



## MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

### (GARANZIA INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA)

#### 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](mailto: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.

#### AVVERTENZA

Se il modulo non può essere compilato dall'assicurato o se l'assicurato, per qualsiasi motivo, vuole delegare un familiare o altro soggetto a denunciare il sinistro e/o ad ottenere anch'esso informazioni al riguardo dalla compagnia, dovrà essere compilata anche la apposita tabella (pagina 4 di 9) con i dati di tale soggetto (avente causa). La compagnia, per motivi di privacy e riservatezza, fornirà informazioni sullo stato del sinistro solo ed esclusivamente all'assicurato e all'eventuale soggetto avente causa indicato.

**AXA FRANCE VIE** (compagnia assicurativa del gruppo AXA). Indirizzo sede legale in Francia: 313 Terrasses de l'Arche, 92727 NANTERRE CEDEX. Numero Iscrizione Registro delle Imprese di Nanterre: 310499959. Autorizzata in Francia (Stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni, vigilata in Francia dalla Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Numero Matricola Registre des organismes d'assurance: 5020051. Capitale sociale €487,725,073 interamente versato // Indirizzo Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano – CF, P.IVA e N.Iscr. Reg. Imprese Milano 08875230016 - REA MI-2525395 - Telefono: 02/6737151 - Fax: 02-23331247 - PEC: [axafrancevie@legalmail.it](mailto:axafrancevie@legalmail.it) – sito internet: [www.clp.partners.axa/it](http://www.clp.partners.axa/it). Ammessa ad operare in Italia in regime di stabilimento. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco I, nr. I.00149.

**AXA FRANCE IARD** (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. Capitale sociale €214,799,030 interamente versato. // 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](mailto:axafranceiard@legalmail.it) – sito internet: [www.clp.partners.axa/it](http://www.clp.partners.axa/it). Ammessa ad operare in Italia in regime di stabilimento. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco I, nr. I.00148.

**Avvertenza – L'indennizzo è dovuto e liquidato dalla compagnia che nel contratto di assicurazione ha prestato la garanzia per il caso di Invalidità Totale Permanente, alternativamente da AXA France VIE oppure AXA France IARD.**

**IN ALTERNATIVA ALL'UTILIZZO DEL PRESENTE MODULO,  
PUOI DENUNCIARE IL TUO SINISTRO ON-LINE  
ACCEDENDO AL SITO  
[clpclaims.com/it](http://clpclaims.com/it)**

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

**1 – DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE PER LA LIQUIDAZIONE**

**IMPORTANTE: La preghiamo di inviarci TUTTI i documenti elencati. Inviando TUTTI i documenti con il modulo debitamente sottoscritto e compilato, potremo valutare la Sua richiesta di liquidazione nel più breve tempo possibile ed evitare ritardi. Moduli incompleti e/o documentazione insufficiente comporteranno un ritardo nella gestione del sinistro. Qualora ci occorressero ulteriori informazioni sarà nostra cura contattarLa e richiederLe gli opportuni chiarimenti e l'eventuale documentazione mancante.**

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 del denunciante / avente causa dell'Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità e codice fiscale (**AVVERTENZA – tale documento va inviato solo se il sinistro è denunciato da soggetto diverso dall'Assicurato e/o se l'Assicurato delega altro soggetto a denunciare e gestire il proprio sinistro compilando l'apposita sezione del presente modulo**)
- Dichiarazione/Modulo di Adesione alla Polizza o del Certificato di Polizza/Assicurazione
- Relazione Medico-Legale, attestante l'Invalidità e il relativo grado (rilasciata dagli enti preposti)

*Inoltre, solo in caso di invalidità da malattia e solo qualora, al momento dell'adesione, sia stata richiesta la compilazione di una Dichiarazione di Buono Stato di Salute, di un Questionario Medico o di un rapporto di Visita Medica*

- cartella clinica, completa di raccordo anamnestico, ove si evidenzia l'origine e la data di insorgenza e di diagnosi della malattia che ha causato l'invalidità;
- questionario medico, compilato, firmato e timbrato dal medico di base dell'Assicurato (**AVVERTENZA – tale questionario medico è allegato al presente modulo**)

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

- 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 (anche medica) relativa al Sinistro. La Società richiederà inoltre eventuale documentazione necessaria per adempiere ad obblighi di legge (es.: obblighi di adeguata verifica antiriciclaggio).**

**2 – COSA SUCCEDDE DOPO L'INVIO DEL MODULO E DEI DOCUMENTI?**

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 che Le sarà trasmessa.
- **istruttoria** - gestiremo e valuteremo il Sinistro, eventualmente richiedendo ulteriore documentazione se necessario – Questa fase può 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, Le sarà comunicato il motivo del rifiuto

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

- **direttamente all'Assicurato, 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**

<b>Invalidità Totale Permanente da</b>	<input type="checkbox"/> Infortunio <input type="checkbox"/> Malattia  <input type="checkbox"/> primo accertamento <input type="checkbox"/> aggravamento
<b>% di invalidità accertata</b>	Indicare la percentuale: .....
<p>In caso di <b>Infortunio</b>, descrivere di seguito la causa e le circostanze dello stesso (data, ora e luogo dell'evento), indicando anche eventuali testimoni</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

DATI DELL'ASSICURATO																									
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>																									
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																									
Banca	Intestatario																								
IBAN del c/c																									
<table border="1" style="width: 100%; height: 1.2em;"> <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> </tr> </table>																									
BIC del c/c																									
<table border="1" style="width: 100%; height: 1.2em;"> <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> </tr> </table>																									

Data (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_

DATI DELLA POLIZZA DI CUI SI DENUNCIA IL SINISTRO	
Nome polizza	
Numero di polizza <i>(in caso di polizza collettiva indicare il numero di polizza collettiva; in caso di polizze individuali indicare il numero del certificato di polizza/assicurazione)</i>	

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

### Avvertenza

Se il modulo non può essere compilato dall'Assicurato o se l'Assicurato, per qualsiasi motivo, vuole delegare un familiare o altro soggetto terzo a denunciare il sinistro e/o ad ottenere anch'esso informazioni al riguardo dalla compagnia si prega di compilare anche la seguente tabella con i dati di tale soggetto (avente causa). La compagnia, per motivi di privacy e riservatezza, fornirà informazioni sullo stato del sinistro solo ed esclusivamente all'assicurato e all'eventuale soggetto avente causa indicato.

DATI DELL'AVENTE CAUSA DELL'ASSICURATO	
Anagrafica e recapiti	
Nome	Cognome
Luogo di nascita	Data di nascita
Indirizzo di residenza <i>(indicare via/comune/provincia/cap)</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

## DICHIARAZIONE DELL'ASSICURATO E/O AVENTE CAUSA

Io sottoscritto Assicurato / Avente causa dell'Assicurato

- chiedo la liquidazione dell'indennizzo previsto per il caso di Invalità Totale Permanente in riferimento alla polizza sopra indicata
- dichiaro che le informazioni da me fornite nel presente modulo e tutta la relativa documentazione allegata corrispondono al vero
- dichiaro di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici, gli istituti di cura e gli enti che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che riguardino l'Assicurato, nonché tutte le altre persone ed enti alle quali la società di assicurazione creda in ogni tempo di rivolgersi per informazioni relative al sinistro
- *(dichiarazione valida solo se viene indicato un Avente Causa dell'Assicurato)* – nella mia qualità di Assicurato delego il soggetto mio avente causa sopra indicato a gestire per mio conto la presente denuncia di sinistro con la compagnia; autorizzo la compagnia a fornire anche al tale soggetto (per iscritto o per telefono) ogni informazione e mio dato personale (anche sensibile) relativa al mio Sinistro
- dopo aver letto l'Informativa Privacy delle Società titolari del trattamento AXA France VIE ed AXA France IARD (Gruppo AXA – Rappresentanze Generali per l'Italia) redatta ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e riportata nel presente modulo di denuncia sinistro, preso atto dell'identità dei titolari 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 dati personali 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 dell'Assicurato \_\_\_\_\_

Data (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Firma Avente Causa \_\_\_\_\_  
(eventuale)

## QUESTIONARIO PER IL MEDICO CURANTE

### A) INFORMAZIONI GENERALI SUL PAZIENTE

Nome e Cognome .....  
Data di nascita..... Numero tessera del Servizio Sanitario Nazionale.....  
Da quanto tempo ha in cura il paziente? .....

### B) INFORMAZIONI MEDICHE

L'invalidità è dovuta ad infortunio o malattia? INFORTUNIO  MALATTIA

Quale è la data di diagnosi della Malattia o di accadimento dell'infortunio? ...../...../.....

Secondo la sua diagnosi, l'Infortunio/Malattia è conseguente a complicazioni da: parto, gravidanza, aborto anche terapeutico, uso di sostanze stupefacenti in genere e psicofarmaci, uso di bevande alcoliche, atti di autolesionismo, condizione di salute direttamente o indirettamente collegata ad infezione da HIV o a sindrome o stato di immunodeficienza acquisita (AIDS) o sindromi o stati assimilabili, radiazioni atomiche, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidei, operazioni chirurgiche, cure mediche o trattamenti estetici, partecipazioni in competizioni agonistiche, pratica di sport pericolosi, pratica di sport professionistici, connessione con l'uso o la produzione di esplosivi, atti di autolesionismo?

Sì  No  Se sì, La preghiamo di specificare: .....

Lei ha curato altre volte l'Assicurato per Infortunio o Malattia? Sì  No  Se sì, quando e per quali motivi?  
.....  
.....

Sono stati praticati esami particolari (radioscopie, radiografie, esami del sangue, ecc.)?  
.....  
.....

Quale è stata la causa dell'Infortunio o della Malattia?  
.....  
.....

Può stabilirsi un nesso di causalità tra l'Infortunio/Malattia che ha determinato l'invalidità Totale Permanente e le precedenti condizioni patologiche del paziente? Sì  No  Se sì, La preghiamo di dettagliare le patologie pregresse nella presente tabella:

DATA	DIAGNOSI	CAUSA	TRATTAMENTO (se farmacologico indicare i farmaci e posologia)	DURATA MALATTIA (o della cura farmacologica)

A seguito delle sopra indicate patologie/trattamenti, il paziente è stato ricoverato presso strutture sanitarie oppure si è rivolto a dei medici specialistici?

Sì  No  Se sì, la preghiamo di indicarci dove, da chi (nominativo medico) ed in quali date  
.....  
.....

Il paziente è in grado di riprendere la normale attività lavorativa: Sì  No  Se sì, da quale data? ...../...../.....

### Dichiarazione, firma e timbro del medico

Il sottoscritto Dott. .... dichiara che le informazioni fornite nel presente questionario medico corrispondono al vero.

FIRMA..... data ...../...../.....

TIMBRO DEL MEDICO

Indirizzo dello studio : .....

Telefono: ..... Fax: .....

e-mail: .....

### 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** iscritta al registro di commercio delle Imprese di Nanterre n°310 499 959 con sede legale al 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Francia. Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano.

**AXA FRANCE IARD** iscritta al registro di commercio delle Imprese di Nanterre n°722 057 460 con sede legale al 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, Francia. Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano.

#### 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](mailto: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 altri intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione);
- b) professionisti, consulenti, studi o società operanti nell'ambito di rapporti di consulenza e assistenza professionale, quali studi legali, medici di fiducia, periti, consulenti privacy, consulenti antiriciclaggio, consulenti fiscali, consulenti/società antifrode, professionisti/società di recupero crediti, società incaricate del monitoraggio/controllo qualità dell'offerta e collocamento dei contratti di assicurazione, etc.;
- c) soggetti che svolgono attività connesse e strumentali all'esecuzione del contratto di assicurazione e alla gestione e liquidazione del sinistro, quali: attività di stoccaggio, gestione, archiviazione e distruzione della documentazione dei rapporti intrattenuti con la clientela e non; attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela; attività di assistenza alla clientela (es.: call center, help desk); attività di offerta e collocamento a distanza di contratti di assicurazione (call center esterni); attività di assunzione medica del rischio, gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri; attività di amministrazione delle polizze e supporto alla gestione ed incasso dei premi;
- d) organismi associativi consortili propri del settore assicurativo (ANIA) o finanziario, cui le Titolari o gli altri titolari della catena assicurativa sono iscritti;
- e) società del gruppo di appartenenza delle compagnie Titolari del Trattamento o degli altri titolari della catena assicurativa (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge). La comunicazione di dati ed informazioni personali all'interno del Gruppo AXA in tutto il mondo è coperta dalle BCR (Binding Corporate Rules) del Gruppo AXA.
- f) altri soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria per legge quali, a titolo esemplificativo: IVASS, Banca d'Italia - UIF (Unità d'informazione finanziaria), Agenzia delle Entrate, Magistratura, Forze dell'Ordine.

#### **6. TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A DESTINATARI UBICATI IN PAESI TERZI**

I dati personali dell'Interessato non sono trasferiti a destinatari ubicati in paesi terzi. Eventuali dati sensibili non saranno trasferiti al di fuori dello Spazio economico europeo senza che il cliente sia stato precedentemente informato di tale trasferimento o senza che sia raccolto il consenso del cliente qualora necessario ai sensi di legge.

#### **7. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI**

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

#### **8. DIRITTI DELL'INTERESSATO**

L'Interessato ha il diritto di chiedere alle Titolari:

- a) l'accesso ai dati personali che lo riguardano;
- b) la rettifica dei dati personali che lo riguardano;
- c) la cancellazione dei dati personali che lo riguardano;
- d) la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano.

L'Interessato ha altresì i seguenti diritti nei confronti delle Titolari:

- e) diritto di opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano;
- f) 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);
- g) 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:

- h) diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati Personali, per lamentare una violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali. Il reclamante potrà far pervenire il reclamo al Garante utilizzando la modalità che ritiene più opportuna, consegnandolo a mano presso gli uffici del Garante (all'indirizzo di seguito indicato) o mediante l'inoltro di: (i) raccomandata A/R indirizzata a: Garante per la protezione dei dati personali - Piazza di Monte Citorio, 121 - 00186 Roma; (ii) e-mail all'indirizzo: [garante@gpdp.it](mailto: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.