiche” si intendono quelle attività svolte a titolo oneroso con carattere di continuità, da atleti, allenatori, preparatori**



atletici, nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono la qualificazione da parte delle Federazioni Sportive Nazionali, secondo le norme emanate dalle Federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica).

- i) Pratica da parte dell'Assicurato dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi:
- sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idrosci, sci acrobatico, kite-surfing;
 - i seguenti sport aerei: volo su prototipi, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio.

Capitolo IV – Malattia Grave

Garanzia Danni

AXA FRANCE VIE S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia)

La copertura è sottoscrivibile singolarmente o in combinazione con una o più delle altre garanzie previste dal contratto. E' attiva solo se indicata nel Modulo di Polizza la somma assicurata ed il relativo Premio.

Art 26. Cosa è assicurato

1. Il rischio assicurato è la diagnosi all'Assicurato, successivamente alla data di decorrenza dell'assicurazione, di una delle seguenti Malattie Gravi:

a) Cancro

Diagnosi inequivocabile di qualsiasi tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e a finalistica di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Questa diagnosi deve essere corredata di positiva refertazione anatomico-patologica. Il termine tumore maligno comprende leucemia, sarcoma e linfoma ad eccezione del linfoma cutaneo (linfoma limitato alla pelle).

b) Attacco cardiaco (infarto del miocardio)

Morte del muscolo cardiaco dovuta all'insufficiente afflusso di sangue che abbia prodotto TUTTE le seguenti prove di infarto miocardico acuto:

- Nuovi cambiamenti ischemici tipici nell'elettrocardiogramma: nuovi cambiamenti ST-T o nuovo blocco di branca sinistro o nuove onde Q patologiche;
- Aumento caratteristico di biomarker cardiaci o di troponina registrato ai livelli seguenti o più elevati:
 - ✓ Troponina T > 0,2 ng/ml
 - ✓ AccuTnl > 0,5 ng/ml
- La prova deve mostrare un infarto miocardico acuto incontrovertibile.

c) Chirurgia aorto-coronarica (bypass)

Un intervento chirurgico che richiede la sternotomia mediana (incisione dello sterno), ed è considerato terapeuticamente necessario per correggere il restringimento o l'ostruzione di una o più arterie coronariche con l'inserzione di bypass.

Sono esclusi gli interventi seguenti:

- Angioplastica
- Procedure intrarteriali
- Tecniche laser
- Chirurgia non invasiva
- Altre tecniche non chirurgiche

d) Ictus

Per ictus si intende la morte del tessuto cerebrale provocata da emorragia, embolia o trombosi, risultante in un deficit neurologico permanente con sintomi clinici persistenti. Durante l'esame fisico, realizzato da un neurologo, devono essere riscontrabili anomalie chiare ed evidenti delle funzioni sensorie o motorie. L'incidente deve essere dimostrato da risonanza magnetica (IRM), tomografia computerizzata (TC) o altre tecniche di imaging affidabili, approvate dalla compagnia.

e) Insufficienza renale (fase finale di Malattia renale)

Fase finale della Malattia renale che si presenta come insufficienza irreversibile cronica di entrambi i reni e richiede la dialisi renale permanente o il trapianto del rene.

f) Trapianto di organi principali (cuore, polmone, fegato, pancreas, rene o midollo osseo)

Aver realmente subito un intervento come beneficiario di un trapianto, fra esseri umani o da un sito del donatore al corpo del beneficiario, allo scopo di sostituire gli organi danneggiati o assenti del beneficiario, di uno degli organi seguenti: cuore, polmone, fegato, pancreas, rene o midollo osseo (utilizzando cellule staminali ematopoietiche, precedute dall'ablazione totale del midollo osseo).

Art 27. Cosa è indennizzato

1. In caso di Sinistro per Malattia Grave, la Compagnia indennizza all'Assicurato il Capitale Assicurato, ovvero al Contraente qualora sia attiva l' "Opzione Keyman" di cui all'Art. 15 comma 2.
2. L'ammontare del Capitale Assicurato viene scelto dal Contraente al momento della sottoscrizione del Contratto, tra un minimo di € 5.000 ed un massimo di € 100.000.
3. L'importo del Capitale Assicurato è indicato nel Modulo di Polizza.
4. **È indennizzabile una sola Malattia Grave per Assicurato nel corso della durata dell'assicurazione. In caso pertanto di liquidazione avvenuta di Sinistro per Malattia Grave, tale copertura assicurativa cessa, come previsto dall'Art. 5 lettere a. - d.**
5. In caso di presenza contestuale delle garanzie Decesso o Invalidità Totale Permanente, il capitale assicurato scelto per la garanzia Malattia Grave non può superare il 50% del minor importo tra la garanzia Decesso o Invalidità Totale Permanente, a scelta del Contraente/Assicurato in fase di sottoscrizione.
6. **Successivamente alla liquidazione dell'Indennizzo per Malattia Grave, in caso di contestuale presenza della copertura Inabilità Totale Temporanea, quest'ultima cessa a partire dal momento della liquidazione del sinistro per Malattia Grave. Nessun ulteriore premio, anche mensile, sarà pertanto richiesto all'Assicurato per la copertura Inabilità Totale Temporanea.**

Art 28. Esclusioni

1. **In riferimento alla Malattia Grave Cancro, l'assicurazione non copre i seguenti tumori:**
 - a) **tutti i tumori che sono istologicamente classificati come benigni, in situ, pre-maligno, non invasivo, con malignità borderline o con basso potenziale maligno. Viene coperto il carcinoma mammario in situ con successiva quadrectomia, o mastectomia radicale o radioterapia;**
 - b) **tumori della vescica urinaria, trattati solo con procedure endoscopiche, che non hanno invaso lo strato muscolare (Tis e Ta);**
 - c) **tumori della pelle ad eccezione del melanoma maligno maggiore di 0.7 mm Breslow e / o istologicamente descritto dalla settima edizione dell'AJCC classificazione TNM maggiore dello stadio T1aN0M0;**
 - d) **tutti i tumori della prostata a meno che non siano classificati istologicamente come aventi un punteggio di Gleason maggiore di 6 o che abbiano progredito almeno alla classificazione TNM clinica T2N0M0;**
 - e) **tumore della tiroide nelle sue fasi iniziali che misura meno di 2 cm di diametro e istologicamente descritto come TINOM0 dalla classificazione TNM della settima edizione AJCC;**
 - f) **leucemia linfocitica cronica a meno che non sia classificata istologicamente come progredita almeno allo stadio Binet A;**
 - g) **qualsiasi stadio CIN (neoplasia intraepiteliale cervicale);**
 - h) **qualsiasi tumore maligno in presenza del virus dell'immunodeficienza umana.**
2. **In riferimento alla Malattia Grave Attacco cardiaco (infarto del miocardio), l'assicurazione non copre:**
 - a) **l'infarto miocardico senza soprallivellamento del tratto ST (NSTEMI) con il solo aumento della Troponina I o T**
 - b) **altre sindromi coronariche acute (ad es. angina pectoris stabile/instabile)**
 - c) **l'infarto miocardico silente**
3. **In riferimento alla Malattia Grave Ictus, l'assicurazione non copre:**
 - a) **attacchi ischemici transitori (TIA)**
 - b) **danni al tessuto cerebrale causati da ferite al capo**
 - c) **lesioni traumatiche del cervello**
 - d) **morte del tessuto del nervo ottico o della retina/occlusione venosa retinica o neuropatia ischemica ottica anteriore**
 - e) **sintomi neurologici dovuti all'emicrania**
 - f) **infarti lacunari senza deficit neurologico**
4. **In riferimento a tutte le Malattie Gravi, l'assicurazione non opera nei seguenti casi:**
 - a) **assunzione di farmaci o narcotici non prescritti dal medico o con modalità diverse da quelle prescritte;**
 - b) **assunzione di sostanze velenose o tossiche;**
 - c) **abuso di alcool;**
 - d) **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati);**
 - e) **atti di autolesionismo dell'Assicurato, incluso il tentato suicidio;**
 - f) **guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari;**
 - g) **atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;**
 - h) **conseguenze di atti di natura terroristica commessi attraverso o con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.**

Capitolo V – Garanzia Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia

Garanzia di Ramo Danni

AXA FRANCE VIE S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia)

La copertura è sottoscrivibile singolarmente o in combinazione con una o più delle altre garanzie previste dal contratto. E' attiva solo se indicata nel Modulo di Polizza la somma assicurata ed il relativo Premio.

Art 29. Cosa è assicurato

1. Il rischio assicurato è la Inabilità Totale Temporanea dell'Assicurato, intesa come perdita totale, in via temporanea, delle capacità dell'Assicurato di attendere alla propria professione o attività lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia.
2. Se l'Assicurato è non lavoratore al momento del perfezionamento del contratto, l'Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia sarà considerata sussistente in caso di perdita temporanea e in misura totale della capacità dell'Assicurato di attendere ad almeno due delle quattro basilari attività inerenti alla vita umana riportate di seguito: nutrirsi, vestirsi, lavarsi, muoversi.
3. **Si precisa che gli stati di inabilità causati da radicolopatie, lombalgie, dolori alle spalle e al collo, sciatiche, neuropatie femorali, neuralgie cervicobrachiali, protrusioni del disco, ernie del disco, coccidinie, sono coperti solo qualora comprovati da esami radiologici o clinici.**

Art 30. Cosa è indennizzato

1. In caso di Sinistro per Inabilità Totale Temporanea, la Compagnia indennizza all'Assicurato, ovvero al Contraente qualora sia attiva l'Opzione Keyman" di cui all'Art. 15 comma 2., **una Indennità Mensile Assicurata, pari all'importo scelto in fase di sottoscrizione (da un minimo di € 250 ad un massimo di € 3.000) per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata dello stato di Inabilità. Pertanto, in caso di Sinistro: (i) il primo Indennizzo è corrisposto decorsi almeno 30 giorni consecutivi di inabilità; (ii) i successivi Indennizzi, sempre pari ad una Indennità Mensile Assicurata, saranno corrisposti al termine di ciascun eventuale ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità.**

Art 31. Massimali

1. L'Indennizzo è soggetto ai seguenti massimali:
 - a) **massimo 12 Indennità Mensili Assicurate indennizzate per ciascun Sinistro;**
 - b) **massimo 36 Indennità Mensili Assicurate indennizzate in totale nell'arco dell'intera durata del contratto (inclusi rinnovi), in caso di più Sinistri.**
2. **In caso di erosione integrale del massimale cumulativo di 36 Indennità Mensili Assicurate di cui al precedente comma, la copertura per Inabilità Totale Temporanea cessa, come previsto dall'Art. 5 lettere b. - d.**
3. **In caso di contestuale presenza di copertura Malattia Grave e relativo sinistro liquidato, vale quanto indicato al precedente Art. 27.5 in relazione alla cessazione della copertura Inabilità Totale Temporanea.**

Art 32. Periodo di Riqualficazione

1. **È possibile denunciare, nel corso della durata del contratto, più Sinistri per Inabilità Totale Temporanea. Tuttavia, dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro, i Sinistri successivi saranno indennizzabili a condizione che sia trascorso un Periodo di Riqualficazione pari a 30 giorni consecutivi (se il Sinistro successivo è dovuto a una causa diversa del precedente) o pari a 90 giorni consecutivi (se il Sinistro successivo è dovuto alla stessa causa del precedente).**
2. **Il Periodo di Riqualficazione decorre dal termine del Sinistro precedente (inteso come ultimo giorno di inabilità).**



Esempio 1 di applicazione del Periodo di Riqualficazione – L'Assicurato, a seguito di una Malattia, diviene inabile al lavoro dal 01/09/2023, denuncia il Sinistro, e resta inabile al lavoro per 6 mesi, durante i quali percepisce l'indennizzo dovuto. In data 01/03/2024 cessa il suo stato di inabilità, ma in data 01/05/2024, a causa della stessa Malattia, diviene ancora inabile al lavoro. La Compagnia rifiuta il secondo Sinistro in quanto non sono trascorsi più di 90 giorni dalla cessazione del precedente stato di inabilità.

Esempio 2 di applicazione del Periodo di Riqualficazione – L'Assicurato, a seguito di una Malattia, diviene inabile al lavoro dal 01/09/2023, denuncia il Sinistro, e resta inabile al lavoro per 6 mesi, durante i quali percepisce l'indennizzo dovuto. In data 01/03/2024 cessa il suo stato di inabilità, ma in data 01/06/2024, a causa di una diversa Malattia, diviene ancora inabile al lavoro. La Compagnia indennizza anche il secondo Sinistro in quanto sono trascorsi più di 30 giorni dalla cessazione del precedente stato di inabilità.

Art 33. Esclusioni

1. **L'assicurazione non opera nei seguenti casi:**

- a) Infortuni già verificatisi prima della data di decorrenza dell'assicurazione e Malattie già diagnosticate prima della data di decorrenza dell'assicurazione;
- b) atti di autolesionismo dell'Assicurato, incluso il tentato suicidio
- c) pratica da parte dell'Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente (gare ed allenamenti compresi)
- d) uso di veicoli o natanti a motore per gare o competizioni sportive (e relative prove)
- e) pratica da parte dell'Assicurato dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi:
 - sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idrosci, sci acrobatico, kite-surfing
 - i seguenti sport aerei: volo su prototipi, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, paracadutismo, parapendio
- f) abuso di alcool, farmaci o sostanze stupefacenti
- g) esposizione deliberata da parte dell'Assicurato a situazioni di pericolo (tranne che nel tentativo di salvare vite umane)
- h) partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi (compiuti o tentati)
- i) effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo
- j) interruzioni di lavoro dovute a parto, gravidanza, aborto terapeutico e complicazioni derivanti da tali eventi
- k) trattamenti medici non a scopo terapeutico, incluse le applicazioni di carattere estetico e le cure dimagranti, richieste per motivi psicologici o personali (salvo che si tratti di interventi di chirurgia plastica a seguito di un Infortunio occorso durante il periodo di validità della copertura)
- l) inabilità derivante da nevrosi, stress, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, a meno che l'Assicurato sia stato ricoverato in un ospedale per almeno 15 giorni o sia stato messo sotto tutela o curatela dalle autorità competenti
- m) guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari
- n) atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva
- o) conseguenze di atti di natura terroristica commessi attraverso o con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale

Sezione 3

Norme che regolano i Sinistri

Art 34. Modalità di denuncia dei Sinistri

1. In caso di Sinistro, è necessario darne comunicazione scritta alla società AXA PARTNERS, succursale italiana (società del gruppo AXA incaricata di gestire i Sinistri in nome e per conto della Compagnia) nel più breve tempo possibile, 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
Via web (ad eccezione della garanzia Decesso)	Sito internet: clpclaims.com/it

2. La denuncia di Sinistro può essere effettuata anche utilizzando un apposito modulo di denuncia Sinistro messo a disposizione dalla Compagnia; tale modulo è reperibile contattando il Servizio Clienti telefonico della Compagnia (02/87103549) oppure scaricabile dal sito internet (<http://clp.partners.axa/it>).

Art 35. Documentazione da allegare alla denuncia di Sinistro

1. Alla denuncia di Sinistro va allegata la seguente documentazione IN COPIA.
 - a) **Documentazione in caso di Sinistro Decesso**
 - a) documento di identità di tutti i Beneficiari in corso di validità;

- b) certificato di morte dell'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 Compagnia l'esatta identificazione dei Beneficiari 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'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.

Inoltre, solo in caso di decesso da infortunio/incidente stradale/omicidio/suicidio

- e) verbale rilasciato dalle Autorità, qualora 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.

La Compagnia, qualora necessario e rilevante per l'accertamento del diritto alla Prestazione, potrà altresì richiedere ulteriore documentazione (anche medica) relativa al Sinistro. La Compagnia 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.).

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.

b) Documentazione in caso di Sinistro Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia

- a) documento di identità dell'Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità;
- 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, qualora 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.

La Compagnia, qualora necessario e rilevante per l'accertamento del diritto alla liquidazione dell'Indennizzo, potrà altresì richiedere ulteriore documentazione (anche medica) relativa al Sinistro.

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.

c) Documentazione in caso di Sinistro Malattia Grave

- a) documento di identità dell'Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità;
- b) cartella clinica, completa di raccordo anamnestico, ove si evidenzia l'origine e la data di insorgenza e di diagnosi della Malattia Grave. *In caso di Malattia Grave – Cancro:* cartella clinica o documentazione sanitaria (visite, esami, referti diagnostici), completa di raccordo anamnestico / referto istologico, ove si evidenzia l'origine e la data di diagnosi della Malattia, nonché lo stadio TNM della Malattia neoplastica ove pertinente.

La Compagnia, qualora necessario e rilevante per l'accertamento del diritto all'Indennizzo, potrà altresì richiedere ulteriore documentazione (anche medica) relativa al Sinistro.

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.

d) Documentazione in caso di Sinistro Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia

- a) documento di identità dell'Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità;
- b) certificato rilasciato dal medico curante o dagli enti preposti (INPS, INAIL) datato recentemente, attestante la causa, la data di inizio e la data dell'eventuale fine del periodo di Inabilità Totale Temporanea al lavoro, oppure, se l'Assicurato è non lavoratore, attestante la perdita temporanea ed in misura totale della capacità dell'Assicurato di attendere ad almeno 2 delle 4 basilari attività inerenti la vita umana riportate di seguito: nutrirsi, vestirsi, lavarsi, muoversi

Inoltre, solo in caso di inabilità da infortunio (compreso incidente stradale)

- c) Verbale rilasciato dalle Autorità, qualora 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.

Qualora lo stato di inabilità si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo indennizzabile di inabilità, occorre inviare alla Compagnia un certificato rilasciato dal medico curante o dagli enti preposti (INPS, INAIL) datato recentemente, attestante la continuazione del periodo di inabilità.

La Compagnia, qualora necessario e rilevante per l'accertamento del diritto all'Indennizzo, potrà altresì richiedere ulteriore documentazione (anche medica) relativa al Sinistro.

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.

Art 36. Individuazione della data del Sinistro

1. Ai fini dell'accertamento del diritto all'Indennizzo/Prestazione, la data del Sinistro, per ciascuna garanzia, è individuata come segue:
 - **Decesso:** la data di decesso dell'Assicurato;
 - **Invalidità Totale Permanente da Infortunio:** la data di accadimento dell'Infortunio;
 - **Invalidità Totale Permanente da Malattia:** la data di insorgenza della Malattia;
 - **Malattia Grave:** la data di diagnosi della Malattia Grave;
 - **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia:** la data coincidente con il giorno in cui l'Assicurato cessa di svolgere la propria attività lavorativa a causa dell'Inabilità Totale Temporanea, oppure, se non lavoratore, la data da cui l'Assicurato è inabile ad attendere almeno due delle quattro basilari attività inerenti alla vita umana riportate di seguito: nutrirsi, vestirsi, lavarsi, muoversi (come risultante da certificazione medica).

Art 37. Termine per i pagamenti della Compagnia

1. La Compagnia, dopo la denuncia di un Sinistro per uno degli eventi coperti dall'assicurazione, provvederà, entro un periodo massimo di 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, a corrispondere le somme dovute agli aventi diritto, qualora il Sinistro sia indennizzabile.

Art 38. 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'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.**

Appendice normativa

CAPO XX DEL CODICE CIVILE Dell'assicurazione

Sezione I – Disposizioni generali [ESTRATTO]

Art. 1882 Codice Civile: NOZIONE

L'assicurazione è il contratto col quale l'assicuratore, verso il pagamento di un Premio, si obbliga a rivalere l'assicurato, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana.

Art. 1888 Codice Civile: PROVA DEL CONTRATTO

Il contratto di assicurazione deve essere provato per iscritto.

L'assicuratore è obbligato a rilasciare al contraente la polizza di assicurazione o altro documento da lui sottoscritto.

L'assicuratore è anche tenuto a rilasciare, a richiesta e a spese del contraente, duplicati o copie della polizza; ma in tal caso può esigere la presentazione o la restituzione dell'originale.

Art. 1891 Codice Civile: ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI O PER CONTO DI CHI SPETTA

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo.

All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto.

Per il rimborso dei Premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Art. 1892 Codice Civile: DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE CON DOLO O COLPA GRAVE

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai Premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al Premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 Codice Civile: DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO O COLPA GRAVE

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il Premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 Codice Civile: ASSICURAZIONE IN NOME O PER CONTO DI TERZI

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893.

Art. 1895 Codice Civile: INESISTENZA DEL RISCHIO

Il contratto è nullo se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto.

Art. 1896 Codice Civile: CESSAZIONE DEL RISCHIO DURANTE L'ASSICURAZIONE

Il contratto si scioglie se il rischio cessa di esistere dopo la conclusione del contratto stesso, ma l'assicuratore ha diritto al pagamento dei Premi finché la cessazione del rischio non gli sia comunicata o non venga altrimenti a sua conoscenza. I Premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento della comunicazione o della conoscenza sono dovuti per intero.

Qualora gli effetti dell'assicurazione debbano avere inizio in un momento posteriore alla conclusione del contratto e il rischio cessi nell'intervallo, l'assicuratore ha diritto al solo rimborso delle spese.

Art. 1897 Codice Civile: DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un Premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del Premio o della rata di Premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor Premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

ART. 1898 Codice Civile: AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un Premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un Premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i Premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il Premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1899 Codice Civile: DURATA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del Premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura del contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni.

Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1900 Codice Civile: SINISTRO CAGIONATO CON DOLO O COLPA GRAVE DELL'ASSICURATO O DEI DIPENDENTI

L'assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave.

L'assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l'assicurato deve rispondere.

Egli è obbligato altresì, nonostante patto contrario, per i sinistri conseguenti ad atti del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, compiuti per dovere di solidarietà umana o nella tutela degli interessi comuni all'assicuratore.

Art. 1901 Codice Civile: MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO

Se il contraente non paga il Premio o la prima rata di Premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i Premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risoluto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il Premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del Premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Sezione II – Dell'assicurazione contro i danni [ESTRATTO]

Art. 1904 Codice Civile: INTERESSE ALL'ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione contro i danni è nullo se, nel momento in cui l'assicurazione deve avere inizio, non esiste un interesse dell'assicurato al risarcimento del danno.

Art. 1905 Codice Civile: LIMITI DEL RISARCIMENTO

L'assicuratore è tenuto a risarcire, nei modi e nei limiti stabiliti dal contratto, il danno sofferto dall'assicurato in conseguenza del sinistro.

L'assicuratore risponde del profitto sperato solo se si è espressamente obbligato

Art. 1910 Codice Civile: ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1912 Codice Civile: TERREMOTO, GUERRA, INSURREZIONE, TUMULTI POPOLARI

Salvo patto contrario, l'assicuratore non è obbligato per i danni determinati da movimenti tellurici, da guerra, da insurrezione o da tumulti popolari.

Art. 1914 Codice Civile: AVVISO ALL'ASSICURATORE IN CASO DI SINISTRO

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

Art. 1915 Codice Civile: INADEMPIMENTO DELL'OBBLIGO DI AVVISO O DI SALVATAGGIO

L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.

Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1916: DIRITTO DI SURROGAZIONE DELL'ASSICURATORE

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali

Sezione III – Dell'assicurazione sulla vita [ESTRATTO]

Art. 1919 Codice Civile: ASSICURAZIONE SULLA VITA PROPRIA O DI UN TERZO

L'assicurazione può essere stipulata sulla vita propria o su quella di un terzo.

L'assicurazione contratta per il caso di morte di un terzo non è valida se questi o il suo legale rappresentante non dà il consenso alla conclusione del contratto. Il consenso deve essere provato per iscritto.

Art. 1920 Codice Civile: ASSICURAZIONE A FAVORE DI UN TERZO

È valida l'assicurazione sulla vita a favore di un terzo.

La designazione del beneficiario può essere fatta nel contratto di assicurazione, o con successiva dichiarazione scritta comunicata all'assicuratore, o per testamento; essa è efficace anche se il beneficiario è determinato solo genericamente. Equivale a designazione l'attribuzione della somma assicurata fatta nel testamento a favore di una determinata persona.

Per effetto della designazione il terzo acquista un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione.

Art. 1921 Codice Civile: REVOCA DEL BENEFICIO

La designazione del beneficiario è revocabile con le forme con le quali può essere fatta a norma dell'articolo precedente. La revoca non può tuttavia farsi dagli eredi dopo la morte del contraente, né dopo che, verificatosi l'evento, il beneficiario ha dichiarato di voler profittare del beneficio.

Se il contraente ha rinunciato per iscritto al potere di revoca, questa non ha effetto dopo che il beneficiario ha dichiarato al contraente di voler profittare del beneficio. La rinuncia del contraente e la dichiarazione del beneficiario devono essere comunicate per iscritto all'assicuratore.

Art. 1922 Codice Civile: DECADENZA DEL BENEFICIO

La designazione del beneficiario, anche se irrevocabile, non ha effetto qualora il beneficiario attenti alla vita dell'assicurato.

Se la designazione è irrevocabile ed è stata fatta a titolo di liberalità, essa può essere revocata nei casi previsti dall'articolo 800.

Art. 1923 Codice Civile: DIRITTI DEI CREDITORI E DEGLI EREDI

Le somme dovute dall'assicuratore al contraente o al beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

Sono salve, rispetto ai Premi pagati, le disposizioni relative alla revocazione degli atti compiuti in pregiudizio dei creditori e quelle relative alla collazione, all'imputazione e alla riduzione delle donazioni.

Art. 1924 Codice Civile: MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI

Se il contraente non paga il Premio relativo al primo anno, l'assicuratore può agire per l'esecuzione del contratto nel termine di sei mesi dal giorno in cui il Premio è scaduto. La disposizione si applica anche se il Premio è ripartito in più rate, fermo restando il disposto dei primi due commi dell'articolo 1901; in tal caso il termine decorre dalla scadenza delle

singole rate.

Se il contraente non paga i Premi successivi nel termine di tolleranza previsto dalla polizza o, in mancanza, nel termine di venti giorni dalla scadenza, il contratto è risolto di diritto, e i Premi pagati restano acquisiti all'assicuratore, salvo che sussistano le condizioni per il riscatto dell'assicurazione o per la riduzione della somma assicurata.

Art. 1927 Codice Civile: SUICIDIO DELL'ASSICURATO

In caso di suicidio dell'assicurato, avvenuto prima che siano decorsi due anni dalla stipulazione del contratto, l'assicuratore non è tenuto al pagamento delle somme assicurate, salvo patto contrario.

L'assicuratore non è nemmeno obbligato se, essendovi stata sospensione del contratto per mancato pagamento dei Premi, non sono decorsi due anni dal giorno in cui la sospensione è cessata.

Sezione V – Disposizioni finali

Art. 1932 Codice Civile: NORME INDEROGABILI

Le disposizioni degli articoli 1887, 1892, 1893, 1894, 1897, 1898, 1899, secondo comma, 1901, 1903, secondo comma, 1914, secondo comma, 1915, secondo comma, 1917, terzo e quarto comma, e 1926 non possono essere derogate se non in senso più favorevole all'assicurato.

Le clausole che derogano in senso meno favorevole all'assicurato sono sostituite di diritto dalle corrispondenti disposizioni di legge.

Disciplina del Contratto in generale

Art. 1341 Codice Civile: CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1342 Codice Civile: CONTRATTO CONCLUSO MEDIANTE MODULI O FORMULARI.

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.



INFORMATIVA SULLA 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 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@gpdp.it, oppure (iii) protocollo@pec.gpdp.it; (iv) fax al numero: 06/696773785.

9. FONTE DA CUI HANNO ORIGINE I DATI PERSONALI

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

10. INFORMAZIONI SU PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI E PROFILAZIONI

I dati personali raccolti non sono oggetto di processi decisionali automatizzati, né sono oggetto di profilazione ad eccezione della profilazione obbligatoria per legge ai fini di antiriciclaggio.