



# 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°
----------	----------------	-----------	-------------

### GARANZIA PRINCIPALE

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

**Profilo:**  IoDomani Voglio  IoDomani Posso  IoDomani Difendo  IoDomani Scelgo **Opzione aggiuntive:**  Cedola  Take Profit

Fondo ..... %  Fondo ..... %

Fondo ..... %  Fondo ..... %

Fondo ..... %

### GARANZIE COMPLEMENTARI DI PROTEZIONE

**Data di preventivo:** ..... **Frequenza dei versamenti:** Annuale **Premio annuo:** Euro .....

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

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

**Garanzia "Malattie Gravi"**: Capitale Assicurato Euro ..... **Durata in anni** .....

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

**Garanzia "Perdita dell'autosufficienza"**: Rendita mensile Assicurata Euro..... **Durata in anni** .....

Capitale una tantum Euro.....

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

**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

#### 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. ....);**
- **dichiarano di conoscere ed accettare integralmente i contenuti del predetto Set Informativo.**

#### 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. Il Premio annuo di Protezione sopra riportato potrebbe variare qualora l'Assicurando compiesse gli anni prima del primo Giovedì successivo all'incasso 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

**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	
Recapito Indirizzo di residenza		Comune di residenza	Provincia
C.A.P.			
Nazione di residenza	e-mail	Numero Telefono	

**BENEFICIARI CASO VITA****BENEFICIARIO 1**

Cognome/Denominazione Sociale		Nome	Codice Fiscale/P. IVA	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data di nascita	Luogo di nascita		Provincia	
Recapito Indirizzo di residenza		Comune di residenza	Provincia	C.A.P.
Nazione di residenza	e-mail	Numero Telefono	% di Ripartizione della Prestazione	

**BENEFICIARI CASO MORTE****BENEFICIARIO 1**

Cognome/Denominazione Sociale		Nome	Codice Fiscale/P. IVA	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data di nascita	Luogo di nascita		Provincia	
Recapito Indirizzo di residenza		Comune di residenza	Provincia	C.A.P.
Nazione di residenza	e-mail	Numero Telefono	% di Ripartizione della Prestazione	

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 a tutte le domande. Si ricorda che le dichiarazioni inesatte possono compromettere l'efficacia della garanzia assicurativa. **Per la sottoscrizione del presente Contratto è richiesto il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica.**

Gli Assicurati con capitale assicurato non superiore a € 300.000 per copertura assicurativa caso morte o "malattia grave" ed età non superiore a 60 anni e gli Assicurati che hanno scelto la sola garanzia "Perdita dell'autosufficienza" possono limitarsi alla compilazione del "Questionario sanitario". **Per la Garanzia Caso Morte da Infortunio non è necessaria** la compilazione del Questionario Sanitario.

**A. È fumatore?**  SI  NO  
(per non fumatore si intende chi non fuma nemmeno sporadicamente da più di 12 mesi sigarette, sigari, pipe o sigarette elettroniche)

**B. Intende sottoporsi a visita medica per eliminare il periodo di carenza previsto dalle Condizioni Contrattuali e/o allegare il referto del test HIV per eliminare la carenza relativa? (specificare quale)**  SI  NO

### C. QUESTIONARIO SANITARIO

1. Altezza (cm): .....

2. Peso (kg): .....

3. Attività extraprofessionali o sportive: ..... (domanda facoltativa)

4. Il suo peso e la sua altezza NON rientrano in una delle fasce indicate? (domanda alternativa alle prime due)  SI  NO

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

5. Le è mai stata rifiutata o rinviata una copertura assicurativa per caso morte o malattia grave, o accettata con un sovrappremio o con la previsione di esclusione a causa di problemi di salute?  SI  NO

6. Beneficia di una pensione di invalidità o inabilità o ne ha mai fatto richiesta o ha mai avuto un sinistro per invalidità, infortunio o malattie gravi?  SI  NO

7. È attualmente impegnato o ha intenzione di impegnarsi in qualsiasi sport o attività pericolose o aviatorie?  SI  NO

8. Le è mai stato consigliato di sottoporsi o si è mai sottoposto a trattamenti medici per patologie o disturbi relativi a:  SI  NO  
(specificare quale e inserire dettagli nelle note)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> AIDS o HIV  | <input type="checkbox"/> Orecchie, naso, gola o bocca                                 |
| <input type="checkbox"/> Allergie o disturbi del sistema immunitario                   | <input type="checkbox"/> Occhi  |
| <input type="checkbox"/> Vescica, reni, prostata o tratto urinario                     | <input type="checkbox"/> Cuore, vene o vasi sanguigni                                 |
| <input type="checkbox"/> Sangue  | <input type="checkbox"/> Epatite  |
| <input type="checkbox"/> Ossa, articolazioni, muscoli o tessuto connettivo             | <input type="checkbox"/> Ormoni, ghiandole o metabolismo                              |
| <input type="checkbox"/> Cervello, midollo spinale o neuropatie                        | <input type="checkbox"/> Infezioni o virus  |
| <input type="checkbox"/> Polmoni o respirazione  | <input type="checkbox"/> Infortuni o avvelenamenti                                    |
| <input type="checkbox"/> Carcinoma, melanoma, cisti, tumore, crescita anomala o nodulo | <input type="checkbox"/> Intestino, esofago o stomaco                                 |
| <input type="checkbox"/> Ictus cerebrale o accidente cerebrovascolare                  | <input type="checkbox"/> Fegato, dotto biliare o colecisti                            |
| <input type="checkbox"/> Attacco ischemico transitorio (TIA)                           | <input type="checkbox"/> Alterazioni psicologiche, mentali, comportamentali o emotive |
| <input type="checkbox"/> Diabete   | <input type="checkbox"/> Altra patologia o disturbo                                   |
| <input type="checkbox"/> Dipendenza da droga o da alcool                               | <input type="checkbox"/> Nessuna  |

9. Nella sua famiglia (padre, madre, fratello o sorella) è mai stata diagnostica, prima dei 60 anni, una delle seguenti malattie: cancro, infarto, ictus, malattia di Huntington, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson o qualsiasi altra malattia ereditaria?  SI  NO

10. Ha programmato di effettuare, sta effettuando o le è mai stato consigliato di effettuare un trattamento medico per problemi di salute oppure attende dei risultati di analisi o test medici?  SI  NO

11. Si è sottoposto negli ultimi 5 anni o è in procinto di sottoporsi a qualsiasi intervento chirurgico?  SI  NO

12. Si è sottoposto negli ultimi 5 anni o è in procinto di sottoporsi a terapie di durata superiore a 3 settimana per affezioni diverse da ipertensione, ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia, menopausa, allergie, terapia anticoncezionale, terapie preventive? (solo per garanzia caso "perdita dell'autosufficienza")  SI  NO

13. Beneficia di esenzione totale dal ticket sanitario in ragione di patologie croniche e/o rare oppure ha fatto richiesta per ottenerla? (solo per garanzia caso "perdita dell'autosufficienza")  SI  NO

14. A prescindere dalle condizioni di cui ai precedenti punti, le sono stati mai prescritti farmaci da un medico o altro operatore sanitario per un periodo superiore a 5 giorni (ad eccezione dei normali raffreddori, influenze, o patologie di simile entità)?  SI  NO

### Note in caso di risposte positive al questionario sanitario

---



---



---

### AVVERTENZE:

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- Prima della sottoscrizione l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può richiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute con evidenza del costo a suo carico.

Luogo e data

Firma dell'incaricato

Firma del Contraente/  
Legale Rappresentante/Esecutore

Firma dell'Assicurato



# AREA RISERVATA



L'Area Riservata di AXA è uno spazio dove potrai consultare la tua posizione assicurativa ovunque tu sia

Registrarsi è facile: bastano – codice fiscale e numero di polizza – per consultare:



Le tue **coperture assicurative** in essere.



Le tue **condizioni contrattuali**.



Lo stato di pagamento dei tuoi premi e le **relative scadenze**.



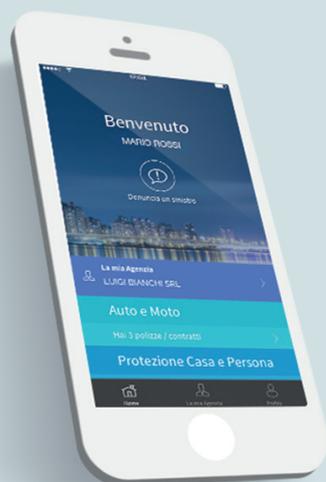
... e molto altro ancora!



## AREA RISERVATA

Per maggiori informazioni e assistenza consulta il nostro sito [www.axa.it](http://www.axa.it) oppure contattaci direttamente:

Modulo di richiesta online su [www.axa.it](http://www.axa.it), sezione **Contattaci**



**My AXA è la nuova App dedicata a tutti i nostri clienti.**

**Inquadra il QR Code e scarica l'App da Play Store e App Store!**

