



Polizza collettiva n. 4967 “Temporanea Caso Morte”

FASCICOLO INFORMATIVO

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- Nota Informativa
- Condizioni di Assicurazione
- Glossario
- Informativa sul Trattamento dei Dati Personali
- Richiesta di Adesione comprensiva del Questionario Anamnestico

DEVE ESSERE CONSEGNATO ALL'ADERENTE/ASSICURATO PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA RICHIESTA DI ADESIONE CONTRATTUALE.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

**POLIZZA COLLETTIVA N. 4967 STIPULATA TRA
Iside Broker Insurance s.r.l. e AXA FRANCE VIE**

Il presente Fascicolo Informativo è stato redatto il 31 maggio 2016

Polizza collettiva n. 4967 “Temporanea Caso Morte”

FASCICOLO INFORMATIVO

La presente Polizza Collettiva prevede le seguenti garanzie:

Opzione	Durata	GARANZIA	COMPAGNIA
1	3 anni	A – Decesso	AXA FRANCE VIE
2	5 anni	A – Decesso	AXA FRANCE VIE
3	7 anni	A – Decesso	AXA FRANCE VIE
4	10 anni	A – Decesso	AXA FRANCE VIE
5	3 anni	A – Decesso B – Invalidità Totale e Permanente	AXA FRANCE VIE
6	5 anni	A – Decesso B – Invalidità Totale e Permanente	AXA FRANCE VIE
7	7 anni	A – Decesso B – Invalidità Totale e Permanente	AXA FRANCE VIE
8	10 anni	A – Decesso B – Invalidità Totale e Permanente	AXA FRANCE VIE

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

L'Aderente/Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Richiesta di Adesione.

La Nota Informativa non sostituisce quanto regolamentato dalle Condizioni di Assicurazione.

Le definizioni contenute nel Glossario riportato nella Nota Informativa, integrano e precisano quanto disciplinato all'interno delle Condizioni di Assicurazione.

A. INFORMAZIONI SULLA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

AXA France Vie iscritta al registro di commercio delle Imprese di Nanterre n°310499959 con sede legale al 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Francia, autorizzata ad operare in Italia in regime di Libera Prestazione di Servizi con Provvedimento ISVAP (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo) ai sensi dell'art. 24 del D.Lgs. 209/2005 con provvedimento emesso il 20 febbraio 2006 per le garanzie in caso di Decesso e Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia.

AXA France Vie viene di seguito denominata “Compagnia”.

La Compagnia mette a disposizione dei clienti il proprio sito internet: www.axa-creditor.com.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Compagnia (dati aggiornati al 31 dicembre 2014)

Patrimonio netto di **AXA France Vie S.A.**: 3.712.538 migliaia di euro di cui 487.725 migliaia di euro relativi al capitale sociale e 3.224.813 migliaia di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio.

Indice di solvibilità di **AXA France Vie S.A.** (ovvero l'indice che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente): riferito alla gestione vita e relativo all'ultimo bilancio approvato, è pari al 584%.

B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

La Polizza Collettiva 4967 (di seguito definita Contratto) è un Contratto di Assicurazione con distinte tariffe e con coperture assicurative prestate per una durata variabile pari a 3, 5, 7 o 10 anni a seconda dell'opzione scelta dall'Aderente/Assicurato.

Avvertenza

La copertura assicurativa relativa a ciascuna Adesione al Contratto ha durata pari a 3, 5, 7 o 10 anni secondo l'opzione scelta dall'Aderente/Assicurato.

Non è previsto il tacito rinnovo e, pertanto, alla scadenza della copertura assicurativa non è necessario comunicare la disdetta.

Per i dettagli relativi al recesso dall'Adesione al Contratto si rinvia all'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione.

Sono assicurabili le persone fisiche residenti in Europa che hanno un'età compresa tra 18 e 51 anni non compiuti, fermo restando che l'età di permanenza in copertura è limitata a 61 anni non compiuti per tutte le garanzie.

L'Adesione al Contratto da parte dell'Aderente/Assicurato avrà effetto dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza, a condizione che:

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

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

Ogni Adesione dovrà essere completata presentando il Questionario Anamnestico debitamente compilato presente sulla Richiesta di Adesione. L'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che la Compagnia avrà dato il proprio consenso.

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

Il Contratto prevede le seguenti opzioni contrattuali e prestazioni assicurative:

Opzione 1 – sottoscrivibile da tutti gli Assicurati

Copertura assicurativa	Prestazione assicurata	Durata	Carenza	Franchigia	Limite
A – Decesso	Pagamento capitale assicurato	3 anni	nessuna	nessuna	200.000€

Opzione 2– sottoscrivibile da tutti gli Assicurati

Copertura assicurativa	Prestazione assicurata	Durata	Carenza	Franchigia	Limite
A – Decesso	Pagamento capitale assicurato	5 anni	nessuna	nessuna	200.000€

Opzione 3– sottoscrivibile da tutti gli Assicurati

Copertura assicurativa	Prestazione assicurata	Durata	Carenza	Franchigia	Limite
A – Decesso	Pagamento capitale assicurato	7 anni	nessuna	nessuna	200.000€

Opzione 4– sottoscrivibile da tutti gli Assicurati

Copertura assicurativa	Prestazione assicurata	Durata	Carenza	Franchigia	Limite
A – Decesso	Pagamento capitale assicurato	10 anni	nessuna	nessuna	200.000€

Opzione 5– Sottoscrivibile da tutti gli Assicurati

Copertura assicurativa	Prestazione assicurata	Durata	Carenza	Franchigia	Limite
A – Decesso	Pagamento capitale assicurato	3 anni	nessuna	nessuna	200.000€
B – Invalidità Totale e Permanente >=60%	Pagamento capitale assicurato	3 anni	nessuna	nessuna	200.000€

Opzione 6– Sottoscrivibile da tutti gli Assicurati

Copertura assicurativa	Prestazione assicurata	Durata	Carenza	Franchigia	Limite
A – Decesso	Pagamento capitale assicurato	5 anni	nessuna	nessuna	200.000€
B – Invalidità Totale e Permanente >=60%	Pagamento capitale assicurato	5 anni	nessuna	nessuna	200.000€

Opzione 7– Sottoscrivibile da tutti gli Assicurati

Copertura assicurativa	Prestazione assicurata	Durata	Carenza	Franchigia	Limite
A – Decesso	Pagamento capitale assicurato	7 anni	nessuna	nessuna	200.000€
B – Invalidità Totale e Permanente >=60%	Pagamento capitale assicurato	7 anni	nessuna	nessuna	200.000€

Opzione 8– Sottoscrivibile da tutti gli Assicurati

Copertura assicurativa	Prestazione assicurata	Durata	Carenza	Franchigia	Limite
A – Decesso	Pagamento capitale assicurato	10 anni	nessuna	nessuna	200.000€
B – Invalidità Totale e Permanente >=60%	Pagamento capitale assicurato	10 anni	nessuna	nessuna	200.000€

L’Aderente/Assicurato potrà scegliere il capitale assicurato tra un minimo di 5.000 € ed un massimo di 200.000 €.

Le coperture assicurative di cui alle tabelle sopra riportate sono regolamentate dall’art. 1 – Oggetto dell’Assicurazione – delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza

Ai sensi dell'art. 1 – Oggetto dell'Assicurazione – delle Condizioni di Assicurazione, la copertura assicurativa relativa al caso di Invalidità Totale e Permanente (copertura B) non è operante se il grado di invalidità permanente accertato non sia maggiore o uguale al 60%.

Avvertenza

Ai sensi dell'art. 1 – Oggetto dell'Assicurazione – delle Condizioni di Assicurazione le coperture assicurative sono prestate con le carenze e franchigie come indicato nella tabella di cui sopra e con i limiti di indennizzo previsti dall'art. 3 – Limiti di indennizzo – delle Condizioni di Assicurazione.

Esempio di operatività della copertura in caso di riscontrata Invalidità Totale e Permanente (copertura assicurativa B)

Grado di invalidità permanente accertato	Indennizzo
30%	Non indennizzabile
60%	Indennizzo pari al debito residuo

Avvertenza

Ai sensi dell'art. 2 – Delimitazioni ed Esclusioni – delle Condizioni di Assicurazione, le coperture assicurative sono prestate con limitazioni ed esclusioni.

Avvertenza

Ai sensi dell'art. 10 - Persone assicurabili - delle Condizioni di Assicurazione, al momento della sottoscrizione dell'Adesione l'età degli assicurati non potrà essere inferiore a 18 e superiore a 51 anni non compiuti, ferma restando che l'età di permanenza in copertura è limitata a 61 anni per tutte le garanzie.

4. Premi

Periodicità. Le prestazioni assicurate sono garantite previo pagamento, alla Compagnia da parte dell'Aderente/Assicurato o per suo conto dalla Contraente, di un Premio unico in via anticipata e in un'unica soluzione. Il suo ammontare dipende dall'importo del capitale assicurato, dall'opzione e dalla durata scelti dall'Aderente/Assicurato.

Gli oneri economici connessi al servizio assicurativo sono ad esclusivo carico dell'Aderente/Assicurato, che è obbligato, pertanto, a rimborsare alla Contraente l'importo del Premio corrisposto alla Compagnia.

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

Il contratto non prevede il riscatto.

Il costo trattenuto dalla Compagnia a titolo di spese di acquisizione e gestione del Contratto, già incluso nei tassi di Premio, è pari al 83,00% del Premio unico anticipato al netto delle imposte, dove applicabili. La quota parte percepita in media per l'intermediazione è pari al 84,34% del costo stesso.

A titolo esemplificativo per un Premio unico anticipato di Euro 1.000,00, al netto delle imposte, i costi trattenuti dalla Compagnia a titolo di spese di acquisizione e gestione del Contratto sono pari a Euro 830,00 di cui Euro 700,00 rappresentano l'importo percepito per l'intermediazione.

5. Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

Il presente contratto non prevede alcuna partecipazione agli utili.

C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

6. Costi

6.1 Costi gravanti sul Premio

Costi a carico dell'Aderente/Assicurato	Periodicità di prelievo	Modalità di prelievo
83,00%	Sul Premio unico anticipato	Compresi nel Premio

6.2 Costi per riscatto

Il contratto non prevede il riscatto della prestazione assicurata.

6.3 Costi applicati in funzione della modalità di partecipazione agli utili

Non previsti.

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

Quota parte percepita per l'intermediazione	84,34%
---	--------

7. Sconti

Il contratto non prevede sconti.

8. Regime fiscale

Trattamento fiscale dei premi

Sui premi versati alla Compagnia aventi ad oggetto il rischio di Decesso e Invalidità Totale e Permanente entro il limite massimo di € 530,00, in base alla normativa vigente alla data di redazione della presente Polizza collettiva, è riconosciuta una detrazione di imposta ai fini IRPEF attualmente del 19% dei Premi stessi.

Tassazione delle prestazioni

Le prestazioni erogate non sono soggette ad alcuna tassazione.

Non pignorabilità e non sequestrabilità

Ai sensi dell'art. 1923 del c.c., le somme dovute per la copertura in caso di morte non sono pignorabili né sequestrabili.

D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

9. Modalità di Perfezionamento del Contratto

Per le modalità di perfezionamento del Contratto e la decorrenza delle coperture assicurative si rinvia agli art. 4 - Durata delle Coperture – Effetto – Decorrenza delle Coperture - e Art.10 - Persone Assicurabili e Formalità di Ammissione - delle Condizioni di Assicurazione.

10. Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi

Il presente Contratto non prevede la sospensione del pagamento dei premi.

11. Riscatto e riduzione

Il Contratto non prevede valore di riduzione e di riscatto.

12. Revoca della proposta

Il Contratto non prevede revoca della proposta.

13. Diritto di recesso

Avvertenza

L'Aderente/Assicurato ha diritto di recedere dalle coperture assicurative relative alla propria Adesione entro **60 (sessanta)** giorni dalla Data di decorrenza.

Il Recesso deve essere comunicato per iscritto alla Compagnia, o eventualmente per il tramite del soggetto incaricato del collocamento, mediante lettera raccomandata contenente gli estremi identificativi della Polizza, ed inviata a:

**AXA France Vie c/o Iside Broker Insurance S.r.l.
Via Asiago 27 – 22063 Cantù (CO)**

Entro **30 (trenta)** giorni dal ricevimento della comunicazione di Recesso, la Compagnia rimborsa all'Aderente/Assicurato il Premio da questi corrisposto al netto della parte relativa al periodo per il quale l'Adesione al Contratto ha avuto effetto. Il Contratto non prevede la facoltà di esercitare il diritto di recesso da parte della Compagnia per la singola Applicazione emessa.

14. Documentazione da consegnare alla Compagnia per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione

Si rinvia all'art. 8 – Denuncia dei sinistri – delle Condizioni di Assicurazione per il dettaglio della documentazione che l'avente diritto è tenuto a presentare alla Compagnia per la liquidazione delle prestazioni.

La Compagnia si impegna a liquidare il Sinistro entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione completa, prevista dall'art. 8 – Denuncia dei sinistri – delle Condizioni di Assicurazione, comprovante il Sinistro. Le somme liquidate saranno corrisposte ai beneficiari. I diritti dei beneficiari dei contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine di dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, come da Art. 2952 Codice Civile, così come modificato dalla Legge 221 del 17/12/2012. Decorso tale termine senza che la Compagnia abbia ricevuto alcuna comunicazione e/o disposizione, gli importi derivanti dal Contratto verranno devoluti al Fondo costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze (Regolamento di attuazione L. 23 dicembre 2005 n. 266 con D.P.R. n.116 del 22/6/2007 in materia di "Rapporti dormienti"). Mentre per quanto attiene la garanzia Invalidità Permanente e Totale, i diritti dei beneficiari dei contratti di assicurazione danni si prescrivono nel termine di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, come da Art. 2952 Codice Civile.

15. Legge applicabile al Contratto

Al Contratto si applica la legge italiana.

16. Lingua in cui è redatto il Contratto

Il Contratto, e ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di Contratto, sono redatti in lingua italiana.

17. Reclami

Eventuali reclami relativi al rapporto contrattuale o alla gestione del Sinistro possono essere presentati alla Compagnia, per il tramite del Broker, secondo le seguenti modalità:

- **Posta: AXA France Vie c/o Iside Broker Insurance S.r.l., Via Asiago 27 – 22063 Cantù (CO);**
- **mail: isidebroker@legalmail.it**
- **fax: 0331/926045**

I reclami indirizzati alla Compagnia contengono:

- nome, cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante;
- numero della polizza, nominativo della Contraente, numero dell'Adesione e nominativo dell'Aderente;

- numero e data del Sinistro al quale si fa riferimento;
- indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze.

Sarà cura della Compagnia comunicare gli esiti del reclamo entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo.

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

IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni

Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma

Fax: 06.42.133.745 – 06.42.133.353

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

http://www.ivass.it/ivass_cms/docs/F2180/Allegato2_Guida%20ai%20reclami.pdf

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:

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

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

Le Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA)

BP 290, 75425 PARIS CEDEX 09

fax (+33) 01.45.23.27.15

e-mail: le.mediateur@mediation-assurance.org

sito web: www.ffsa.fr,

chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

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

18. Informativa in corso di Contratto

La Compagnia si impegna a comunicare all'Aderente/Assicurato le eventuali variazioni delle informazioni contenute nella Nota Informativa, intervenute per effetto di modifiche alla normativa successive alla Conclusione del Contratto.

19. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione nella professione

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

20. Sanzioni

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

21. Conflitto di interessi

In relazione al presente Contratto non sussistono, al momento della redazione della presente Nota Informativa, situazioni di conflitto d'interesse anche derivanti da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo.

La Compagnia è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa.

AXA France Vie
Il rappresentante legale
Corinne Vitrac



Aderente/Assicurato:	Soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Adesione:	Applicazione derivante dalla sottoscrizione della Richiesta di Adesione da parte dell'Aderente/Assicurato al Contratto (o Polizza Collettiva).
Beneficiario:	Soggetto a cui spettano le prestazioni assicurative previste dal Contratto.
Broker:	Iside Broker Insurance S.r.l.
Capitale Assicurato:	Prestazione in forma di capitale che la Compagnia corrisponde al Beneficiario in caso di Decesso o Invalidità permanente e totale dell'Assicurato nel corso della Durata delle coperture assicurative.
Carenza:	Periodo di tempo, immediatamente successivo alla Data di Decorrenza, durante il quale la garanzia non ha effetto.
Compagnia:	AXA France Vie.
Conclusione dell'Adesione al Contratto:	L'Adesione si intenderà conclusa a condizione che: <ul style="list-style-type: none">• sia stata compilata, datata e sottoscritta la Richiesta di Adesione comprendente il Questionario Anamnestico (compilato e sottoscritto dall'Assicurato da solo o con l'aiuto del proprio Medico di Famiglia) e fornita l'ulteriore documentazione eventualmente richiesta, con contestuale accettazione del rischio da parte della Compagnia;• sia stato pagato il Premio unico anticipato previsto e avrà effetto dalle ore 24,00 della Data di Decorrenza coincidente con la data di firma della Richiesta di Adesione.
Condizioni di Assicurazione:	Insieme delle clausole di base che regolano il Contratto e riguardano gli aspetti generali quali il pagamento del Premio, la Data di Decorrenza, la Durata delle coperture assicurative.
Contraente:	Iside Broker Insurance s.r.l., con sede in via Asiago, 27 - 22063 - Cantù (CO), P. IVA/C.F. 03361320132, rappresentata dal Dott. Pirulli Christian.
Contratto (o Polizza Collettiva):	Convenzione stipulata tra la Compagnia e la Contraente nell'interesse di più Assicurati che vogliono proteggersi contro i rischi coperti dalla stessa convenzione, attraverso la sottoscrizione della Richiesta di Adesione e la Conclusione dell'Adesione.
Costi (o spese):	Oneri a carico dell'Aderente/Assicurato e gravanti sul Premio.
Data di Decorrenza e Perfezionamento dell'Adesione:	Data a partire dalla quale l'Adesione produce i suoi effetti. La Data di Decorrenza coincide con la Conclusione dell'Adesione al Contratto.

Data di Scadenza:	Data prevista come termine di efficacia delle coperture assicurative relative a ciascuna Applicazione al Contratto ed a partire dalla quale cessano gli effetti delle stesse.
Diritti (propri) del Beneficiario:	Diritto del Beneficiario alle prestazioni dovute dalla Compagnia; è acquisito per effetto della designazione da parte dell'Aderente/Assicurato.
Durata delle coperture assicurative:	Periodo che intercorre dalla Data di Decorrenza alla Data di Scadenza o di cessazione delle coperture assicurative o, se precedente, alla data in cui si manifesta l'evento coperto dal Decesso.
Esclusioni:	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del Contratto.
Fascicolo Informativo:	Insieme della presente documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: <ul style="list-style-type: none">- Nota Informativa;- Glossario;- Condizioni di Assicurazione;- Informativa sul trattamento dei dati personali;- Modulo di Richiesta di Adesione comprensivo di Questionario Anamnestico.
Indennizzo, Indennità o Liquidazione:	Pagamento al Beneficiario delle prestazioni dovute al verificarsi di uno degli eventi assicurati.
Infortunio:	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca il Decesso dell'Assicurato o lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano come conseguenza l'Invalidità Totale e Permanente. Sono inoltre parificati agli infortuni: l'asfissia non di origine morbosa, gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; l'infezione e l'avvelenamento causati da morsi di animali, punture di insetti e di vegetali, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali; l'annegamento; l'assideramento o il congelamento; i colpi di sole o di calore; le lesioni muscolari determinate da sforzi, con esclusione di ogni tipo di infarto e delle rotture sottocutanee dei tendini; le ernie addominali, con esclusione di ogni tipo di ernia; gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza.
Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia:	La perdita totale e definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata. Tale invalidità è riconosciuta quando il grado di percentuale di invalidità accertato sia pari o superiore al 60%, ai sensi del DPR 38/2000 e successive modificazioni.
ISVAP:	Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo, che ha svolto, fino al 31 dicembre 2012, funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.
IVASS:	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP a decorrere dal 1° gennaio 2013.

Limiti di indennizzo:	Limite dell'esposizione finanziaria della Compagnia, al di là del quale le conseguenze economiche del Sinistro restano a carico dell'Assicurato.
Malattia:	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
Nota Informativa:	Il documento che precede le Condizioni di Assicurazione, redatto secondo le disposizioni dell'ISVAP, ora IVASS, che la Compagnia consegna all'Aderente/Assicurato prima della sottoscrizione della Richiesta di Adesione e che contiene informazioni relative alla Compagnia e alle caratteristiche assicurative del Contratto (o Polizza Collettiva).
Parti:	La Compagnia e la Contraente
Premio unico anticipato:	Importo, comprensivo di imposte, che l'Aderente/Assicurato deve corrispondere alla sottoscrizione della Richiesta di Adesione per le coperture assicurative prestate.
Questionario Anamnestico:	Documenti che l'Assicurato deve compilare, ove richiesto dalla Compagnia, prima della stipulazione dell'assicurazione, contenente domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dello stesso. Le informazioni fornite dal dichiarante servono alla Compagnia per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.
Recesso:	Diritto di recedere dalle coperture assicurative relative alla propria Adesione e farne cessare gli effetti, da comunicarsi alla Compagnia da parte dell'Aderente/Assicurato entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza.
Richiesta di Adesione:	Modulo sottoscritto dall'Aderente/Assicurato, in qualità di Aderente, con il quale egli conferma di avere ricevuto, letto e valutato tutti i documenti inclusi nel Fascicolo Informativo del Contratto e manifesta alla Compagnia la volontà di aderire al Contratto.
Sinistro:	Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del Contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurativa, come ad esempio il decesso dell'Assicurato.
Trattamento fiscale del Premio	Possibilità di portare in detrazione dalle imposte sui redditi delle persone fisiche, nella misura prevista dalla normativa vigente, una parte del Premio versato per il contratto di assicurazione.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

Opzione contrattuale	Garanzie	Durata	Coperture assicurative	
			Decesso	Invalità Totale e Permanente
Opzione 1	Decesso	3 anni	Si	No
Opzione 2	Decesso	5 anni	Si	No
Opzione 3	Decesso	7 anni	Si	No
Opzione 4	Decesso	10 anni	Si	No
Opzione 5	Decesso Invalità Totale e Permanente	3 anni	Si	Si
Opzione 6	Decesso Invalità Totale e Permanente	5 anni	Si	Si
Opzione 7	Decesso Invalità Totale e Permanente	7 anni	Si	Si
Opzione 8	Decesso Invalità Totale e Permanente	10 anni	Si	Si

A) Decesso per qualunque causa – OPZIONI 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

1. **Assicurati garantiti:** tutti gli Aderenti.
2. **Rischio assicurato:** decesso per qualunque causa.

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

3. **Franchigia e Carenza:** non previste.
4. **Prestazione assicurativa:** Fermi i Limiti di indennizzo di cui all'art. 3 – Limiti di indennizzo – delle Condizioni di Assicurazione, la Compagnia liquida ai Beneficiari una somma pari al capitale assicurato prescelto dall'Aderente/Assicurato al momento dell'Adesione.

B) Invalità Totale e Permanente, a seguito di Infortunio o Malattia – OPZIONI 5, 6, 7, 8

1. **Assicurati garantiti:** tutti gli Aderenti.
2. **Rischio assicurato:** Invalità Totale e Permanente, di grado uguale o superiore al 60%, a seguito di Infortunio o Malattia.

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

3. **Franchigia:** la copertura prevede un periodo di franchigia di 60 giorni.
4. **Carenza:** la copertura prevede un periodo di carenza di 60 giorni per evento derivante da Malattia.
5. **Prestazione assicurativa:** Fermi i Limiti di indennizzo di cui all'art. 3 – Limiti di indennizzo – delle Condizioni di Assicurazione, la Compagnia liquida ai Beneficiari una somma pari al capitale assicurato prescelto dall'Aderente/Assicurato al momento dell'Adesione.

2 – DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

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

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

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

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

t) Infortuni causati da:

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

3 – LIMITI DI INDENNIZZO

Per ciascun Aderente/Assicurato, la prestazione massima garantita dalla Compagnia è Euro 200.000,00 per le garanzie Decesso e Invalidità Permanente e Totale.

4– DURATA DELLE COPERTURE – EFFETTO – DECORRENZA DELLE COPERTURE

Art. 4.1 Data di Decorrenza delle coperture assicurative

L'Adesione al Contratto da parte dell'Aderente/Assicurato avrà effetto dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza, a condizione che:

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

Art. 4.2 Durata delle coperture assicurative

La durata delle coperture previste dalla Polizza è pari a 3, 5, 7 o 10 anni.

Art. 4.3 Cessazione delle coperture assicurative

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

- liquidazione della Prestazione di cui alle garanzie Decesso e Invalidità Permanente e Totale prestate da AXA France Vie in forza della presente Polizza n. 4967;
- compimento da parte dell'Assicurato dei 61 anni di età se precedente alla Data di scadenza per le garanzie Decesso e Invalidità Permanente e Totale.

5 – RECESSO

Avvertenza

L'Aderente/Assicurato ha diritto di recedere dalle coperture assicurative relative alla propria Adesione Contratto entro **60 (sessanta)** giorni dalla Data di decorrenza.

Il Recesso deve essere comunicato per iscritto alla Compagnia, o eventualmente per il tramite del Soggetto Incaricato del collocamento, mediante lettera raccomandata contenente gli estremi

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

identificativi della Polizza, ed inviata a:

AXA France Vie c/o Iside Broker Insurance S.r.l.

Via Asiago, 27 – 22063 Cantù (CO)

Entro **30 (trenta)** giorni dal ricevimento della comunicazione di Recesso, la Compagnia rimborsa all'Aderente/Assicurato il Premio da questi corrisposto al netto della parte relativa al periodo per il quale l'Adesione al Contratto ha avuto effetto. L'esercizio del diritto di Recesso da parte dell'Aderente/Assicurato implica necessariamente il recesso da tutte le coperture assicurative. La Compagnia, tramite la Contraente, restituisce all'Aderente/Assicurato la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria, al netto delle imposte.

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

6 – BENEFICIARI

Beneficiario delle prestazioni assicurative è l'Aderente/Assicurato o, in mancanza, gli eredi legittimi e/o testamentari o altro soggetto comunicato dall'Aderente/Assicurato nella Richiesta di Adesione.

7 – MODIFICHE ALLA RICHIESTA DI ADESIONE

Le eventuali modifiche alle informazioni, comunicate dall'Aderente/Assicurato nella Richiesta di Adesione, devono essere approvate per iscritto da parte della Compagnia e dell'Aderente/Assicurato.

8 – DENUNCIA DEI SINISTRI

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

Modalità di denuncia	Recapito
Via Posta (anche raccomandata a/r)	AXA France Vie c/o Iside Broker Insurance S.r.l., "Ufficio Sinistri", Via Asiago 27 – 22063 Cantù (CO)
Via e-mail	amministrazione@isidebroker.net
Via PEC	isidebroker@legalmail.it

Art. 8.1 Decesso

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

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

Gli aventi causa dovranno inoltre fornire la seguente documentazione:

- l'atto di notorietà da cui risulti l'esistenza o meno di testamento e, in caso affermativo, copia autentica del testamento pubblicato;
- nel caso in cui la designazione beneficiaria sia genericamente determinata, dall'atto notorio dovrà risultare l'elenco di tutti gli eredi con l'indicazione delle generalità complete, dell'età, dello stato civile, della capacità di agire di ciascuno di essi, del rapporto e grado di parentela con l'Assicurato e con

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

l'esplicita dichiarazione che oltre a quelli elencati non esistono, né esistevano alla morte dell'Assicurato, altre persone aventi comunque diritto per legge alla successione;

- nel caso in cui tra i Beneficiari vi siano soggetti minori od incapaci, il decreto di autorizzazione del Giudice Tutelare a riscuotere la somma dovuta con esonero di AXA France Vie da ogni responsabilità circa il pagamento della somma stessa.
- In entrambi i casi, AXA France Vie esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento presso la propria sede della documentazione completa.

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

Art. 8.2 Invalidità Totale e Permanente

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

Disposizioni comuni

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

L'Aderente/Assicurato deve inoltre:

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

9 – LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

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

10 – PERSONE ASSICURABILI e FORMALITA' DI AMMISSIONE

Sono assicurabili le persone fisiche residenti in Europa che hanno un'età compresa tra 18 e 51 anni non compiuti al momento della sottoscrizione della richiesta di Adesione, fermo restando che l'età di permanenza in copertura è limitata a 61 anni per tutte le garanzie.

L'Adesione al Contratto da parte dell'Aderente/Assicurato avrà effetto dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza, a condizione che:

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

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

Ogni Adesione dovrà essere completata con la documentazione indicata al successivo punto 10.1 Limiti assuntivi.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

10.1 Limiti assuntivi

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

Ogni Adesione dovrà essere completata con la presentazione del Questionario Anamnestico debitamente compilato presente sulla Richiesta di Adesione. L'Adesione potrà essere perfezionata solo dopo che la Compagnia avrà dato il proprio consenso.

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

11 – LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per sinistri verificatisi nel mondo intero per le garanzie Decesso e Invalidità Totale e Permanente.

12 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

13 – COMUNICAZIONI

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

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

14 – IMPOSTE E ALTRI ONERI FISCALI

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

15 – RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

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

16 – ARBITRATO

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

17 – LEGGE APPLICABILE

La Legge applicabile al contratto di assicurazione è quella italiana.

18 – FORO COMPETENTE

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

19 – SANZIONI

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

20 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

A) Trattamento dei suoi dati personali per finalità assicurative ¹

Al fine di fornirle i servizi e/o i prodotti assicurativi e/o le prestazioni richiesti o previsti in suo favore, in qualità di:

- Assicurato Investitore-Contraente Erede/beneficiario
(barrare la casella corrispondente alla natura del suo rapporto con la nostra Società)

la nostra Società ha la necessità di disporre di dati personali che la riguardano (dati ancora da acquisire, alcuni dei quali ci debbono essere forniti da lei o da terzi per obbligo di legge², e/o dati già acquisiti, forniti da lei o da altri soggetti³) e deve trattarli nel quadro delle finalità assicurative.

Pertanto le chiediamo di esprimere il consenso per il trattamento dei suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte della nostra Società e di terzi a cui tali dati saranno comunicati⁴.

Il consenso che le chiediamo riguarda anche il trattamento degli eventuali dati sensibili strettamente inerenti alla fornitura dei servizi, e/o prodotti assicurativi e/o delle prestazioni citate ⁵ 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 lei e la nostra Società, secondo i casi, i suoi dati 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" ⁶, in parte anche in funzione meramente organizzativa.

¹ La "finalità assicurativa" richiede, che i dati siano trattati necessariamente per: predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivati; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri, pagamento o esecuzione di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; esercizio o difesa di diritti della Compagnia; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi o prodotti o servizi; gestione e controllo interno; attività statistiche.

² Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.

³ Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che la riguarda (contraenti di assicurazioni in cui lei risulti Assicurato, beneficiario ecc.; coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione ecc.); soggetti che, per soddisfare le sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consorzi propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.

⁴ I dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società, (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); Società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti; assicuratori, coassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim.

⁵ Cioè i dati di cui all'art. 4, comma 1, lett. d) ed e), del Codice, quali dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche, sindacali, religiose ovvero dati relativi a sentenze o indagini penali.

⁶ Secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:

- assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim; legali; periti; medici; autofficine; centri di demolizione di autoveicoli;
- società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, tra cui centrale operativa di assistenza, società di consulenza per tutela giudiziaria, cliniche convenzionate; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela); società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi ed il monitoraggio delle attività di distribuzione; società di recupero crediti;
- società ed enti facenti riferimento al Gruppo a cui appartiene la nostra Società (società controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- ANIA (Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici); organismi associativi e consorzi propri del settore assicurativo o comunque inerenti a materie di interesse per l'attività assicurativa; nonché altri soggetti, istituiti presso Autorità Amministrative indipendenti o Organismi di Controllo e Ministeri; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAl, INPGI ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria; Magistratura; Forze dell'ordine; altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria in base a leggi o regolamenti.

Il consenso che le chiediamo riguarda, pertanto, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti.

Precisiamo che senza i suoi dati non saremo in grado di fornirle, le prestazioni, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati. Quindi, in relazione a questa specifica finalità, il suo consenso è presupposto necessario per lo svolgimento del rapporto assicurativo.

B) Modalità d'uso dei suoi dati personali e suoi diritti

Le precisiamo inoltre che i nostri dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati nell'ambito delle rispettive mansioni possono venire a conoscenza dei suoi dati quali "responsabili" o "incaricati" del trattamento.

Modalità di uso dei suoi dati personali

I suoi dati personali sono trattati⁷ dalla Compagnia - titolare del trattamento - solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirle le prestazioni, i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o previsti in suo favore, ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche e attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati per i suddetti fini ai soggetti già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa.

Nella nostra Società, i dati sono trattati da dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità alle istruzioni ricevute, per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia – operanti talvolta anche all'estero – che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa o gestione⁸; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

I suoi diritti

Lei ha il diritto di conoscere quali sono i suoi dati presso i singoli titolari di trattamento, cioè presso la nostra Società o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento⁹.

⁷ Il trattamento può comportare le operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a), del Codice: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.

⁸ Questi soggetti sono società o persone fisiche nostre dirette collaboratrici e svolgono le funzioni di responsabili del nostro trattamento dei dati. Nel caso invece che operino in autonomia come distinti "titolari" di trattamento rientrano, come detto, nella c.d. "catena assicurativa" con funzione organizzativa.

⁹ Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. L'art. 7 (*Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti*) prevede che:

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D. LGS. N. 196/03 –
CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI**

Per l'esercizio dei Suoi diritti Lei può rivolgersi alla Direzione Legale e Affari Societari presso **AXA France Vie e AXA France Iard** con sede e Direzione Generale al 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex scrivendo al seguente indirizzo: **AXA Assicurazioni - AXA Creditor, Piazzale Biancamano, 8 20121 Milano MI, Italia.**

Data dell'ultimo aggiornamento del presente documento 31/05/2016

-
- c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
- a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.”

RICHIESTA DI ADESIONE – FAC SIMILE

1) Dati dell'Aderente/Assicurato			
Cognome		Nome	
Indirizzo	Località	Provincia	CAP
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	Codice Fiscale
Professione	Documento Tipo	Numero	Data e luogo di emissione

Totale capitali già assicurati da AXA France Vie tramite Iside Broker Insurance S.r.l. o sue partecipate o controllate _____ Euro

Preso atto che Iside Broker Insurance S.r.l. ha stipulato ai sensi dell'art. 1891 C.C. con AXA France Vie (di seguito "AXA") una polizza collettiva di assicurazione a cui possono aderire i clienti persone fisiche della Iside Broker Insurance S.r.l., o delle sue partecipate o controllate.

RICHIEDE DI ADERIRE A:

<input type="checkbox"/> Opzione 1	
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte	
Durata	
<input type="checkbox"/> 3 anni	
Capitale assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro

<input type="checkbox"/> Opzione 2	
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte	
Durata	
<input type="checkbox"/> 5 anni	
Capitale assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro

<input type="checkbox"/> Opzione 3	
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte	
Durata	
<input type="checkbox"/> 7 anni	
Capitale assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro

<input type="checkbox"/> Opzione 4	
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte	
Durata	
<input type="checkbox"/> 10 anni	
Capitale assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro

<input type="checkbox"/> Opzione 5	
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte	
B) Assicurazione Invalidità Totale e Permanente	
Durata	
<input type="checkbox"/> 3 anni	
Capitale assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro

RICHIESTA DI ADESIONE – FAC SIMILE

<input type="checkbox"/> Opzione 6	
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte B) Assicurazione Invalidità Totale e Permanente	
Durata	
<input type="checkbox"/> 5 anni	
Capitale assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro

<input type="checkbox"/> Opzione 7	
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte B) Assicurazione Invalidità Totale e Permanente	
Durata	
<input type="checkbox"/> 7 anni	
Capitale assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro

<input type="checkbox"/> Opzione 8	
A) Assicurazione Temporanea in caso di Morte B) Assicurazione Invalidità Totale e Permanente	
Durata	
<input type="checkbox"/> 10 anni	
Capitale assicurato	Euro
Premio unico totale	Euro

BENEFICIARI		
Beneficiario delle prestazioni assicurative è l'Aderente/Assicurato, ovvero gli aventi diritto dell'Aderente/Assicurato (eredi legittimi e testamentari), ovvero la persona di seguito designata dall'Aderente/Assicurato:		
Cognome	Nome	Codice Fiscale
FIRMA DELL'ASSICURATO		

DICHIARO

- di aver ricevuto il Fascicolo Informativo – redatto secondo le prescrizioni IVASS - contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario, l'Informativa sulla Privacy e la presente Richiesta di Adesione che definiscono il Contratto. A tal proposito prendo/iamo atto che il testo integrale delle Polizze Collettive sono depositate a mia/nostra disposizione presso la sede della Contraente nonché presso qualsiasi soggetto e/o punto vendita dei quali la stessa si avvalga per il collocamento dei finanziamenti;
- di aver ricevuto la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli Intermediari sono tenuti - ai sensi dell'art. 49 comma 2 lettera a) bis del Regolamento ISVAP n. 5/2006 - nei confronti dei Contraenti (modello predisposto dall'Intermediario);
- di aver ricevuto il documento contenente - ai sensi dell'art. 49 del Regolamento ISVAP n. 5/2006 - i dati essenziali degli Intermediari e della loro attività, le informazioni su potenziali situazioni di conflitto d'interessi e sugli strumenti di tutela dei Contraenti (modello predisposto dall'intermediario);
- di aver ricevuto e sottoscritto il documento atto alla verifica dell'adeguatezza dell'offerta – ai sensi dell'art. 52 del regolamento ISVAP n. 5/2006;
- di aver LETTO, COMPRESO ed ACCETTATO le Condizioni di Assicurazione.

Luogo e Data
FIRMA DELL'ASSICURATO

DICHIARO ALTRESÌ:

- di essere a conoscenza che in caso di mancato assenso da parte di AXA all'adesione alla Polizza Collettiva, solo in caso di sottoscrizione del Questionario Anamnestico, le coperture richieste non saranno attivate;
- che tutte le dichiarazioni contenute nel presente atto, necessarie alla valutazione del rischio da parte di AXA, sono veritiere, precise e complete;
- di essere pronto ad esibire ulteriore documentazione sanitaria richiesta, di volta in volta, da AXA;

RICHIESTA DI ADESIONE – FAC SIMILE

- di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono avermi curato e visitato e tutte le persone o enti ai quali AXA volesse rivolgersi per informazioni;
- di non aver compiuto 51 anni.

Tutela Privacy: AXA, la Contraente e il Broker si impegnano a trattare i dati esclusivamente nei limiti strettamente necessari alla gestione del rapporto assicurativo posto in essere con il presente contratto/

L'Assicurato dichiara inoltre, nella sua qualità di interessato, di aver ricevuto mediante apposito modulo "Tutela Privacy" l'informativa di cui all'art. 13 del D.L. n. 196 del 30/06/2003.

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

Io sottoscritto dichiaro di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli Articoli del Codice Civile: 1341: Condizioni Generali di Contratto e 1342: Contratto concluso mediante moduli e formulari - le Clausole Vessatorie e il disposto dei seguenti articoli delle **Condizioni di Assicurazioni: Art. 1** "Oggetto dell'Assicurazione", **Art. 2** "Delimitazioni ed Esclusioni", **Art. 4** "Durata della Copertura - Effetto - Decorrenza delle Coperture", **Art. 8** "Denuncia dei sinistri", **Art. 12** "Dichiarazioni relative alle circostanze di rischio", **Art. 18** "Foro Competente".

Luogo e Data
FIRMA DELL'ASSICURATO

COSTI GRAVANTI SUL CONTRATTO

Sul Premio vengono applicati i seguenti costi:

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

QUESTIONARIO ANAMNESTICO – POLIZZA N° 4967

NOME: _____ COGNOME: _____ NATO/A _____ IL: _____

Richiamiamo la Sua attenzione sulla necessità di compilare accuratamente il presente questionario. In mancanza di una risposta da parte Sua, non potremo decidere sulla Sua richiesta di ammissione all'assicurazione. Le consigliamo di prendere **da solo** il tempo della riflessione per rispondere precisamente alle domande poste. Può anche chiedere l'assistenza del Suo medico di fiducia. Il presente questionario potrà essere trasmesso alla Compagnia di assicurazione o per il tramite del Suo consulente bancario, nel rispetto delle regole del segreto professionale, ovvero direttamente da Lei, indirizzandolo al medico specializzato della Compagnia di assicurazione, insieme alla Sua Richiesta di Adesione, utilizzando la busta confidenziale fornitaLe dal Suo consulente bancario, intestata a "All'attenzione del Medico Specializzato AXA France Creditor **c/o CBP ITALIA, Viale Lancetti 43, 20158 Milano**, ovvero tramite ogni mezzo a Suo piacimento, purché idoneo ad assicurare la riservatezza delle informazioni oggetto di comunicazione. Può accelerare lo studio del suo dossier allegando al questionario documenti che si riferiscano alla Sua salute (analisi del sangue, lastre, copia di ricette mediche, ecc.). Il medico specializzato della Compagnia di assicurazione si riserva il diritto di chiederLe documenti medici complementari. Le sue dichiarazioni sono valide 6 mesi. Il presente documento dovrà essere compilato accuratamente, evitando macchie o cancellature; un semplice tratto non sarà considerato come una risposta valida.

Altezza: cm Peso: kg Differenza (Altezza - Peso):	In caso di risposta affermativa, fornire le precisazioni richieste	
1 Questa differenza è inferiore a 80 o superiore a 120 ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
2 E' attualmente inabile al lavoro, totalmente o parzialmente, per malattia o infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Da quando? Per quale motivo?
3 E' sottoposto attualmente ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? Da quando? Trattamento e posologia.....
4 E' colpito da una malattia cronica, da infermità, invalidità o da postumi di una malattia o di un infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Di quale natura? Da quando?
5 E' titolare di una pensione per malattia o infortunio? E' titolare di una rendita per infortunio sul lavoro superiore al 15%?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? Percentuale(i)?% Da quando? (allegare copia della notifica di rendita)
6 Gode dell'esonero dal ticket a causa di una malattia o di un infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? Da quando?
7 Negli ultimi 5 anni ha dovuto interrompere il lavoro per più di 30 giorni consecutivi per malattia o infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? Quando? Per quanto tempo?
8 Ha subito un test di individuazione sierologica che si sia rivelato positivo per le sierologie Epatite B, C e/o: HIV (virus dell'immunodeficienza umana) ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Quale(i)? Quando? Risultato? Negativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/>
9 Nel corso degli ultimi 10 anni è stato sottoposto ad un trattamento medico per le seguenti affezioni :		Per quale(i) motivo(i)? Quando? Durata?
• Angina, infarto, valvulopatia, disturbi cardiaci congeniti, aritmie cardiache (pacemaker incluso), ipertensione arteriosa	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• Ictus cerebrale, emorragia cerebrale, infarto celebrale, emorragia subaracnoidea, nevrosi, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, alcolismo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• Asma, bronchite cronica, enfisema, tubercolosi polmonare, pneumoconiosi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• Ulcera duodenale o gastrica, colite ulcerosa (Crohn) pancreatite	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• Epatite B, C cirrosi epatica, disordini delle funzioni del fegato, calcoli vescicali o biliari	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• Insufficienza renale, cisti renali, calcoli renali, disturbi alla prostata	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• Cataratta, glaucoma, disturbo retina, otite media, empiema	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• Miomi uterini, endometriosi, cisti ovariche, mastopatia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• Reumatismi, anemia, porpora, ipotiroidismo, ipertiroidismo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• Diabete, insulino-dipendente e non insulino-dipendente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• Cancro o tumori maligni di qualsiasi natura	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
• Altre patologie non ricomprese nell'elenco di cui sopra	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
.....	

RICHIEDTA DI ADESIONE – FAC SIMILE

<p>10 Negli ultimi 10 anni é stato ricoverato in un ospedale, una clinica o una casa di cura per un motivo diverso dai seguenti: maternità, parto cesareo, appendicite, asportazione di tonsille o adenoidi o cistifellea o ernia inguinale o ernia ombelicale o ernia iatale, varici, emorroidi, Interruzione Volontaria Gravidanza, chirurgia dentaria, deviazione del setto nasale?</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>Per quale(i) motivo(i)? Quando? Per quanto tempo?</p>
<p>11 E' stato informato che nel corso dei prossimi 12 mesi, dovrà:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fare una TAC, risonanza magnetica, esami in ospedale? - essere ricoverato? - subire un intervento chirurgico? - seguire un trattamento medico? 	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>Per quale(i) motivo(i)? Quando?</p> <p>..... </p> <p>..... </p> <p>..... </p>

Dichiaro di essere stato informato che le risposte e le informazioni contenute nel presente documento sono necessarie per la gestione della mia richiesta di ammissione ai contratti assicurativi sottoscritti presso AXA France VIE, Titolare del trattamento, e destinate al medico specializzato della Compagnia di assicurazione. Dichiaro di aver preso conoscenza delle condizioni contrattuali e di accettarne i termini. Autorizzo la raccolta e il trattamento dei miei dati personali, anche di natura sanitaria, ivi compresi quelli figuranti nel presente questionario, ai fini della gestione della mia richiesta di ammissione all'assicurazione e per l'esecuzione del contratto assicurativo. Dichiaro di essere stato informato che la Compagnia Axa France VIE, in qualità di Titolare dei dati raccolti e trattati per le finalità appena indicate, potrà comunicare le mie risposte, nonché gli ulteriori eventuali dati personali, anche sanitari, che si renderanno necessari per la gestione della mia richiesta di adesione all'assicurazione e per l'esecuzione del contratto assicurativo, ai suoi mandatarî, riassicuratori, organismi professionali abilitati e subappaltatori, nella misura in cui tale trasmissione risulti necessaria per la conclusione ed esecuzione del mio contratto assicurativo. Sono a conoscenza del fatto che, nel rispetto della normativa in tema di privacy di cui al D. Lgs. 196/03, i dati medici da me forniti potranno essere trasmessi anche all'estero, ai fini della valutazione del mio stato di salute in vista dell'ammissione alla copertura assicurativa. Sono altresì a conoscenza dell'art. 7 del D. Lgs 196/ 03, il quale mi conferisce l'esercizio del diritto di ottenere, in ogni momento, l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei miei dati e, in caso di violazione di legge, il blocco e la cancellazione degli stessi, presso AXA France CREDITOR, c/o CBP ITALIA, Viale Lancetti 43, 20158 Milano, che potrà rispondere o trasmettere la domanda al servizio clienti di AXA France Vie.

QUADRO RISERVATO ALL'ASSICURATO	QUADRO RISERVATO AL MEDICO DI FIDUCIA	
<p>Nome: _____</p> <p>Cognome: _____</p> <hr/> <p>Luogo: _____</p> <p>Data: __ / __ / ____</p> <p>Letto ed approvato,</p> <p>_____</p> <p>(L'Assicurato, firma per esteso e leggibile)</p>	<p>Nome: _____</p> <p>Cognome: _____</p> <hr/> <p>Luogo: _____</p> <p>Data: __ / __ / ____</p>	<p style="text-align: center;">TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO</p> <p>Letto ed approvato,</p> <p>(Il Medico, firma per esteso e leggibile)</p>