



*contratto di assicurazione temporanea per il caso morte a premio unico anticipato e a capitale decrescente, abbinata a prestiti personali rimborsabili mediante cessione/delegazione di pagamento di quote di stipendio o cessione di quote di pensione*

## **FASCICOLO INFORMATIVO**

### **IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:**

- NOTA INFORMATIVA
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
- GLOSSARIO
- MODULO RILEVAZIONE DATI
- INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

**DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA STIPULA DELL'ASSICURAZIONE TRA IL CONTRAENTE E L'IMPRESA.**

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA.

**AXA France Vie,**

iscritta al registro di commercio delle Imprese di Nanterre n° 310 499 959 con sede al  
313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex

**POLIZZA N. 4570 STIPULATA TRA TERFINANCES.p.A. E AXA FRANCE VIE**  
**Il presente fascicolo informativo è stato redatto il 14 maggio 2014**

*La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ora IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dall'IVASS. Il Contraente e l'Assicurato devono prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della stipula dell'assicurazione tra il Contraente e l'Impresa.*

---

### A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

---

#### 1. Informazioni generali

**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, 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'Articolo 24 del D.Lgs. 209/2005 emesso il 20 febbraio 2006 per la garanzia in caso di Decesso.

L'Impresa mette a disposizione dei clienti il proprio sito internet: [www.axa-creditor.com](http://www.axa-creditor.com).

#### 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa (dati aggiornati al 31 dicembre 2012)

Patrimonio netto di **AXA France Vie**: 4.105,528 milioni di euro di cui 487,725 milioni di euro relativi al capitale sociale e 3.617,803 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio.

Indice di solvibilità di **AXA France Vie** (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 385%.

---

### B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

---

#### 3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

Il contratto di assicurazione prevede la presente prestazione assicurativa: Prestazione in caso di decesso.

Il contratto di assicurazione qui descritto è un'assicurazione temporanea in caso di morte, a capitale decrescente ed a Premio unico anticipato, studiata per Terfinance S.p.A., che ha concesso un prestito personale estinguibile mediante cessione/delegazione di pagamento di quote mensili di retribuzione o cessione di quote di pensione, prestito disciplinato rispettivamente dal D.P.R. del 5 gennaio 1950 n. 180 e successive integrazioni e modifiche, dall'art. 1260 e seguenti del Codice Civile laddove applicabili o dagli artt. 1269 e 1723 II comma del Codice Civile.

L'Assicurato è il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione. Il Contraente è l'Istituto bancario/finanziario che concede il finanziamento. L'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione disciplina la materia.

La durata del contratto di assicurazione, ossia l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e la data di scadenza, è pari alla durata del rapporto di finanziamento e non potrà, comunque, essere inferiore a 24 mesi e maggiore di 120 mesi.

L'età dell'Assicurato:

- se Pensionato, deve essere inferiore a 76 anni alla sottoscrizione del contratto e al termine del Prestito deve essere inferiore a 86 anni;
- se Dipendente, non dovrà superare i requisiti indicati nello schema seguente salvo se, esclusivamente per le operazioni di Cessione, al momento dell'adesione il TFR teorico accantonato e disponibile (1 mese di stipendio mensile accantonato per anno di lavoro supplementare) risulta superiore al capitale residuo dell'operazione; i limiti massimi per i Dipendenti, dettagliati nella seguente tabella valgono come supporto semplificato, restando valide le norme previste dalla Circolare INPS numero 35 del 14-03-2012, soprattutto in tema di speciali categorie di lavoratori per le quali non si applicano i criteri di seguito illustrati:

## NOTA INFORMATIVA

ANNO	REQUISITO ETA' (UOMO)	REQUISITO ETA' (DONNA PUBBLICO IMPIEGO)	REQUISITO ETA' (DONNA)	REQUISITO ANZIANITA' DI SERVIZIO uomini	REQUISITO ANZIANITA' DI SERVIZIO donne
2014	66 anni e 3 mesi (anzianità min 20 anni)	66 anni e 3 mesi (anzianità min 20 anni)	63 anni e 9 mesi (anzianità min 20 anni)	42 anni e 6 mesi	41 anni e 6 mesi
2015	66 anni e 3 mesi (anzianità min 20 anni)	66 anni e 3 mesi (anzianità min 20 anni)	63 anni e 9 mesi (anzianità min 20 anni)	42 anni e 6 mesi	41 anni e 6 mesi
2016	66 anni e 7 mesi (anzianità min 20 anni)	66 anni e 7 mesi (anzianità min 20 anni)	65 anni e 7 mesi (anzianità min 20 anni)	42 anni e 10 mesi	41 anni e 10 mesi
2017	66 anni e 7 mesi (anzianità min 20 anni)	66 anni e 7 mesi (anzianità min 20 anni)	65 anni e 7 mesi (anzianità min 20 anni)	42 anni e 10 mesi	41 anni e 10 mesi
2018	66 anni e 7 mesi (anzianità min 20 anni)	66 anni e 7 mesi (anzianità min 20 anni)	66 anni e 7 mesi (anzianità min 20 anni)	42 anni e 10 mesi	41 anni e 10 mesi
2019	66 anni e 11 mesi (anzianità min 20 anni)	66 anni e 11 mesi (anzianità min 20 anni)	66 anni e 11 mesi (anzianità min 20 anni)	43 anni e 2 mesi	42 anni e 2 mesi
2020	66 anni e 11 mesi (anzianità min 20 anni)	66 anni e 11 mesi (anzianità min 20 anni)	66 anni e 11 mesi (anzianità min 20 anni)	43 anni e 2 mesi	42 anni e 2 mesi
2021	67 anni e 2 mesi (anzianità min 20 anni)	67 anni e 2 mesi (anzianità min 20 anni)	67 anni e 2 mesi (anzianità min 20 anni)	43 anni e 5 mesi	42 anni e 5 mesi
2022	67 anni e 2 mesi (anzianità min 20 anni)	67 anni e 2 mesi (anzianità min 20 anni)	67 anni e 2 mesi (anzianità min 20 anni)	43 anni e 5 mesi	42 anni e 5 mesi
2023	67 anni e 5 mesi (anzianità min 20 anni)	67 anni e 5 mesi (anzianità min 20 anni)	67 anni e 5 mesi (anzianità min 20 anni)	43 anni e 8 mesi	42 anni e 8 mesi
2024	67 anni e 5 mesi (anzianità min 20 anni)	67 anni e 5 mesi (anzianità min 20 anni)	67 anni e 5 mesi (anzianità min 20 anni)	43 anni e 8 mesi	42 anni e 8 mesi

I limiti sopra descritti non sono applicabili ai casi in cui il Contratto di prestito si configuri quale Cessione Statale o Pubblica: in tal caso, sono ammesse operazioni con età a scadenza fino a 72 anni.

I requisiti sopra indicati sono stati computati sulla base dei seguenti elementi:

- durata dei finanziamenti: compresa tra 24 e 120 mesi;
  - o € 55.000 per le operazioni di Cessione del quinto, € 45.000 per le operazioni di Delega per i Dipendenti di Aziende Statali, Pubbliche, Parapubbliche e Private e per i Pensionati;
- Rate di rimborso: rate mensili (eventuali periodi di differimento di rimborso non garantiti).

### **Prestazione assicurata in caso di decesso**

L'Impresa si impegna a corrispondere al Beneficiario, in caso di decesso di ciascun Cedente/Delegante a seguito di infortunio o malattia prima del compimento del 86° anno e comunque prima della scadenza del Prestito oggetto della copertura assicurativa, un capitale pari al valore scontato al medesimo tasso di interesse convenuto fra la Contraente ed il Cedente/Delegante per il Prestito oggetto della copertura assicurativa, delle quote mensili rimaste insolute aventi scadenza successivo al Sinistro – dunque escludendo gli interessi percepiti dalla Contraente nell'operazione di finanziamento.

Qualunque sia il numero di Prestiti personali di cui il Cedente/Delegante è titolare, la prestazione massima pagabile è di € 100.000 per i Dipendenti Statali, Pubblici, Privati e di € 55.000 per i Pensionati, salvo il caso in cui la copertura sia stata accettata dall'Impresa per un montante superiore. Eventuali arretrati ed interessi di mora sono esclusi dalla prestazione pagabile.

Il Premio unico versato viene utilizzato per far fronte al rischio demografico della mortalità; pertanto nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del contratto di assicurazione. Il Premio corrisposto resterà quindi acquisito dall'Impresa.

L'Assicurato deve soddisfare le condizioni di salute richieste tramite la compilazione del questionario medico riportato nel Modulo rilevazione dati, e in caso di risposta positiva, del questionario anamnestico completo riportato nell'Allegato 1.

L'Assicurato deve prestare per iscritto, attraverso il Modulo di rilevazione dati, il consenso alla stipulazione di un contratto di assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 c.c..

### **Avvertenza**

#### **Esclusioni e limiti delle coperture assicurative**

Il contratto prevede alcune limitazioni ed esclusioni alle coperture assicurative, regolamentate ed esplicitate

dagli specifici artt. 8 e 10 delle Condizioni di Assicurazione.

#### 4. Premio

Il contratto prevede la corresponsione, da parte del Contraente, di un Premio unico anticipato il cui importo è indicato nel Modulo rilevazione dati. L'entità del Premio dipende dal Montante del finanziamento, dalla durata dell'Assicurazione, dall'età dell'Assicurato e dalla categoria di appartenenza dell'Assicurato (Dipendente Pubblico convenzionato, Dipendente Privato o Parapubblico, Pensionato convenzionato).

Il Premio è a carico del Contraente.

Il Premio assicurativo verrà versato con bonifico bancario dal Contraente all'Impresa.

**Attenzione: il Contraente non percepisce alcuna remunerazione da parte di AXA France Vie.**

Il costo trattenuto dall'Impresa a titolo di spese di acquisizione e gestione del Contratto, già incluso nei tassi di Premio, è pari al 20,1% del Premio unico anticipato. La quota parte per l'intermediazione percepita in media dal Partner gestionale è pari al 25,00% del costo stesso.

A titolo esemplificativo, per un Premio unico anticipato di Euro 1.000,00, al netto delle imposte, i costi trattenuti dall'Impresa a titolo di spese di acquisizione e gestione del Contratto sono pari a Euro 201,00 di cui Euro 25,00 rappresentano l'importo percepito per l'intermediazione.

**AVVERTENZA: in caso di estinzione anticipata o trasferimento del finanziamento, l'Assicurazione si scioglie anticipatamente e si provvede alla restituzione al Contraente del premio non goduto, inteso come la parte di Premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla originale Scadenza dell'Assicurazione. L'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione disciplina la materia.**

---

### C. INFORMAZIONI SU COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

---

#### 5. Costi gravanti sul premio e regime fiscale

Il computo del Premio prevede l'applicazione di diritti o accessori.

Allo stato della normativa vigente, il Premio non è soggetto ad imposta.

Le somme corrisposte dall'Impresa sono esenti da tassazioni IRPEF e da imposte di successione.

***Resta inteso che tutte le spese sanitarie non saranno prese a carico dall'Impresa.***

Il Premio non è soggetto a sconti.

**Attenzione: il Contraente non percepisce alcuna remunerazione da parte di AXA France Vie.**

Costi a carico del Contraente	Periodicità di prelievo	Modalità di prelievo
20,10%	Sul premio unico anticipato	Compresi nel premio

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

Quota parte percepita dal Partner gestionale per attività d'intermediazione	25,00%
---	--------

#### 6. Costi a carico del Contraente in caso di estinzione anticipata o trasferimento del finanziamento

Nel caso di estinzione anticipata di uno dei Prestiti rientranti nella copertura, l'Impresa provvederà alla restituzione al Contraente della parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

La parte di premio rimborsata è pari alla somma:

- del premio di rischio riproporzionato in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura relativa al Prestito estinto anticipatamente nonché del capitale assicurato residuo;
- dei costi, al netto del costo di emissione, in proporzione agli anni e frazione di anno

## NOTA INFORMATIVA

---

mancanti alla scadenza della copertura.

Il costo di emissione è pari al 5% del Premio residuale ovvero all'importo minimo di 30 euro se la trattenuta del 5% risultasse inferiore a detto importo.

---

### D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

---

#### 7. Modalità di perfezionamento del contratto

Il contratto di assicurazione si conclude nel momento in cui il Contraente viene a conoscenza dell'accettazione, da parte dell'Impresa, della copertura di cui alla presente polizza.

La garanzia decorre dal momento in cui per l'Assicurato insorge una posizione debitoria nei confronti del Contraente e termina con lo scadere del piano di ammortamento medesimo.

#### 8. Risoluzione del contratto

Il contratto di assicurazione cessa in ogni caso:

- al termine del piano di rimborso del Prestito;
- al compimento del 86° anno di età del Cedente/Delegante;
- in caso di estinzione anticipata del Prestito;
- in caso di Sinistro.

#### 9. Diritto di recesso

Il Contraente può recedere dal contratto di assicurazione entro trenta giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il contratto è concluso, mediante comunicazione scritta da inviare all'Impresa.

L'Impresa, entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, rimborsa al Contraente il premio eventualmente corrisposto, al netto della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

#### 10. Riscatto e riduzione

Non previsti.

#### 11. Documentazione da consegnare all'Impresa per il pagamento della prestazione assicurata e termini di prescrizione

La materia è disciplinata dall'art. 10 delle Condizioni di Assicurazione.

Verificatosi il decesso del Cedente/Delegante, al fine di consentire il pagamento del capitale assicurato a favore del Beneficiario devono essere preventivamente consegnati all'Impresa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare con esattezza il capitale assicurato, ed in particolare:

- a) il numero della pratica di Prestito corrispondente all'Assicurato deceduto;
- b) la denuncia del Sinistro;
- c) l'ammontare esatto delle rate residue rilevato al momento del decesso dell'Assicurato, quale risulta dal piano di ammortamento definito alla stipula del Prestito nonché l'ammontare delle rate residue attualizzate al tasso di interesse convenuto con il Cedente/Delegante per il Prestito oggetto della copertura assicurativa di cui alla presente Polizza;
- d) il certificato di morte dell'Assicurato;
- e) l'ulteriore documentazione eventualmente ritenuta necessaria dall'Impresa.

L'Impresa si riserva comunque il diritto di richiedere al Contraente il calcolo completo del piano di ammortamento realizzato per l'ottenimento del debito residuo comunicato.

Se dalla documentazione presentata risulta l'obbligazione di pagare la prestazione assicurata, l'Impresa invierà al Beneficiario il modulo di quietanza dove vengono richiesti i dati antiriciclaggio aggiornati (D.Lgs. 231/07) e le coordinate del conto corrente bancario presso il quale eseguire il pagamento. Con la compilazione di tale modulo ed il suo invio all'Impresa, il Beneficiario libera quest'ultima non appena viene eseguito il pagamento.

L'Impresa si impegna a pagare entro 30 giorni dalla data di ricezione del modulo di quietanza antiriciclaggio e non prima di avere ricevuto tutta la documentazione completa richiesta; trascorso tale periodo sono dovuti gli interessi di mora, calcolati secondo i criteri della capitalizzazione semplice al tasso legale in vigore.

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

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto stesso si fonda secondo quanto stabilito dall'art. 2952, 2° comma, del Codice Civile.

### **12. Legge applicabile al contratto**

Al contratto si applica la legge italiana. Le Parti possono, tuttavia, pattuire l'applicazione di una diversa legislazione ed in tal caso sarà l'Impresa a proporre quella da applicare, sulla quale, comunque, prevarranno le norme imperative di diritto italiano.

### **13. Non pignorabilità e non sequestrabilità**

Ai sensi dell'art. 1923 del Codice Civile, le somme dovute in dipendenza di contratti di assicurazione sulla vita non sono pignorabili, né sequestrabili.

### **14. Lingua in cui è redatto il contratto**

Il contratto, ogni documento ad esso allegato e le comunicazioni in corso di contratto, vengono redatte in lingua italiana. Le Parti possono, tuttavia, pattuire una diversa lingua di redazione.

### **15. Reclami**

Eventuali reclami relativi al rapporto contrattuale o alla gestione del sinistro possono essere presentati all'Impresa, per il tramite del Partner gestionale, secondo le seguenti modalità:

- **Posta: AXA France Vie c/o CBP Italia S.A.S. Via C. Farini 81 - 20159 Milano MI**
- **mail: [info@cbp-italia.eu](mailto:info@cbp-italia.eu)**
- **fax: +39 02 68826940**

I reclami indirizzati all'Impresa contengono:

- nome, cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante;
- numero della polizza e nominativo del Contraente;
- 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 dell'Impresa comunicare gli esiti del reclamo entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo.

Qualora l'esponente intenda farlo direttamente oppure non abbia ricevuto risposta dall'Impresa entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo da parte dell'Impresa stessa oppure abbia ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente, è possibile presentare reclamo, laddove si tratti di liti transfrontaliere, a: (a) IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06.42.133.1, o, alternativamente, direttamente a (b) Le Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA), BP 290, 75425 PARIS CEDEX 09, fax 01.45.23.27.15, e-mail: [le.mediateur@mediation-assurance.org](mailto:le.mediateur@mediation-assurance.org), sito web: [www.ffa.fr](http://www.ffa.fr), chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

I reclami indirizzati all'FFSA contengono:

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

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

### **16. Informativa in corso di contratto**

L'Impresa comunicherà tempestivamente per iscritto al Contraente, nel corso della durata contrattuale, le eventuali variazioni delle informazioni contenute in Nota Informativa, intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

### **17. Comunicazioni dell'Assicurato all'Impresa**

L'Assicurato non è obbligato a comunicare all'Impresa un eventuale cambiamento della professione che comporti un aggravamento del rischio. Non è pertanto operante l'art. 1926 del Codice Civile.

### **18. Conflitto di interessi**

Il presente prodotto assicurativo non presenta conflitto di interessi. In ogni caso l'Impresa, pur in presenza di conflitto di interessi:

- opera in modo da non recare pregiudizio al Contraente ed agli Assicurati;
- si impegna ad ottenere per il Contraente e per gli Assicurati il miglior risultato possibile.

**AXA France Vie 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





### CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

#### PREMESSA

Premesso che:

- TERFINANCE S.p.A., con sede Via San Pio V, 5 - Torino, , P. IVA 00710600677 (di seguito definita il “Contraente”), ha stipulato un contratto di assicurazione con AXA FRANCE VIE, iscritta al registro di commercio delle Imprese di Nanterre n° 310 499 959, con sede al 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, autorizzata ad operare in Italia in regime di libera prestazione di servizi (di seguito definita l’ “Impresa”), avente ad oggetto la copertura dal rischio di mancato adempimento dell’obbligazione di pagamento delle rate di rimborso del Prestito da parte del debitore in seguito al suo decesso, avvenuto nel corso del periodo di durata dell’Assicurazione. Sono considerati debitori tutti i Dipendenti Pubblici, Statali o Ministeriali, Parapubblici, Privati e Pensionati che hanno in corso con il Contraente un Prestito estinguibile con cessione di quote dello stipendio o della pensione o delegazione di pagamento (in seguito denominati “Cedenti/Deleganti”);
- il Contraente concede, in conto proprio o quale mandatario di terzi, prestiti personali rimborsabili mediante cessioni di quote dello stipendio o della pensione disciplinati, anche in via analogica, dalla Legge 180 e dall’art. 1260 e seguenti del Codice Civile laddove applicabili;
- il Contraente concede altresì, in conto proprio o quale mandatario di terzi, prestiti personali rimborsabili mediante delegazione di pagamento di quote dello stipendio disciplinati dagli artt. 1269 e 1723 II comma del Codice Civile;
- il Contraente ha necessità di tutelarsi, in conformità alla Legge 180 e anche nell’interesse del Cedente/Delegante, per il rischio di decesso di quest’ultimo avvenuto nel corso del periodo di ammortamento del finanziamento;
- l’Impresa conferma al Contraente di volersi obbligare, nei termini giuridici sotto indicati, a prestare la copertura assicurativa di cui al precedente alinea;
- per ogni contratto di Prestito in garanzia, l’Impresa e il Contraente stipuleranno un disgiunto contratto di assicurazione, attestato dalla sottoscrizione di apposito Certificato di Polizza.

Nell’ambito della “Premessa” di cui sopra e del “Glossario” sotto riportato - che formano parte integrante della presente pattuizione - tra l’Impresa ed il Contraente si stipula la seguente Convenzione.

#### 1. Prestiti oggetto della Convenzione

Sono oggetto della presente Convenzione esclusivamente i prestiti, di durata minima di 24 mesi e di durata massima di 120 mesi, erogati dal Contraente a favore di lavoratori Dipendenti Pubblici, Statali o Ministeriali, Parapubblici, Privati, in servizio, con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato, presso amministrazioni pubbliche o aziende di diritto privato e a favore di Pensionati titolari di una pensione INPS o di altri enti.

Possono, comunque, rilasciarsi coperture assicurative per prestiti erogati dal Contraente a favore di lavoratori dipendenti in servizio con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato purché la fine del periodo di ammortamento del prestito sia pari o anteriore alla scadenza del contratto di lavoro a tempo determinato.

#### 2. Oggetto dell’Assicurazione e Indennizzo

L’Impresa si impegna a corrispondere al Beneficiario, in caso di decesso di ciascun Cedente/Delegante a seguito di infortunio o malattia prima del compimento del 86° anno e comunque prima della scadenza del Prestito oggetto della copertura assicurativa, un capitale pari al valore scontato al medesimo tasso di interesse convenuto fra la Contraente ed il Cedente/Delegante per il Prestito oggetto della copertura assicurativa, delle quote mensili rimaste insolute aventi scadenza successiva al Sinistro – dunque escludendo gli interessi percepiti dalla Contraente nell’operazione di finanziamento.

In caso di sopravvivenza dell’Assicurato al termine del periodo di durata dell’Assicurazione, questa si considera estinta ed il Premio resterà acquisito dall’Impresa.

La copertura assicurativa è prestata senza Carenza. Non si intende operante l’art. 1926 del Codice Civile.

### 3. Beneficiario della prestazione assicurata

Beneficiario delle prestazioni assicurative garantite è la Società che ha erogato il Prestito alla base della copertura. Il Beneficiario metterà l'importo incassato a decurtazione dei propri crediti verso l'Assicurato di cui al contratto di Cessione o Delega. In caso di cessione o trasferimento del contratto di finanziamento a terzi, il Beneficiario delle somme assicurate sarà il cessionario.

### 4. Estinzione anticipata del prestito

Nel caso di estinzione anticipata di uno dei Prestiti rientranti nella copertura, l'Impresa provvederà alla restituzione al Contraente della parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

La parte di premio rimborsata è pari alla somma:

- del premio di rischio riproporzionato in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura relativa al Prestito estinto anticipatamente nonché del capitale assicurato residuo;
- dei costi, al netto del costo di emissione, in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura;

con una trattenuta per spese di amministrazione del 5% del Premio residuale o di un importo minimo di 30 euro se la trattenuta del 5% risultasse inferiore a detto importo.

La richiesta deve essere inoltrata per iscritto al Partner gestionale dell'Impresa:

**AXA France Vie**  
**c/o CBP Italia,**  
**Via Carlo Farini 81 - 20159 Milano**

Ove si verifichi il caso di operazioni rinnovate con lo stesso Cedente/Delegante, sarà effettuata la compensazione tra Premio pagato e non goduto della vecchia operazione ed il Premio della nuova operazione.

### 5. Risoluzione del contratto di assicurazione

Il contratto di assicurazione cessa in ogni caso:

- al termine del piano di rimborso del Prestito;
- al compimento del 86° anno di età del Cedente/Delegante;
- in caso di estinzione anticipata del Prestito;
- in caso di Sinistro.

### 6. Riscatto e riduzione.

L'Assicurazione non prevede il riscatto o la riduzione delle somme assicurate.

### 7. Diritto di Recesso

Il Contraente può recedere dal contratto di assicurazione entro trenta giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il contratto è concluso, mediante comunicazione scritta da inviare all'Impresa.

L'Impresa, entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, rimborsa al Contraente il premio eventualmente corrisposto, al netto della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

### 8. Esclusioni

**Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa del Sinistro, senza limiti territoriali. E' escluso dall'Assicurazione il decesso causato dalle conseguenze:**

- **del dolo del Contraente;**
- **di atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora l'Assicurato vi abbia preso parte attiva;**
- **di tutti i rischi nucleari;**
- **del dolo del Cedente/Delegante;**
- **del suicidio del Cedente/Delegante avvenuto nel corso dei 12 mesi successivi alla data di decorrenza delle garanzie.**

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

### **9. Durata dell'Assicurazione e Pagamento del Premio**

L'Assicurazione ha durata pari a quella del rapporto di finanziamento.

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno dell'erogazione del Prestito in garanzia e rimane in vigore per tutta la durata del piano di ammortamento del Prestito a condizione che il Premio assicurativo corrispondente risulti pagato, e cessa ad ogni modo nei casi previsti dall'Art. 5 delle Condizioni di Assicurazione.

La durata del piano di ammortamento può essere prolungata per un massimo di ulteriori 24 mesi in caso di sospensione temporanea dell'ammortamento stesso o di ulteriori 12 mesi in caso di differimento dell'inizio dell'ammortamento. In queste fattispecie, la garanzia rimane in vigore fino al completo ammortamento del finanziamento, ma una penalità del 3% del capitale residuo sarà applicata in caso di Sinistro dopo 6 mesi di prolungamento e del 6% del capitale residuo, in caso di Sinistro dopo un anno di prolungamento.

Il Premio è a carico del Contraente.

### **10. Obblighi del Contraente in caso di Sinistro**

Verificatosi il decesso del Cedente/Delegante, al fine di consentire il pagamento del capitale assicurato a favore del Beneficiario devono essere preventivamente consegnati all'Impresa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare con esattezza il capitale assicurato, ed in particolare:

- a) il numero della pratica di Prestito corrispondente al Cedente/Delegante deceduto;
- b) la denuncia del Sinistro;
- c) l'ammontare esatto delle rate residue rilevato al momento del decesso dell'Assicurato, quale risulta dal piano di ammortamento definito alla stipula del Prestito, nonché l'ammontare delle rate residue attualizzate al tasso di interesse convenuto con il Cedente/Delegante per il Prestito oggetto della copertura assicurativa di cui alla presente Polizza;
- d) il certificato di morte dell'Assicurato;
- e) l'ulteriore documentazione eventualmente ritenuta necessaria dall'Impresa..

L'Impresa si riserva comunque il diritto di richiedere al Contraente il calcolo completo del piano di ammortamento realizzato per l'ottenimento del debito residuo comunicato.

Se dalla documentazione presentata risulta l'obbligazione di pagare la prestazione assicurata, l'Impresa invierà al Beneficiario il modulo di quietanza dove vengono richiesti i dati antiriciclaggio aggiornati (D.Lgs. 231/07) e le coordinate del conto corrente bancario presso il quale eseguire il pagamento. Con la compilazione di tale modulo ed il suo invio all'Impresa, il Beneficiario libera quest'ultima non appena viene eseguito il pagamento.

L'Impresa si impegna a pagare entro 30 giorni dalla data di ricezione del modulo di quietanza antiriciclaggio e non prima di avere ricevuto tutta la documentazione completa richiesta; trascorso tale periodo sono dovuti gli interessi di mora, calcolati secondo i criteri della capitalizzazione semplice al tasso legale in vigore.

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

### **11. Prescrizione**

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2952, 2° comma, del Codice Civile, i diritti derivanti dall'Assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

### **12. Modalità assuntive**

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

L'assunzione del rischio da parte dell'Impresa avviene sulla base dei dati forniti nel Modulo rilevazione dati e nella documentazione a corredo di questa.

### **13. Premio di assicurazione**

La prestazione assicurata viene garantita dietro il pagamento, da parte del Contraente, di un Premio unico ed anticipato per tutta la durata dell'Assicurazione.

### **14. Oneri fiscali**

Gli oneri fiscali sono a carico del Contraente. Eventuali cambiamenti della normativa fiscale applicabile al Premio di Assicurazione verranno immediatamente recepiti e comunicati al Contraente. Allo stato della normativa, il Premio non è soggetto ad imposta.

### **15. Giurisdizione e Procedimento di mediazione**

Tutte le controversie relative all'Assicurazione sono soggette alla giurisdizione italiana. In caso di controversia, è possibile adire l'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi, ove esistenti.

### **16. Cessione dei diritti**

L'Assicurato non può in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi, diversi dal Contraente o dal soggetto da quest'ultimo designato, i diritti derivanti dall'Assicurazione.

### **17. Rinvio alle norme di legge**

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

Data ultimo aggiornamento: 14 maggio 2014

## GLOSSARIO

---

- ASSICURATO:** il Cedente/Delegante la cui vita è oggetto di assicurazione.
- ASSICURAZIONE:** il contratto di assicurazione stipulato tra il Contraente e l'Impresa secondo le condizioni della presente Convenzione.
- BENEFICIARIO:** il Contraente che ha erogato il prestito alla base della presente copertura vita al quale l'Impresa deve corrispondere l'indennizzo in caso di Sinistro.
- CEDENTE/DELEGANTE:** la persona fisica lavoratore dipendente di amministrazioni statali e pubbliche (come ad esempio Ministeri, Province, Regioni, ecc.), o aziende di diritto privato con contratto di lavoro a tempo indeterminato o determinato (purché l'ammortamento del finanziamento termini prima della scadenza dello stesso), o pensionato, con la quale il Contraente ha stipulato un Contratto di prestito rimborsabile mediante Cessione/Delega di pagamento di quote della retribuzione mensile o mediante Cessione di quote della pensione e che abbia dato il consenso alla stipula di un contratto di assicurazione sulla propria vita.
- CEDUTO/DELEGATO:** il datore di lavoro del Cedente/Delegante, o l'Ente Pensionistico (per esempio: l'INPS), impegnato verso il Contraente a versare a favore di questi la quota dello stipendio o della pensione del Cedente/Delegante.
- CERTIFICATO DI POLIZZA:** il documento che prova l'accettazione, da parte dell'Impresa, della copertura e che pertanto prova l'assunzione in garanzia da parte dell'Impresa, secondo le condizioni della presente Polizza.
- CESSIONE:** prestito personale rimborsabile mediante trattenuta del quinto della retribuzione/pensione del lavoratore/pensionato richiedente, regolamentato e disciplinato dalla Legge 180.
- CONTRAENTE:** **TERFINANCES.p.A.**, con sede in ViaSan Pio V, 5 - Torino, P. IVA 00710600677.
- CONTRATTO DI PRESTITO o PRESTITO:** contratto di finanziamento rimborsabile mediante Cessione/Delegazione di pagamento di quote mensili della pensione e dello stipendio.
- DELEGA:** prestito personale rimborsabile mediante delegazione di pagamento di quote dello stipendio ai sensi degli artt. 1269 e seguenti del Codice Civile.
- DIPENDENTE STATALE o MINISTERIALE:** Dipendente a tempo indeterminato da almeno 6 mesi che presta servizio presso uno dei seguenti Ministeri ed enti statali:
- MINISTERO AFFARI REGIONALI
  - MINISTERO AFFARI ESTERI
  - MINISTERO AMBIENTE E TUTELA DEL TERRITORIO
  - MINISTERO ATTIVITÀ PRODUTTIVE
  - MINISTERO BENI E ATTIVITÀ CULTURALI
  - MINISTERO COMUNICAZIONI
  - MINISTERO DIFESA
  - MINISTERO ECONOMIA E FINANZE
  - MINISTERO INFRASTRUTTURE E TRASPORTI
  - MINISTERO INNOVAZIONE E TECNOLOGIE
  - MINISTERO INTERNO

- MINISTERO ISTRUZIONE, UNIVERSITÀ E RICERCA SCIENTIFICA
- MINISTERO ITALIANI NEL MONDO
- MINISTERO LAVORO E POLITICHE SOCIALI
- MINISTERO PARI OPPORTUNITÀ
- MINISTERO POLITICHE AGRICOLE E FORESTALI
- MINISTERO POLITICHE COMUNITARIE
- MINISTERO RAPPORTI CON IL PARLAMENTO
- MINISTERO RIFORME ISTITUZIONALI E DEVOLUZIONE
- MINISTERO SALUTE
- MINISTERO FUNZIONE PUBBLICA
- MINISTERO GIUSTIZIA
- Agenzia delle Entrate
- Agenzia del Territorio
- Agenzia del Demanio
- Agenzia delle Dogane
- Amministrazione Autonoma Monopoli di Stato
- Direzione Territoriale Economia e Finanze DTEF
- Direzione Provinciale Servizi Vari Tesoro DPSV
- Corti d'Appello
- Tribunali
- Giudici di Pace
- Tribunali Amministrativi Regionali
- Avvocatura dello Stato
- Consiglio di Stato
- Istituto Nazionale Geofisica e Vulcanologia (INGV)
- Istituto Nazionale di Fisica Nucleare (INFN)
- Istituto Nazionale di Astrofisica (INAF)
- ISTAT
- INPS
- INAIL
- Corte dei Conti
- Enac
- Enav
- ENPALS
- CNR
- ENEA

Sarà possibile verificare l'appartenenza del Cedente/Delegante a un Ministero o a un ente o a un istituto statale attraverso il relativo riferimento nella busta paga del dipendente medesimo.

**DIPENDENTE PUBBLICO:** il lavoratore in servizio presso una delle seguenti pubbliche amministrazioni:

- le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e i loro Consorzi ed Associazioni;
- le Camere di Commercio e i loro Consorzi ed Associazioni;
- le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale.

## GLOSSARIO

---

<b>DIPENDENTE PARAPUBBLICO:</b>	la persona fisica in servizio presso azienda di diritto privato a gestione previdenziale INPS, partecipata, in misura di almeno il 50,1%, dallo Stato o dalla Pubblica Amministrazione o da altra Azienda Parapubblica.
<b>DIPENDENTE PRIVATO:</b>	il lavoratore dipendente di azienda di diritto privato con numero di dipendenti maggiore di 15.
<b>IMPRESA:</b>	<b>AXA FRANCE VIE</b> , iscritta al registro di commercio delle Imprese di Nanterre n° 310 499 959 con sede al 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex, rappresentata da Corinne Vitrac.
<b>INFORTUNIO:</b>	evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.
<b>INDENNIZZO:</b>	la somma dovuta dall'Impresa al Beneficiario in caso di Sinistro.
<b>ISTITUTO DI PREVIDENZA:</b>	l'ente di previdenza obbligatoria che eroga la pensione al Cedente/Delegante.
<b>ISVAP:</b>	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.
<b>IVASS:</b>	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP a decorrere dal 1° gennaio 2013.
<b>LEGGE 180:</b>	il D.P.R. del 05/01/1950 n. 180 ed il relativo Regolamento di esecuzione approvato con D.P.R. del 28/07/1950 n. 895, integrati dalle successive disposizioni legislative e regolamentari in materia.
<b>MALATTIA:</b>	alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
<b>MODULO DI RILEVAZIONE DATI:</b>	documento sottoscritto dal Cedente/Delegante finalizzato al formale consenso alla stipulazione di un contratto di assicurazione sulla propria vita stipulato dal Contraente.
<b>MONTANTE LORDO:</b>	l'importo del finanziamento, comprensivo degli interessi e delle spese, pari alla somma delle rate da versare.
<b>PARTI:</b>	l'Impresa ed il Contraente.
<b>PARTNER GESTIONALE:</b>	il soggetto che gestisce il presente contratto per conto dell'Impresa, nella specie: <b>CBP Italia S.A.S., Via C. Farini 81 - 20159 - Milano.</b>
<b>PREMIO:</b>	l'importo dovuto dal Contraente all'Impresa.
<b>PRESCRIZIONE:</b>	estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini fissati dall'art.2952 del Codice Civile. I diritti derivanti dall'assicurazione si prescrivono nel termine di dieci anni.
<b>SINISTRO:</b>	il decesso del Cedente/Delegante in seguito a infortunio o malattia.

**Modulo rilevazione dati relativo alla Polizza n. 4570**  
Stipulata da **Terfinance S.p.A.** con **AXA France Vie**

**Copertura assicurativa Caso Morte**

Abbinata a prestiti rimborsabili mediante cessione del quinto o delega dello stipendio o della pensione  
**Il presente documento dovrà essere compilato accuratamente evitando macchie o cancellature, un semplice tratto non sarà considerato come una risposta valida.**

**DATI DELL'ASSICURANDO**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Documento d'identità (tipo, numero, data e luogo di emissione) \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico dell'Assicurando \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico di un familiare (indicare il grado di parentela) \_\_\_\_\_

**Situazione lavorativa:**

**Dipendente Pubblico**       **Dipendente Ministeriale o Statale**       **Dipendente parapubblico**

**Dipendente Privato**       **Pensionato**

**Ente/Azienda** di cui il Cedente/Delegante è lavoratore dipendente \_\_\_\_\_

Con sede in \_\_\_\_\_

**DATI SUL PRESTITO**

Pratica N° \_\_\_\_\_ Durata mesi \_\_\_\_\_ Decorrenza \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_ TAN \_\_\_\_\_

Importo Euro \_\_\_\_\_ Rata mensile Euro \_\_\_\_\_ Montante Lordo (uguale alla somma delle rate) Euro \_\_\_\_\_

**CONTRAENTE E BENEFICIARIO**

CONTRAENTE: \_\_\_\_\_

BENEFICIARIO (se diverso dal Contraente): \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DELL'ASSICURANDO**

Il Sottoscritto, avendo chiesto al Contraente un prestito personale da estinguersi mediante cessione/delegazione di pagamento di quote di stipendio/pensione ai sensi del DPR del 5.1.1950 n.180 e successive modifiche/ai sensi dell'art.1269 e 1723 II comma del Codice Civile:

- dà il proprio consenso al Contraente, anche ai sensi dell'art.1919 del Codice Civile, a stipulare sulla propria vita le coperture assicurative previste nella Polizza stipulata tra il Contraente e AXA France Vie;

- dichiara di aver ricevuto il Fascicolo informativo – redatto secondo le prescrizioni ISVAP – contenente la Nota Informativa, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario, l'Informativa sulla Privacy e il Modulo rilevazione dati che definiscono la Polizza stipulata tra il Contraente e AXA France Vie. A tal proposito, inoltre, prende atto che il testo integrale della Convenzione è depositato a sua disposizione presso la sede del Contraente nonché presso qualsiasi soggetto e/o punto vendita dei quali lo stesso si avvalga per il collocamento dei finanziamenti;

- conferma che tutte le dichiarazioni, necessarie alla valutazione del rischio da parte di AXA France Vie, sono veritiere, precise e complete;

- proscioglie dal segreto professionale e legale medici ed enti che possano o potranno averlo curato o visitato e le altre persone alle quali AXA France Vie riterrà opportuno rivolgersi per informazioni, nel limite consentito dalla legislazione italiana.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI (da compilarsi a cura dell'Assicurando)

Avendo preso visione dell'Informativa sulla Privacy, allegata al presente documento, per le finalità e con le modalità ivi illustrate, acconsento al trattamento da parte di AXA France Vie dei miei dati personali e sensibili, per l'attivazione e la gestione della copertura assicurativa, ai sensi degli artt. 23 e 26 del d.lgs. 30 giugno 2003 n. 196.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute che devono corrispondere a verità ed esattezza. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurando, relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione assicurativa, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c..**

**Il presente documento dovrà essere compilato accuratamente evitando macchie o cancellature, un semplice tratto non sarà considerato come una risposta valida.**

### QUESTIONARIO MEDICO (da compilarsi a cura dell'Assicurando)

Fare una  
croce nella  
casella del  
SI o del NO

1. Lei é attualmente inabile al lavoro, totalmente o parzialmente, per malattia o infortunio o lo è stato negli ultimi 5 anni per più di 30 giorni? SI  NO
2. Lei é attualmente sottoposto ad un trattamento medico, a delle cure, ad una sorveglianza medica particolare? SI  NO
3. Lei é attualmente colpito da un'infermità, un'invalidità o una malattia cronica ? SI  NO
4. Lei é stato colpito, negli ultimi 10 anni, da affezioni cardiache, vascolari, respiratorie, digestive, renali, reumatiche, discostvertebrali, psichiatriche, psichiche o da diabete? SI  NO
5. Lei ha subito, negli ultimi 10 anni, interventi chirurgici (ad esclusione dell'asportazione dell'appendice, delle tonsille e/o delle adenoidi, della cistifellea, d'un parto cesareo, di un'ernia inguinale o ombelicale) e/o dovrà subire, a sua conoscenza, un intervento chirurgico nei prossimi dodici mesi? SI  NO
6. L'assicurando è o è stato titolare di pensione di invalidità? SI  NO
7. La differenza tra l'altezza dell'assicurando in centimetri \_\_\_\_\_ ed il suo peso in chilogrammi \_\_\_\_\_ è inferiore a 80 o superiore a 120? SI  NO

### DATI DEL MEDICO CURANTE

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico (se conosciuto) \_\_\_\_\_

### IL RICHIEDENTE

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

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

**A) Trattamento dei suoi dati personali per finalità assicurative <sup>1</sup>**

La nostra Società (di seguito anche “AXA”) e il Partner gestionale 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 legge<sup>2</sup>, e/o dati già acquisiti, forniti da lei o da altri soggetti<sup>3</sup>) 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 di suddetti servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte della nostra Società, del Partner gestionale e di terzi a cui tali dati saranno comunicati<sup>4</sup>.

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 <sup>5</sup> 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" <sup>6</sup>, in parte anche in funzione meramente organizzativa.

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.

---

<sup>1</sup> 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 dell'assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi o prodotti o servizi; gestione e controllo interno; attività statistiche.

<sup>2</sup> Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.

<sup>3</sup> 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 consortili propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.

<sup>4</sup> 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; Impresa, 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.

<sup>5</sup> 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.

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

- Impresa, 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 consortili 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, INPDAI, 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.

L'elenco completo di tutti i predetti soggetti è costantemente aggiornato e può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente chiedendolo al Responsabile indicato nell'informativa.

## 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 trattati<sup>7</sup> da AXA - 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 gestione<sup>8</sup>; 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 o chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento<sup>9</sup>.

Per l'esercizio dei Suoi diritti Lei può rivolgersi a:

**AXA Assicurazioni - AXA Creditor, Corso Como 17 - 20154 Milano, Italia.**

---

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> 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'articolo 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;
  - 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."

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO COMPLETO****Polizza n° 4570****NOME : ..... COGNOME : ..... NATO IL : .....**

Attiriamo la sua attenzione sulla necessità di compilare accuratamente questo questionario. In mancanza di una risposta da parte sua, non possiamo decidere sulla sua richiesta di ammissione all'assicurazione. **Il presente questionario dovrà essere compilato dal Cedente/Delegante, eventualmente con l'assistenza del Medico di fiducia del Cedente/Delegante, che apporrà il proprio timbro e firma in calce al questionario stesso a convalida delle dichiarazioni del Cedente/Delegante.** Il questionario verrà quindi trasmesso, insieme al Modulo di rilevazione dati, nel rispetto delle regole del segreto professionale a **CBP Italia**. 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 dell'Impresa 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.

Fare una croce nella casella del SI oppure in quella del NO		In caso di risposta affermativa, fornire le precisioni richieste
Altezza: .....cm      Peso: .....kg      Differenza (Altezza - Peso): .....		
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? ..... Citare nomi e dosi delle medicine, cure o trattamenti : .....
4 - E' colpito da una malattia cronica, da un'infermità, un'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? o E' titolare di una rendita per infortunio sul lavoro superiore al 15%?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? ..... Percentuale(i)? .....% Da quando? .....
6 - Gode dell'esonerazione del ticket a causa di una malattia o di un infortunio?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	(allegare copia della notifica di rendita) 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 <b>positivo</b> per le sierologie HBV (virus dell'epatite B), HCV (virus dell'epatite C), 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 : ❖ malattie reumatiche, disco-vertebrali, lombaggine, sciatica ? ❖ disturbi neurologici, affezioni neuropsichiche, depressione nervosa? ❖ patologie cardiache o vascolari, ipertensione arteriosa? ❖ trattamento via radiazioni, cobalto, chemioterapie o immunoterapie? ❖ altri trattamenti di una durata superiore a un mese?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)?    Quando?    Durata? ..... ..... ..... ..... .....
10 - Negli ultimi 10 anni è 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, IVG, chirurgia dentaria, deviazione del setto nasale?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)? ..... Quando? ..... Per quanto tempo? .....
11 - E' stato informato che nel corso dei prossimi 12 mesi, dovrà: ❖ subire una TAC, una risonanza magnetica, esami in ambiente ospedaliero? ❖ essere ricoverato? ❖ seguire un trattamento medico? ❖ subire un intervento chirurgico?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Per quale(i) motivo(i)?    Quando? ..... ..... ..... .....

Riconosco essere informato che le risposte e informazioni contenute nel presente documento sono obbligatorie per la gestione della Polizza sulla vita stipulata sulla mia testa sottoscritta presso AXA France Vie, responsabile del trattamento, e destinate al medico specializzato della compagnia di assicurazione. Autorizzo la raccolta e il trattamento delle informazioni mediche che compaiono in questo questionario, solo per l'elaborazione del mio dossier. Dichiaro di essere informato che l'assicuratore, responsabile dell'elaborazione del mio dossier, può comunicare le mie risposte e anche i miei dati personali che potrebbe raccogliere ulteriormente per la gestione del mio dossier, ai suoi mandatari, riassicuratori, organismi professionali abilitati e subappaltatori nella misura in cui tale trasmissione è necessaria per la gestione del mio dossier. Sono a conoscenza del fatto che, nel rispetto della normativa in tema di privacy, i dati medici da me forniti potranno essere trasmessi, ai fini della valutazione del mio stato di salute, anche all'estero. L'art. 7 del D. Lgs. 196/03 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 **CBP Italia** che potrà rispondere o trasmettere la domanda al servizio clienti di AXA France Vie e AXA France Iard.

**QUADRO RISERVATO AL MEDICO  
SPECIALIZZATO DELL'IMPRESA**

**REDATTO DA :** \_\_\_\_\_  
A: LUOGO, IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)  
Letto e approvato \_\_\_\_\_  
(firma dell'Assicurato)

**TIMBRO & FIRMA DEL  
MEDICO DI FIDUCIA**