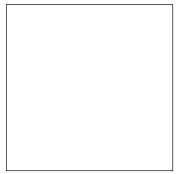




proposta di assicurazione



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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Fino a 50.000€ <input type="checkbox"/> Tra 50.001€ e 100.000€ <input type="checkbox"/> Superiore a 100.000€			
Settore		SAE		RAE			
ATECO			e-mail		Telefono		

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 <input type="checkbox"/> Fino a 500.000€ <input type="checkbox"/> Tra 500.001€ e 1.000.000€ <input type="checkbox"/> Superiore a 1.000.000€			
Settore		SAE		RAE			
ATECO			e-mail		Telefono		

RAPPRESENTANTE LEGALE

Cognome		Nome		Codice Fiscale		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita		Luogo di nascita			Provincia		
Indirizzo di residenza			Comune di residenza		Provincia	C.A.P.	
Nazione di residenza				Professione			

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 € 211.168.625 interamente versato - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano 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°
----------	----------------	-----------	-------------

IMPORTO DEI PREMI

- Premio Unico Ricorrente** - Importo Annuo: Euro Durata pagamento premi in anni
- Frequenza dei versamenti: Mensile Trimestrale Semestrale Annuale
- Prima rata di premio alla sottoscrizione della Proposta di Assicurazione Euro
(in caso di frazionamento mensile, alla sottoscrizione dovranno essere corrisposte le prime tre mensilità)
- Premio Unico** : Euro (di cui costo in percentuale%)
- Versamento Integrativo** alla sottoscrizione della Proposta di Assicurazione: Euro (se previsto dalla tariffa)

RIPARTIZIONE DEI PREMI

- Fondo %
- Fondo %
- Fondo %
- Fondo %
- Fondo %
- Fondo %

CONDIZIONI DI SOTTOSCRIZIONE

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 maggiorato o diminuito per la parte di premio investita nei Fondi Assicurativi Interni, della differenza tra il valore di mercato delle Quote alla data di disinvestimento ed il valore delle stesse alla data di investimento, 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 **si conclude e decorre il primo Giovedì successivo al giorno di sottoscrizione della presente Proposta di Assicurazione debitamente compilata a condizione che sia stato corrisposto il Premio e che la Proposta sia stata Ricevuta dalla Compagnia. Qualora la data di sottoscrizione sia un giovedì, il Contratto si concluderà e decorrerà dal giovedì della settimana successiva. La sottoscrizione della Proposta deve essere effettuata con contestuale versamento del Premio;**
- 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 SOPRA RIPORTATO, 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. In seguito all'avvenuto perfezionamento del Contratto la Compagnia invierà al Contraente una lettera di Conferma entro 7 giorni Lavorativi dalla data di valorizzazione delle quote relativi alla componente Unit Linked: 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

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

VINCOLOLa 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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		

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

GARANZIE COMPLEMENTARI

Premio Annuo	Capitale Iniziale Assicurato
<input type="checkbox"/> Decesso: Euro
..... Euro Euro

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

- nel corso degli ultimi 10 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;
- nel corso degli ultimi 2 anni non sono mai stato ricoverato in case di cura o ospedali per più di 7 giorni consecutivi;
- 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

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 riportate nel questionario.

Luogo e data

Firma dell'incaricato

Firma del Contraente/
Legale Rappresentante/Esecutore

Firma dell'Assicurato
