

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 T	DDICE TARIFFA Cod. Conv			Proposta N°				
Data Operazione Tipo rapporto A			enzia				Codice		Operat	Operatore			
CONTRAENTE (Persona	fisica)												
Cognome	liolouj		Nome				Codice	e Fiscale				Sesso	
Data di nascita	Luc	ogo di nascit	а						F	Provincia		\square M	□F
Indirizzo di residenza		Comune di residenza			a Pro			Provincia	rovincia				
Nazione di residenza		Profe	essione				Tipo Doci	umento			N°		
Rilasciato il		Ente	Ente emittente			Luogo Emissione (Prov.)							
Nazione di Cittadinanza 1 Nazione			Cittadinanza 2 Reddito ultimo dispo										
Settore	(er	ventuale) Æ			☐ Fin	o a 50.000 RAE	€ □ Tra	a 50.001€	e 100.	.000€	□ Superior	e a 100.0	000€
ATECO				e-mail			Telefono			ono			
CONTRAENTE (Persona Società/Ente	giuridica)				Partita IV	A			0	Codice Fisc	ale		
Indirizzo di residenza			Comune	di residenza						Provincia		C.A.P.	
Nazione	Nazi	one sede leg			Fattı	urato ultimo d	disponibile					0	
Nazione	ester		are (per sour	icta di dilitto	₽F	ino a 500.0 00.000€			01€ e 1	.000.000	0€ □ Supe	eriore a	
Settore	SA	Æ				RAE			+				
ATECO				e-mail					Telefo	ono			
RAPPRESENTANTE LEG	ΔIF												
Cognome			Nome				Codice	e Fiscale				Sesso	
Data di nascita Luogo di nascita									F	Provincia			□F
Indirizzo di residenza			Comune di residenza				Provincia				C.A.P.		
Nazione di residenza		Nazione di C	e di Cittadinanza 1 Nazione di			Cittadinanza 2 (eventuale) Professione			one				
Tipo Documento	N°		Rilasciato il Ente emitte			ente		Luogo E	Emissione ((Prov.)			
INDIRIZZO DI RECAPITO	n												
Indirizzo			Comune					Provinc	cia (C.A.P.	Nazione		
ESECUTORE: Tutore	Legale	☐ Curatore	9	☐ Firmatari	io								
Cognome	.0		Nome				Codice	e Fiscale				Sesso	
Data di nascita	Luc	ogo di nascit	а						F	Provincia		□М	□F
Indirizzo di residenza			Comune	di residenza					F	Provincia		C.A.P.	
Nazione di residenza		Nazione di C	ittadinanz	a 1		Nazione di	Cittadinar	nza 2 (event	uale)	Profession	one		
Tipo Documento N°			Rilasciato il Ente emitt			e emittente Luogo Emi			missione (Prov.)				
ACCIOLIDATO													
ASSICURATO Cognome			Nome				Codice	e Fiscale				Sesso	
Data di nascita	Luz	ogo di nascit					300100			Provincia		□ M	□F
	Luc	ogo ui ilastil		di rooidana								CAD	
Indirizzo di residenza			Comune	di residenza	-	Durfe. :			F	Provincia		C.A.P.	
Nazione di residenza						Professione							

PRODOTTO	CODICE TARIFFA	Cod. Conv	Proposta N°		
IPORTO DEI PREMI					
□ Premio Unico Ricorrente - Importo Annuo: Euro			nto premi in anni		
Frequenza dei versamenti: Mensile Trimestrake Prima rata di premio alla sottoscrizione della Proposta di		□ Annuale			
(in caso di frazionamento mensile, alla sottoscrizione dovranno e					
□ Premio Unico : Euro	(di cui costo i	n percentuale	%)		
 Versamento Integrativo alla sottoscrizione della Proposta tariffa) 	di Assicurazione: Euro			(se previs	to dalla
PARTIZIONE DEI PREMI					
□ Fondo		%			
□ Fondo		%			
☐ Fondo		%			
□ Fondo		%			
□ Fondo		%			
□ Fondo		%			
NDIZIONI DI SOTTOSCRIZIONE					
Contraente:					
conferma che le informazioni contenute nella presente Pro	•			•	
 dichiara di aver ricevuto il Set informativo composto da: l aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione di 			•		
);					
dichiara di conoscere ed accettare integralmente i conten- qualora la presente proposta derivi da trasformazione ov			nienti da un preceden	te contratto, dic	hiara di aver
ricevuto la predetta documentazione e la scheda compara		•	•	to contracto, alor	mara ar aver
Il Contraente dichiara inoltre:					
 di aver ricevuto, in tempo utile prima di essere vincolato o prodotto ed alle opzioni richieste; 	lalla sottoscrizione della	proposta, il docur	nento contenente le ir	ıformazioni chiav	ve relativo al
 di essere stato informato, in tempo utile prima di riman- Compagnia di tutti i documenti contenenti informazioni ch 		osta, della pubbli	cazione e della dispoi	nibilità sul sito ir	nternet della
- di aver preso atto della revocabilità della presente Propos	sta di Assicurazione e de				
conclusione dello stesso. In caso di revoca della proposta eventualmente pagate dallo stesso. In caso di recesso					
comunicazione, il Premio Versato maggiorato o diminuito	per la parte di premio i	nvestita nei Fondi	Assicurativi Interni, d	ella differenza tr	a il valore di
mercato delle Quote alla data di disinvestimento ed il val- contratto, dell'eventuale Premio per le Garanzie compleme			•	ostenute per l'ei	missione dei
di aver preso atto che il Contratto si conclude e decorre il	primo Giovedi successiv	o al giorno di sotte	oscrizione della preser	•	
debitamente compilata a condizione che sia stato corris sottoscrizione sia un giovedì, il Contratto si concluderà e d					
effettuata con contestuale versamento del Premio; - di aver sottoscritto il Questionario per la valutazione delle	richieste ed esigenze as	sicurative del con	tratto:		
- di essere a conoscenza che le dichiarazioni non veritiere,				sono compromet	ttere il diritto
alla prestazione.	***				
La presente proposta costituirà la base del contratto che la (Contratto la Compagnia invierà al Contraente una lettera					
componente Unit Linked: in caso contrario la presente dovrà		•		•	
L'Assicurato, qualora persona diversa dal Contraente, accon Le firme apposte in calce si intendono quindi valide a tutti gl	•		ntrattuale.		
and appears in order or internation damar range a ratio St	•	Firma del Contraer			
Luogo e data Firma dell'incarica	ato Legale	Rappresentante/	Esecutore	Firma dell'As	ssicurato
ESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLE RICHIEST	E ED ESIGENZE ASS	ICURATIVE DEL	CONTRATTO		
L'Incaricato dichiara di aver adempiuto all'obbligo di conseg	na e compilazione del su	ıddetto questionar	io N		
Luogo e data				Firma dell'Ir	ncaricato
CHIESTA DI PRESTAZIONE RELATIVA AL CONTRATTO	IN SCADENZA N°				
		Contraonto o Borr	eficiario /a dalla nali	ra in Soodonzo:	
II/La Sottoscritto/a • Autorizza il reinvestimento nella polizza		Contraente e Ben dell'ir	nporto di Euro	a III Scadenza:	
Chiede di incassare, tramite assegno di traenza, l'import	o di Euro				
A tale scopo si allegano i seguenti documenti: fotocopia del d	documento di identità va	lido; originale dell	a polizza in scadenza.		
Lungo e data		Firma d	el Contraente/Legale	Rannresentante	/Fsecutore

AXA Assicurazioni S.p.A. Pagina 2 di 5

BENEFICIARI								1			
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'Ass	icurato:										
☐ Dichiaro di non voler indicare nomi											
☐ E' presente un beneficiario disabile	ai sensi dell	a Legge 104/92? □ \$	SI NO								
VINCOLO											
La polizza dovrà essere vincolata? (Se s	i, specificare	l'esatta denominazior	ne del Vincolatario e indirizzo	complete	0) [∃SI	□ N0				
Avvertenza: in caso di mancata compila maggiori difficoltà nell'identificazione e REFERENTE TERZO REFERENTE TERZO (da compilare qualora	nella ricerc	a dei beneficiari. La n	nodifica o revoca di questi			-		cesso dei	rassicurat		
Cognome e Nome/Denominazione Soc			· ,	Cod	ice Fiscale/P. IVA						
Indirizzo di recapito			Comune			Provincia		C.A.P.			
Nazione	e-mail	Numero Telefono)						
BENEFICIARI BENEFICIARIO CASO VITA											
Cognome/Denominazione Sociale		Nome		Cod	ice Fiscale/P. IVA			Sesso	□F		
Data di nascita	Luogo di	nascita				Provin	icia				
Indirizzo di recapito/Sede legale			Comune			Provin	icia	C.A.P.			
Nazione		e-mail		Numero	o Telefono		% di Ripartizione	della Pres	stazione		
BENEFICIARIO CASO MORTE				$\mathbf{V} \mathbf{I}$							
Cognome/Denominazione Sociale		Nome	-5111	Cod	ice Fiscale/P. IVA		ı	Sesso	□F		
Data di nascita	Luogo di	nascita				Provin	cia				
Indirizzo di recapito	•		Comune			Provin	icia	C.A.P.			
Nazione		e-mail		Numer	o Telefono		% di Ripartizione	della Pres	stazione		

AXA Assicurazioni S.p.A. Pagina 3 di 5

Contraente (cognome e nome)				,	Assicurato (cognome e nome)							
ARA	NZIE C	OMPLEM	ENTARI									
				Pre	emio Unico			Capita	ale Iniziale A	ssicurato		
□ De	ecesso:					Euro				E	uro	
RACC	OLTA I	OI INFORM	MAZIONI SU	JLLO STATO	DI SALUT	E DELL'AS	SICURATO					
	lichiara pletezz		eguono cos	stituiscono la	a base del	contratto ch	ne verrà emo	esso dalla	Compagnia	. È quindi n	ecessario risp	oondere con cura e
Dich	iaro che)										
1.	ho in ictus,	programm diabete, d	ia di effettu listurbi al re	iare accerta	amenti per , disturbi n	disturbi al eurologici,	cuore, ai p	olmoni, pe	r disturbi d	circolatori, p	ffettuando e per ipertension ncro, melano	one,
2.	nel co	rso degli u	ıltimi 2 ann	i non sono	mai stato r	ricoverato ir	n case di cu	ra o osped	dali per più	di 7 giorni	consecutivi;	
3.	il mio	peso e la i	mia altezza	rientrano i	n una delle	fasce indic	cate:			+C		r
		145-149	150-154	155-159	160-164		170-174	175-179				
	Kg	40-72	43 - 77	46 - 82	48 - 87	52 - 93	54 - 98	58 - 104	61 - 110	64 - 116	68 - 123	
			-	cedenti dic Proposta sal			azione della	ı Compagr	nia			□ SI □ NO
• Le	estazio	razioni nor ne;					urando per l delle dichia					ettere il diritto alla
	Luogo	e data		Firma dell'ir	caricato		Firma Legale Rapp	del Contra presentante		_	Firma dell'Ass	sicurato

CODICE TARIFFA

Cod. Conv

Proposta N°

PRODOTTO

AXA Assicurazioni S.p.A. Pagina 4 di 5

PRODOTTO	CODICE TARIFFA	Cod. Conv	Proposta N°									
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI												
Prima di fornire i suoi consensi, La invitiamo a leggere attentamer www.axa.it.	nte l'informativa Pı	rivacy consegnata, dis	ponibile anche nella sezione F	rivacy del sito)							
Finalità assicurative descritte alla lettera A) dell'Informativa Privad	у											
acconsento al trattamento dei dati personali, comuni e sensibili, p in forma scritta.	er le finalità assic	urative e a tal fine sot	toscrivo il modulo per esprime	re questo con	isenso							
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 d	e di società appart	enenti allo stesso Gru	прро	□sı	□ 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												
3) Attività promozionali, di vendita e ricerche di mercato di prodot	ti e servizi di socie	tà partner		□ sı	□ NO							
Nome e Cognome Contraente/Legale Rappresentante		data e firma										
Ontradito, Esgaio Rappiecontanto												
MODALITA' DI PAGAMENTO DEI PREMI					1							
 ("in qualità di Agente di AXA Assicurazioni S.p.A.") e munito di cl bonifico (bancario domestico, estero o postale) per il quale occi senza spazi; bollettino postale da utilizzarsi secondo le modalità previste da di AXA Assicurazioni S.p.A."); moneta elettronica (carta di credito, carta di debito, POS -banco Non è consentito per questo tipo di polizza effettuare pagamenti ATTENZIONE: Il presente documento non costituisce quietanza di 	orre indicare nella lla legge intestato omat-). in contanti (banco	causale del bonifico i ad AXA Assicurazioni note e monete metalli	I n° di polizza (se non conosci S.p.A. ovvero all'Intermediario che).	("in qualità di	Agente							
contratto di polizza				, cu cinission								
AUTORIZZAZIONE DI ADDEBITO SU CONTO CORRENTE del	le DISPOSIZION	II SEPA DIRECT DE	BIT – Importo Prefissato									
CODICE MANDATO NOME E COGNOME DEL CONTRAENTE		INTES	TAZIONE DEL CONTO CORRENTE	Ē								
	Cos	inome										
CODICE FISCALE DEL CONTRAENTE	No	me										
NUMERO DELLA PRESENTE PROPOSTA Comune												
CODICE IDENTIFICATIVO CREDITORE		IBAN	N DEL CONTO DA ADDEBITARE									
I T 8 7 Y 0 1 0 0 0 0 0 0 9 0 2 1 7 C	0 1 8											
Il sottoscritto autorizza: • l'Azienda di Credito ad eseguire il versamento periodic • AXA Assicurazioni a disporre in via continuativa di operazioni SDD ad importo prefissato pari a Euro_ sussiste la condizione di esercitare il diritto di rimborso dell'adde l'operazione fino alla data in cui il pagamento è dovuto. Si precisa che l'importo del presente mandato è stato arrotonda premio di rata di polizza. Firma	ebito, ferma resta	e prende atto ch ndo la possibilità di c	hiedere alla propria azienda d	di Credito di re	evocare							

AXA Assicurazioni S.p.A. Pagina 5 di 5

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