proposta di assicurazione

ATTENZIONE: Il presente documento non costituisce quietanza di pagamento e non impegna la Compagnia alla successiva accettazione ed emissione del Contratto di polizza.
La presente proposta è perfezionabile entro 60 giorni dalla sua data effetto, salvo la facoltà del proponente di revocarla in qualsiasi momento prima di tale termine.

PRODOTTO	CODICE TARIFFA	Cod. Conv	Proposta N°

Data Operazione	Tipo rapporto	Agenzia	Codice	Operatore

CONTRAENTE (Persona fisica)

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Sesso ☐ M ☐ F
Data di nascita	Luogo di nascita		Provincia
Indirizzo di residenza	Comune di residenza	Provincia	C.A.P.
Nazione di residenza	Professione	Tipo Documento	N°
Rilasciato il	Ente emittente	Luogo Emissione (Prov.)	
Nazione di Cittadinanza 1	Nazione di Cittadinanza 2 *(eventuale)*	Reddito ultimo disponibile ☐ Fino a 50.000€ ☐ Tra 50.001€ e 100.000€ ☐ Superiore a 100.000€	
Settore	SAE	RAE	
ATECO	e-mail	Telefono	

FAC-SIMILE

CONTRAENTE (Persona giuridica)

Società/Ente	Partita IVA	Codice Fiscale	
Indirizzo di residenza	Comune di residenza	Provincia	C.A.P.
Nazione	Nazione sede legale (per società di diritto estero)	Fatturato ultimo disponibile ☐ Fino a 500.000€ ☐ Tra 500.001€ e 1.000.000€ ☐ Superiore a 1.000.000€	
Settore	SAE	RAE	
ATECO	e-mail	Telefono	

RAPPRESENTANTE LEGALE

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Sesso ☐ M ☐ F
Data di nascita	Luogo di nascita		Provincia
Indirizzo di residenza	Comune di residenza	Provincia	C.A.P.
Nazione di residenza	Nazione di Cittadinanza 1	Nazione di Cittadinanza 2 *(eventuale)*	Professione
Tipo Documento	N°	Rilasciato il	Ente emittente	Luogo Emissione (Prov.)

INDIRIZZO DI RECAPITO

Indirizzo	Comune	Provincia	C.A.P.	Nazione

ESECUTORE: ☐ Tutore Legale ☐ Curatore ☐ Firmatario

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Sesso ☐ M ☐ F
Data di nascita	Luogo di nascita		Provincia
Indirizzo di residenza	Comune di residenza	Provincia	C.A.P.
Nazione di residenza	Nazione di Cittadinanza 1	Nazione di Cittadinanza 2 *(eventuale)*	Professione
Tipo Documento	N°	Rilasciato il	Ente emittente	Luogo Emissione (Prov.)

ASSICURATO

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Sesso ☐ M ☐ F
Data di nascita	Luogo di nascita		Provincia
Indirizzo di residenza	Comune di residenza	Provincia	C.A.P.
Nazione di residenza	Professione		

DA01A

AXA Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Corso Como 17, 20154 Milano – Italia
Tel. (+39) 02 480841 - Fax (+39) 02 48084331 - PEC: axaassicurazioni@axa.legalmail.it

Capitale Sociale € 232.535.335 interamente versato - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano-Monza-Brianza-Lodi e C. F. n. 00902170018 - P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967 - Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311 - Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU ai sensi dell'art. 2497 bis C.C. -
Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00025 - Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041 -
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'industria, del commercio e dell'artigianato del 31 dicembre 1935 - (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83)

PRODOTTO	CODICE TARIFFA	Cod. Conv	Proposta N°

PREMIO DI INVESTIMENTO

Data di decorrenza del contratto: ..... **Data di scadenza del contratto:**.....

Premio Unico: Euro ..... (di cui costo in percentuale .....%)

Ripartizione dell'investimento

☐ **100%**

PREMIO DI PROTEZIONE

Frequenza dei versamenti: Annuale

☐ **Garanzia "Decesso" :** Capitale Assicurato Euro ..... **Durata in anni** .....

Premio: Euro ..... di cui Sovrappremio: Euro .....

Frequenza dei versamenti: Premio Unico

☐ **Garanzia "Decesso da Infortunio" :** Capitale Assicurato Euro ..... **Durata in anni** .....

Premio: Euro ..... di cui Sovrappremio: Euro ..... Tasse: Euro .....

PREMIO AL PERFEZIONAMENTO

Premio al Perfezionamento: Euro .....

CONDIZIONI DI SOTTOSCRIZIONE

FAC-SIMILE

Il **Contraente**:

- conferma che le informazioni contenute nella presente Proposta di Assicurazione – anche se materialmente scritte da altri – sono complete ed esatte
- **dichiara di aver ricevuto il Set informativo composto da: KID (documento contenente le informazioni chiave), Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario, e Modulo di proposta di Assicurazione** (mod. ..... - ed. .....);
- **dichiara di conoscere ed accettare integralmente i contenuti del predetto Set Informativo;**
- qualora la presente proposta derivi da trasformazione ovvero dal reinvestimento di somme provenienti da un precedente contratto, dichiara di aver ricevuto la predetta documentazione e la scheda comparativa in data .....

Il Contraente dichiara inoltre:

- di aver ricevuto, in tempo utile prima di essere vincolato dalla sottoscrizione della proposta, il documento contenente le informazioni chiave relativo al prodotto ed alle opzioni richieste;
- di essere stato informato, in tempo utile prima di rimanere vincolato dalla proposta, della pubblicazione e della disponibilità sul sito internet della Compagnia di tutti i documenti contenenti informazioni chiave relativi al prodotto;
- di aver preso atto **della revocabilità della presente Proposta di Assicurazione e della possibilità di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di conclusione dello stesso**. In caso di revoca della proposta, la Compagnia restituirà al Contraente, entro 30 giorni dalla notifica della revoca, le somme eventualmente pagate dallo stesso. In caso di recesso, la Compagnia rimborserà al Contraente, entro 30 giorni dal ricevimento della relativa comunicazione, il Premio Versato al netto delle spese sostenute per l'emissione del contratto, dell'eventuale Premio per le Garanzie complementari e della parte di Premio per il rischio in corso;
- di aver preso atto che il **Contratto produce i suoi effetti dalle ore 24:00 del giorno indicato dal Contraente stesso nella presente Proposta, a condizione che sia stato pagato il premio e siano stati compilati in modo completo, corretto e veritiero e sottoscritti la Proposta di Assicurazione, il Questionario per la valutazione delle richieste ed esigenze assicurative del Contratto e il Questionario Sanitario ove previsto. Se il versamento del premio o della prima rata di premio è effettuato dopo la data di Decorrenza indicata nella presente Proposta, il Contratto produce i suoi effetti dalle ore 24.00 della data di pagamento del premio o della prima rata di premio, sempre che non si sia modificato alcun elemento essenziale della Proposta**;
- **di aver sottoscritto il Questionario per la valutazione delle richieste ed esigenze assicurative del contratto;**
- **DI ACCETTARE CHE, A PARTIRE DALLA SECONDA ANNUALITÀ, DAL CAPITALE ASSICURATO INVESTITO IN GESTIONE SEPARATA VERRÀ ANNUALMENTE RISCATTATO IL PREMIO RELATIVO ALLA COMPONENTE DI PROTEZIONE "DECESSO" SOPRA RIPORTATO OVE PREVISTO, MAGGIORATO DELLE IMPOSTE DI LEGGE PER L'IMPORTO E LA DURATA PRESCELTI;**
- **di essere a conoscenza che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.**

***

La presente proposta costituirà la base del contratto che la Compagnia emetterà al ricevimento della stessa. La sottoscrizione della Proposta deve essere effettuata con contestuale versamento del Premio. La Compagnia invierà al Contraente una comunicazione scritta di conferma dell'avvenuta accettazione della Proposta, con l'indicazione tra le altre cose della data di Decorrenza del Contratto: in caso contrario la presente dovrà considerarsi annullata e priva di effetto.

L'Assicurato, qualora persona diversa dal Contraente, acconsente alla stipulazione del Contratto.

Le firme apposte in calce si intendono quindi valide a tutti gli effetti per la conclusione del rapporto contrattuale.

Luogo e data	Firma dell'incaricato	Firma del Contraente/Legale Rappresentante/Esecutore	Firma dell'Assicurato
_____	_____	_____	_____

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE ASSICURATIVE DEL CONTRATTO

L'Incaricato dichiara di aver adempiuto all'obbligo di consegna e compilazione del suddetto questionario N. .....

Luogo e data	Firma dell'Incaricato
_____	_____

RICHIESTA DI PRESTAZIONE RELATIVA AL CONTRATTO IN SCADENZA N°

Il/La Sottoscritto/a ....., Contraente e Beneficiario/a della polizza in Scadenza:

- Autorizza il reinvestimento nella polizza ..... dell'importo di Euro .....
- Chiede di incassare, tramite assegno di traenza, l'importo di Euro .....

A tale scopo si allegano i seguenti documenti: fotocopia del documento di identità valido; originale della polizza in scadenza.

Luogo e data	Firma del Contraente/Legale Rappresentante/Esecutore
_____	_____

DT02E

PRODOTTO	CODICE TARIFFA	Cod. Conv	Proposta N°
Contraente (cognome e nome)	Assicurato (cognome e nome)		

RACCOLTA DI INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni che seguono costituiscono la base del contratto che verrà emesso dalla Compagnia. È quindi necessario rispondere con cura e completezza.

Dichiaro che

1. nel corso degli ultimi 5 anni non ho mai avuto sintomi e non ho mai ricevuto una diagnosi, non sto effettuando e non ho in programma di effettuare accertamenti per disturbi al cuore, ai polmoni, per disturbi circolatori, per ipertensione, ictus, diabete, disturbi al rene, fegato, disturbi neurologici, infezione da HIV o l'AIDS, epatite B o C, cancro, melanoma, tumore/grumi/polipi di qualsiasi dimensione o tipo;
2. nel corso degli ultimi 2 anni non sono mai stato ricoverato in case di cura o ospedali per più di 5 giorni consecutivi;
3. il mio peso e la mia altezza rientrano in una delle fasce indicate:

Cm	145-149	150-154	155-159	160-164	165-170	170-174	175-179	180-184	185-189	190-194
Kg	40-72	43 - 77	46 – 82	48 - 87	52 - 93	54 - 98	58 - 104	61 - 110	64 - 116	68 - 123

FAC-SIMILE

L'Assicurando sottoscrive le precedenti dichiarazioni? ☐ SI ☐ NO

In caso di risposta negativa la Proposta sarà soggetta all'approvazione della Compagnia

AVVERTENZE:

- **Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurando per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;**
- **Prima della sottoscrizione l'Assicurando deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni sopra riportate.**
- **Le informazioni sopra indicate sono portate a conoscenza del Contraente per una corretta conclusione del contratto (Per maggiori dettagli, si fa riferimento all'informativa privacy allegata alla documentazione contrattuale).**

Luogo e data	Firma dell'incaricato	Firma del Contraente/ Legale Rappresentante/Esecutore	Firma dell'Assicurato
_____	_____	_____	_____

QSO3E

BENEFICIARI

Beneficiari in caso di vita dell'assicurato: .....

☐ Dichiaro di non voler indicare nominativamente il Beneficiario.

☐ Dichiaro di non voler inviare le comunicazioni contrattuali ai beneficiari indicati in forma nominativa.

Beneficiari in caso di decesso dell'Assicurato: .....

☐ Dichiaro di non voler indicare nominativamente il Beneficiario.

☐ E' presente un beneficiario disabile ai sensi della Legge 104/92? ☐ SI ☐ NO

VINCOLO

La polizza dovrà essere vincolata? (*Se sì, specificare l'esatta denominazione del Vincolatario e indirizzo completo*) ☐ SI ☐ NO

.....

Avvertenza: in caso di mancata compilazione degli spazi dedicati alla designazione dei beneficiari in forma nominativa, l'impresa potrà incontrare, al decesso dell'assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari. La modifica o revoca di questi ultimi deve essere comunicata all'impresa.

REFERENTE TERZO

REFERENTE TERZO (da compilare qualora il Contraente manifesti esigenze specifiche di riservatezza)

Cognome e Nome/Denominazione Sociale		Codice Fiscale/P. IVA	
Indirizzo di recapito	Comune	Provincia	C.A.P.
Nazione	e-mail	Numero Telefono	

BENEFICIARI

BENEFICIARIO CASO VITA

Cognome/Denominazione Sociale	Nome	Codice Fiscale/P. IVA	Sesso ☐ M ☐ F
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	
Indirizzo di recapito/Sede legale	Comune	Provincia	C.A.P.
Nazione	e-mail	Numero Telefono	% di Ripartizione della Prestazione

BENEFICIARIO CASO MORTE

Cognome/Denominazione Sociale	Nome	Codice Fiscale/P. IVA	Sesso ☐ M ☐ F
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	
Indirizzo di recapito	Comune	Provincia	C.A.P.
Nazione	e-mail	Numero Telefono	% di Ripartizione della Prestazione

FAC-SIMILE

PRODOTTO	CODICE TARIFFA	Cod. Conv	Proposta N°

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Prima di fornire i suoi consensi, La invitiamo a leggere attentamente l'informativa Privacy consegnata, disponibile anche nella sezione Privacy del sito www.axa.it.

Finalità assicurative descritte alla lettera A) dell'Informativa Privacy

acconsento al trattamento dei dati personali sensibili per le finalità assicurative e a tal fine sottoscrivo il modulo per esprimere questo consenso in forma scritta.

Nome e Cognome
Contraente/Legale Rappresentante _____ data e firma _____

Nome e Cognome Assicurato _____ data e firma _____

Finalità di marketing descritte alla lettera B) dell'Informativa Privacy

1) Attività promozionali e di vendita di prodotti e/o servizi AXA e di società appartenenti allo stesso Gruppo ☐ SI ☐ NO

2) Ricerche di mercato e rilevazioni statistiche relative a prodotti e/o servizi di AXA e di società appartenenti allo stesso Gruppo, e di rilevazioni sulle mie esigenze relativamente a tali prodotti e/o servizi ☐ SI ☐ NO

3) Attività promozionali, di vendita e ricerche di mercato di prodotti e servizi di società partner ☐ SI ☐ NO

Nome e Cognome
Contraente/Legale Rappresentante _____ data e firma _____

MODALITA' DI PAGAMENTO DEI PREMI

I mezzi di pagamento ammessi sono i seguenti:

- assegno (circolare, bancario o postale) o vaglia (cambiario, postale o telegrafico), sempre intestato ad AXA Assicurazioni S.p.A. ovvero all'Intermediario ("in qualità di Agente di AXA Assicurazioni S.p.A.") e munito di clausola di non trasferibilità, accettato salvo buon fine;
- bonifico (bancario domestico, estero o postale) per il quale occorre indicare nella causale del bonifico il n° di polizza (se non conosciuto, il n°di proposta), senza spazi;
- bollettino postale da utilizzarsi secondo le modalità previste dalla legge intestato ad AXA Assicurazioni S.p.A. ovvero all'Intermediario ("in qualità di Agente di AXA Assicurazioni S.p.A.");
- moneta elettronica (carta di credito, carta di debito, POS -bancomat-).

Non è consentito per questo tipo di polizza effettuare pagamenti in contanti (banconote e monete metalliche).

FAC-SIMILE

ATTENZIONE: Il presente documento non costituisce quietanza di pagamento e non impegna la Compagnia alla successiva accettazione ed emissione del contratto di polizza

AUTORIZZAZIONE DI ADDEBITO SU CONTO CORRENTE delle DISPOSIZIONI SEPA DIRECT DEBIT – Importo Prefissato

CODICE MANDATO	INTESTAZIONE DEL CONTO CORRENTE
	Cognome .....
NOME E COGNOME DEL CONTRAENTE	Nome .....
	Indirizzo .....
CODICE FISCALE DEL CONTRAENTE	Comune ..... CAP.....
NUMERO DELLA PRESENTE PROPOSTA	
CODICE IDENTIFICATIVO CREDITORE	IBAN DEL CONTO DA ADDEBITARE
IT87Y0100000000902170018	

Il sottoscritto autorizza:

- l'Azienda di Credito ad eseguire il versamento periodico, addebitando il conto sopraindicato
- AXA Assicurazioni a disporre in via continuativa

di operazioni SDD ad importo prefissato pari a Euro_____ e prende atto che, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 11/2010, non sussiste la condizione di esercitare il diritto di rimborso dell'addebito, ferma restando la possibilità di chiedere alla propria azienda di Credito di revocare l'operazione fino alla data in cui il pagamento è dovuto.

Si precisa che l'importo del presente mandato è stato arrotondato all'unità superiore per esigenze gestionali. L'effettivo addebito sarà in ogni caso pari al premio di rata di polizza.

Firma _____

PR699B

Nota: I diritti del debitore, sottoscrittore del presente mandato e riguardanti l'autorizzazione sopra riportata, sono indicati nella documentazione ottenibile dall'Azienda di Credito.

INFORMATIVA PRIVACY SINTETICA PER I CLIENTI DI AXA ASSICURAZIONI

Chi decide perché e come trattare i dati?

AXA Assicurazioni S.p.A. (di seguito "AXA"), in qualità di Titolare del trattamento dei dati.

Per quali scopi e su quali basi i dati sono trattati?

a) **Finalità assicurativa**

I dati sono trattati per gestire i servizi assicurativi e le attività correlate.
Il trattamento dei dati è necessario per dare esecuzione al contratto o alle misure precontrattuali richieste, per adempiere obblighi di legge, per legittimo interesse connesso all'attività assicurativa, incluse attività antifrode, statistiche, tariffazione, analisi e studi, invio di comunicazioni di servizio. I dati appartenenti a categorie particolari (indicati anche come "dati sensibili"), quali i dati relativi allo stato di salute, sono trattati sulla base del consenso dell'interessato.
Senza i dati ed il consenso all'uso dei dati sensibili non potranno essere forniti tutti i servizi assicurativi previsti dal contratto.
Inoltre, se l'interessato attiva il servizio di firma grafometrica, saranno trattati dati biometrici sulla base del consenso liberamente revocabile: in mancanza non vi sono pregiudizi sui servizi assicurativi.

b**) Finalità commerciali e di marketing**

I dati sono trattati per fornire offerte, promozioni e soluzioni innovative e personalizzate, migliorando il livello di protezione, per ricerche di mercato ed altre iniziative di marketing. **Il trattamento dei dati è facoltativo** e possibile solo con il consenso dell'interessato liberamente revocabile.
In mancanza, non vi sono effetti sui servizi assicurativi, ma l'interessato perderà l'opportunità di conoscere le nostre offerte e partecipare alle iniziative di marketing.
Specifichiamo, inoltre che, anche senza un suo espresso consenso, potremo utilizzare il contatto di posta elettronica che ci ha fornito in occasione della fruizione di nostri servizi per la vendita diretta di nostri prodotti o servizi analoghi a quelli già acquistati. Il trattamento dei dati si basa sul legittimo interesse di AXA, nel rispetto dei diritti dell'interessato che può opporsi in qualsiasi momento.

c) **Attività di profilazione**

Potremo svolgere attività di profilazione, per analizzare i dati personali, prodotti, servizi, le caratteristiche dell'interessato, con lo scopo di rilevare comportamenti e preferenze, anche attraverso trattamenti automatizzati, compresa la profilazione, per ottenere vantaggi personalizzati, formulare offerte che tengano conto dei risultati di tali analisi e migliorare l'offerta dei nostri prodotti per renderla maggiormente in linea con i bisogni dell'interessato**. Il trattamento dei dati è facoltativo** e possibile solo con il consenso dell'interessato liberamente revocabile.
In mancanza, non vi sono effetti sui servizi assicurativi, ma l'interessato perderà l'opportunità di accedere a vantaggi personalizzati, ricevere offerte in linea con i suoi bisogni.

Modalità di trattamento

I suoi dati personali saranno trattati con modalità manuali ed automatizzate, ivi incluse eventuali decisioni automatizzate (es. al fine di valutare e predisporre i preventivi, gestire alcune fasi del rapporto assicurativo) e tecniche di data science.

A chi sono comunicati i dati?

I dati possono essere comunicati ad alcuni soggetti per i soli scopi sopra indicati:

- Dipendenti e collaboratori;
- Società terze che trattano i dati per conto del Titolare o come titolari autonomi (es. società partner, società che gestiscono sistemi di informazioni creditizie e di informazione commerciale per rischi finanziari, Cassa Assistenza Assicurazioni AXA e società del Gruppo anche per anche per finalità amministrativo-contabili);
- Soggetti della cosiddetta "catena assicurativa", cioè soggetti che cooperano nella gestione dei rischi assicurativi, quali società del Gruppo, altri assicuratori, coassicuratori, contraente delle polizze, intermediari assicurativi, legali, periti, medici, , autofficine, enti pubblici o associazioni di categoria;

In caso di trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea, sono assicurate le garanzie previste dalla vigente normativa. **I dati non sono ceduti a terzi, né diffusi.**

Quali sono i diritti dell'interessato e come possono essere esercitati?

Per accedere, aggiornare, integrare, rettificare, cancellare i dati, chiederne il blocco, opporsi al trattamento, ottenere la limitazione al trattamento e richiedere la portabilità dei dati, far valere il diritto all'oblio e, per il processo di decisione automatizzata, ottenere l'intervento umano da parte del titolare del trattamento, esprimere la propria opinione e contestare la decisione, **l'interessato può scrivere a:** AXA Assicurazioni S.p.A. c.a. Data Protection Officer - Corso Como 17 - 20154 Milano (MI) - e-mail: **privacy@axa.it.**

Inoltre, Lei potrà proporre reclamo all'Autorità di controllo in materia di protezione dei dati personali, in Italia il Garante per la protezione dei dati personali: Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma (+39)06.696771;protocollo@pec.gpdp.it

Da dove vengono i dati trattati?

I dati sono raccolti direttamente presso l'interessato o da terzi, anche mediante la consultazione di banche dati.

Per quanto tempo i dati vengono conservati?

I dati vengono conservati per tutto il tempo necessario alla gestione del rapporto con l'interessato: decorsi 10 anni dalla cessazione del rapporto con il cliente si procede alla cancellazione dei dati.
Per le attività di marketing, i dati raccolti saranno conservati per il tempo necessario coerente con le finalità di marketing e, comunque, per non più di 24 mesi dalla cessazione del rapporto.
Per le attività di profilazione, il termine massimo è di 12 mesi dalla raccolta.

Informazioni aggiuntive

L'informativa è disponibile nelle Condizioni Generali di Polizza annesse alla presente nota informativa o sul sito **www.axa.it**. Altre informazioni sul trattamento dei dati personali sono disponibili nella sezione Privacy del sito web indicato.

INFORMATIVA PRIVACY

SULL'USO DEI DATI BIOMETRICI CONNESSI ALLA FIRMA GRAFOMETRICA

La informiamo, inoltre, circa le modalità di trattamento dei Suoi dati biometrici (nel seguito anche "Dati") connessi all'utilizzo del servizio "Firma Grafometrica" a cui potrà liberamente aderire.

Tale informativa integra l'informativa generale sul trattamento dei dati personali soprariportata.
I Dati da Lei gentilmente forniti saranno trattati da AXA Assicurazioni S.p.A. (nel seguito "AXA") mediante registrazione elettronica e verranno utilizzati secondo le finalità e con le modalità indicate nel documento che le spiega le caratteristiche del servizio (disponibile anche online nel sito di AXA) e, in particolare, per:

- Garantire o aumentare la sicurezza nei processi di sottoscrizione di documenti;
- Contribuire, attraverso le garanzie di autenticità, non ripudio e integrità dei documenti sottoscritti elettronicamente, a conferire maggiore certezza nei rapporti giuridici con Lei intercorrenti e ridurre il rischio di sostituzioni di persona e di frodi;
- Ottemperare agli obblighi previsti dalla legge, dai regolamenti e/o dalla normativa comunitaria ed internazionale.

Il conferimento dei dati biometrici per le suddette finalità è facoltativo e un eventuale rifiuto al rilascio dei Dati o del consenso da parte Sua non comporta pregiudizio alcuno. L'unica conseguenza sarà l'impossibilità per AXA di erogare il servizio richiesto e di consentire l'utilizzo del sistema di firma grafometrica. Nei casi di mancanza di consenso al trattamento dei Dati, è stata prevista come misura alternativa la sottoscrizione dei documenti con firma tradizionale autografa su supporto cartaceo. La successiva revoca del consenso al trattamento dei Dati necessari per l'utilizzo del sistema di firma grafometrica determinerà la disattivazione del servizio stesso.
Base giuridica del trattamento: per la finalità sopra descritta la base giuridica che legittima il trattamento è la manifestazione del consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati personali per tale specifica finalità.

I Dati saranno trattati mediante strumenti informatici e telematici con logiche strettamente connesse alle finalità sopra indicate e comunque nel rispetto delle disposizioni di legge.
I Dati, in forma sempre criptata, saranno conservati presso AXA e/o presso le società appositamente nominate Responsabili esterne del trattamento dei dati nell'ambito delle attività di archiviazione e conservazione a norma dei documenti firmati elettronicamente.
I Dati raccolti saranno trattati altresì da:

- Società di servizi anche facenti parte del Gruppo AXA, in qualità di Responsabile del "Sistema di Conservazione" e di Responsabile esterno del trattamento;
- Società delegate per la realizzazione materiale dei servizi di conservazione digitale a norma ("Conservatore") e in qualità di Responsabile esterno del trattamento.

In ogni caso il trattamento dei Dati che La riguardano avverrà con le logiche strettamente correlate alle finalità suddette e sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza. I Dati, infatti, saranno trattati con sistema di cifratura e saranno inaccessibili al personale e agli addetti alla manutenzione, essendo previsto un particolare procedimento per decifrarli.
Lei ha diritto di ottenere la conferma ad accedere ai Suoi Dati, farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne la limitazione, di opporsi al loro trattamento nei casi previsti dalla legge, di richiedere la portabilità dei Dati e far valere il diritto all'oblio. Per l'esercizio dei Suoi diritti, Lei può rivolgersi ad AXA Assicurazioni S.p.A. – Corso Como 17 - c.a. Data Protection Officer - 20154 Milano (MI) - e-mail: privacy@axa.it. Per proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali: protocollo@pec.gpdp.it

INFORMATIVA PRIVACY

SULL'USO DELLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA PER LE INFORMAZIONI PRECONTRATTUALI E LA GESTIONE DEI CONTRATTI ASSICURATIVI

In conformità alla vigente normativa assicurativa abbiamo necessità di raccogliere il suo consenso ad inviarle, in formato elettronico ed al contratto di recapito indicato in anagrafica, la documentazione e le comunicazioni, precontrattuali e contrattuali, previste dalla normativa e funzionali alla gestione dei servizi che ci richiede.
Tale consenso fa riferimento a tutti i contratti stipulati con la nostra Compagnia e potrà da lei essere revocato liberamente in qualsiasi momento.