



MODULO DI DENUNCIA SINISTRO / RICHIESTA LIQUIDAZIONE POLIZZA VITA (GARANZIA DECESSO DA INFORTUNIO DELL'ASSICURATO)

Modulo di denuncia sinistro (Decesso da Infortunio) – Edizione 2020-01

PREMESSA

Il presente modulo è formato da 3 sezioni.

- **Sezione I (Istruzioni per la compilazione/invio del modulo ed informazioni sulla gestione del sinistro)**
- **Sezione II (Denuncia)**
- **Sezione III (Informativa privacy)**

DOVE INVIARE IL MODULO E I DOCUMENTI / CONTATTI UTILI

Dopo aver compilato il presente modulo di denuncia sinistro in ogni sua parte, ed aver raccolto tutta la documentazione richiesta, il modulo e la documentazione vanno inviati alla società AXA PARTNERS (società del gruppo AXA incaricata di gestire i sinistri in nome e per conto dell'Impresa) nel più breve tempo possibile, con una delle seguenti modalità:

- via posta presso: AXA Partners (Ufficio Sinistri) – Corso Como n. 17 – 20154 MILANO
- via fax al numero: 02/23331247
- via e-mail all'indirizzo: clp.it.sinistri@partners.axa

Avvertenza – Si consiglia l'utilizzo del canale e-mail (allegando possibilmente i documenti in formato pdf), a meno che via sia la necessità di inviare documentazione particolarmente voluminosa

Servizio Clienti Telefonico – Per ogni informazione si prega di contattare il Servizio Clienti al nr. **02 87103549** (attivo dal lunedì al giovedì ore 9-13 / 14-17, al venerdì ore 9-13, festivi esclusi)

AVVERTENZA

La presentazione della denuncia di un sinistro NON legittima (nemmeno in caso di accoglimento) ad interrompere il pagamento (nei confronti della propria banca / finanziaria) delle rate del mutuo/finanziamento a cui la polizza è eventualmente abbinata. Pertanto, se la polizza è abbinata ad un mutuo o altro contratto di finanziamento, occorre comunque continuare regolarmente a rimborsare le rate in scadenza alla banca / finanziaria.

AXA FRANCE IARD 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: 722057460. 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: 4022109. // Indirizzo Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano – CF, P.IVA e N.Iscr. Reg. Imprese Milano 10345000961 - REA MI-2525152 Telefono: 02/6737151 - Fax: 02-23331247 - PEC: axafranceiard@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.00148.

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: 02/6737151 - 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.

**Sezione I – ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE/INVIO DEL MODULO
ED INFORMAZIONI SULLA GESTIONE DEL SINISTRO**

1 – DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE PER LA LIQUIDAZIONE

IMPORTANTE: È necessario inviare TUTTI i documenti elencati. Inviando TUTTI i documenti con il modulo debitamente sottoscritto e compilato, potremo valutare la richiesta di liquidazione nel più breve tempo possibile ed evitare ritardi. Moduli incompleti e/o documentazione insufficiente comporteranno un ritardo nella gestione del sinistro. In caso di informazioni o documentazione mancante e/o non idonea contatteremo i beneficiari per gli opportuni chiarimenti e richiesta di integrazione della documentazione.

Per valutare la richiesta di liquidazione, si prega di inviare FOTOCOPIA della seguente documentazione:

- documento di identità dell'Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità
- documento di identità di tutti i Beneficiari designati in vita dall'Assicurato o degli Eredi legittimi e/o testamentari (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità
- certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dal Comune, e certificato necroscopico rilasciato dall'ASL attestante causa iniziale, intermedia e finale del decesso
- al fine di permettere alla Società l'esatta identificazione dell'avente o degli aventi diritto all'Indennizzo:
 - (i) Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà, rilasciata di fronte ad un Ufficiale di Stato Civile con firma autenticata, in cui risulti se l'Assicurato deceduto abbia lasciato testamento o meno, e nel quale sia indicato 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.
- dichiarazione/Modulo di Adesione alla Polizza o del Certificato di Polizza/Assicurazione
- Eventuale Verbale rilasciato dalle Autorità intervenute (polizia, carabinieri, etc.) e/o dal Pronto Soccorso (118), 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

Infine, solo in caso di polizza abbinata a mutui o altri finanziamenti (prestiti, carte di credito, etc.)

- piano di ammortamento alla data di stipula del mutuo/finanziamento (reperibile anche presso l'ente che ha erogato il finanziamento), con evidenza del capitale residuo al momento del Sinistro

La Società, qualora necessario e rilevante per l'accertamento del diritto all'Indennizzo, potrà altresì richiedere ulteriore documentazione relativa al Sinistro. La Società richiederà inoltre eventuale documentazione necessaria per adempiere ad obblighi di legge (es.: 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.).

2 – COSA SUCCEDDE DOPO L'INVIO DEL MODULO E DEI DOCUMENTI? CHI RICEVE IL PAGAMENTO?

Una volta ricevuto il modulo di denuncia debitamente compilato (e relativa documentazione), gestiremo il sinistro in tre fasi:

- **registrazione** - ricevuta la richiesta di liquidazione, assegneremo al Sinistro denunciato un numero di riferimento. Questo numero sarà sempre citato nella parte superiore di tutta la corrispondenza
- **istruttoria** - gestiremo e valuteremo il Sinistro, eventualmente richiedendo ulteriore documentazione se necessario. Questa fase potrà richiedere massimo 15 giorni
- **decisione** - Esaurita la fase istruttoria, invieremo una lettera contenente l'esito della richiesta di liquidazione, che potrà consistere alternativamente:
 - **accoglimento** - se riterremo il Sinistro indennizzabile, sarà comunicato l'importo liquidabile, il tempo necessario perché tale importo venga accreditato e il soggetto nei confronti del quale tale importo verrà corrisposto
 - **rifiuto** - se riterremo il Sinistro non indennizzabile, sarà comunicato il motivo del rifiuto

Avvertenza - In caso di accoglimento della richiesta di liquidazione, il Sinistro verrà liquidato con le modalità indicate nelle condizioni di assicurazione e, quindi, alternativamente:

- direttamente ai beneficiari da designati in vita dall'assicurato o agli eredi, a mezzo bonifico bancario utilizzando l'IBAN del conto corrente indicato nel presente modulo
- all'Ente Finanziario indicato nelle condizioni di assicurazione come beneficiario o vincolatario dell'indennizzo assicurativo – l'Ente Finanziario utilizzerà l'importo dell'indennizzo per ridurre o estinguere il debito residuo del mutuo/finanziamento

Sezione II – DENUNCIA

DATI DELL'ASSICURATO (persona deceduta)	
Nome	Cognome
Luogo di nascita	Data di nascita
Ultimo indirizzo di residenza (via/comune/provincia/cap)	
Codice Fiscale	Data del decesso

DATI DELLA POLIZZA DI CUI SI CHIEDE LA LIQUIDAZIONE
Nome polizza
Numero di polizza (in caso di polizza collettiva indicare il numero di polizza collettiva; in caso di polizze individuali indicare il numero del certificato di polizza/assicurazione)

DATI DEL CONTRATTO DI MUTUO/FINANZIAMENTO (da compilare solo in caso di polizza abbinata a mutui/finanziamenti)	
Banca/Finanziaria	
Filiale / Punto Vendita (indicare via/comune/provincia/cap/telefono/fax)	
Numero contratto	Importo erogato
Data erogazione	Data scadenza

DATI DEL DENUNCIANTE <i>(soggetto che compila il modulo di denuncia sinistro e allega la documentazione)</i>	
Anagrafica e recapiti	
Nome	Cognome
Luogo di nascita	Data di nascita
Indirizzo di residenza <i>(indicare via/comune/provincia/cap)</i>	
Domicilio per la corrispondenza sul sinistro <i>(indicare se diverso dalla residenza)</i>	
Telefono*	Codice fiscale
Fax	E-mail
<i>*La Società potrà utilizzare il numero telefonico fornito per contatti telefonici e/o per invio di SMS aventi ad oggetto il sinistro denunciato, salva opposizione dell'Interessato (si rinvia alla Informativa Privacy contenuta nel presente modulo)</i>	
Parentela/Rapporto con l'assicurato <i>(indicare se moglie/marito/figli/padre/madre/fratello/sorella/convivente/etc.)</i>	
Estremi di un documento di identità in corso di validità	
Tipo documento	Numero documento
Ente di rilascio	Luogo di rilascio
Data di rilascio	Data di scadenza

Io sottoscritto denunciante ed avente causa dell'Assicurato, in seguito al decesso dell'Assicurato

- chiedo la liquidazione dell'indennizzo a seguito del decesso dell'Assicurato in riferimento alla polizza sopra indicata, in favore del/i soggetto/o legittimati/i
- dichiaro che le informazioni da me fornite nel presente modulo e tutta la relativa documentazione allegata corrispondono al vero
- dopo aver letto l'Informativa Privacy della Società titolare del trattamento redatta ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e riportata nel presente modulo di denuncia sinistro, preso atto dell'identità del titolare al trattamento dei dati, delle finalità e modalità del trattamento, delle categorie di soggetti ai quali i dati possono essere trasferiti, dei miei diritti ai sensi del Regolamento precitato, nonché di ogni altra informazione contenuta nell'informativa predetta **(barrare una casella)**

PRESTO IL CONSENSO **NEGO IL CONSENSO**

al trattamento dei miei dati personali da me indicati nel presente modulo di denuncia sinistro, per le finalità, con le modalità ed in favore dei soggetti indicati nell'Informativa Privacy. Sono consapevole che in caso di negazione del consenso non sarà possibile per la compagnia assicurativa gestire il sinistro e la mia richiesta di liquidazione.

Data (gg/mm/aaaa) _____ Firma (leggibile) _____

Questa sezione del modulo va compilata solo ed esclusivamente qualora la polizza preveda il pagamento dell'indennizzo a favore degli eredi / beneficiari designati

AVVERTENZE

In presenza di più beneficiari designati o di più eredi, l'indennizzo verrà corrisposto in favore di ciascuno di essi in parti uguali (salvo diverse disposizioni in vita dell'assicurato), mediante accredito via bonifico bancario sul conto corrente di accredito dell'indennizzo indicato nella sezione "Dati del beneficiario / Erede"

In presenza di più beneficiari designati o di più eredi, ciascun beneficiario/erede può in alternativa richiedere alla compagnia di liquidare la propria quota di indennizzo in favore di altro beneficiario/erede, sottoscrivendo l'apposito mandato di pagamento

DATI DEL BENEFICIARIO / EREDE N. 1																																												
Anagrafica e recapiti																																												
Nome	Cognome																																											
Luogo di nascita	Data di nascita																																											
Indirizzo di residenza <i>(indicare via/comune/provincia/cap)</i>																																												
Indirizzo di domicilio per la corrispondenza <i>(indicare se diverso dalla residenza)</i>																																												
Telefono	Codice Fiscale																																											
Fax	E-mail																																											
Parentela/Rapporto con l'assicurato <i>(indicare se moglie/marito/figli/padre/madre/fratello/sorella/convivente/etc.)</i>																																												
Estremi di un documento di identità in corso di validità																																												
Tipo documento	Numero documento																																											
Ente di rilascio	Luogo di rilascio																																											
Data di rilascio	Data di scadenza																																											
Conto corrente di accredito dell'indennizzo <i>(avvertenza – omettere in caso di sottoscrizione di mandato di pagamento in favore di altro beneficiario/erede)</i>																																												
Banca	Intestatario c/c																																											
IBAN del c/c																																												
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																																												
BIC del c/c																																												
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																																												

Io sottoscritto, nella mia qualità di beneficiario/erede dell'Assicurato

- chiedo la liquidazione della quota di indennizzo di mia spettanza, in riferimento alla polizza assicurativa di cui alla Sezione II del presente modulo
- dichiaro che le informazioni da me fornite nel presente modulo e tutta la relativa documentazione allegata corrispondono al vero
- delego il denunciante alla gestione anche per mio conto del sinistro denunciato, autorizzando la compagnia ad intrattenere tutta la relativa corrispondenza col denunciante
- dopo aver letto l'Informativa Privacy della Società titolare del trattamento redatta ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e riportata nel presente modulo di denuncia sinistro, preso atto dell'identità del titolare al trattamento dei dati, delle finalità e modalità del trattamento, delle categorie di soggetti ai quali i dati possono essere trasferiti, dei miei diritti ai sensi del Regolamento precitato, nonché di ogni altra informazione contenuta nell'informativa predetta **(barrare una casella)**

PRESTO IL CONSENSO **NEGO IL CONSENSO**

al trattamento dei miei dati personali da me indicati nel presente modulo di denuncia sinistro, per le finalità, con le modalità ed in favore dei soggetti indicati nell'Informativa Privacy. Sono consapevole che in caso di negazione del consenso non sarà possibile per la compagnia assicurativa gestire il sinistro e la mia richiesta di liquidazione

Data (gg/mm/aaaa) _____ Firma (leggibile) _____

DATI DEL BENEFICIARIO / EREDE N. 3																													
Anagrafica e recapiti																													
Nome	Cognome																												
Luogo di nascita	Data di nascita																												
Indirizzo di residenza (indicare via/comune/provincia/cap)																													
Indirizzo di domicilio per la corrispondenza (indicare se diverso dalla residenza)																													
Telefono	Codice fiscale																												
Fax	E-mail																												
Parentela/Rapporto con l'assicurato (indicare se moglie/marito/figli/padre/madre/fratello/sorella/convivente/etc.)																													
Estremi di un documento di identità in corso di validità																													
Tipo documento	Numero documento																												
Ente di rilascio	Luogo di rilascio																												
Data di rilascio	Data di scadenza																												
Conto corrente di accredito dell'indennizzo (avvertenza – omettere in caso di sottoscrizione di mandato di pagamento in favore di altro beneficiario/erede)																													
Banca	Intestatario c/c																												
IBAN del c/c																													
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																													
BIC del c/c																													
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																													

Io sottoscritto, nella mia qualità di beneficiario/erede dell'Assicurato

- chiedo la liquidazione della quota di indennizzo di mia spettanza, in riferimento alla polizza assicurativa di cui alla Sezione II del presente modulo
- dichiaro che le informazioni da me fornite nel presente modulo e tutta la relativa documentazione allegata corrispondono al vero
- delego il denunciante alla gestione anche per mio conto del sinistro denunciato, autorizzando la compagnia ad intrattenere tutta la relativa corrispondenza col denunciante
- dopo aver letto l'Informativa Privacy della Società titolare del trattamento redatta ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e riportata nel presente modulo di denuncia sinistro, preso atto dell'identità del titolare al trattamento dei dati, delle finalità e modalità del trattamento, delle categorie di soggetti ai quali i dati possono essere trasferiti, dei miei diritti ai sensi del Regolamento precitato, nonché di ogni altra informazione contenuta nell'informativa predetta **(barrare una casella)**

PRESTO IL CONSENSO **NEGO IL CONSENSO**

al trattamento dei miei dati personali da me indicati nel presente modulo di denuncia sinistro, per le finalità, con le modalità ed in favore dei soggetti indicati nell'Informativa Privacy. Sono consapevole che in caso di negazione del consenso non sarà possibile per la compagnia assicurativa gestire il sinistro e la mia richiesta di liquidazione

Data (gg/mm/aaaa) _____ Firma (leggibile) _____

MANDATO DI PAGAMENTO IN FAVORE DI ALTRO BENEFICIARIO/EREDE

Sottoscrivendo il seguente mandato di pagamento, in presenza di più beneficiari designati o di più eredi, ciascun beneficiario/erede può richiedere alla compagnia di liquidare la propria quota di indennizzo in favore di altro beneficiario/erede

Io sottoscritto _____
(nome) (cognome)

nella mia qualità di beneficiario / erede dell'assicurato, e come sopra identificato, autorizzo la compagnia di assicurazione a liquidare la quota di indennizzo di mia spettanza in favore del seguente beneficiario / erede, come sopra identificato

(nome) (cognome)

così integralmente liberando la compagnia di assicurazione stessa da qualsivoglia ulteriore obbligo nei miei confronti.

Data (gg/mm/aaaa) _____ Firma (leggibile) _____

MANDATO DI PAGAMENTO IN FAVORE DI ALTRO BENEFICIARIO/EREDE

Sottoscrivendo il seguente mandato di pagamento, in presenza di più beneficiari designati o di più eredi, ciascun beneficiario/erede può richiedere alla compagnia di liquidare la propria quota di indennizzo in favore di altro beneficiario/erede

Io sottoscritto _____
(nome) (cognome)

nella mia qualità di beneficiario / erede dell'assicurato, e come sopra identificato, autorizzo la compagnia di assicurazione a liquidare la quota di indennizzo di mia spettanza in favore del seguente beneficiario / erede, come sopra identificato

(nome) (cognome)

così integralmente liberando la compagnia di assicurazione stessa da qualsivoglia ulteriore obbligo nei miei confronti.

Data (gg/mm/aaaa) _____ Firma (leggibile) _____

MANDATO DI PAGAMENTO IN FAVORE DI ALTRO BENEFICIARIO/EREDE

Sottoscrivendo il seguente mandato di pagamento, in presenza di più beneficiari designati o di più eredi, ciascun beneficiario/erede può richiedere alla compagnia di liquidare la propria quota di indennizzo in favore di altro beneficiario/erede

Io sottoscritto _____
(nome) (cognome)

nella mia qualità di beneficiario / erede dell'assicurato, e come sopra identificato, autorizzo la compagnia di assicurazione a liquidare la quota di indennizzo di mia spettanza in favore del seguente beneficiario / erede, come sopra identificato

(nome) (cognome)

così integralmente liberando la compagnia di assicurazione stessa da qualsivoglia ulteriore obbligo nei miei confronti.

Data (gg/mm/aaaa) _____ Firma (leggibile) _____

MANDATO DI PAGAMENTO IN FAVORE DI ALTRO BENEFICIARIO/EREDE

Sottoscrivendo il seguente mandato di pagamento, in presenza di più beneficiari designati o di più eredi, ciascun beneficiario/erede può richiedere alla compagnia di liquidare la propria quota di indennizzo in favore di altro beneficiario/erede

Io sottoscritto _____
(nome) (cognome)

nella mia qualità di beneficiario / erede dell'assicurato, e come sopra identificato, autorizzo la compagnia di assicurazione a liquidare la quota di indennizzo di mia spettanza in favore del seguente beneficiario / erede, come sopra identificato

(nome) (cognome)

così integralmente liberando la compagnia di assicurazione stessa da qualsivoglia ulteriore obbligo nei miei confronti.

Data (gg/mm/aaaa) _____ Firma (leggibile) _____

Sezione III – Informativa Privacy

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.

AXA FRANCE IARD. Indirizzo Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano – CF, P.IVA e N.Iscr. Reg. Imprese Milano 10345000961 - REA MI-2525152. PEC: axafranceiard@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/antiriciclaggio.