



famiglia

# Semplicemente Vita più Capitale Decrescente

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA  
CASO MORTE A PREMIO ANNUO E CAPITALE  
DECRESCENTE

- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DEL GLOSSARIO
- MODULO DI PROPOSTA



edizione maggio 2019





# Semplicemente Vita Più Capitale Decrescente

## CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA CASO MORTE A PREMIO ANNUO E CAPITALE DECRESCENTE

- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DEL GLOSSARIO
- MODULO DI PROPOSTA

edizione maggio 2019

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)

# AREA CLIENTI

L'Area Clienti 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 CLIENTI

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!**



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



# Indice

Glossario .....	1
Sezione 1 - Condizioni Generali.....	3
1.1 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato.....	3
1.2 Recesso.....	4
1.3 Riscatti e Prestiti.....	4
1.4 Cessione, Pegno e Vincolo.....	4
1.5 Foro Competente.....	4
1.6 Valuta .....	4
1.7 Regime fiscale .....	4
1.8 Restrizioni internazionali.....	4
Sezione 2 - Condizioni Contrattuali .....	6
Premessa .....	6
2.1 Prestazioni assicurate e garanzie offerte.....	6
2.2 Decorrenza del Contratto .....	6
2.3. Limiti di età.....	6
Età dell'Assicurato.....	6
2.4. Durata contrattuale .....	7
2.5 Premio .....	7
Definizione di Non Fumatore .....	7
2.5.1 Tasse e imposte.....	8
2.5.2 Mancato pagamento del Premio (Risoluzione) .....	8
2.5.3 Ripresa del pagamento del Premio (Riattivazione).....	8
2.5.4 Sconti .....	8
Sezione 3 - Criteri Assuntivi.....	9
3.1 Valutazione preventiva .....	9
3.2 Periodo di Carenza.....	9
Sezione 4 - Denuncia e Liquidazione del sinistro.....	10
4.1 Beneficiari .....	10
4.2 Esclusioni e limitazioni .....	10
4.3 Denuncia del sinistro.....	10
4.4 Pagamenti della Compagnia.....	11
Informativa Generale Sul Trattamento dei Dati Personali.....	1
<b>A) Trattamento dei suoi dati personali per finalità assicurative.....</b>	<b>1</b>
<b>B) Trattamento dei dati personali comuni per attività commerciali e di marketing.....</b>	<b>2</b>



### Glossario

Edizione maggio 2019

Assicurato:	è la persona sulla cui vita viene stipulato il Contratto.
Beneficiario:	è la persona fisica o giuridica designata dal Contraente cui sono erogate le prestazioni previste dal Contratto.
Capitale Assicurato:	è la prestazione in forma di Capitale che la Compagnia corrisponde ai Beneficiari designati in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della Durata Contrattuale.
Carenza:	periodo durante il quale le garanzie del Contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo, la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurata.
Compagnia:	AXA Assicurazioni S.p.A., con la quale viene stipulato il Contratto.
Contraente:	la persona fisica o giuridica che stipula il Contratto con la Compagnia e si impegna al versamento del Premio di polizza.
Contratto (o polizza):	il presente Contratto di assicurazione sulla vita denominato "Semplicemente Vita Capitale Decrescente Premio Annuo". La polizza fornisce la prova dell'esistenza del rapporto contrattuale di assicurazione con la Compagnia.
Costi (o spese):	oneri a carico del Contraente gravanti sul Premio.
Data di Decorrenza e perfezionamento del Contratto:	è la data a partire dalla quale il Contratto si considera concluso e produce i suoi effetti.
Data di Scadenza:	data in cui cessano gli effetti del Contratto.
Diritti (propri) dei Beneficiari:	diritto dei Beneficiari alle prestazioni del Contratto dovute dalla Compagnia; è acquisito per effetto della designazione da parte del Contraente.
Durata Contrattuale:	periodo che intercorre dalla Data di Decorrenza alla Data di Scadenza del Contratto.
Esclusioni:	rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del Contratto di assicurazione.

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

Perfezionamento del Contratto:	coincide con la Data di Decorrenza del Contratto a condizione che il Contraente abbia pagato la prima rata di Premio Totale e abbia compilato e sottoscritto la Proposta di Assicurazione, il questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto e il questionario sanitario.
Premio Totale:	importo che il Contraente deve corrispondere alle scadenze pattuite nel corso della Durata Contrattuale composto dalla somma del premio dovuto a fronte della prestazione assicurata.
Proposta di Assicurazione:	modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli conferma di avere ricevuto, letto e valutato Documento Informativo Precontrattuale, Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo e Condizioni di Assicurazione del Contratto e manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il Contratto. È soggetto all'approvazione della Compagnia.
Recesso:	diritto del Contraente di recedere dal Contratto e farne cessare gli effetti, da comunicarsi alla Compagnia entro 30 giorni dal perfezionamento del Contratto (60 giorni se il Contratto è abbinato ad un finanziamento).
Revoca:	diritto del Contraente di revocare la propria Proposta di Assicurazione prima del perfezionamento del Contratto.



## Polizza Temporanea Caso Morte a Capitale Decrescente ed a Premio Annuo Costante e Limitato

### Sezione 1 - Condizioni Generali

- 1.1 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato
  - 1.2 Recesso
  - 1.3 Riscatti e Prestiti
  - 1.4 Cessione, Pegno e Vincolo
  - 1.5 Foro competente
  - 1.6 Valuta
  - 1.7 Regime Fiscale
  - 1.8 Restrizioni internazionali
- 

#### 1.1 Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete.

**Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni assicurate, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.**

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

In particolare, in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze tali che AXA Assicurazioni S.p.A. non avrebbe dato il suo consenso, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia stessa ha diritto:

a) quando esiste dolo o colpa grave:

- di impugnare il contratto, dichiarando al Contraente di voler esercitare tale diritto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza; trascorso detto termine AXA Assicurazioni S.p.A. decade da tale diritto;
- di rifiutare, in caso di sinistro ed in ogni tempo, qualsiasi pagamento;

b) quando non esiste dolo o colpa grave:

- di recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da inviare al Contraente, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
- di ridurre, in caso di sinistro, la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se avesse conosciuto il vero stato delle cose.

AXA Assicurazioni S.p.A. rinuncia a tali diritti trascorsi sei mesi dall'efficacia dell'assicurazione o dalla sua riattivazione, salvo il caso di dolo.

L'inesatta indicazione dell'età dell'Assicurato comporta in ogni caso la rettifica, in base all'età reale, delle somme dovute.

Il Contraente è tenuto a inoltrare per iscritto ad AXA Assicurazioni S.p.A. (per posta ordinaria o fax) eventuali comunicazioni inerenti:

- modifiche all'indirizzo presso il quale intende ricevere le comunicazioni relative al contratto;
- variazione della residenza, nel corso della durata del contratto, presso altro Paese membro dell'Unione Europea;
- variazione degli estremi di conto corrente bancario.

In tal caso è necessario inoltrare la richiesta attraverso l'invio del modulo di mandato, compilato e sottoscritto dal Contraente, reperibile sul sito internet della Compagnia.

### 1.2 Recesso

Il Contraente può recedere dal Contratto entro 30 giorni dal momento in cui lo stesso è concluso.

Qualora il prodotto sia stato venduto in abbinamento ad un finanziamento, il Contraente può recedere dal Contratto entro 60 giorni dal momento in cui lo stesso è concluso.

Il Recesso deve essere comunicato per iscritto alla Compagnia, precisando gli estremi identificativi della polizza, all'Impresa (rif. Ufficio Front Office Contabilità Tecnica Agenzie, Corso Marconi, 10 - 10125 Torino -TO-) anche tramite l'Intermediario.

Il Recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di ricevimento.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione del Recesso, la Compagnia rimborsa al Contraente il Premio da questi eventualmente corrisposto al netto della parte relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

### 1.3 Riscatti e Prestiti

Non è prevista la possibilità di riscattare il Contratto né quella di ottenere la concessione di prestiti.

### 1.4 Cessione, Pegno e Vincolo

Il Contraente può cedere ad altri il Contratto, così come può darlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci solo quando la Compagnia ne faccia annotazione sull'originale di Polizza o su Appendice.

### 1.5 Foro Competente

Per le controversie relative al Contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del Consumatore (Contraente, Assicurato o Beneficiario) previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ai sensi della Legge 9 agosto 2013 n. 98, salvo eventuali modifiche successive.

### 1.6 Valuta

Gli impegni contrattuali, versamenti e capitale, sono regolati in Euro.

### 1.7 Regime fiscale

Le prestazioni erogate non sono soggette ad alcuna tassazione.

Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia, sulla base della dichiarazione rilasciata dal Contraente riguardo la sua residenza italiana, riportata nella proposta o nella polizza.

Il regime fiscale deve tuttavia essere adattato, secondo la legislazione dell'Unione Europea (Direttiva n.2002/83/CE), in caso di variazione di residenza del Contraente, nel corso di durata del contratto, presso altro Paese membro della stessa Unione.

A tal fine, il Contraente è tenuto a comunicare per iscritto l'avvenuto trasferimento, non oltre i 30 giorni dallo stesso e comunque in tempo utile per gli adeguamenti conseguenti in prossimità del pagamento del premio, in conformità alla legislazione fiscale del Paese di nuova residenza.

Sarà cura di AXA Assicurazioni S.p.A. l'espletamento degli adempimenti dichiarativi ed il pagamento del tributo per conto del Contraente e compatibilmente con la normativa applicabile alle imprese non residenti nel paese del Contraente.

In caso di omessa comunicazione, AXA Assicurazioni S.p.A. avrà diritto di rivalsa sul Contraente per le somme versate all'Autorità fiscale dello Stato estero di nuova residenza, sia a titolo di imposta, sia di sanzioni, interessi e spese, in conseguenza di addebiti per omesso od insufficiente versamento del tributo.

### 1.8 Restrizioni internazionali

In nessun caso gli assicuratori/ i riassicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare richieste di risarcimento o garantire alcuna indennità in virtù del presente contratto, qualora

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

tale copertura, pagamento o indennità possano esporli a divieti, sanzioni economiche o restrizioni ai sensi di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America, ove applicabili in Italia.

## Semplicemente Vita Più Capitale Decrescente – Maggio 2019

### Sezione 2 - Condizioni Contrattuali

#### Premessa

#### 2.1 Prestazioni assicurate e Garanzie offerte

#### 2.2 Decorrenza del Contratto

#### 2.3 Limite di età

#### 2.4 Durata contrattuale

#### 2.5 Premio

---

#### Premessa

Le presenti Condizioni di Assicurazione disciplinano la Polizza Temporanea Caso Morte a Capitale Decrescente e Premio Annuo Limitato, denominata “Semplicemente Vita Capitale Decrescente Premio Annuo” (di seguito il “Contratto”).

#### 2.1 Prestazioni assicurate e garanzie offerte

Il Contratto sottoscritto prevede la liquidazione del Capitale Assicurato in vigore in seguito al verificarsi del decesso dell'Assicurato nel corso della Durata Contrattuale.

Il valore di tale Capitale è indicato in polizza e può essere decrescente in periodi annuali, semestrali, trimestrali o mensili, ovvero pari al Capitale Iniziale indicato in polizza diminuito di tanti importi di decrescenza quanto sono i periodi di assicurazione interamente trascorsi.

Il Capitale assicurabile non potrà essere inferiore a € 200.000,01.

Gli obblighi della Compagnia risultano esclusivamente dalla Polizza e dalle eventuali Appendici da essa firmate.

#### 2.2 Decorrenza del Contratto

Il Contratto produce i suoi effetti dalle ore 24.00 del giorno indicato dal Contraente nella 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 dell'adeguatezza del Contratto e il Questionario Sanitario.

Se il versamento del Premio o della prima rata di Premio è effettuato dopo la data di Decorrenza indicata nella 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. In ogni caso, 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.

#### 2.3. Limiti di età

Per il presente Contratto, l'età dell'Assicurato alla Data di sottoscrizione non potrà essere inferiore a 18 anni o superiore a 74 anni e alla Data di Scadenza non potrà essere superiore a 75 anni.

#### **Età dell'Assicurato**

Per età dell'Assicurato deve intendersi l'età assicurativa, ossia se dall'ultimo compleanno sono trascorsi meno di sei mesi, l'età è quella compiuta; se invece sono trascorsi sei o più mesi, l'età è quella prossima da compiere.

### 2.4. Durata contrattuale

La Durata Contrattuale è l'arco di tempo che intercorre tra la Data di Decorrenza e quella di Scadenza del Contratto, durante il quale sono operanti le garanzie assicurative.

In particolare, il Contraente potrà scegliere una Durata Contrattuale variabile tra un minimo di 1 anno ed un massimo di 30 anni, a condizione che l'età dell'Assicurato alla Data di scadenza non sia superiore al limite specificato nel punto precedente.

### 2.5 Premio

L'assicurazione viene prestata dietro pagamento del Premio in forma anticipata indicato nella Proposta di Assicurazione. Il Contraente è tenuto al pagamento di un Premio Annuo costante per un numero di anni indicato in proposta di assicurazione, inferiore alla durata del Contratto. L'entità del Premio Annuo dipende dalla gamma e dal livello delle garanzie prescelte dal Contraente. Influiscono inoltre la durata dell'assicurazione e l'età dell'Assicurato, nonché il suo stato di salute, il consumo di tabacco e le abitudini di vita (professione, sport e in generale attività che espongono a rischi particolari).

#### **Definizione di Non Fumatore**

**Si definisce Non Fumatore l'Assicurato che non abbia mai fumato – sigarette, sigari, pipe o sigarette elettroniche – neanche sporadicamente, nel corso degli ultimi 12 mesi.**

Alla data di sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, lo stato di Non Fumatore deve essere attestato da dichiarazione rilasciata dall'Assicurato nella compilazione del Questionario Sanitario e sottoscritta dall'Assicurato stesso e dal Contraente.

Nel caso in cui l'Assicurato alla sottoscrizione del contratto abbia dichiarato di essere un "Non fumatore" e, successivamente, abbia iniziato o ripreso a fumare, il Contraente e l'Assicurato stesso sono tenuti a darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 giorni. In tal caso il Capitale Assicurato verrà immediatamente ricalcolato in base alle condizioni previste dalla tariffa "Fumatori".

Nel caso in cui l'Assicurato alla sottoscrizione del contratto si trovi nello stato di "Fumatore" e successivamente invii alla Compagnia una dichiarazione attestante che ha smesso di fumare da almeno 12 mesi, subordinatamente agli esiti degli esami medici eventualmente richiesti per accertare l'insorgenza di patologie derivanti dalla passata abitudine al fumo, si applicheranno, a partire dalla ricorrenza annuale seguente la comunicazione, le condizioni spettanti ai "non fumatori". In particolare, il Capitale Assicurato verrà ricalcolato secondo quanto previsto dalla tariffa "Non fumatori".

**Il Premio Annuo potrà essere frazionato in rate mensili, trimestrali o semestrali con una maggiorazione rispettivamente del 4,0%, del 3,2% e del 2,2%.**

Nel caso di frazionamento mensile del premio, alla sottoscrizione del Contratto dovranno essere corrisposte le prime tre mensilità.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza del Contratto, questo si intenderà estinto ed i Premi pagati resteranno acquisiti dalla Compagnia.

Il premio deve essere versato dal Contraente alla Compagnia in via anticipata all'atto della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione ed alle ricorrenze stabilite (annuale, semestrale, trimestrale, mensile) e comunque non oltre la morte dell'Assicurato utilizzando esclusivamente i seguenti mezzi di pagamento secondo le modalità di seguito precisate:

- 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-);
- SDD (SEPA Direct Debit) per i premi successivi al primo. In caso di modifica o di chiusura del conto, al fine di garantire la continuità dei versamenti, il Contraente è tenuto a comunicare alla Compagnia la variazione delle coordinate bancarie almeno sessanta giorni prima della scadenza prevista per il versamento del Premio successivo.

## **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

---

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

### **2.5.1 Tasse e imposte**

Tasse e imposte relative al Contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto.

I premi versati sono esenti da imposta.

I Premi delle assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente superiore al 5 per cento derivante da qualsiasi causa saranno detraibili dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente nella misura e per gli importi previsti dalla normativa vigente, senza limiti minimi di durata contrattuale.

### **2.5.2 Mancato pagamento del Premio (Risoluzione)**

Il mancato pagamento anche di una sola rata del Premio determina, trascorsi trenta giorni dalla scadenza, la risoluzione del Contratto.

A giustificazione del mancato pagamento del Premio, il Contraente non può in nessun caso contestare che la Compagnia non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio. Un versamento di somme parziali non costituisce pagamento di Premio.

### **2.5.3 Ripresa del pagamento del Premio (Riattivazione)**

Entro sei mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata, il Contraente ha comunque diritto di riattivare l'assicurazione pagando le rate di Premio arretrate incrementate degli interessi legali. Trascorsi sei mesi dalla predetta scadenza, la riattivazione può avvenire invece solo dietro espressa domanda del Contraente ed accettazione scritta della Compagnia che può richiedere nuovi accertamenti sanitari, il cui Costo è a carico del Contraente, e decidere circa la riattivazione tenendo conto del loro esito.

In caso di riattivazione l'assicurazione entra nuovamente in vigore per l'intero suo valore alle ore 24.00 del giorno del pagamento dell'importo dovuto.

Trascorsi 24 mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagato, l'assicurazione non può essere più riattivata.

### **2.5.4 Sconti**

Nell'ambito di specifiche campagne commerciali promosse dalla Compagnia e/o al verificarsi di condizioni particolari ed eccezionali che potrebbero riguardare, a titolo esemplificativo e non esaustivo, sia il Contraente e la relativa situazione assicurativa, sia l'ammontare del premio pagato e i prodotti sottoscritti, l'Impresa di Assicurazione si riserva la facoltà di applicare sconti e/o agevolazioni sui costi dello specifico contratto, evidenziandone l'entità nel medesimo. L'Impresa di Assicurazione si riserva inoltre di determinare sconti e/o agevolazioni applicabili in linea generale ai Contraenti, stabilendone le condizioni oggettive e soggettive.

### Sezione 3 – Criteri Assuntivi

#### 3.1. Valutazione Preventiva

#### 3.2. Periodo di carenza

---

#### 3.1 Valutazione preventiva

Questo Contratto di assicurazione richiede la valutazione preventiva delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica e accertamenti sanitari variabili in funzione dell'entità del Capitale Assicurato e dell'età dell'Assicurato. L'elenco completo degli accertamenti richiesti è disponibile presso la sede dell'Intermediario. Il costo della visita medica e degli accertamenti sanitari è interamente a carico dell'Assicurato.

Gli Assicurati con età inferiore a 61 anni e Capitale Assicurato non superiore a € 300.000,00 possono limitarsi alla compilazione del questionario sanitario.

In tal caso l'efficacia della garanzia risulterà limitata per alcuni mesi, come specificato nei paragrafi successivi.

La Compagnia si riserva, inoltre, la facoltà di richiedere ulteriori accertamenti sanitari qualora ritenuti necessari sulla base delle risposte al questionario sanitario e/o della documentazione fornita.

#### 3.2 Periodo di Carenza

Premesso che l'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza periodo di carenza, purché si sottoponga a visita medica accettando le modalità e gli eventuali oneri che ne dovessero derivare, il presente Contratto viene assunto senza visita medica e pertanto, a parziale deroga delle Condizioni di Assicurazione, rimane convenuto che, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dal perfezionamento della Polizza e la Polizza stessa sia in regola con il pagamento dei Premi, la Compagnia corrisponderà - in luogo del Capitale Assicurato - una somma pari all'ammontare dei Premi versati al netto dei diritti di quietanza.

Qualora la Polizza fosse emessa in sostituzione di uno o più precedenti Contratti - espressamente richiamati nel testo della Polizza stessa - l'applicazione della suddetta limitazione avverrà tenendo conto dell'entità, forma e durata effettiva, a partire dalle rispettive date di perfezionamento, delle assicurazioni sostituite.

La Compagnia non applicherà entro i primi 90 giorni dal perfezionamento del Contratto la limitazione sopraindicata e pertanto la somma da essa dovuta sarà pari all'intero Capitale Assicurato, qualora il decesso sia conseguenza diretta:

- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore della polizza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza;
- di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore della polizza, intendendo per infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte.

### Sezione 4 - Denuncia e Liquidazione del sinistro

- 4.1 Beneficiari
  - 4.2 Esclusioni e Limitazioni
  - 4.3 Denuncia del sinistro
  - 4.4 Pagamenti della Compagnia
- 

#### 4.1 Beneficiari

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione. La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- dopo la morte del Contraente;
- dopo che, verificatosi l'evento previsto, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Compagnia di volersi avvalere del beneficio.

In tali casi, le operazioni di pegno o vincolo di polizza richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari. La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o fatte per testamento.

#### 4.2 Esclusioni e limitazioni

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato – fatti salvi gli effetti sul Contratto previsti dall'art. 1926 codice civile in ordine alle circostanze che possano aggravare il rischio o comportarne la sua esclusione – e ferme restando le limitazioni previste per contratti stipulati senza visita medica e le seguenti esclusioni:

- dolo del Contraente o del Beneficiario;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione.

#### 4.3 Denuncia del sinistro

Qualora avvenga il decesso dell'Assicurato, i Beneficiari, il Contraente o gli aventi diritto devono farne denuncia per iscritto alla Compagnia, anche attraverso l'Agenzia a cui è assegnato il Contratto, allegando i seguenti documenti:

- certificato di morte;
- informativa e consenso privacy;
- relazione del medico curante sulle cause del decesso redatta secondo le informazioni minime contenute nel modello della Società comunque a disposizione del Beneficiario presso l'Intermediario o, in alternativa, altra documentazione attestante le cause del decesso; in subordine, autorizzazione finalizzata a presentare la richiesta di documentazione direttamente a terzi;
- documento di designazione che può essere, ad esempio una lettera o un testamento, ove non già in possesso della Compagnia;
- in presenza di testamento, copia autentica o estratto autentico dell'atto di ultima volontà;
- qualora non sia disponibile la scheda testamentaria, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti, sotto la propria responsabilità, quali sono i beneficiari e che il beneficiario ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare che il testamento presentato è l'unico o, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido, che non sono state mosse contestazioni avverso il testamento o i testamenti, che oltre ai beneficiari



## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

---

menzionati nella dichiarazione stessa non ve ne sono altri e che nel testamento non sono presenti revoche di beneficiari;

- in assenza di testamento, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti, sotto la propria responsabilità, che il beneficiario ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare la non esistenza di disposizioni testamentarie nonché l'indicazione di tutte le persone nominate come beneficiari.

La comunicazione della nomina o revoca o modifica del beneficiario, in qualunque forma effettuata, anche testamentaria, costituisce un atto unilaterale recettizio, che, come tale, non potrà essere opposto all'assicuratore fino a che la nomina o revoca o modifica del beneficiario non sia stata comunicata all'assicuratore medesimo. In presenza di tale previsione contrattuale l'assicuratore chiederà al beneficiario di provare la propria identità, oltre alla certificazione del decesso dell'assicurato.

- Decreto del Giudice Tutelare nel caso di Beneficiari di minore età o interdetti, con l'indicazione della persona designata alla riscossione;
- copia del Codice Fiscale e di un documento di riconoscimento in corso di validità dei Beneficiari;
- coordinate IBAN e intestazione del conto corrente dei Beneficiari;
- adeguata verifica per il censimento dei Beneficiari della prestazione (modello comunque reperibile presso l'intermediario).

**Avvertenza: le richieste di pagamento incomplete o il mancato rilascio delle autorizzazioni possono comportare tempi di liquidazione più lunghi.**

La Compagnia si riserva il diritto di acquisire ulteriore documentazione, non prevista nelle presenti Condizioni di Assicurazione, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

La Compagnia, al solo fine di agevolare l'effettuazione della richiesta di pagamento e a titolo di servizio alla clientela, mette a disposizione presso l'Intermediario e nel proprio sito istituzionale (<https://www.axa.it/area-sinistri>) un fac-simile del Modulo di Richiesta Liquidazione completo delle informazioni che devono essere necessariamente fornite

Il diritto di AXA Assicurazioni S.p.A. alla riscossione del premio si interrompe al ricevimento della relativa denuncia di un evento coperto dal Contratto (sinistro).

### 4.4 Pagamenti della Compagnia

Per il pagamento della prestazione, in caso si verifichi un evento coperto dal Contratto, devono essere preventivamente consegnati alla Compagnia i documenti necessari per dar corso alla liquidazione, affinché si possa verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e individuare gli aventi diritto. La Compagnia esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione richiesta. Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori a favore dei beneficiari, al tasso legale (art. 1224, 1° co., c.c.).

**Ogni pagamento viene effettuato presso la sede o la competente Agenzia della Compagnia.**

La Compagnia, al solo fine di agevolare l'effettuazione della richiesta di pagamento e a titolo di servizio alla clientela, mette a disposizione presso l'Intermediario e nel proprio sito istituzionale (<https://www.axa.it/area-sinistri>) un fac-simile del Modulo di Richiesta Liquidazione completo delle informazioni che devono essere necessariamente fornite.

**Alla data di redazione delle presenti Condizioni di Assicurazione, i diritti derivanti da un qualsiasi Contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato l'evento su cui i diritti stessi si fondano, ai sensi dell'articolo 2952, comma 2 del Codice Civile modificato dal Decreto Legge 18 ottobre 2012 n. 179, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 19 ottobre 2012, n.245. Tale prescrizione resterà in vigore, salvo eventuali modifiche successive.**

**Superato questo termine senza alcuna richiesta da parte dell'interessato, il diritto alle prestazioni si prescrive e non può essere esercitato, in quanto le somme maturate e non riscosse entro il termine di prescrizione del relativo diritto sono infatti devolute, ai sensi dell'art. 1 comma 345 della legge n. 266/2005 al fondo "depositi dormienti".**

### Informativa Generale Sul Trattamento dei Dati Personali

AXA Assicurazioni rispetta le persone con le quali entra in contatto e tratta con cura i dati personali che utilizza per lo svolgimento delle proprie attività. A conferma di questo impegno e per dare esecuzione alle norme che tutelano il trattamento dei dati personali forniamo qui di seguito le informazioni essenziali che permettono di esercitare in modo agevole e consapevole i diritti previsti dalla vigente normativa.

#### **A) Trattamento dei suoi dati personali per finalità assicurative<sup>1</sup>**

Per svolgere adeguatamente le attività necessarie alla gestione del rapporto assicurativo a lei riferito, in qualità di cliente o potenziale cliente, la nostra Società (di seguito anche "AXA") ha la necessità di disporre di dati personali, comuni, sensibili<sup>2</sup> e giudiziari, a lei riferiti (dati ancora da acquisire, alcuni dei quali ci debbono essere forniti da lei o da terzi per obbligo di legge<sup>3</sup>, e/o dati già acquisiti, forniti da lei o da altri soggetti<sup>4</sup>, anche mediante la consultazione di banche dati) e deve trattarli nel quadro delle finalità assicurative.

In particolare, useremo i suoi dati per fornire servizi e prodotti assicurativi della Compagnia nell'ambito delle seguenti attività, indicate a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- quotazione, preventivi, predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivanti; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri, pagamento o esecuzione di altre prestazioni;
- riassicurazione e coassicurazione;
- prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; esercizio o difesa di diritti dell'assicurazione;
- adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali;
- analisi di nuovi mercati assicurativi o prodotti o servizi;
- gestione e controllo interno;
- attività statistiche, anche a fini di tariffazione;
- valutazione inerente eventuali finanziamenti per il pagamento del premio;
- attività antifrode con screening delle informazioni pubbliche, tra cui quelle raccolte tramite siti web e social media;
- utilizzo dei dati in forma anonima per attività di analisi e statistiche di mercato;
- utilizzo dei dati rilevati mediante l'eventuale l'utilizzo di strumenti che rilevano la dinamica di guida (cd "Black Box") per la gestione del rapporto contrattuale e definire le politiche tariffarie della Compagnia;
- servizi di monitoraggio dei parametri delle condizioni generali del cliente rispetto al suo benessere fisico, ad eventi inerenti l'abitazione o comunque inerenti alla gestione di servizi assicurativi;
- valutazione delle condizioni che permettono di definire la prosecuzione di un rapporto assicurativo in essere ed il rinnovo di una polizza in scadenza.

I dati forniti potranno essere utilizzati per la consultazione di banche dati legittimamente accessibili, quali i sistemi di informazioni creditizie, utili per determinare la tariffa applicabile e per verificare il possesso di requisiti specifici richiesti dalle compagnie per l'accesso ad ulteriori prodotti, ad agevolazioni e vantaggi.

A tali fini, non è richiesto il suo consenso per il trattamento dei suoi dati non sensibili strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte di AXA e di terzi a cui tali dati saranno comunicati<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> La "finalità assicurativa" richiede, che i dati siano trattati necessariamente per: predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivanti; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri, pagamento o esecuzione di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; esercizio o difesa di diritti dell'assicurazione; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi o prodotti o servizi; gestione e controllo interno; attività statistiche.

<sup>2</sup> I dati sensibili (definiti dalla normativa come "categorie particolari di dati") sono quelli che rivelano l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, i dati genetici, i dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, i dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.

<sup>3</sup> Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.

<sup>4</sup> Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che la riguarda (contraenti di assicurazioni in cui lei risulta assicurato, beneficiario ecc.; coobbligati); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione ecc.); soggetti che, per soddisfare le sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni creditizie e commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo altri soggetti pubblici

<sup>5</sup> I dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo a cui appartiene AXA (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato

## INFORMATIVA GENERALE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

---

Viceversa, il consenso è richiesto per il trattamento dei dati inerenti essenzialmente la sua salute e comunque quelli rientranti nell'ambito dei cosiddetti dati sensibili. Il consenso che le chiediamo riguarda quindi il trattamento degli eventuali dati sensibili il cui utilizzo sarà strettamente inerente alla fornitura dei servizi, e/o prodotti assicurativi e/o delle prestazioni citate il cui trattamento è ammesso dalle autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali. Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra lei e AXA, secondo i casi, i suoi dati possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo o di natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa"<sup>6</sup>, in parte anche in funzione meramente organizzativa.

Il consenso che le chiediamo riguarda, pertanto, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti.

Precisiamo che senza i suoi dati non saremo in grado di fornirle, le prestazioni, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati. Quindi, in relazione a questa specifica finalità, il suo consenso è il presupposto necessario per lo svolgimento del rapporto assicurativo.

Potremo, inoltre, utilizzare i dati di recapito che abbiamo ricevuto per inviarle comunicazioni di servizio strumentali per la gestione del rapporto assicurativo. Tenga quindi conto che in mancanza dei suoi dati di recapito non ci sarà possibile contattarla tempestivamente per fornirle informazioni utili in relazione al rapporto contrattuale e ad altre comunicazioni di servizio.

Base giuridica del trattamento: per la finalità assicurativa sopra descritta la base giuridica che legittima il trattamento è la necessità di disporre di dati personali per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso. Ulteriore base giuridica che legittima l'utilizzo dei dati per tale finalità è la necessità di disporre di dati personali per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento. Infine il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento a svolgere l'attività assicurativa.

### **B) Trattamento dei dati personali comuni per attività commerciali e di marketing**

Inoltre, per migliorare i nostri servizi ed i nostri prodotti e per informarla sulle novità e le opportunità che potrebbero essere di suo interesse, le chiediamo di consentirci l'utilizzo dei suoi dati personali non sensibili. Tutto ciò avverrà nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati, e pertanto non utilizzeremo dati sensibili<sup>7</sup> per tali finalità.

Se Lei fornirà liberamente gli specifici consensi richiesti per queste finalità, saremo in grado di proporle le attività qui di seguito elencate:

- comprendere quali sono i Suoi bisogni ed esigenze e le Sue opinioni sui nostri prodotti e servizi;
- effettuare analisi sulla qualità dei nostri servizi;
- attivare iniziative dedicate alla raccolta di informazioni, allo scopo di migliorare la nostra offerta per Lei;
- realizzare ricerche di mercato;
- effettuare indagini statistiche;
- proporre prodotti e servizi che possano essere di Suo interesse;
- inviarLe comunicazioni promozionali e farla partecipare ad iniziative di marketing (quali ad esempio Programmi fedeltà, Concorsi o operazioni a Premio, Campagne Promozionali) mediante i canali di comunicazione accessibili tramite i dati di recapito a lei riferiti (quali posta, posta elettronica, telefono, fax, sms, mms, social media);
- comunicarLe novità e opportunità relative a prodotti e/o servizi sia di società appartenenti al Gruppo AXA sia di società esterne partner di AXA o che collaborano con essa;

---

e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti; assicuratori, coassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, Società di Gestione del Risparmio, SIM

<sup>6</sup> La cd. catena assicurativa è il complesso tessuto di rapporti contrattuali tra le imprese di assicurazioni e numerosi soggetti (persone fisiche e giuridiche, operanti in Italia e all'estero) con i quali cooperano nel gestire un medesimo rischio assicurativo (es. società del Gruppo (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente); altri assicuratori, coassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, Società di Gestione del Risparmio, SIM, legali; periti; medici; autofficine, enti pubblici o associazioni di categoria – Per maggiori dettagli vedi la sezione Modalità di uso dei dati). Tale pluralità di rapporti è peculiare dell'attività assicurativa e necessario per la gestione dei servizi assicurativi che si articola fisiologicamente in una pluralità di "fasi" (dalla c.d. fase assuntiva a quella liquidativa) che possono interessare i soggetti appartenenti alla catena assicurativa, i quali devono necessariamente trattare i dati personali di diversi interessati (contraente, assicurato, beneficiario e, a certe condizioni, terzo danneggiato), taluni dei quali possono non entrare direttamente in contatto con l'assicurazione in sede di conclusione del contratto.

<sup>7</sup> Cfr. nota 2

## INFORMATIVA GENERALE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

---

- tenere conto dei dati generati nel caso lei utilizzi strumenti che permettano la rilevazione della sua posizione nel territorio.

In particolare, potremo provvedere alle seguenti attività:

- invio di materiale pubblicitario,
- vendita diretta,
- compimento di ricerche di mercato,
- comunicazione commerciale di prodotti della singola Compagnia e/o delle società del Gruppo AXA Italia;
- inviti ad eventi istituzionali del Gruppo AXA.

Il consenso che le chiediamo è facoltativo. In mancanza, non vi sono effetti sull'erogazione dei servizi assicurativi, ma non potrà conoscere le nostre offerte, né partecipare alle iniziative sopra indicate.

Precisiamo inoltre che in caso di suo consenso potremo inviarle messaggi utilizzando sia strumenti tradizionali (posta e telefono) sia strumenti automatici (posta elettronica, sms, mms, fax, social media ed altri servizi di messaggistica e di comunicazione telematica) e tramite l'area web riservata, l'app a Sua disposizione, fermo restando che lei ha in ogni momento la possibilità di limitare l'effetto del suo consenso solo ad uno degli strumenti di comunicazione sopra indicati.

Potremo inoltre provvedere, sempre con il suo consenso, all'invio di materiale pubblicitario, effettuare attività di vendita diretta, compiere ricerche di mercato e comunicarle novità in merito ai prodotti e servizi forniti dai partner del nostro Gruppo.

Precisiamo che le attività di comunicazione e marketing sopra descritte potranno essere realizzate da AXA, da società appartenenti allo stesso Gruppo e dai suoi agenti e collaboratori, i quali agiranno quali responsabili ed incaricati nominati dal Titolare.

Base giuridica del trattamento: per la finalità commerciale e di marketing 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

Modalità d'uso dei suoi dati personali

I Suoi dati personali sono trattati<sup>8</sup> da AXA - titolare del trattamento - solo con modalità, strettamente necessarie per fornirLe le prestazioni, i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o previsti in Suo favore, ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche, attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati per gli stessi fini ai soggetti già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa.

Destinatari (a chi e dove sono comunicati i dati)

In AXA, i dati sono trattati da dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità alle istruzioni ricevute, per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

In particolare, secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:

- assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione e gestione di contratti di assicurazione; banche, Società di Gestione del Risparmio, SIM; legali; periti; medici; autofficine; centri di demolizione di autoveicoli;
- società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, tra cui centrale operativa di assistenza, società di consulenza, cliniche convenzionate; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela); società di revisione e di consulenza; società che gestiscono sistemi di informazioni creditizie ai sensi del Codice deontologico di cui all'allegato A.5 del Codice privacy; società di informazione commerciale per rischi finanziari ai sensi del Codice deontologico di cui all'allegato A.7 del Codice privacy; società di servizi per il controllo delle frodi ed il monitoraggio delle attività di distribuzione; società di recupero crediti; società che possono verificare l'accessibilità a finanziamenti per il pagamento dei premi. Si precisa che il titolare

---

<sup>8</sup> Il trattamento può comportare le operazioni di raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.

## INFORMATIVA GENERALE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

---

fornirà alle società che gestiscono sistemi di informazione creditizie e sistemi di informazione commerciale per rischi commerciali esclusivamente i dati personali necessari per la consultazione dei dati di tali sistemi;

- società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);

- ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo: Concordato Cauzione Credito 1994, Pool Italiano per l'Assicurazione dei Rischi Atomici, Pool per l'Assicurazione R.C. Inquinamento, Consorzio per la Convenzione Indennizzo Diretto (CID), Ufficio Centrale Italiano (UCI S.c.ar.l.), Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Genova, Comitato delle Compagnie di Assicurazione Marittime in Roma, Comitato delle Compagnie di Assicurazioni Marittime in Trieste, ANADI (Accordo Imbarcazioni e Navi da Diporto), SIC (Sindacato Italiano Corpi), Consorzio Italiano per l'Assicurazione Vita dei Rischi Tarati (CIRT), Pool Italiano per la Previdenza Assicurativa degli Handicappati; CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); ISVAP (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo) oggi IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); nonché altri soggetti, quali: UIC (Ufficio Italiano dei Cambi); Casellario Centrale Infortuni; Ministero delle infrastrutture - Motorizzazione civile e dei trasporti in concessione; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Ministero del lavoro e della previdenza sociale; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAL, INPGI, ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria; Consorzi agricole di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali; Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF; VV.UU); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia - operanti talvolta anche al di fuori dell'Unione Europea - che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa o gestionale; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. In ogni caso il trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea avverrà sulla base delle ipotesi previste dalla vigente normativa, tra cui l'utilizzo di regole aziendali vincolanti (cd. BCR – Binding Corporate Rules) per i trasferimenti all'interno del Gruppo AXA, l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea per i trasferimenti verso società non appartenenti al Gruppo AXA o la verifica della presenza di un giudizio di adeguatezza del sistema di protezione dei dati personali del Paese importatore dei dati.

Resta inteso che il Titolare potrà agire anche avvalendosi di società esterne specializzate, nonché di società di servizi informatici, telematici, di archiviazione e postali cui vengono affidati compiti di natura tecnica od organizzativa. Tali soggetti terzi agiranno attenendosi alle istruzioni e alle procedure di sicurezza che AXA avrà definito per tutelare pienamente la sua riservatezza.

Questi soggetti, a sua tutela, svolgeranno la funzione di “responsabile” o di “incaricato” del trattamento dei suoi dati oppure, ove la legge lo consenta, operano come distinti “titolari” del trattamento. Il consenso che le chiediamo riguarda pertanto anche l'attività di tali soggetti.

I Suoi dati personali saranno utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per effettuare le attività suddette e non verranno diffusi.

Tempo di conservazione dei dati: i dati vengono conservati per tutto il tempo necessario alla gestione del rapporto con l'interessato, fermo restando che decorsi 10 anni dalla cessazione del rapporto con il cliente si procede alla cancellazione dei dati. Per le attività di marketing in caso di manifestazione dei consensi opzionali richiesti, 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) e nel rispetto della correttezza e del bilanciamento fra legittimo interesse del Titolare e diritti e libertà dell'interessato.

I Suoi diritti e contatti: Lei ha il diritto di conoscere chi sono i responsabili del trattamento, accedere ai Suoi dati, farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne la limitazione e di opporsi al loro trattamento nei casi previsti dalla legge, proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali e, a far data dal 25 Maggio 2018, 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](mailto:privacy@axa.it).

[Per maggiori informazioni, si invita a visitare la sezione privacy del sito web www.axa.it](http://www.axa.it)



# 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					

PRODOTTO	CODICE TARIFFA	Cod. Conv	Proposta N°
----------	----------------	-----------	-------------

**ASSICURAZIONI COMPLEMENTARI (selezionabili solo se previste dalla tariffa)**

- Aumento del 25% del capitale in caso di infortunio  
 Liquidazione del capitale in caso di perdita della capacità lavorativa  
 Aumento capitale in caso di infortunio:  A: Raddoppio C.M.  B: Raddoppio C.M.+I.P.  C: Triplicazione C.M.  D: Triplicazione C.M.+I.P.

**DATI TECNICI DI POLIZZA**

Data di Decorrenza del contratto: ..... Durata in anni ..... Anno di Scadenza .....

Tariffa Temporanea caso morte a Capitale Costante: Capitale Assicurato Euro .....

Tariffa Temporanea caso morte a Capitale Decrescente: Capitale Iniziale Assicurato Euro .....

Decrescenza:  Annuale  Semestrale  Trimestrale  Mensile Durata pagamento premi in anni .....

Tariffa di rendita vitalizia in caso di perdita di autosufficienza dell'Assicurato: Rendita mensile Assicurata: .....

Frequenza dei versamenti:  Mensile  Trimestrale  Semestrale  Annuale  Unico

Sconto sul Premio: Percentuale di Sconto sul Premio .....%

Premio di rata: Euro ..... di cui Con Sconto del .....%: Euro ..... di cui

- Importo netto garanzia base	Euro .....	Euro .....
- Importo netto Complementari	Euro .....	Euro .....
- Sovrappremio	Euro .....	Euro .....
- Interessi di frazionamento	Euro .....	Euro .....
- Accessori	Euro .....	Euro .....
- Tasse	Euro .....	Euro .....

Totale al perfezionamento: Euro ..... Euro .....

(in caso di frazionamento mensile, se consentito dalla tariffa, 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: Documento Informativo Precontrattuale (DIP), 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 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. 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.

L'Assicurato dichiara di sciogliere dal segreto professionale e legale i medici e gli enti ai quali la Compagnia ritenesse opportuno rivolgersi dopo l'eventuale sinistro per avere informazioni.

\*\*\*

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

**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)	

### 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 ed età non superiore a 60 anni possono limitarsi alla 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  
\*per tariffe a Capitale Costante

#### C. QUESTIONARIO SANITARIO

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

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

3. Attività extraprofessionali o sportive: .....  
*(inserire "Nessuna" se non effettuate)*

4. 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

5. 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

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

7. Le è mai stato consigliato di sottoporsi o si è mai sottoposto a trattamenti medici per patologie o disturbi relativi a:  
*(specificare quale e inserire nelle note maggiori dettagli)*

- |  |   |
|--|---|
| <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  |

8. 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

9. 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

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

11. 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

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](http://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"> <tr><td colspan="13">CODICE MANDATO</td></tr> <tr><td colspan="13"> </td></tr> <tr><td colspan="13">NOME E COGNOME DEL CONTRAENTE</td></tr> <tr><td colspan="13"> </td></tr> <tr><td colspan="13">CODICE FISCALE DEL CONTRAENTE</td></tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr><td colspan="13">NUMERO DELLA PRESENTE PROPOSTA</td></tr> <tr><td colspan="13"> </td></tr> <tr><td colspan="13">CODICE IDENTIFICATIVO CREDITORE</td></tr> <tr> <td>I</td><td>T</td><td>8</td><td>7</td><td>Y</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>9</td><td>0</td><td>2</td><td>1</td><td>7</td><td>0</td><td>0</td><td>1</td><td>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	9	0	2	1	7	0	0	1	8	<table border="1"> <tr><td colspan="20">INTESTAZIONE DEL CONTO CORRENTE</td></tr> <tr><td colspan="20">Cognome .....</td></tr> <tr><td colspan="20">Nome .....</td></tr> <tr><td colspan="20">Indirizzo .....</td></tr> <tr><td colspan="15">Comune .....</td><td colspan="5">CAP.....</td></tr> <tr><td colspan="20"> </td></tr> <tr><td colspan="20">IBAN DEL CONTO DA ADEBITARE</td></tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><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	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.**



**axa.it**

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)