



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°
----------	----------------	-----------	-------------

DATI TECNICI DI POLIZZA

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

Premio Unico Ricorrente - Durata pagamento premi in anni

Frequenza dei versamenti: Mensile Premio di rata: **Euro**

Annuale Premio di rata: **Euro**

Premio Unico copertura caso morte: Euro di cui Sovrappremio: Euro.....

Capitale Iniziale Assicurato: Euro

Versamento Integrativo alla sottoscrizione della Proposta di Assicurazione: **Euro**.....

Importo di premio al perfezionamento della Proposta di Assicurazione Euro.....

(in caso di frazionamento mensile, alla sottoscrizione dovranno essere corrisposte le prime tre mensilità)

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.**

Il Contraente dichiara inoltre:

- 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 degli eventuali diritti fissi o, in caso di tariffa a premio annuo, al netto della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.
- 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 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
_____	_____

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 <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)		

BENEFICIARIO

Nome e Cognome:.....		Codice fiscale:.....	
Rinuncia al potere di revoca da parte del Contraente:		Accettazione del beneficio in nome e nell'interesse del beneficiario minorenni:	
Luogo e data	Firma del Contraente	Luogo e data	Firma dell'Esercente la patria potestà
_____	_____	_____	_____

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. CARENZE:

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

B. DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

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

Note in caso di risposta negativa:

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;
- 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
_____	_____	_____	_____

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, comuni e 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 (cambiarario, 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).

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 ADEBITO SU CONTO CORRENTE delle DISPOSIZIONI SEPA DIRECT DEBIT - Importo Prefissato

<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">CODICE MANDATO</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">NOME E COGNOME DEL CONTRAENTE</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">CODICE FISCALE DEL CONTRAENTE</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">NUMERO DELLA PRESENTE PROPOSTA</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">CODICE IDENTIFICATIVO CREDITORE</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I T 8 7 Y 0 1 0 0 0 0 0 0 9 0 2 1 7 0 0 1 8</td> </tr> </table>	CODICE MANDATO	NOME E COGNOME DEL CONTRAENTE	CODICE FISCALE DEL CONTRAENTE	NUMERO DELLA PRESENTE PROPOSTA	CODICE IDENTIFICATIVO CREDITORE	I T 8 7 Y 0 1 0 0 0 0 0 0 9 0 2 1 7 0 0 1 8	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: center;">INTESTAZIONE DEL CONTO CORRENTE</td></tr> <tr><td>Cognome</td></tr> <tr><td>Nome</td></tr> <tr><td>Indirizzo</td></tr> <tr><td>Comune CAP.....</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">IBAN DEL CONTO DA ADEBITARE</td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>	INTESTAZIONE DEL CONTO CORRENTE	Cognome	Nome	Indirizzo	Comune CAP.....	IBAN DEL CONTO DA ADEBITARE	
CODICE MANDATO														
NOME E COGNOME DEL CONTRAENTE														
CODICE FISCALE DEL CONTRAENTE														
NUMERO DELLA PRESENTE PROPOSTA														
CODICE IDENTIFICATIVO CREDITORE														
I T 8 7 Y 0 1 0 0 0 0 0 0 9 0 2 1 7 0 0 1 8														
INTESTAZIONE DEL CONTO CORRENTE														
Cognome														
Nome														
Indirizzo														
Comune CAP.....														
IBAN DEL CONTO DA ADEBITARE														

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 _____

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

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 oppure contattaci direttamente:

Modulo di richiesta online su 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!**



Per questo prodotto è stata usata una carta proveniente da foreste gestite in maniera corretta e responsabile secondo rigorosi standard ambientali, sociali ed economici.

