

“Mediolanum Protezione Key People”

POLIZZA COLLETTIVA

AXA FRANCE VIE n. 1-2025-00001

Polizza collettiva con finalità di protezione della persona, di tipo *stand alone* e ad adesione facoltativa riservata a clienti o prospect (società di persone o persone giuridiche) della Contraente Banca Mediolanum S.p.A.

Per “stand-alone” si intende che la presente polizza non è funzionalmente collegata ad un prodotto bancario e/o finanziario, né è abbinata ad altri prodotti e/o servizi; per facoltativa si intende che la presente assicurazione non è né obbligatoria né richiesta per ottenere un prodotto bancario e/o finanziario o per ottenerlo a condizioni diverse

Il presente documento contiene il SET INFORMATIVO PRECONTRATTUALE del prodotto assicurativo composto da:

- DIP VITA
- DIP DANNI
- DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE (comprese di Glossario)

E inoltre:

- Nota informativa Privacy

Edizione: 12/2025



AXA FRANCE VIE S.A. (compagnia assicurativa del gruppo AXA). Indirizzo sede legale in Francia: 313 Terrasses de l'Arche, 92727 NANTERRE CEDEX. Numero Iscrizione Registro delle Imprese di Nanterre: 310499959. Autorizzata in Francia (Stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni, vigilata in Francia dalla Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Numero Matricola Registre des organismes d'assurance: 5020051. // Indirizzo Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano - CF, P.IVA e N.Iscr. Reg. Imprese 08875230016 - REA MI-2525395 - Telefono: 02-87103548 - Fax: 02-23331247 - PEC: axafrancevie@legalmail.it – sito internet: www.axapartners.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.

DIP VITA

Polizza Multirischi con finalità di protezione della persona

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita
diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)

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

Prodotto: Mediolanum Protezione Key People

Data Realizzazione: 12/2025

Il DIP Vita pubblicato è l'ultimo disponibile



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

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

È un prodotto assicurativo dedicato ai clienti o prospect società di persone (snc o sas) o persone giuridiche di Banca Mediolanum S.p.A. (Contraente), che potranno sottoscrivere la polizza in qualità di "Impresa Aderente" per tutelarsi a fronte di eventi pregiudizievoli che si verifichino in danno alle persone che ricoprono, all'interno dell'Impresa, un ruolo chiave (c.d. Key-Man), le quali assumeranno la qualifica di Assicurati. Ha la finalità di protezione contro l'accadimento di eventi imprevisti che possono colpire l'Assicurato, garantendo all'Impresa, in caso di sinistro, il pagamento di una prestazione pari al Capitale Assicurato al momento dell'adesione alla polizza.

	Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?		Che cosa NON è assicurato?
	<p>Opzione di prodotto LIFE</p> <p>✓ Decesso - Indennizzo pari al Capitale Assicurato scelto al momento di sottoscrizione del contratto.</p> <p>Opzione di prodotto FULL</p> <p>✓ Decesso – Indennizzo pari al Capitale Assicurato scelto al momento di sottoscrizione del contratto. Garanzia prestata congiuntamente alle coperture di ramo danni Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia e Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia.</p> <p>L'ammontare del Capitale Assicurato (per il caso decesso) viene scelto in fase di adesione dall'Impresa Aderente in riferimento a ciascun soggetto Assicurato.</p>		<p>Non è assicurabile il soggetto che NON possiede le seguenti caratteristiche:</p> <ol style="list-style-type: none">sia residente in Italia;rivesta all'interno dell'Impresa Aderente la carica di Legale Rappresentante, Amministratore, Amministratore Delegato, Socio, Dirigente, Titolare o altro soggetto che svolga un ruolo chiave all'interno dell'Impresa comprovato da regolare contratto (cd. Key-Man).con riferimento all'Opzione di Prodotto 1 "LIFE": sia di età compresa tra i 18 ed i 66 anni compiuti (ossia 67 anni non compiuti) e sia di età tale per cui, alla data di scadenza dell'assicurazione, non abbia compiuto i 75 anni di età;con riferimento all'Opzione di Prodotto 2 "FULL": sia di età compresa tra i 18 ed i 64 anni compiuti (ossia 65 anni non compiuti) e sia di età tale per cui, alla scadenza dell'assicurazione, abbia raggiunto l'età di pensionamento o comunque non abbia compiuto i 66 anni di età.
			Ci sono limiti di copertura?
			<p>Principali esclusioni garanzia Decesso</p> <ul style="list-style-type: none">! Suicidio dell'Assicurato nei primi 12 mesi di decorrenza dell'assicurazione! Atti di autolesionismo dell'Assicurato! Pratica da parte dell'Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente (gare, test e allenamenti compresi) e dei seguenti sport estremi o attività sportive (gare, test e allenamenti compresi) esposte a particolari rischi: sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, sport aerei in genere, paracadutismo, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, parapendio, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo con difficoltà superiori al terzo grado della scala di Monaco, arrampicata su roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, sci acrobatico, sci nautico, kite-surfing.



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- **Al momento della adesione alla polizza:** devi compilare e sottoscrivere il Questionario per la valutazione delle richieste ed esigenze assicurative, devi compilare accuratamente il Questionario Medico, oppure fornire un Questionario Anamnestico o un Rapporto di Visita Medica (con eventuali ulteriori esami), secondo i criteri assuntivi. Devi rendere dichiarazioni veritieri, esatte e complete sul rischio da assicurare. Le dichiarazioni non veritieri, inesatte o reticenti, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla Prestazione o all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.
- **In caso di presentazione di una denuncia di sinistro:** in caso di decesso dell'Assicurato, il Beneficiario deve comunicare per iscritto alla Compagnia il Sinistro nel più breve tempo possibile dal suo accadimento, allegando tutta la documentazione richiesta.



Quando e come devo pagare?

Sei tenuto a corrispondere un Premio ad ogni ricorrenza annuale, salvo l'esercizio del diritto di disdetta dell'assicurazione. L'ammontare del premio dipende dall'importo del Capitale Assicurato e dall'Opzione di Prodotto scelti dall'Aderente. Il pagamento del Premio (sia all'adesione che in sede di rinnovo) avviene:
a. con addebito diretto SEPA (Sepa Direct Debit) sul conto corrente dell'Aderente intrattenuto presso la Contraente, oppure
b. tramite bonifico bancario in favore della Compagnia per il tramite del Broker- se pagamento proveniente da conto corrente intestato all'Aderente presso altro istituto bancario.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Fermo il Periodo di Carenza laddove previsto per le singole coperture, l'assicurazione decorre dalla data di inclusione che coincide con il primo giorno del mese successivo all'espletamento positivo degli accertamenti sanitari, a condizione che l'Assicurato sia in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità e che l'Aderente abbia pagato il Premio. Per ciascuna adesione, l'assicurazione ha una durata fissa annuale. Alla scadenza, l'assicurazione si rinnova automaticamente per successivi periodi di un anno, salvo disdetta.



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

- L'Impresa Aderente il diritto di revocare la Richiesta di Adesione finché il contratto non sia concluso dandone comunicazione scritta alla Compagnia per il tramite del Broker a mezzo di lettera raccomandata A/R o, PEC o altro mezzo equivalente ai seguenti recapiti: . Kereis Italia S.A.S. – Viale Vincenzo Lancetti, 43 – 20158, Milano - PEC: Kereisitalia@pec.actalis.it
- Puoi recedere dal contratto entro il termine di 30 giorni dalla data di perfezionamento dello stesso (c.d. diritto di ripensamento). In tal caso, l'assicurazione si intende come mai entrata in vigore e la Compagnia ti rimborserà l'intero importo di Premio annuale già corrisposto (al netto delle imposte).
- Puoi disdire il contratto, impedendo che l'assicurazione – alla scadenza annuale prevista – si rinnovi per un ulteriore anno, inviando comunicazione di disdetta alla Compagnia, per il tramite del Broker, nei 30 giorni antecedenti la scadenza dell'annualità assicurativa in corso; tale comunicazione potrà essere effettuata tramite lettera raccomandata A.R. al seguente indirizzo: Kereis Italia S.A.S. – Viale Vincenzo Lancetti, 43 – 20158, Milano oppure via posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo Kereisitalia@pec.actalis.it
- Il recesso e la disdetta hanno sempre effetto per tutte le garanzie come presenti all'interno dell'Opzione di Prodotto attivata. Non è prevista la possibilità di recedere/disdire soltanto da una o più garanzie.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

- Il contratto NON prevede la sospensione del pagamento dei premi
- Il contratto NON prevede il diritto di riscatto o di riduzione delle prestazioni

DIP DANNI

Assicurazione Multirischi con finalità di protezione della persona

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

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

Autorizzata in Francia (stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni e autorizzata ad operare in Italia in regime di libertà di stabilimento.

Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco I, nr. I.00149.



Prodotto: Mediolanum Protezione Key People

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

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

È un prodotto assicurativo dedicato ai clienti o prospect società di persone (snc o sas) o persone giuridiche di Banca Mediolanum S.p.A. (**Contraente**), che potranno sottoscrivere la polizza in qualità di "Impresa Aderente" per tutelarsi a fronte di eventi pregiudizievoli che si verifichino in danno alle persone che ricoprono, all'interno dell'Impresa, un ruolo chiave (c.d. Key-Man), le quali assumeranno la qualifica di Assicurati. Ha la finalità di protezione contro l'accadimento di eventi imprevisti che possono colpire l'Assicurato, garantendo all'Impresa, in caso di sinistro, il pagamento di una prestazione pari al Capitale Assicurato o ad una Indennità Mensile Assicurata al momento dell'adesione alla polizza.



Che cosa è assicurato?

Opzione di prodotto FULL

- ✓ **Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia** - Indennizzo pari al Capitale Assicurato al momento di sottoscrizione del contratto.
- ✓ **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia** - Indennizzo pari all'Indennità Mensile Assicurata per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità. Per periodi di Inabilità inferiori a 30 giorni continuativi, il pagamento della Somma Assicurata avverrà in proporzione al tempo di inabilità effettivamente maturato (pro rata temporis).

Garanzie prestata congiuntamente alla copertura di ramo vita Decesso.

L'ammontare del Capitale Assicurato (per il caso Decesso e Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia) viene scelto in fase di adesione dall'Impresa Aderente in riferimento a ciascun soggetto Assicurato.

La relativa Indennità Mensile Assicurata corrisponde sempre allo 0,50% dell'importo del Capitale Assicurato.



Che cosa non è assicurato?

Non è assicurabile il soggetto che NON possegga le seguenti caratteristiche:

- a) sia residente in Italia;
- b) rivesta all'interno dell'Impresa Aderente la carica di Legale Rappresentante, Amministratore, Amministratore Delegato, Socio, Dirigente, Titolare o altro soggetto che svolga un ruolo chiave all'interno dell'Impresa Aderente, comprovato da regolare contratto (cd. Key-Man);
- c) con riferimento all'Opzione di Prodotto 1 "LIFE": sia di età compresa tra i 18 ed i 66 anni compiuti (ossia 67 anni non compiuti) e sia di età tale per cui, alla data di scadenza dell'assicurazione, non abbia compiuto i 75 anni di età;
- d) con riferimento all'Opzione di Prodotto 2 "FULL": sia di età compresa tra i 18 ed i 64 anni compiuti (ossia 65 anni non compiuti) e sia di età tale per cui, alla scadenza dell'assicurazione, non abbia raggiunto l'età di pensionamento o comunque non abbia compiuto i 66 anni di età.



Ci sono limiti di copertura?

Principali esclusioni garanzie Invalidità Totale Permanente e Inabilità Totale Temporanea

- ! Atti di autolesionismo dell'Assicurato, incluso il tentato suicidio
- ! Pratica da parte dell'Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente o a livello agonistico (gare, test e allenamenti compresi) e, in ogni caso, dei seguenti sport estremi o attività sportive (gare, test e allenamenti compresi) esposte a particolari rischi: sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, sport aerei in genere, paracadutismo, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, parapendio, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo con difficoltà superiori al terzo grado della scala di Monaco, arrampicata su roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, sci acrobatico, sci nautico, kite-surfing
- ! Abuso di alcool, farmaci o sostanze stupefacenti



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

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



Quando e come devo pagare?

Sei tenuto a corrispondere un Premio ad ogni ricorrenza annuale, salvo l'esercizio del diritto di disdetta dell'assicurazione. L'ammontare del premio dipende dall'importo del Capitale Assicurato e dall'Opzione di Prodotto scelti dall'Impresa Aderente. Il pagamento del Premio (sia all'adesione che di rinnovo) avviene:

- a. con addebito diretto SEPA (Sepa Direct Debit) sul conto corrente dell'Aderente intrattenuto presso la Contraente, oppure
- b. tramite bonifico bancario in favore della Compagnia per il tramite del Broker - se pagamento proveniente da conto corrente intestato alla Impresa Aderente presso altro istituto bancario.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Fermo il Periodo di Carenza laddove previsto per le singole coperture, l'assicurazione decorre dalle ore 24:00 della data di inclusione che coincide con il primo giorno del mese successivo all'espletamento positivo degli accertamenti sanitari, a condizione che l'Assicurato sia in possesso, di tutti i requisiti di assicurabilità e che l'Aderente abbia pagato il Premio. Per ciascuna adesione, l'assicurazione ha una durata fissa annuale. Alla scadenza, l'assicurazione si rinnova automaticamente per successivi periodi di un anno, salvo disdetta.



Come posso disdire la polizza?

- L'Impresa Aderente ha il diritto di revocare la Richiesta di Adesione finché il contratto non sia concluso dandone comunicazione scritta alla Compagnia per il tramite del Broker a mezzo di lettera raccomandata A/R o, PEC o altro mezzo equivalente ai seguenti recapiti: Kereis Italia S.A.S. – Viale Vincenzo Lancetti, 43 – 20158, Milano - PEC: Kereisitalia@pec.actalis.it
- Puoi recedere dal contratto entro il termine di 30 giorni dalla data di perfezionamento dello stesso (c.d. diritto di ripensamento). In tal caso, l'assicurazione si intende come mai entrata in vigore e la Compagnia ti rimborserà l'intero importo di Premio annuale già corrisposto (al netto delle imposte).
- Puoi disdire il contratto, impedendo che l'assicurazione – alla scadenza annuale prevista – si rinnovi per un ulteriore anno inviando alla Compagnia, per il tramite del Broker, una comunicazione di disdetta nei 30 giorni antecedenti la scadenza dell'annualità assicurativa in corso; tale comunicazione potrà effettuata tramite lettera raccomandata A.R. al seguente indirizzo: Kereis Italia S.A.S. – Viale Vincenzo Lancetti, 43 – 20158, Milano oppure via posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo Kereisitalia@pec.actalis.it
- Il recesso e la disdetta hanno sempre effetto per tutte le garanzie come presenti all'interno dell'Opzione di Prodotto attivata. Non è prevista la possibilità di recedere/disdire soltanto da una o più garanzie.

DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI

Assicurazione vita e danni sulla persona

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

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

Prodotto: Mediolanum Protezione Key People

Data Realizzazione: 12/2025

Il DIP Aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile



Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Dann), per aiutare il potenziale Aderente/Assicurato a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

L'Aderente e l'Assicurato devono prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

AXA FRANCE VIE S.A. (compagnia assicurativa del gruppo AXA). Indirizzo sede legale in Francia: 313 Terrasses de l'Arche, 92727 NANTERRE CEDEX. Numero Iscrizione Registro delle Imprese di Nanterre: 310499959. Autorizzata in Francia (Stato di origine) all'esercizio delle assicurazioni, vigilata in Francia dalla Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Numero Matricola Registre des organismes d'assurance: 5020051. // Indirizzo Rappresentanza Generale per l'Italia: Corso Como n. 17, 20154 Milano - CF, P.IVA e N.Iscr. Reg. Imprese 08875230016 - REA MI-2525395 - Telefono: 02/87103548 - Fax: 02-23331247 - PEC: axafrancevie@legalmail.it – sito internet: www.axapartners.it. Ammessa ad operare in Italia in regime di stabilimento. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, in appendice Elenco I, nr. I.00149.

Patrimonio netto di AXA France Vie: 8.459 milioni di euro di cui 488 milioni di euro relativi al capitale sociale e 7.971 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio (dati aggiornati al 31/12/2024).

Gli indici di solvibilità dell'impresa relativi all'ultimo bilancio approvato, sono pari a 148 % e 324 %, che rappresentano rispettivamente il rapporto tra fondi propri ammissibili e il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) e il rapporto tra fondi propri ammissibili e il requisito patrimoniale minimo (MCR).

I dati aggiornati anno per anno sono consultabili sul sito internet italiano della compagnia <https://www.axapartners.it/it/pagina/dati-societari> mentre la Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria è pubblicata sul sito francese della compagnia <https://www.axa.fr/configuration-securite/mentions-legales.html>.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Ramo vita

- Decesso (Opzioni di prodotto LIFE e FULL):** L'ammontare del Capitale Assicurato viene scelto in adesione dall'Aderente sino ad un massimo di € 2.000.000,00 per Assicurato.

Ramo danni

- Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia (Opzione di prodotto FULL):** L'ammontare del Capitale Assicurato coincide sempre con quello scelto per il Decesso.
- Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia (Opzione di prodotto FULL):** massimo 12 Indennità Mensili Assicurate per ogni sinistro e massimo 24 Indennità Mensili Assicurate nel corso della durata del contratto (inclusi i rinnovi), con un massimo di € 5.000,00 per prestazione mensile indennizzata per Assicurato.

In riferimento all'Opzione di Prodotto 2 "FULL", le garanzie Decesso ed Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia sono prestate "a primo evento". La Compagnia, cioè, paga il Capitale Assicurato una volta soltanto, in riferimento al primo dei due eventi che si verificano, con contestuale cessazione dell'intera assicurazione sullo specifico soggetto Assicurato in caso di avvenuto pagamento.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni e/o nel DIP Vita.



Ci sono limiti di copertura?

Ramo Vita

Esclusioni garanzia **Decesso** (in aggiunta a quelle indicate nel DIP Vita):

- Dolo e colpa grave dell'Assicurato, Aderente o Beneficiario, ex art. 1900 c.c.
- Partecipazione attiva dell'Assicurato a reati dolosi (compiuti o tentati)
- Effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo
- Guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, rivolte e insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari
- Atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva
- Conseguenze di atti di natura terroristica commessi con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale
- Rischi derivanti da viaggio aereo, nel caso in cui l'Assicurato viaggi a bordo di un velivolo non autorizzato al volo o con un pilota non in possesso di una regolare licenza.

Altre limitazioni garanzia **Decesso**:

- Gli importi di Capitale Assicurato scelti dall'Aderente per le coperture Decesso ed Invalidità Totale Permanente devono sempre coincidere.

Rami Danni

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

- Dolo e colpa grave dell'Assicurato, Aderente o Beneficiario, ex art. 1900 c.c.
- Partecipazione attiva dell'Assicurato a reati dolosi (compiuti o tentati)
- Effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo
- Guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, rivolte e insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari
- Atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva
- Conseguenze di atti di natura terroristica commessi con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale

Altre limitazioni garanzia **Invalidità Totale Permanente**:

- Gli importi di Capitale Assicurato scelti dall'Aderente per le coperture Decesso ed Invalidità Totale Permanente devono sempre coincidere.

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

- Dolo e colpa grave dell'Assicurato, Aderente o Beneficiario, ex art. 1900 c.c.
- Partecipazione attiva dell'Assicurato a reati dolosi (compiuti o tentati)
- Effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo
- Interruzioni di lavoro dovute a parto, gravidanza, aborto terapeutico e complicazioni derivanti da tali eventi
- Trattamenti medici non a scopo terapeutico, incluse le applicazioni di carattere estetico e le cure dimagranti, richieste per motivi psicologici o personali (salvo che si tratti di interventi di chirurgia plastica a seguito di un Infortunio occorso durante il periodo di validità della copertura)
- Inabilità derivante da nevrosi, stress, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, a meno che l'Assicurato sia stato ricoverato in un ospedale per almeno 15 giorni consecutivi o sia stato messo sotto tutela o custodia dalle autorità competenti
- Guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, rivolte e insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari
- Atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva
- Conseguenze di atti di natura terroristica commessi con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale

Altre limitazioni garanzia **Inabilità Totale Temporanea**:

- Periodo di Franchigia: 60 giorni (il primo Indennizzo, pari ad una Indennità Mensile Assicurata, è pertanto corrisposto decorsi almeno 60 giorni consecutivi di inabilità).
- Periodo di Riqualificazione che deve intercorrere tra due Sinistri ai fini della indennizzabilità anche del Sinistro successivo: 30 giorni se la causa del Sinistro successivo è diversa da quella del Sinistro precedente, o 90 giorni se la causa del Sinistro è la stessa del Sinistro precedente.

In nessun caso l'Impresa sarà tenuta a prestare coperture assicurative, a liquidare prestazioni assicurative, a pagare indennizzi o qualsiasi altro importo, qualora ciò possa esporre l'Impresa a qualunque divieto, sanzione economica o restrizione in forza di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America (esclusione applicabile sia al Ramo Vita che al Ramo Danni).



A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto assicurativo è dedicato alle società di persone (snc o sas) o persone giuridiche clienti o prospect di Banca Mediolanum S.p.A. (**Contraente**) che intendono proteggere la continuità aziendale, assicurando i propri "Key-Men" da eventi futuri ed incerti quali il Decesso, la Invalidità Totale Permanente e la Inabilità Totale Temporanea. Ciascun soggetto assicurato deve avere i sotto indicati requisiti:

- a) sia residente in Italia;
- b) rivesta all'interno dell'Impresa Aderente la carica di Legale Rappresentante, Amministratore, Amministratore Delegato, Socio, Dirigente, Titolare o altro soggetto che svolga un ruolo chiave all'interno dell'Impresa Aderente, comprovato da regolare contratto (cd. Key-Man);
- c) con riferimento all'Opzione di Prodotto 1 "LIFE": sia di età compresa tra i 18 ed i 66 anni compiuti e sia di età tale per cui, alla data di scadenza dell'assicurazione, non abbia compiuto i 75 anni di età;
- d) con riferimento all'Opzione di Prodotto 2 "FULL": sia di età compresa tra i 18 ed i 64 anni compiuti e sia di età tale per cui, alla scadenza dell'assicurazione, non abbia raggiunto l'età di pensionamento o comunque non abbia compiuto i 66 anni di età.



Quali costi devo sostenere?

I seguenti costi gravanti sul premio sono a tuo carico:

- costi di intermediazione (provvigioni riconosciute agli intermediari): la quota parte percepita in media dagli intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari al 31,4% calcolato sul premio imponibile
- costi amministrativi dell'Impresa: 10% del premio imponibile

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Puoi presentare i reclami all'Impresa Assicuratrice scrivendo ai seguenti recapiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posta cartacea (anche raccomandata a.r.): AXA France Vie c/o Kereis Italia S.A.S. Viale Lancetti 43 - 20158 Milano MI • Posta elettronica: reclami@kereisitalia.com • Posta elettronica certificata: kereisitalia@pec.actalis.it • Fax: 02.68826940 <p>I reclami devono essere riscontrati nel termine di 45 giorni dalla ricezione.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, puoi rivolgerti all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it - Info su: www.ivass.it</p> <p>In alternativa, se sei domiciliato in Italia può presentare il reclamo direttamente al sistema estero competente:</p> <p style="text-align: center;">La Médiation de l'Assurance TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09</p> <p>O tramite la procedura sul sito web: https://www.mediation-assurance.org, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET</p>

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

Arbitro Assicurativo OPPURE diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	<p>Presentando ricorso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile oppure - al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.
Mediazione	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98)</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none"> • Arbitro Irrituale per le controversie di natura medica, attivabile mediante conferimento di mandato di decidere ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti. • Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Tasse e imposte relative al presente contratto sono a carico dell'Impresa Aderente. I Premi versati in riferimento alla Garanzia Vita sono esenti da imposta sulle assicurazioni. I Premi versati in riferimento alle Garanzie Danni sono soggetti ad una imposta sulle assicurazioni pari al 2.5%. Gli indennizzi previsti dal contratto corrisposti all'Impresa Aderente sono assoggettati al regime fiscale vigente. I premi versati inerenti all'attività di impresa sono fiscalmente deducibili nei limiti della normativa vigente.
---	---

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

“Mediolanum Protezione Key People”

POLIZZA COLLETTIVA AXA FRANCE VIE n. 1-2025-00001

(codice schema MB 1-2-3-4)

Polizza collettiva con finalità di protezione della persona, di tipo *stand alone* e ad adesione facoltativa riservata a clienti o prospect (società di persone o persone giuridiche) della Contraente Banca Mediolanum S.p.A.

Per “stand-alone” si intende che la presente polizza non è funzionalmente collegata ad un prodotto bancario e/o finanziario, né è abbinata ad altri prodotti e/o servizi; per facoltativa si intende che la presente assicurazione non è né obbligatoria né richiesta per ottenere un prodotto bancario e/o finanziario o per ottenerlo a condizioni diverse

Contratti semplici e chiari



Documento redatto secondo le linee guida del tavolo tecnico Ania - Associazioni consumatori - Associazioni intermediari “Contratti semplici e chiari”

Data ultimo aggiornamento: 12/2025

PRESENTAZIONE

Gentile Cliente, il presente documento contiene le Condizioni di Assicurazione del prodotto assicurativo "Mediolanum Protezione Key People" della compagnia AXA FRANCE VIE S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia). "Mediolanum Protezione Key People" è un prodotto assicurativo multirischio: a seconda delle esigenze di protezione della tua azienda, puoi scegliere di acquistare una tra due specifiche Opzioni di prodotto, che comprendono le seguenti garanzie: morte, oppure morte / invalidità totale permanente / inabilità totale temporanea, che proteggono i soggetti c.d. "Key Man" all'interno dell'azienda stessa.

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

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

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

Se decidi di sottoscrivere il contratto, AXA France VIE sarà a tua completa disposizione per ogni richiesta relativa alla tua polizza, contattabile ai seguenti recapiti:

CONTATTI UTILI

PER INFORMAZIONI SULLA TUA POLIZZA E SUI SINISTRI



NUMERO TELEFONICO: 02 – 6882691

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

PER DENUNCIARE UN SINISTRO

Posta cartacea (anche raccomandata a.r.)

Kereis Italia S.A.S.

Ufficio sinistri Protection

Viale Vincenzo Lancetti, 43 - 20158 Milano

mediolanumkeypeople_sinistri@kereisitalia.com

Fax

02.68826940

PER INOLTRARE UN RECLAMO

Posta cartacea (anche raccomandata a.r.)

Kereis Italia S.A.S.

Ufficio Reclami

Viale Vincenzo Lancetti, 43 - 20158 Milano

Posta elettronica (e-mail)

reclami@kereisitalia.com

Fax

02.68826940

INDICE

Articolo	ARGOMENTO	Pagina
	GLOSSARIO	4
	SEZIONE I	
	NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	
1.	Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	6
2.	Prescrizione dei diritti	6
3.	Quando e come pagare il Premio	6
4.	Quando comincia la copertura assicurativa / Periodi di Carenza	7
5.	Quanto dura la copertura assicurativa e quando finisce	7
6.	Come recedere dal contratto (diritto di ripensamento)	8
7.	Dove vale la copertura	8
8.	Quali tasse ed imposte sono previste dal contratto	8
9.	Assicurazioni presso diversi assicuratori	9
10.	Come si comunica con la Compagnia in corso di contratto	9
11.	Quale legge si applica al contratto	9
12.	Qual è il foro competente e quali sono i sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	9
13.	Rinvio alle norme di legge	9
	SEZIONE II	
	NORME CHE REGOLANO LE GARANZIE	
	CAPITOLO 1 – NORME APPLICABILI A TUTTE LE GARANZIE	
14.	Cosa è assicurato: garanzie prestate ed Opzioni di prodotto	10
15.	Chi è assicurabile	10
16.	Chi non è assicurabile	11
17.	Modalità assuntive del rischio	11
18.	Beneficiario	11
19.	Clausola sanzione	12
	CAPITOLO 2 – GARANZIA DECESSO	
20.	Cosa è assicurato	12
21.	Qual è la Prestazione	12
22.	Esclusioni	12
	CAPITOLO 3 – GARANZIA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA	
23.	Cosa è assicurato	13
24.	Cosa è indennizzato	13
25.	Esclusioni	13
	CAPITOLO 4 – INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA	
26.	Cosa è assicurato	14
27.	Cosa è indennizzato / Periodo di Franchigia	14
28.	Massimali	15
29.	Periodo di Riqualificazione	15
30.	Esclusioni	15

SEZIONE III NORME CHE REGOLANO I SINISTRI		
31.	Modalità di denuncia dei Sinistri	16
32.	Documentazione da allegare alla denuncia di Sinistro	16
33.	Individuazione della data del Sinistro	17
34.	Termine per i pagamenti della Compagnia	17
35.	Ricorso all'arbitrato per le controversie di natura medica	17
	ALLEGATO 1 “Appendice Normativa”	18

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

GLOSSARIO

Aderente	Soggetto società di persone (snc o sas) oppure persona giuridica con sede legale in Italia, cliente o prospect della Contraente Banca Mediolanum S.p.A. che aderisce alla Polizza Collettiva su base individuale e facoltativa sottoscrivendo la Richiesta di Adesione in qualità di "Impresa Aderente", e che è obbligato al pagamento del Premio alla Compagnia.
Assicurato	La persona fisica, in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità, in riferimento alla quale rileva il verificarsi degli eventi oggetto dell'assicurazione. Nel presente contratto di assicurazione, coincide con la persona fisica che ricopre all'interno dell'Impresa Aderente uno dei seguenti ruoli: Legale Rappresentante, Amministratore, Amministratore Delegato, Socio, Dirigente, Titolare o altro soggetto che svolga un ruolo chiave all'interno dell'impresa Aderente, comprovato da regolare contratto (cd. Key-Man).
Beneficiario	Soggetto che ha diritto alle prestazioni previste dal presente contratto laddove si verifichino gli eventi di rischio coperti dalle singole garanzie. Nel presente contratto, per Beneficiario si intende sempre l'Impresa Aderente.
Broker / Intermediario	Kereis Italia S.A.S., il quale opera in forza di contratto di collaborazione orizzontale sottoscritto con la Contraente.
Capitale Assicurato	L'importo della Prestazione / Indennizzo che la Compagnia si impegna a pagare al verificarsi degli eventi Decesso ed Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, indicato dall'Aderente per ciascun Key-Man in fase di adesione al contratto ed esplicitato nella Richiesta di Adesione.
Compagnia	Società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa. Nel presente contratto, la Rappresentanza Generale per l'Italia dell'impresa di assicurazione AXA FRANCE VIE S.A., che presta le garanzie previste dal presente contratto di assicurazione.
Contraente	Banca Mediolanum S.p.A. - Via Ennio Doris - Palazzo Meucci 20079, Basiglio Milano 3.
Decesso	La morte dell'Assicurato.
DIP Danni	Documento informativo precontrattuale relativo ai prodotti assicurativi di ramo danni.
DIP Aggiuntivo Multirischi	Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi multirischi (che prevedono cioè garanzie sia di ramo danni sia di ramo vita).
DIP Vita	Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi.
Garanzia Danni	Copertura assicurativa classificata nei rami danni di cui all'Art. 2 comma 3 del D.Lgs. n. 209/2005 (Codice Assicurazioni Private). Nel presente contratto: le garanzie Invalidità Totale Permanente ed Inabilità Totale Temporanea.
Garanzia Vita	Assicurazione di ramo vita per il caso di Decesso dell'Assicurato.
Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia	La perdita totale, in via temporanea e medicalmente accertata e documentata, della capacità dell'Assicurato di svolgere la propria attività lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia.
Indennità Mensile Assicurata	L'importo mensile di Indennizzo, indicato nella Richiesta Adesione, che la Compagnia liquida all'Impresa Aderente, in caso di Sinistro per Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia del Key-Man.
Indennizzo / Prestazione	La somma dovuta dalla Compagnia in caso di Sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constabili. Sono considerati Infortunio anche: <ol style="list-style-type: none">l'asfissia non di origine morbosa;gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;l'annegamento;l'assideramento o il congelamento;

	<p>e) i colpi di sole o di calore;</p> <p>f) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti e le ernie.</p>
Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia	La perdita totale, definitiva ed irrimediabile da parte dell'Assicurato della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività lavorativa svolta, conseguenza di Infortunio o Malattia purché indipendenti dalla propria volontà e oggettivamente accertabili. L'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia sarà riconosciuta ai fini dell'assicurazione quando il grado percentuale di invalidità permanente dell'Assicurato sia pari o superiore al 60% (se da Infortunio, secondo quanto previsto dalla tabella INAIL del D.P.R. 30.6.1965 n° 1124, denominata "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente - INDUSTRIA" - Allegato 1), e così come accertato dall'Ente ufficiale preposto all'accertamento dell'invalidità (INAIL, INPS, altro ente preposto, etc.).
IVASS	Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo. Per ulteriori informazioni www.ivass.it .
Malattia	L'alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
Richiesta di Adesione	Documento predisposto dalla Compagnia che prova l'assicurazione, sottoscritto dall'Aderente.
Opzione di prodotto	Uno dei pacchetti di garanzie assicurative attivabili in sede di adesione al contratto tra le seguenti: Opzione Life / Opzione Full.
Pensionamento	Il passaggio del lavoratore dal servizio attivo alla condizione di pensionato. Tale situazione autorizza o impone la cessazione dell'attività di un lavoratore e la sua messa in pensione.
Periodo di Carenza	Il periodo di tempo immediatamente successivo alle ore 24 della data di decorrenza dell'assicurazione durante il quale l'assicurazione non è operante. Se il Sinistro si verifica in tale periodo, la Compagnia non è tenuta al pagamento di alcuna Prestazione o Indennizzo.
Periodo di Franchigia	Condizione contrattuale che limita, sul piano quantitativo, una garanzia prestata dalla Compagnia, prevedendo un periodo temporale minimo di protrarsi di un Sinistro per avere diritto al primo Indennizzo.
Periodo di Riqualificazione	Condizione contrattuale che limita la possibilità di denunciare più Sinistri consecutivamente, prevedendo un periodo temporale minimo che deve intercorrere tra un Sinistro e quello successivo per avere diritto anche alla liquidazione di quest'ultimo.
Premio	La somma di denaro, comprensiva di eventuali imposte, dovuta dall'Impresa Aderente alla Compagnia quale corrispettivo per le garanzie assicurative prestate.
Prescrizione	Estinzione del diritto al percepimento dell'Indennizzo / Prestazione, se non è fatto valere entro i termini di legge.
Questionario Anamnestico	Questionario costituito da domande a risposta SI/NO e da domande aperte concernenti lo stato di salute dell'Assicurato, che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione, e le cui risposte sono rese in prima persona dall'Assicurato. La compilazione del Questionario Anamnestico è richiesta nelle specifiche ipotesi previste dalle Condizioni di Assicurazione.
Questionario Medico	Questionario costituito da domande a risposta SI/NO sullo stato di salute dell'Assicurato che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione, e le cui risposte sono rese in prima persona dall'Assicurato.
Rapporto di Visita Medica	Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato, che deve essere compilato dal medico dell'Assicurato, atto alla valutazione di assumibilità del rischio da parte della Compagnia.
Set Informativo	L'insieme dei documenti che sono predisposti, consegnati unitariamente all'Aderente/Assicurato, prima della sottoscrizione del contratto, e pubblicati nel sito internet della Compagnia, composto da:
	<ol style="list-style-type: none"> 1. DIP Vita 2. DIP Danni 3. DIP Aggiuntivo Multirischi 4. Condizioni di Assicurazione, comprensive di Glossario
Sinistro	Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

SEZIONE 1

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 2 - Prescrizione dei diritti

1. **I diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione si prescrivono:**
 - a) **in dieci anni in riferimento alla Garanzia Vita (Decesso);**
 - b) **in due anni in riferimento alle Garanzie Danni (Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia).**
2. I termini di prescrizione decorrono dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda ex art. 2952 c.c. Qualora, entro detti termini, la Compagnia non dovesse ricevere alcuna richiesta dai soggetti legittimati, i diritti derivanti dal presente contratto di assicurazione non possono più essere esercitati.

Art. 3 - Quando e come pagare il Premio

1. La Contraente è tenuta a versare per conto dell'Aderente il Premio entro 30 giorni dalla data di conferma dell'esito positivo degli accertamenti sanitari in capo all'Assicurato.
2. L'Aderente è tenuto a corrispondere un Premio ad ogni ricorrenza annuale, salvo l'esercizio del diritto di disdetta dell'assicurazione (cfr. art. 5, comma 2).
3. L'ammontare del premio dipende dall'importo del Capitale Assicurato e dall'Opzione di Prodotto scelti dall'Aderente. Il pagamento del Premio all'adesione avviene:
 - a. con addebito diretto SEPA (Sepa Direct Debit) sul conto corrente dell'Aderente intrattenuto presso la Contraente, oppure
 - b. tramite bonifico bancario in favore della Compagnia per il tramite del Broker - se pagamento proveniente da conto corrente intestato all'Aderente presso altro istituto bancario.
4. Al termine dell'annualità assicurativa, fatto salvo l'esercizio del diritto alla disdetta dell'assicurazione di cui all'art. 5, comma 2, l'Aderente sarà tenuto a corrispondere un Premio di rinnovo secondo le seguenti modalità:
 - a. se il versamento iniziale, di cui al precedente comma 3 lett a), sia avvenuto tramite **addebito diretto sul conto corrente dell'Aderente intrattenuto presso la Contraente**: il pagamento del Premio di rinnovo sarà effettuato mediante addebito diretto sul conto corrente sopra indicato, oppure
 - b. se il versamento iniziale, di cui al precedente comma 3 lett b), sia avvenuto tramite **bonifico da altra Banca, diversa dalla Contraente**: il pagamento del Premio di rinnovo avverrà primariamente tramite bonifico da altra Banca, laddove non fosse stata attivata una disposizione diretta di addebito SDD (Sepa Direct Debit) oppure sia intervenuta una modifica del Premio. Viceversa, avverrà tramite attivazione di una disposizione diretta di addebito SDD (Sepa Direct Debit) sul conto corrente intestato all'Aderente presso altra Banca.

5. La Compagnia, in seguito alle formalità medico assuntive di cui all'articolo 17, si riserva altresì di proporre all'Aderente di assumere in copertura il singolo l'Assicurato applicando un sovrappremio.
6. Per ciascun Assicurato la Compagnia applica al Premio un costo amministrativo una tantum pari a € 150,00 (centocinquantaeuro).
7. Se, alla data di scadenza (intesa come completamento dei 12 mesi di durata delle coperture, decorrenti o dalla data di inclusione o da quella di eventuale rinnovo), l'Aderente (che non ha esercitato la facoltà di disdetta nei 30 giorni antecedenti la data di scadenza) non paga il Premio dell'annualità successiva, la copertura assicurativa resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo alla data di scadenza e si riattiva con effetto retroattivo ai soli fini delle modalità assuntive dalle ore 24 del giorno del pagamento, e così per le annualità successive, ferme le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei Premi scaduti. In questa fattispecie, qualora il periodo di sospensione della copertura superasse i 180 giorni, il contratto si considererà risolto di diritto ai sensi e per gli effetti dell'art. 1456 c.c. e sarà necessario, ove permanesse l'interesse all'assicurazione, rinnovare tutte le formalità assuntive, ivi incluse quelle di selezione medica; in tal caso, (i) l'Assicurato dovrà nuovamente produrre la documentazione sanitaria richiesta e (ii) la Compagnia si riserva nuovamente il diritto di decidere circa l'accettazione o il rifiuto della copertura assicurativa o di richiedere eventuale ulteriore documentazione sanitaria.

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

1. **Fermo il Periodo di Carenza laddove previsto per le singole coperture**, l'assicurazione decorre (i) dalla data di inclusione che coincide con il primo giorno del mese successivo all'espletamento positivo degli accertamenti sanitari da parte della Compagnia, **a condizione che l'Assicurato sia in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità e che la Contraente, per conto dell'Aderente, abbia pagato il Premio entro il termine indicato al precedente art. 3, comma 1** (ii), in caso di mancato pagamento del Premio entro tale termine, **la copertura assicurativa resta sospesa e si attiva dalle ore 24:00 della data di pagamento del Premio**.
I Sinistri intervenuti durante il periodo di sospensione per mancato pagamento del Premio e i Sinistri intervenuti nel periodo intercorrente tra la sottoscrizione della richiesta di adesione e la data di inclusione non verranno presi in carico dalla Compagnia.
2. **Alla copertura Inabilità Totale Temporanea da Malattia si applica un Periodo di Carenza pari a 120 giorni.**

? **Esempio di data di decorrenza della copertura a fronte di accertamenti sanitari positivi – In base alle modalità assuntive del rischio l'assicurato, al momento della compilazione della richiesta di adesione (che avviene in data 10/05/2025), deve compilare un questionario anamnestico o un rapporto di visita medica. La documentazione medica viene analizzata dalla compagnia, che fornisce parere positivo alla copertura. L'assicurazione decorre quindi a partire dal 01/06/2025.**

? **Esempio di applicazione del Periodo di Carenza (copertura Inabilità Totale Temporanea da Malattia) – Se la data di decorrenza dell'assicurazione è il 01/09/2025 e il Sinistro per Inabilità Totale Temporanea da Malattia si verifica il 25/10/2025, il Sinistro non è in copertura in quanto verificatosi durante il periodo di 120 giorni di carenza.**

Art. 5 - Quanto dura la copertura assicurativa e quando finisce

1. Per ciascuna adesione, l'assicurazione ha una durata fissa annuale.
2. Alla scadenza, l'assicurazione si rinnova automaticamente per successivi periodi di un anno salvo si verifichi uno dei seguenti eventi:
 - (i) l'Aderente comunichi disdetta entro 30 (trenta) giorni dalla scadenza. La disdetta da parte dell'Aderente deve essere indirizzata alla Compagnia, per il tramite del Broker, attraverso le seguenti modalità alternative: tramite lettera raccomandata A/R da inviarsi a: *Kereis Italia S.A.S. – Viale Vincenzo Lancetti, 43 – 20158, Milano* oppure via posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo: *Kereisitalia@pec.actalis.it*
 - (ii) l'Assicurato raggiunga i limiti di età previsti o il pensionamento.

3. Per tutti gli Assicurati, le coperture assicurative si estinguono alle ore 24.00 del giorno in cui si verifica uno dei seguenti eventi:
 - a. Decesso dell'Assicurato (indipendentemente dalla liquidazione o meno della Prestazione);
 - b. liquidazione della prestazione per il caso di Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia;
 - c. perdita da parte dell'Aderente e/o dell'Assicurato della residenza in Italia;
 - d. scadenza della ricorrenza annuale, in caso di disdetta da parte dell'Aderente;
 - e. compimento da parte dell'Assicurato dei 75 anni di età (in caso di scelta dell'Opzione di Prodotto 1 "LIFE");
 - f. pensionamento o compimento da parte dell'Assicurato dei 66 anni (in caso di scelta dell'Opzione di Prodotto 2 "FULL");
 - g. invio della comunicazione di recesso da parte dell'Aderente;
 - h. cessazione di attività dell'Aderente: in tal caso, lo stesso dovrà darne immediata comunicazione alla Compagnia (anche per il tramite del Contraente). La copertura assicurativa cessa alle ore 24:00 della data di cessazione dell'attività dell'Aderente e allo stesso verrà rimborsata la parte di premio pagata e non goduta, al netto del costo amministrativo una tantum e delle eventuali imposte. Nessun altro Premio annuale sarà richiesto all'Aderente;
 - i. cessazione del rapporto di lavoro tra l'Assicurato e l'Aderente o perdita della qualifica di Key Man: in tal caso, l'Aderente dovrà darne immediata comunicazione alla Compagnia (anche per il tramite del Contraente). La copertura assicurativa cessa alle ore 24:00 della data di cessazione del rapporto di lavoro tra l'Assicurato e l'Aderente e all'Aderente stesso verrà rimborsata la parte di premio pagata e non goduta, al netto del costo amministrativo una tantum e delle eventuali imposte. Nessun altro Premio annuale sarà richiesto all'Aderente.
- In presenza di più Assicurati, in caso di perdita della qualifica di Key man da parte di uno di essi, la copertura resterà in vigore per i restanti Assicurati e il premio annuale totale dovuto dall'Aderente per le successive annualità sarà riparametrato.

Art. 6 – Come revocare la Richiesta di Adesione / come recedere dal contratto (diritto di ripensamento)

1. L'Aderente ha il diritto di revocare la Richiesta di Adesione finché il contratto non sia concluso dandone comunicazione scritta alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente.
2. L'Aderente può recedere dal contratto **entro il termine di 30 giorni dalla data di inclusione dello stesso (c.d. diritto di ripensamento)**. In tal caso, l'assicurazione si intende come mai entrata in vigore e la Compagnia rimborserà all'Aderente, per il tramite del Broker, l'intero importo di Premio annuale anticipato già corrisposto (al netto del costo amministrativo una tantum, delle imposte e delle spese sostenute per la documentazione e gli esami medici necessari per l'attivazione della copertura eventualmente già rimborsate).
3. L'Aderente è tenuto ad esercitare il diritto di recesso, di cui al precedente comma 2°, mediante invio alla Compagnia, per il tramite del Broker, di una lettera raccomandata A.R. al seguente indirizzo: *Kereis Italia S.A.S. – Vale Lancetti, 43 – 20158 Milano* oppure via posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo: *Kereisitalia@pec.actalis.it*. La Contraente (per il tramite del Broker) comunica a sua volta alla Compagnia i dati e le informazioni relative ai soggetti che hanno esercitato il diritto di recesso, in conformità agli accordi in essere tra le parti.
4. Il recesso ha sempre effetto per tutte le garanzie come presenti all'interno dell'Opzione di Prodotto attivata. Non è prevista la possibilità di recedere soltanto da una o più garanzie.

Art. 7 - Dove vale la copertura

1. L'assicurazione è operante senza limiti territoriali.

Art. 8 - Quali tasse ed imposte sono previste dal contratto

1. Tasse e imposte relative al presente contratto sono a carico dell'Impresa Aderente.
2. I Premi versati in riferimento alla Garanzia Vita sono esenti da imposta sulle assicurazioni.

3. I Premi versati in riferimento alle Garanzie Danni sono soggetti ad una imposta sulle assicurazioni pari al 2.5%.
4. Gli indennizzi previsti dal contratto corrisposti all'Impresa Aderente sono assoggettati al regime fiscale vigente. I premi versati inerenti all'attività di impresa sono fiscalmente deducibili nei limiti della normativa vigente.

Art. 9 - Assicurazioni presso diversi assicuratori

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

Art. 10 - Come si comunica con la Compagnia in corso di contratto

1. Salvo ove diversamente indicato nel presente contratto, tutte le comunicazioni destinate alla Compagnia, con riferimento al presente contratto di assicurazione, dovranno essere indirizzate in forma scritta al Broker, utilizzando una delle seguenti modalità:

Modalità di contatto	Recapito
Posta cartacea – Raccomandata A/R	Kereis Italia S.A.S. Viale Vincenzo Lancetti, 43 – 20158, Milano
Posta elettronica	mediolandumkeypeople_sinistri@kereisitalia.com
Posta elettronica certificata	Kereisitalia@pec.actalis.it

2. Le comunicazioni da parte della Compagnia all'Aderente saranno effettuate via posta cartacea oppure, con il consenso del medesimo, via posta elettronica (ai recapiti indicati sulla Richiesta di Adesione, o come successivamente aggiornati dall'Aderente).

Art. 11 - Quale legge si applica al contratto

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

Art. 12 - Qual è il foro competente e quali sono i sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

1. È possibile rivolgersi all'Autorità Giudiziaria per ogni controversia relativa al presente contratto.
2. Tutte le controversie relative al presente contratto devono essere preliminarmente sottoposte all'obbligatorio tentativo di mediazione con l'assistenza necessaria di un avvocato. La richiesta di mediazione deve essere presentata a uno degli organismi da scegliere tra quelli elencati nell'apposito registro tenuto presso il Ministero della giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n.98) al fine di raggiungere un accordo tra le parti, secondo gli obblighi previsti dal Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 e successive modifiche. La richiesta può essere presentata all'Organismo di Mediazione istituito presso la Camera di Commercio, Industria e Artigianato del luogo di residenza o di domicilio dei soggetti che intendano far valere diritti derivanti dal contratto. Il tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità della causa civile.
3. Se il tentativo di mediazione non ha successo, il foro competente esclusivo per le controversie relative al presente contratto è quello del luogo di residenza o della sede legale dell'Aderente dei soggetti che intendano far valere diritti derivanti dal contratto.

Art. 13 - Rinvio alle norme di legge

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

SEZIONE 2

NORME CHE REGOLANO LE GARANZIE

CAPITOLO I – NORME APPLICABILI A TUTTE LE GARANZIE

Art. 14 - Cosa è assicurato: garanzie prestate ed Opzioni di prodotto

1. L'assicurazione è operante per i sottoindicati eventi; le coperture assicurative potranno essere attivate, da ciascun Aderente, secondo le combinazioni sottoindicate:

Opzione di prodotto		Garanzie prestate
1	LIFE	<ul style="list-style-type: none">• Decesso
2	FULL	<ul style="list-style-type: none">• Decesso• Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia• Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia

2. Le garanzie assicurative disciplinate nella presente Sezione 2 sono prestate – in favore di ciascun Assicurato – in modo congiunto ed inscindibile tra di loro, come parte di un unico pacchetto assicurativo. Sono pertanto attive solo le garanzie come presenti all'interno dell'Opzione di prodotto scelta al momento della adesione al contratto. **Non è inoltre possibile attivare solo una od alcune delle garanzie previste e non è ammesso il cambio di Opzione di prodotto in corso di contratto.**
3. In riferimento all'Opzione di Prodotto 2 "FULL", le garanzie Decesso ed Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia sono prestate "a primo evento". La Compagnia, cioè, paga il Capitale Assicurato una volta soltanto, in riferimento al primo dei due eventi che si verificano, con contestuale cessazione dell'intera assicurazione sullo specifico soggetto Assicurato in caso di avvenuto pagamento.
4. L'assicurazione, a condizione che sia pagato alla Compagnia il Premio dovuto, opera esclusivamente nei confronti dell'Assicurato identificato nella Richiesta Adesione, che sia in possesso di tutti i requisiti di assicurabilità di cui al successivo Art. 15. Non è possibile cambiare il soggetto Assicurato nel corso della durata dell'assicurazione.
5. In caso di più soggetti Assicurati, l'Opzione di Prodotto scelta dall'Aderente deve necessariamente coincidere per ognuno.
6. Si specifica che, in caso di adesione all'Opzione di Prodotto 2 "FULL", qualora l'Assicurato superi i limiti di età previsti per la relativa combinazione di coperture (come indicati all'art. 15), l'Impresa Aderente può decidere se far comunque proseguire la copertura Decesso per i Key Man che non abbiano ancora compiuto i 75 (settantacinque) anni di età.
7. In caso di Sinistro, la Compagnia si obbliga a corrispondere le Prestazioni/Indennizzi, alle condizioni ed entro i limiti e massimali previsti per ciascuna copertura, come indicato nei rispettivi capitoli della presente Sezione 2, ed in ogni caso secondo quanto previsto nelle presenti Condizioni di Assicurazione.

Art. 15 - Chi è assicurabile

1. È assicurabile ciascuna persona fisica che abbia tutti i seguenti requisiti di assicurabilità:
 - a) sia residente in Italia;
 - b) rivesta all'interno dell'Impresa Aderente la carica di Legale Rappresentante, Amministratore, Amministratore Delegato, Socio, Dirigente, Titolare o altro soggetto che svolga un ruolo chiave all'interno dell'Impresa Aderente, comprovato da regolare contratto (cd. Key-Man);
 - c) con riferimento all'Opzione di Prodotto 1 "LIFE": sia di età compresa tra i 18 ed i 66 anni compiuti (ossia 67 anni non compiuti) e sia di età tale per cui, alla data di scadenza dell'assicurazione, non abbia compiuto i 75 anni di età;

- d) con riferimento all'Opzione di Prodotto 2 "FULL": sia di età compresa tra i 18 ed i 64 anni compiuti (ossia 65 anni non compiuti) e sia di età tale per cui, alla scadenza dell'assicurazione, non abbia raggiunto l'età di pensionamento o comunque non abbia compiuto i 66 anni di età.

Art. 16 - Chi non è assicurabile

1. Non sono assicurabili i soggetti privi dei requisiti di assicurabilità di cui al precedente articolo.

Art. 17 - Modalità assuntive del rischio

1. Ai fini dell'assunzione del rischio, la Compagnia richiede a ciascun Assicurato di compilare, anche ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1892 e 1893 del codice civile, uno specifico Questionario Medico, oppure di fornire un Questionario Anamnestico o un Rapporto di Visita Medica (con eventuali ulteriori esami), secondo i criteri assuntivi sottoindicati:

Capitale Assicurato Iniziale (per singolo Assicurato)	Formalità di Ammissione
Fino ad € 200.000,00	Questionario Medico*
Da € 200.0001,00 a € 400.000,00	Questionario Anamnestico
Da € 400.001,00 a € 750.000,00	Rapporto di Visita Medica (firmato da medico) + esami specifici(**) + PSA se over 50 anni
Da € 750.001,00 a € 2.000.000	Rapporto di Visita Medica (firmato da medico) + Esami Specifici(**) + PSA se over 50 anni + Ecocardiografia con referto e immagini

* Nel caso di un singolo o più "SI" indicati dall'assicurando nel Questionario Medico, lo stesso sarà tenuto a compilare il Questionario Anamnestico per procedere con la valutazione di messa in copertura.

**Esami specifici: analisi del sangue: Esame emocromocitometrico e piastrine, Proteina C, Glicemia a digiuno, creatinina, Uricemia, Colesterolo totale con HDL (Lipoproteine ad alta densità) e LDL (Lipoproteine a bassa densità), Trigliceridi, Transaminasi ASAT / ALAT, GGT (Gamma GT), Sierologia HIV (anticorpi HIV-1 e HIV-2), Sierologia epatite B (antigene HBs - anticorpi anti-HBs - anticorpi anti-HBc), Sierologia epatite C (anticorpi anti-VHC). Analisi delle urine complete. ECV: Esame cardiovascolare con relativo referto, compreso un ECG a riposo (con relativo tracciato e referto).

2. Anche nei casi non previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica, per certificare il proprio stato di salute. All'Assicurato saranno rimborsate le spese sostenute per la documentazione e gli esami medici necessari per l'attivazione della copertura, con importo massimo rimborsabile pari a € 400,00 (quattrocento). Tale rimborso avverrà altresì qualora la Compagnia decida di non procedere con l'assunzione del rischio sul singolo Assicurato.
3. La Compagnia si riserva il diritto di prestare o meno l'assicurazione previo esame della documentazione sanitaria prodotta. Per informazioni, l'assicurando è tenuto a contattare la Compagnia scrivendo all'indirizzo: mediolanumkeypeople@Kereisitalia.com.
4. Qualora la selezione medica non devesse essere pienamente conforme alle sopra indicate modalità assuntive, la Compagnia potrà eventualmente proporre all'Aderente l'applicazione un sovrappremio che riflette il maggior rischio da assumere per singolo Assicurato.
In tal caso, all'Aderente verrà pertanto richiesto se procedere o meno con l'applicazione del sovrappremio. In entrambi i casi verranno comunque rimborsate le spese sostenute per la documentazione e gli esami medici, con importo massimo rimborsabile pari a € 400,00 (quattrocento).

Art. 18 - Beneficiario

1. Ai fini del presente contratto, il Beneficiario di ogni Prestazione / Indennizzo previsti per ciascuna garanzia operante sull'Assicurato è sempre l'Aderente.

Art. 19 - Clausola sanzione

1. In nessun caso la Compagnia sarà tenuta a prestare coperture assicurative, a liquidare prestazioni assicurative, a pagare indennizzi o qualsiasi altro importo, qualora ciò possa esporre la Compagnia a qualunque divieto, sanzione economica o restrizione in forza di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

CAPITOLO II – GARANZIA DECESSO

(garanzia attiva in entrambe le Opzioni di Prodotto)

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

Art. 20 - Cosa è assicurato

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

Art. 21 - Qual è la Prestazione

1. In caso di Sinistro per Decesso, la Compagnia paga all'Aderente il Capitale Assicurato.
2. L'ammontare del Capitale Assicurato viene scelto dall'Aderente al momento della sottoscrizione del contratto, con un importo massimo di € 2.000.000,00 (duemilioni).
3. L'importo di Capitale Assicurato per la copertura Decesso è sempre coincidente con quello per la copertura Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia.
4. L'importo del Capitale Assicurato è indicato nella Richiesta di Adesione.
5. In caso di Sinistro per Decesso che, in conseguenza di un unico evento accidentale, colpisca più Assicurati, l'assicurazione opera secondo i massimali di seguito indicati:
 - nel caso in cui gli Assicurati colpiti dall'evento siano tutti riferibili alla stessa Impresa Aderente, la Compagnia corrisponderà fino ad un importo complessivo massimo pari a € 5.000.000,00 (cinquemilioni), con un massimo di 5 (cinque) eventi per ciascuna annualità di contratto;
 - nel caso in cui l'evento dovesse colpire più Assicurati impiegati presso diverse Imprese Aderenti, la Compagnia corrisponderà fino ad un importo massimo totale di € 10.000.000,00 (diecimilioni). Se le Somme assicurate complessivamente dovute eccedessero tali massimali, la Compagnia procederà alla loro riduzione proporzionale. Detto importo verrà suddiviso in relazione al numero degli Assicurati colpiti dal Sinistro e al rispettivo Capitale Assicurato.

Art. 22 - Esclusioni

1. L'assicurazione non opera nei seguenti casi:
 - a) **Suicidio dell'Assicurato nei primi 12 mesi di decorrenza dell'assicurazione**
 - b) **Atti di autolesionismo dell'Assicurato**
 - c) **Pratica da parte dell'Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente (gare, test e allenamenti compresi) e, in ogni caso, dei seguenti sport estremi o attività sportive (gare, test e allenamenti compresi) esposte a particolari rischi: sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, sport aerei in genere, paracadutismo, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, parapendio, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo con difficoltà superiori al terzo grado della scala di Monaco, arrampicata su roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, sci acrobatico, sci nautico, kite-surfing**
 - d) **Dolo e colpa grave dell'Assicurato, Aderente o Beneficiario, ex art. 1900 c.c.**
 - e) **Partecipazione attiva dell'Assicurato a reati dolosi (compiuti o tentati)**

- f) Effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo
- g) Guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, rivolte e insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari
- h) Atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva
- i) Conseguenze di atti di natura terroristica commessi con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale
- j) Rischi derivanti da viaggio aereo, nel caso in cui l'Assicurato viaggi a bordo di un velivolo non autorizzato al volo o con un pilota non in possesso di una regolare licenza.

CAPITOLO III – GARANZIA INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA

(garanzia attiva solo nell'Opzione di Prodotto FULL)

Garanzia Danni	AXA FRANCE VIE S.A. <i>(Rappresentanza Generale per l'Italia)</i>
-----------------------	---

Art. 23 - Cosa è assicurato

1. Il rischio assicurato è la Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia dell'Assicurato, intesa come perdita totale, definitiva ed irrimediabile da parte dell'Assicurato della capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività lavorativa svolta, conseguenza di Infortunio o Malattia purché indipendenti dalla propria volontà ed oggettivamente accertabili.
2. L'Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia è indennizzabile qualora il grado percentuale di invalidità permanente dell'Assicurato sia pari o superiore al 60% (in caso di Infortunio, secondo quanto previsto dall'Allegato 1 "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente – INDUSTRIA" del D.P.R. 30.6.1965 n° 1124 e successive modificazioni), e così come accertato dall'Ente ufficiale preposto all'accertamento dell'invalidità (INAIL, INPS, o altro ente preposto).

Art. 24 - Cosa è indennizzato

1. In caso di Sinistro per Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia, la Compagnia indennizza all'Impresa Aderente il Capitale Assicurato.
2. L'ammontare del Capitale Assicurato viene scelto dall'Aderente al momento della sottoscrizione del contratto, con un importo massimo di € 2.000.000,00 (due milioni).
3. L'importo di Capitale Assicurato per la copertura Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia è sempre coincidente con quello per la copertura Decesso.
4. L'importo del Capitale Assicurato è indicato nella Richiesta di Adesione.
5. In caso di Sinistro per Invalidità Totale Permanente da Infortunio o Malattia che, in conseguenza di un unico evento accidentale, colpisca più Assicurati, l'assicurazione opera secondo i massimali di seguito indicati:
 - nel caso in cui gli Assicurati colpiti dall'evento siano tutti riferibili alla stessa Impresa Aderente, la Compagnia corrisponderà fino ad un importo complessivo massimo pari a € 5.000.000,00 (cinquemilioni), con un massimo di 5 (cinque) eventi per ciascuna annualità di contratto.
 - nel caso in cui l'evento dovesse colpire più Assicurati impiegati presso diverse Imprese Aderenti, la Compagnia corrisponderà fino ad un importo massimo totale di € 10.000.000,00 (diecimilioni). Se le Somme assicurate complessivamente dovute eccedessero tali massimali, la Compagnia procederà alla loro riduzione proporzionale. Detto importo verrà suddiviso in relazione al numero degli Assicurati colpiti dal Sinistro e alla rispettiva Somma assicurata.

Art. 25 - Esclusioni

1. L'assicurazione non opera nei seguenti casi:
 - a) Atti di autolesionismo dell'Assicurato, incluso il tentato suicidio
 - b) Pratica da parte dell'Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente o a livello agonistico (gare, test e allenamenti compresi) e, in ogni caso, dei seguenti sport estremi o attività

- sportive (gare, test e allenamenti compresi) esposte a particolari rischi: sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, sport aerei in genere, paracadutismo, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, parapendio, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo con difficoltà superiori al terzo grado della scala di Monaco, arrampicata su roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, sci acrobatico, sci nautico, kite-surfing
- c) **Abuso di alcool, farmaci o sostanze stupefacenti**
 - d) **Dolo e colpa grave dell'Assicurato, Aderente o Beneficiario, ex art. 1900 c.c.**
 - e) **Partecipazione attiva dell'Assicurato a reati dolosi (compiuti o tentati)**
 - f) **Effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo**
 - g) **Guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, rivolte e insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari**
 - h) **Atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva**
 - i) **Conseguenze di atti di natura terroristica commessi con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.**

CAPITOLO IV – GARANZIA INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA DA INFORTUNIO O MALATTIA

(garanzia attiva solo nell'Opzione di Prodotto FULL)

Garanzia Danni

AXA FRANCE VIE S.A.

(Rappresentanza Generale per l'Italia)

Art. 26 - Cosa è assicurato

1. Il rischio assicurato è la Inabilità Totale Temporanea dell'Assicurato, intesa come perdita totale, in via temporanea, delle capacità dell'Assicurato di attendere alla propria professione o attività lavorativa a seguito di Infortunio o Malattia.
2. Si precisa che gli stati di inabilità causati da radiculopatie, lombalgie, dolori alle spalle e al collo, sciatiche, neuropatie femorali, neuralgie cervicobrachiali, protrusioni del disco, ernie del disco, coccididinie, sono coperti solo qualora comprovati da esami radiologici o clinici.
3. **Periodo di carenza:** 120 giorni solo in caso di Inabilità da Malattia.

Art. 27 - Cosa è indennizzato / Periodo di Franchigia

1. In caso di Sinistro per Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia, la Compagnia liquida all'Aderente un Indennizzo mensile pari allo **0,5% dell'Importo di Capitale Assicurato** ("Indennità Mensile Assicurata"), prescelto dall'Aderente alla sottoscrizione del contratto, con un importo massimo di € 5.000,00, fino ad un limite massimo di 12 mensilità per Sinistro e 24 mensilità per l'intera durata (inclusi rinnovi), per ciascun periodo di 30 giorni consecutivi di durata dello stato di inabilità, fatto salvo un Periodo di Franchigia di 60 giorni dalla data del Sinistro. Pertanto, in caso di Sinistro: (i) il primo Indennizzo, pari ad una Indennità Mensile Assicurata, è corrisposto decorsi almeno 60 giorni consecutivi di inabilità; (ii) i successivi Indennizzi, pari ad una Indennità Mensile Assicurata, saranno corrisposti al termine di ciascun eventuale ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Inabilità. Si precisa che, qualora lo stato di Inabilità terminasse prima della scadenza del successivo periodo di 30 giorni consecutivi, il pagamento dell'Indennità Mensile Assicurata avverrà pro rata temporis.
2. L'importo dell'Indennità Mensile Assicurata è indicato nella Richiesta di Adesione.



Esempio di Indennizzo per Inabilità Totale Temporanea da infortunio o Malattia – L'Aderente ha optato per un capitale assicurato in caso decesso dell'Assicurato pari a 300.000€. L'Indennizzo mensile previsto per ITT sarà dunque pari allo 0,5% del capitale assicurato (1.500€). L'Assicurato, a seguito di una malattia, diviene inabile al lavoro dal 01/09/2025, denuncia il Sinistro, e resta inabile al lavoro per 80 giorni fino al 19/11/2025.

Riconosciute le cause del Sinistro, la Compagnia verserà una somma così calcolata:

Dal 01/09 al 30/10: una rata di indennizzo.

Dal 31/10 al 19/11: calcolo pro-rata temporis= $1.500\text{€} \times (20/30) = 1.000\text{€}$

Art. 28 - Massimali

1. L'Indennizzo è soggetto ai seguenti massimali:
 - a) **massimo 12 Indennità Mensili Assicurate indennizzate per ciascun Sinistro;**
 - b) **massimo 24 Indennità Mensili Assicurate indennizzate in totale nell'arco dell'intera durata del contratto (inclusi i rinnovi), in caso di più Sinistri.**
2. **In caso di erosione integrale del massimale cumulativo di 24 Indennità Mensili Assicurate di cui al precedente comma, la copertura per Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia cessa.**

Art. 29 – Periodo di Riqualificazione

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



Esempio 1 di applicazione del Periodo di Riqualificazione – l'Assicurato, a seguito di una malattia, diviene inabile al lavoro dal 01/09/2025, denuncia il Sinistro, e resta inabile al lavoro per 6 mesi, durante i quali percepisce l'indennizzo dovuto. In data 01/03/2026 cessa il suo stato di inabilità, ma in data 01/05/2026, a causa della stessa malattia, diviene ancora inabile al lavoro. La Compagnia rifiuta il secondo Sinistro in quanto non sono trascorsi più di 90 giorni dalla cessazione del precedente stato di inabilità.

Esempio 2 di applicazione del Periodo di Riqualificazione – l'Aderente/Assicurato, a seguito di una malattia, diviene inabile al lavoro dal 01/09/2025, denuncia il Sinistro, e resta inabile al lavoro per 6 mesi, durante i quali percepisce l'indennizzo dovuto. In data 01/03/2026 cessa il suo stato di inabilità, ma in data 01/06/2026, a causa di una diversa malattia, diviene ancora inabile al lavoro. La Compagnia indennizza anche il secondo Sinistro in quanto sono trascorsi più di 30 giorni dalla cessazione del precedente stato di inabilità.

Art. 30 – Esclusioni

1. L'assicurazione non opera nei seguenti casi:
 - a) Atti di autolesionismo dell'Assicurato, incluso il tentato suicidio
 - b) Pratica da parte dell'Assicurato di qualunque sport esercitato professionalmente o a livello agonistico (gare, test e allenamenti compresi) e, in ogni caso, dei seguenti sport estremi o attività sportive (gare, test e allenamenti compresi) esposte a particolari rischi: sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, sport aerei in genere, paracadutismo, salti con paracadute non omologato, volo su deltaplano, parapendio, automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo con difficoltà superiori al terzo grado della scala di Monaco, arrampicata su roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, sci acrobatico, sci nautico, kite-surfing
 - c) Abuso di alcool, farmaci o sostanze stupefacenti
 - d) Dolo e colpa grave dell'Assicurato, Aderente o Beneficiario, ex art. 1900 c.c.
 - e) Partecipazione attiva dell'Assicurato a reati dolosi (compiuti o tentati)
 - f) Effetti diretti o indiretti dell'esplosione, del rilascio di calore o della radiazione dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo
 - g) Interruzioni di lavoro dovute a parto, gravidanza, aborto terapeutico e complicazioni derivanti da tali eventi
 - h) Trattamenti medici non a scopo terapeutico, incluse le applicazioni di carattere estetico e le cure dimagranti, richieste per motivi psicologici o personali (salvo che si tratti di interventi di chirurgia plastica a seguito di un Infortunio occorso durante il periodo di validità della copertura)
 - i) Inabilità derivante da nevrosi, stress, epilessia, schizofrenia, depressione, disturbo bipolare, a meno che l'Assicurato sia stato ricoverato in un ospedale per almeno 15 giorni consecutivi o sia stato messo sotto tutela o custodia dalle autorità competenti

- j) Guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, rivolte e insurrezioni, ostilità, ribellioni, rivoluzioni e tumulti popolari
- k) Atti di terrorismo ovunque verificatisi a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva
- l) Conseguenze di atti di natura terroristica commessi con l'utilizzo diretto od indiretto di qualsiasi materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale.

SEZIONE 3

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

Art. 31 - Modalità di denuncia dei Sinistri

1. In caso di Sinistro, è necessario darne comunicazione scritta alla Compagnia, per il tramite del Broker, con una delle seguenti modalità:

Modalità di denuncia	Recapito
Via Posta (anche raccomandata a/r)	Kereis Italia S.A.S. Ufficio sinistri Protection Viale Vincenzo Lancetti, 43 – 20158, Milano
Via Fax	02.68826940
Via e-mail	mediolanumkeypeople_sinistri@kereisitalia.com

Art. 32 - Documentazione da allegare alla denuncia di Sinistro

1. Alla denuncia di Sinistro va allegata la seguente documentazione IN COPIA.

a) Documentazione in caso di Sinistro Decesso

- a) certificato di morte dell'Assicurato rilasciato dal Comune, e certificato necroscopico rilasciato dall'ASL attestante causa iniziale, intermedia e finale del decesso;
- b) copia della cartella clinica completa di anamnesi patologica prossima e remota, al fine di verificare la storia clinica e la data di diagnosi della patologia che ha causato il decesso (in caso di decesso da malattia).

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

- c) verbale rilasciato dalle Autorità, qualora intervenute (polizia, carabinieri, etc.), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le Autorità non sono intervenute, con la motivazione), con allegato l'esito degli eventuali esami tossicologici richiesti dalle Autorità; in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del Sinistro.

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

In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico che esercita la professione in Italia.

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

- a) documento di identità dell'Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità;
- b) copia della cartella clinica completa di anamnesi patologica prossima e remota, al fine di verificare la storia clinica e la data di diagnosi della malattia che ha causato l'invalidità.
- c) Copia del verbale di accertamento dello stato d'invalidità totale e permanente dell'Assicurato rilasciato dagli enti preposti

Inoltre, solo in caso di invalidità da infortunio / incidente stradale

- d) Verbale rilasciato dalle Autorità, qualora intervenute (polizia, carabinieri, etc.), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le Autorità non sono intervenute, con la motivazione), con allegato l'esito degli eventuali esami tossicologici richiesti dalle Autorità; in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del Sinistro.

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

In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico che esercita la professione in Italia.

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

- a) documento di identità dell'Assicurato (carta identità, passaporto, patente) in corso di validità;
- b) copia della cartella clinica completa di anamnesi patologica prossima e remota, al fine di verificare la storia clinica e la data di diagnosi della malattia che ha causato l'inabilità.
- c) certificato rilasciato dal medico curante o dagli enti preposti (INPS, INAIL) datato recentemente, attestante la causa, la data di inizio e la data dell'eventuale fine del periodo di Inabilità Totale Temporanea.

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

- d) Verbale rilasciato dalle Autorità, qualora intervenute (polizia, carabinieri, etc.), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le Autorità non sono intervenute, con la motivazione), con allegato l'esito degli eventuali esami tossicologici richiesti dalle Autorità; in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del Sinistro.

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

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

In caso di Sinistro occorso fuori dai confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico che esercita la professione in Italia.

Art. 33 - Individuazione della data del Sinistro

1. Ai fini dell'accertamento del diritto all'Indennizzo/Prestazione, la data del Sinistro, per ciascuna garanzia, è individuata come segue:
 - **Decesso:** la data di decesso dell'Assicurato;
 - **Invalidità Totale Permanente da Infortunio:** la data di accadimento dell'Infortunio;
 - **Invalidità Totale Permanente da Malattia:** la data di diagnosi della malattia;
 - **Inabilità Totale Temporanea da Infortunio o Malattia:** la data coincidente con il giorno in cui l'Assicurato cessa di svolgere la propria attività lavorativa a causa dell'Inabilità Totale Temporanea.

Art. 34 - Termine per i pagamenti della Compagnia

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

Art. 35 - Ricorso all'arbitrato per le controversie di natura medica

1. In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Aderente/Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunerà il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.
2. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersì in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.
3. **Rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente.**

ALLEGATO 1

APPENDICE NORMATIVA

CAPO XX DEL CODICE CIVILE Dell'assicurazione

Sezione I – Disposizioni generali [ESTRATTO]

Art. 1882 Codice Civile: NOZIONE

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

Art. 1888 Codice Civile: PROVA DEL CONTRATTO

Il contratto di assicurazione deve essere provato per iscritto.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 1895 Codice Civile: INESISTENZA DEL RISCHIO

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

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

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

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

Art. 1897 Codice Civile: DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

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

ART. 1898 Codice Civile: AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

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

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

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

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

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

Art. 1899 Codice Civile: DURATA DELL'ASSICURAZIONE

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

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

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

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

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

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

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

Art. 1901 Codice Civile: MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO

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

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

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

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

Art. 1904 Codice Civile: INTERESSE ALL'ASSICURAZIONE

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

Art. 1905 Codice Civile: LIMITI DEL RISARCIMENTO

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

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

Art. 1910 Codice Civile: ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

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

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

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

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti.

Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 1916: DIRITTO DI SURROGAZIONE DELL'ASSICURATORE

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

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

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

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

Sezione III – Dell'assicurazione sulla vita [ESTRATTO]

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

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

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

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

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

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

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

Art. 1921 Codice Civile: REVOCA DEL BENEFICIO

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

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

Art. 1922 Codice Civile: DECADENZA DEL BENEFICIO

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

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

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

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

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

Art. 1924 Codice Civile: MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI

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

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

Art. 1927 Codice Civile: SUICIDIO DELL'ASSICURATO

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

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

Sezione V – Disposizioni finali**Art. 1932 Codice Civile: NORME INDEROGABILI**

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

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

Disciplina del Contratto in generale**Art. 1341 Codice Civile: CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO**

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

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

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

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

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

INFORMATIVA PRIVACY

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

AI SENSI DEGLI ART. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679

(CLIENTELA DI PRODOTTI ASSICURATIVI)

PREMESSA

AXA (come definita nella Sezione 1) tratta con cura i tuoi dati personali. A conferma di questo impegno, e per dare esecuzione alle norme che tutelano il trattamento dei dati personali, desideriamo fornire qui di seguito le informazioni essenziali ai sensi degli art. 13 e 14 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 – c.d. "GDPR"*), e del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.196, così come modificato dal Decreto Legislativo n. 101/2018 ("Codice in materia di protezione dei dati personali" o anche solo "Codice"), nonché di ogni altra normativa privacy di volta in volta applicabile.

La presente informativa privacy ("Informativa") è rivolta alla clientela assicurativa (persone fisiche) di prodotti assicurativi che prevedono garanzie assicurative emesse da **AXA FRANCE VIE S.A – Rappresentanza Generale per l'Italia (Titolare del trattamento)**, in cui rientrano:

- a. i soggetti che stipulano con noi un contratto di assicurazione o che rivestono una qualifica rilevante ai fini dello stesso: contraenti, aderenti a polizze collettive, assicurati, coassicurati, eredi, altri beneficiari nominati;
- b. altri soggetti che esercitano i diritti o assolvono gli obblighi previsti dal contratto di assicurazione o comunque rilevanti ai fini contrattuali o di legge, che agiscono in nome proprio o per conto dei soggetti di cui alla precedente lett. a (es.: soggetti delegati, legali rappresentanti di società, soggetti che pagano i premi, soggetti che denunciano i sinistri, esecutori e titolari effettivi ai sensi della normativa antiriciclaggio).

(congiuntamente, "Interessato/i").

Qualora i dati forniti da te o da terzi si riferiscono a **soggetti minori di età** sui quali tu eserciti la responsabilità genitoriale o la tutela legale, ovvero a **familiari/congiunti o altri soggetti terzi che non stipulano il contratto** (es.: altri assicurati o altri beneficiari delle prestazioni assicurative diversi da te), le presenti informazioni e le dichiarazioni di volontà formulate rispetto alle richieste di consenso si intendono riferite anche ai trattamenti su questi dati.

Qualora i dati da te forniti si riferiscono a soggetti terzi (es.: altri assicurati, beneficiari), ti chiediamo di informare tali soggetti della comunicazione a noi dei loro dati personali e di mettere loro a disposizione la presente Informativa, disponibile anche sul nostro sito internet www.axapartners.it (Sezione Privacy).

1. CHI DECIDE PERCHE' E COME TRATTARE I DATI PERSONALI

Chi decide perché e come trattare i tuoi dati personali – cioè il **titolare del trattamento** – è la compagnie assicurative con cui hai stipulato il contratto assicurativo , vale a dire:

- **AXA FRANCE VIE SA - Rappresentanza Generale per l'Italia**, Corso Como n. 17, 20154 Milano - CF, P.IVA 08875230016 (di seguito anche "AXA" o il "Titolare/i" o "noi", "ci", "nostro").

2. QUALI SONO I DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)

Puoi contattare il Responsabile della Protezione dei dati (DPO - Data Protection Officer) del Titolare scrivendo ai seguenti contatti:

- per posta: - Att.ne del Data Protection Officer - Corso Como n. 17 – 20154 MILANO
- per e-mail: clp.it.privacy@partners.axa

3. QUALI SONO I TUOI DIRITTI IN QUALITA DI INTERESSATO E COME PUOI ESERCITARLI

Nella tua qualità di Interessato al trattamento dei dati personali, hai i diritti di seguito elencati.

- **Diritto di accesso ai tuoi dati personali (Art. 15 GDPR)**

Se desideri avere accesso ai tuoi dati personali, ti forniremo una copia dei dati che hai richiesto e le informazioni relative al loro trattamento.

- **Diritto di rettifica dei tuoi dati personali (Art. 16 GDPR)**

Se ritieni che i tuoi dati personali siano inesatti o incompleti, puoi richiedere che tali dati vengano da noi corretti o integrati di conseguenza.

- **Diritto di cancellazione dei tuoi dati personali (Art. 17 GDPR)**

Se lo desideri, puoi richiedere la cancellazione dei tuoi dati personali, nei limiti previsti dalla legge (ad esempio, non puoi richiedere la cancellazione dei tuoi dati personali se siamo tenuti alla loro conservazione per obblighi di legge o se sono necessari per l'esecuzione del contratto).

- **Diritto di limitare il trattamento dei tuoi dati personali (art. 18 GDPR)**

Hai il diritto di chiederci di limitare l'utilizzo dei tuoi dati personali se:

- ritieni che i tuoi dati siano inesatti;
- ritieni che i tuoi dati siano stati trattati illegalmente;
- non abbiamo più bisogno dei tuoi dati, ma desideri che li conserviamo per utilizzarli nell'ambito di un'azione legale;
- ti sei opposto al trattamento dei tuoi dati per i nostri interessi legittimi.

- **Diritto di richiedere la portabilità di parte dei tuoi dati personali (Art. 20 GDPR)**

Puoi richiedere una copia dei dati personali che ci hai fornito in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, laddove il trattamento si basi sul tuo consenso o sul contratto, ed avvenga in modo automatizzato. Ove tecnicamente fattibile, è possibile richiedere la trasmissione di questa copia a terzi titolari da te indicati.

- **Diritto di revocare il tuo consenso al trattamento dei tuoi dati personali**

Se, per una specifica finalità, ci hai dato il consenso per il trattamento dei tuoi dati personali come indicato nella Sezione 4 ("Quali sono le finalità e le basi giuridiche del trattamento dei dati personali"), puoi revocarlo in qualsiasi momento. Dal momento della revoca non ci sarà più consentito trattare i tuoi dati personali per quella finalità, fermo comunque restando che tale revoca non pregiudicherà la liceità dei trattamenti basati sul consenso svolti prima della revoca stessa.

- **Diritto di opporsi al trattamento dei tuoi dati personali (Art. 21 GDPR)**

Hai il diritto di opporsi al trattamento dei tuoi dati personali nei casi in cui utilizziamo come base giuridica del trattamento un nostro interesse legittimo. In caso di tua opposizione, ci asterremo dal trattare ulteriormente i dati personali (salvo l'esistenza di motivi legittimi cogenti per procedere al trattamento che prevalgono suoi tuoi interessi, diritti e libertà oppure salvo il caso in cui dobbiamo trattare i tuoi dati per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria).

- **Diritto contro una decisione automatizzata (Art. 22 GDPR)**

Hai il diritto di non essere soggetto ad una decisione basata esclusivamente su un trattamento automatizzato, compresa la profilazione, che abbia un effetto giuridico o incida in modo significativo su di Te. Tuttavia, potremmo adottare una decisione automatizzata qualora quest'ultima sia **(i)** necessaria per la conclusione o l'esecuzione di un contratto concluso con noi, **(ii)** autorizzata da una norma italiana o dell'Unione Europea o **(iii)** se hai prestato il tuo consenso esplicito. In ogni caso, hai la possibilità di contestare la decisione, esprimere le tue opinioni e chiedere l'intervento di una persona che possa rivedere la decisione.

▪ **Diritto di proporre un reclamo al Garante per la Protezione dei dati personali**

Hai diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo in materia di protezione dei dati personali, in

Italia il Garante per la protezione dei dati personali ("Garante privacy"). Potrai far pervenire il tuo reclamo utilizzando una delle seguenti modalità: a) messaggio di posta elettronica certificata indirizzata a: protocollo@pec.gpdp.it (questo indirizzo è configurato per ricevere SOLO comunicazioni provenienti da posta elettronica certificata); b) raccomandata A/R indirizzata a: Garante per la protezione dei dati personali, Piazza Venezia, 11 - 00187 Roma; c) consegna a mano presso gli uffici del Garante per la protezione dei dati personali, Piazza Venezia, 11 - Roma.

4. QUALI SONO LE FINALITÀ E LE BASI GIURIDICHE DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Nella tabella che segue trovi elencate le finalità da noi perseguiti quando trattiamo i tuoi dati personali e, per ciascuna di tali finalità, la base giuridica del trattamento.

FINALITA' DEL TRATTAMENTO	BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO
<p>1. Finalità di esecuzione del contratto assicurativo o di esecuzione di misure precontrattuali.</p> <p>Nel dettaglio, tratteremo i tuoi dati personali per le seguenti finalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • preventivazione ed offerta del contratto assicurativo; • valutazione ed assunzione del rischio assicurativo prima della stipula del contratto; • conclusione, esecuzione e gestione del contratto assicurativo (es.: incasso e rimborso dei premi, gestione dei recessi e dei rinnovi di contratto, gestione e liquidazione dei sinistri); riscontro e gestione delle tue richieste (c.d. attività di customer care), sia scritte che telefoniche, o dei tuoi reclami; • comunicazioni di servizio, attraverso i nostri canali, inerenti il contratto assicurativo; • gestione di ogni altro adempimento precontrattuale e contrattuale a nostro carico e di ogni altra attività amministrativa accessoria e connessa a tali adempimenti. 	<p>ESECUZIONE DI UN CONTRATTO – in riferimento ai dati personali "comuni" (e.g., dati identificativi e di contatto) la base giuridica di questi trattamenti è l'Art. 6.1.b GDPR (<i>il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso</i>).</p> <p>Fermo restando quanto sopra, il trattamento dei dati personali dei soggetti che non fanno parte del contratto assicurativo, ma ne subiscono gli effetti (ad esempio, i beneficiari), viene effettuato sulla base del LEGITTIMO INTERESSE DEL TERZO, ai sensi dell'art. 6.1.f GDPR. Tale trattamento è necessario per garantire l'esecuzione delle prestazioni previste dal contratto e la tutela dei diritti di tali soggetti terzi che non fanno parte del contratto.</p> <p>CONSENSO ESPLICITO - In riferimento alle categorie particolari di dati personali (ad esempio inerenti lo stato di salute) eventualmente forniti dall'Interessato, tale trattamento sarà giustificato dall'eccezione di cui all'Art. 9.2.a del GDPR (<i>l'interessato ha espresso il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali dati personali</i>).</p>
<p>2. Finalità di adempimento di obblighi di legge ai quali siamo soggetti (derivanti dalla normativa nazionale o dell'Unione Europea) e di adempimento di provvedimenti o richieste specifiche delle Autorità competenti.</p> <p>Nel dettaglio, tratteremo i tuoi dati personali per le seguenti finalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • adempimento di tutte le prescrizioni normative, di legge e regolamentari, in materia assicurativa alle quali siamo soggetti; • adempimento di tutte le altre prescrizioni normative, di legge e regolamentari, a noi applicabili, ad esempio in materia contabile e fiscale, in materia di contrasto al riciclaggio e al finanziamento del terrorismo (AML/CFT), in materia di rilevazione e prevenzione della corruzione, in materia antifrode, in materia di tutela del consumatore, in materia di segnalazione di illeciti (c.d. <i>whistleblowing</i>); • adempimento di disposizioni delle Autorità competenti (IVASS, Banca d'Italia, Garante Privacy, ecc.) emesse sotto qualsiasi forma (provvedimenti, circolari, linee guida, lettere al mercato, raccomandazioni, codici di condotta, etc.), e adempimento di richieste delle Autorità giudiziarie; 	<p>ADEMPIMENTO OBBLIGO DI LEGGE - La base giuridica di questi trattamenti è l'Art. 6.1.c GDPR (<i>il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento</i>).</p>

<ul style="list-style-type: none"> attività di gestione di controllo interno e di revisione interna previste dalle prescrizioni normative, di legge e regolamentari, applicabili al Titolare <p>3. Finalità di perseguitamento di un nostro interesse legittimo (o di un altro titolare a cui comunichiamo i tuoi dati personali), comunque connesso alle finalità assicurative sopra indicate di esecuzione del contratto e adempimento di obblighi di legge.</p> <p>Nel dettaglio, tratteremo i tuoi dati personali per le seguenti finalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> gestione del rischio assicurativo a seguito della stipula di un contratto di assicurazione (ad es., gestione dei rapporti con i coassicuratori e/o riassicuratori); adozione di presidi e utilizzo di strumenti e tecnologie idonei alla prevenzione delle frodi (ad esempio, verifiche antifrode sui documenti, verifiche antifrode sui pagamenti anche relative alla congruità dell'IBAN, verifiche sui furti di identità); monitoraggio e gestione dei pagamenti dei premi irregolari e degli insoluti, e connesse attività di recupero crediti; gestione di eventuali contenziosi stragiudiziali e giudiziali; attività di gestione di controllo interno, di revisione interna e di risposta ad audit interni, in adempimento di obblighi giuridici gravanti sul Titolare e delle nostre procedure interne aziendali; analisi e reportistiche interne tecniche ed attuariali (es.: valutazione dei rischi, stima delle riserve e dei sinistri, previsione dei rischi, pricing analysis, calcolo e modellizzazione dei rischi); presidio della sicurezza dei sistemi IT e delle reti ai fini di tutela della riservatezza, integrità e disponibilità dei dati personali, e di prevenzione di incidenti informatici da cui possano derivare anche violazioni di dati personali; comunicazione di dati personali all'interno del Gruppo AXA, per finalità di gestione contrattuali, amministrativa in generale e di reportistica interna; efficienza aziendale (es.: ottimizzazione e automatizzazione di processi operativi, test dei sistemi informatici); effettuazione di sondaggi di opinione e di soddisfazione della clientela sulla qualità dei servizi resi, svolte direttamente da noi o tramite il supporto di società specializzate (di seguito, congiuntamente, i "Sondaggi"); attività di data management (gestione e governance dei dati, <i>data quality</i>); gestione di eventuali operazioni societarie. 	<p>LEGITTIMO INTERESSE - La base giuridica di questi trattamenti è l'Art. 6.1.f GDPR (<i>il trattamento è necessario per il perseguitamento del legittimo interesse del titolare del trattamento o di terzi, a condizione che non prevalgano gli interessi o i diritti e le libertà fondamentali dell'interessato che richiedono la protezione dei dati personali, in particolare se l'interessato è un minore</i>).</p> <p>In aggiunta, unicamente per quanto riguarda l'effettuazione dei sondaggi di opinione, il trattamento si basa sull'eccezione del <i>soft spam</i>, prevista ai sensi dell'Art. 130.4 del Codice.</p> <p>CONSENSO ESPLICITO – nel caso in cui, in riferimento alle operazioni di trattamento giustificate sulla base del legittimo interesse, il Titolare dovesse trattare anche dati di categoria particolare degli Interessati (e.g. inerenti allo stato di salute), tale trattamento verrà giustificato sulla base dell'eccezione di cui all'Art. 9.2.a GDPR (<i>l'interessato ha espresso il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali</i>), ove applicabile, dell'Art. 9.2.f GDPR (<i>il trattamento è necessario per accettare, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria</i>).</p>
---	--

Avvertenza - Quando facciamo affidamento sull'interesse legittimo, garantiamo che il trattamento sia proporzionato e che i tuoi interessi, diritti fondamentali e libertà siano rispettati. In ogni caso, nei limiti di quanto applicabile, potrai sempre opporvi al trattamento basato sul legittimo interesse o sull'eccezione del soft spam per quanto riguarda l'erogazione dei Sondaggi.

5. QUALI SONO LE CATEGORIE DI DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO

- Possono essere oggetto di trattamento, solo ed esclusivamente per le finalità sopra indicate, le seguenti categorie e tipologie di dati personali:
- dati identificativi e di contatto** (ad esempio: il nome e il cognome, il luogo e la data di nascita, la residenza anagrafica e il domicilio, copia e/o estremi del documento di identificazione, il codice fiscale o partita iva, e-mail, numero di telefono, ed eventuali altri dati identificativi e di contatto strettamente necessari ai fini contrattuali);
 - dati identificativi univoci del contratto di assicurazione e del sinistro** (ad esempio: numero di proposta, numero di polizza, numero di sinistro, capitale assicurato, decorrenza, durata e scadenza del contratto, garanzie assicurative oggetto di contratto e/o di sinistro);
 - dati relativi alla situazione personale o familiare** (ad esempio: stato civile, composizione nucleo familiare, rapporti con i beneficiari delle prestazioni), **occupazionale** (ad esempio: categoria professionale, settore di attività, professione, datore di lavoro, contratti di lavoro, lettere di licenziamento, procure, visure e altri documenti societari) ed **economica** (ad esempio: buste paga, CUD, reddito o pensione, estratti contributivi) raccolti e trattati solo qualora rilevanti per l'esecuzione precontrattuale/contrattuale del contratto di assicurazione o la fase di sinistro;
 - dati bancari e di pagamento** (ad esempio, l'IBAN del conto corrente relativo al pagamento dei premi e dei sinistri);
 - dati di autenticazione** (ad esempio, username e password di nostri siti web o nostre app);
 - dati di connessione e telecomunicazione**, ottenuti quando sei connesso a un sito web o a una rete di comunicazione (ad esempio, indirizzi IP, log, cookie, metadati di telefonate/e-mail);
 - in caso di polizze connesse a finanziamenti o mutui o altri prodotti finanziari, sono altresì oggetto di trattamento i **dati relativi al finanziamento/mutuo/altro prodotto finanziario** (protetto dalla polizza ed oggetto di copertura), 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);

Inoltre:

- h. solo qualora necessario per l'esecuzione precontrattuale/contrattuale del contratto di assicurazione o la fase di sinistro, trattiamo altresì **categorie di dati particolari ex art. 9 GDPR, inclusi quelli relativi al tuo stato di salute** (da te forniti mediante risposte a nostri questionari medici oppure contenuti in documentazione medica, quali ad esempio certificati medici, referti di viste ed esami, cartelle cliniche), per cui verrà comunque richiesto un consenso esplicito;
- i. potremmo trattare altresì **dati giudiziari**, cioè i dati relativi a condanne penali o reati o a connesse misure di sicurezza, che possono rivelare l'esistenza di determinati provvedimenti giudiziari soggetti ad iscrizione nel casellario giudiziale. Il trattamento di dati giudiziari avviene sempre e comunque in conformità a quanto previsto dalle leggi o dai regolamenti o decreti in materia e limitatamente alle finalità ivi stabilite, quali ad esempio l'accertamento di responsabilità o del diritto all'indennizzo in relazione a sinistri o eventi attinenti alla vita umana assicurabili e/o la prevenzione, l'accertamento e il contrasto di frodi o situazioni di concreto rischio per il corretto esercizio dell'attività assicurativa, secondo quanto previsto dall'art. 2-octies del Codice.

6. A CHI COMUNICHIAMO I TUOI DATI PERSONALI

All'interno della nostra organizzazione, i tuoi dati personali sono trattati da nostri dipendenti e collaboratori che trattano i dati raccolti esclusivamente nell'ambito delle rispettive mansioni, per le finalità indicate nella presente Informativa, in conformità alle istruzioni ricevute dal Titolare e sotto la sua autorità.

I tuoi dati personali possono altresì essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti terzi, esterni alla nostra organizzazione, che agiscono in qualità di autonomi titolari del trattamento o di responsabili del trattamento per nostro conto. Tali soggetti a cui possiamo comunicare i tuoi dati personali sono:

- a. altri soggetti del settore assicurativo (c.d. catena assicurativa), quali assicuatori, coassicuatori e riassicuatori, broker, agenti ed altri intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione) utilizzati per l'acquisizione e gestione dei contratti di assicurazione, contraenti di polizze collettive;
- b. professionisti, consulenti, studi o società operanti nell'ambito di rapporti di consulenza e assistenza professionale, quali consulenti legali, avvocati, medici di fiducia, periti, consulenti privacy, consulenti antiriciclaggio, consulenti fiscali, professionisti/società di recupero crediti, società incaricate del monitoraggio/controllo qualità dell'offerta e collocamento dei contratti di assicurazione, società di servizi informatici e telematici, società di informazione commerciale, società di investigazioni private;
- c. soggetti che svolgono attività connesse e strumentali all'esecuzione del contratto di assicurazione e alla gestione o liquidazione del sinistro / erogazione della prestazione, quali: fornitori convenzionati per l'erogazione delle prestazioni (c.d. rete network del ramo assistenza); soggetti coinvolti nelle attività di riparazione di veicoli e beni assicurati; fornitori di servizi di stoccaggio, gestione, archiviazione e distruzione della documentazione dei rapporti intrattenuti con la clientela e non; fornitori di servizi postali (per attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela); fornitori di servizi di assistenza alla clientela (es.: call center, help desk); fornitori di servizi di offerta e collocamento a distanza di contratti di assicurazione (call center esterni); fornitori di servizi di assunzione medica del rischio; fornitori di servizi di amministrazione delle polizze e supporto alla gestione ed incasso dei premi; fornitori di servizi bancari, finanziari e di pagamento; fornitori di servizi antiriciclaggio; fornitori di servizi antifrode;
- d. organismi associativi consortili propri del settore assicurativo (ANIA) o finanziario, cui noi o altri soggetti della catena assicurativa siamo iscritti;
- e. altre società AXA Partners e del gruppo AXA (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- 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) e altre autorità di vigilanza (incluse quelle del paese di origine del titolare), Agenzia delle Entrate, Magistratura, Forze dell'Ordine;
- g. chiamati all'eredità / eredi dell'assicurato deceduto nell'ambito delle richieste di accesso ai dati personali dei beneficiari specifici di polizze vita (ai sensi del Provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali n. 520 del 26/10/2023).

Puoi ottenere l'elenco nominativo dei soggetti a cui abbiamo comunicato i tuoi dati personali, e che agiscono come autonomo titolare o responsabile del trattamento, in sede di esercizio del tuo diritto di accesso ai sensi dell'Art. 15 GDPR, contattandoci ai recapiti indicati nella precedente Sezione 2 ("QUALI SONO I DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)".

7. TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A DESTINATARI UBICATI IN PAESI TERZI

Per talune attività, ci avvaliamo di soggetti di nostra fiducia - operanti talvolta anche al di fuori dell'Unione Europea - che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa o gestionale; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. In ogni caso il trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea avverrà sulla base delle ipotesi previste dalla vigente normativa, tra cui l'utilizzo di Norme vincolanti di impresa (cd. BCR – *Binding Corporate Rules*, consultabili sul sito internet www.axapartners.it, sezione Privacy) per i trasferimenti all'interno del Gruppo AXA, l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea per i trasferimenti verso società non appartenenti al Gruppo AXA o la verifica della presenza di una decisione di adeguatezza in merito al sistema di protezione dei dati personali del paese importatore .

8. PER QUANTO TEMPO CONSERVIAMO I DATI PERSONALI

Conserviamo i dati personali per un periodo di tempo compatibile con la finalità per la quale viene effettuato il trattamento e, in ogni caso, con l'assolvimento degli obblighi di legge e di quelli contrattuali, tenuto altresì conto del termine prescrizionale applicabile.

In particolare:

- a. i dati personali relativi ai contratti assicurativi stipulati sono conservati per un periodo di 10 anni decorrente dalla scadenza o anticipata cessazione, per qualsiasi causa, del contratto di assicurazione, oppure – se verificatasi successivamente a tale scadenza/cessazione – decorrente dall'ultima operazione (ad esempio, di pagamento del sinistro). In riferimento ai dati personali

relativi a proposte assicurative a cui non ha poi fatto seguito la stipula del contratto, il Titolare potrà applicare termini di conservazione inferiori;

b. in caso di necessità di tutela dei diritti del Titolare e dell'Interessato (anche in sede giudiziaria), i dati personali sono conservati sino al termine di passaggio in giudicato della relativa sentenza o ultimo grado di giudicato e, ove necessario, per la successiva fase esecutiva;

c. i dati personali raccolti per l'invio dei Sondaggi vengono conservati per un periodo di 24 mesi.

Alla scadenza del termine di conservazione, provvediamo alla cancellazione o anonimizzazione dei dati personali.

Potremo altresì stabilire i termini di conservazione sulla base del bilanciamento tra il nostro legittimo interesse e il rispetto dei diritti e delle libertà dell'interessato. In ogni caso, con cadenza periodica, verifichiamo l'effettivo permanere dell'interesse del soggetto a cui si riferiscono i dati rispetto alle finalità in precedenza richiamate e, in sua assenza, per dare corso alle operazioni di cancellazione o di anonimizzazione.

9. QUAL E' LA FONTE DA CUI OTTENIAMO I DATI PERSONALI

Otteniamo i tuoi dati personali:

- avvalendoci della nostra rete di intermediari assicurativi (agenti, broker, banche e loro addetti interni ed esterni all'attività di intermediazione assicurativa), altri partner commerciali o fornitori – sono tali soggetti che raccolgono i dati personali presso di te;
- direttamente presso di te, ad esempio in fase di sinistro o in caso di collocamento di contratti di assicurazione direttamente da parte nostra, senza intermediari;
- presso i nostri clienti (aziende o privati), che stipulano con noi il contratto di assicurazione (quando, ad esempio, tu sei un assicurato o un beneficiario indicato in polizza che non intervengono nella fase di stipula del contratto);
- da altre società del gruppo AXA;
- da informazioni pubbliche come quelle pubblicate sulla stampa, nonché da pubblicazioni/banche dati messe a disposizione da autorità ufficiali o da terzi (ad esempio: registro imprese, banche dati gestite da autorità di vigilanza).

10. INFORMAZIONI SU PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI

L'emissione del contratto assicurativo può essere sottoposta allo svolgimento di processi decisionali automatizzati, predisposti sia in considerazione dei nostri requisiti di assicurabilità / assunzione dei rischi / tariffazione (esempio: età alla stipula della polizza, età alla scadenza della polizza, capitale assicurato) che in considerazione di requisiti normativi (ad esempio, al fine di proporvi il prodotto più adeguato alle tue esigenze assicurative, al fine del rispetto delle normative antiriciclaggio e antiterrorismo). Tale processo automatizzato è necessario ai fini della conclusione del contratto, e si può verificare ad esempio in riferimento ai prodotti assicurativi acquistati on-line oppure emessi tramite piattaforme informatiche di nostri intermediari. Il trattamento automatizzato è comunque sempre finalizzato ad assicurare che, operativamente, entrino effettivamente in copertura soggetti assicurabili in base alle decisioni prese dal Titolare in merito a requisiti di assicurabilità / assunzione dei rischi / tariffazione. In ogni caso, raccogliremo sempre il tuo consenso esplicito ai sensi dell'Art. 9.2.a GDPR per il trattamento dei dati di categoria particolare (e.g. dati legati alla salute) coinvolti nel trattamento automatizzato.

Tale processo decisionale automatizzato impatta sulla emissione della polizza. Il conferimento dei dati per tali finalità è necessario: perciò, in mancanza sarà impossibile concludere ed eseguire il contratto assicurativo.

Potrai comunque esercitare il diritto di ottenere l'intervento umano da parte del Titolare, di esprimere la tua opinione o di contestare la decisione, contattandoci ai recapiti indicati nella precedente Sezione 2 ("QUALI SONO I DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)".

11. MODIFICHE ALLA INFORMATIVA PRIVACY

Il Titolare potrà aggiornare la presente Informativa sulla privacy per riflettere i cambiamenti di informazioni in essa contenuti o in adempimento di requisiti di legge. Quando ciò accadrà, il Titolare potrà fornirti una comunicazione in merito, ad esempio pubblicando un avviso in evidenza sul sito web o contattandoti utilizzando i dati di contatto raccolti.

Data ultimo aggiornamento: 30/09/2024