



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 ☐ M ☐ 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)	Fatturato ultimo disponibile ☐ Fino a 500.000€ ☐ Tra 500.001€ e 1.000.000€ ☐ Superiore a 1.000.000€	
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 ☐ Fino a 500.000€ ☐ Tra 500.001€ e 1.000.000€ ☐ Superiore a 1.000.000€	
Settore	SAE	RAE	
ATECO	e-mail	Telefono	

RAPPRESENTANTE LEGALE

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Sesso ☐ M ☐ 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
-----------	--------	-----------	--------	---------

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 € 232.535.335 interamente versato - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano-Monza Brianza-Lodi e C. F. n. 00902170018 - P. I.V. A. GRUPPO IVAAXA ITALI A n. 10534960967 - Numero R.E.A. della C. C.I.A.A. di Milano n.1576311 - Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANE AN HOLDING SAU ai sensi dell'art. 2497 bis C.C. - Iscrizione Albo Imprese IVASS n.1.00025 - C apogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041- Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'industria, del commercio e dell'artigianato del 31 dicembre 1935 - (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83)

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

ESECUTORE	☐ Tutore legale	☐ Curatore	☐ Firmatario
------------------	--	-----------------------------------	-------------------------------------

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Sesso ☐ M ☐ 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 ☐ M ☐ F
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	
Indirizzo di residenza	Comune di residenza	Provincia	C.A.P.
Nazione di residenza	Professione		

DATI TECNICI DI POLIZZA

Data di Decorrenza del contratto: ☐ Tariffa a Premio Unico Ricorrente - Importo Annuo: Euro Frequenza dei versamenti: ☐ Mensile ☐ Trimestrale ☐ Semestrale ☐ Annuale Prima rata di premio alla sottoscrizione della Proposta di Assicurazione Euro (in caso di frazionamento mensile, alla sottoscrizione dovranno essere corrisposte le prime tre mensilità) ☐ Tariffa a Premio Unico: Euro di cui costi per diritti fissi: Euro ☐ Versamento Integrativo alla sottoscrizione della Proposta di Assicurazione: Euro (valido solo se previsto dalla tariffa) Capitale Iniziale Assicurato: Euro ☐ Tariffa a Premio Annuo - Importo Annuo: Euro Durata pagamento premi in anni Frequenza dei versamenti: ☐ Mensile ☐ Trimestrale ☐ Semestrale ☐ Annuale Premio di rata: Euro di cui sovrappremio Euro Interessi di frazionamento Euro (in caso di frazionamento mensile, alla sottoscrizione dovranno essere corrisposte le prime tre mensilità)

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

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 essere stato informato, prima della sottoscrizione del contratto, della coerenza del prodotto alle richieste ed esigenze del contraente o dell'assicurato, nonché di aver ricevuto l'Informativa precontrattuale ai sensi dell'art.68-ter del Regolamento IVASS n.40 del 2 agosto 2018 e il Set informativo composto da KID (documento contenente le informazioni chiave), Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione comprensive di Informativa Generale sul Trattamento dei Dati Personali, Glossario e Modulo di proposta di Assicurazione (mod. - ed.), redatti ai sensi degli artt. 20, 21 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018;**
- **dichiara di conoscere ed accettare integralmente i contenuti del predetto Set Informativo;**
- qualora la presente proposta derivi da trasformazione ovvero dal reinvestimento di somme provenienti da un precedente contratto, dichiara di aver ricevuto la predetta documentazione e la scheda comparativa in data

Il Contraente dichiara inoltre:

- di aver ricevuto, in tempo utile prima di essere vincolato dalla sottoscrizione della proposta, il documento contenente le informazioni chiave relativo al prodotto ed alle opzioni richieste;
- di essere stato informato, in tempo utile prima di rimanere vincolato dalla proposta, della pubblicazione e della disponibilità sul sito internet della Compagnia di tutti i documenti contenenti informazioni chiave relativi al prodotto;
- di aver preso atto **della revocabilità della presente Proposta di Assicurazione e della possibilità di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di conclusione dello stesso.** In caso di revoca della proposta, la Compagnia restituirà al Contraente, entro 30 giorni dalla notifica della revoca, le somme eventualmente pagate dallo stesso. In caso di recesso, la Compagnia rimborserà al Contraente, entro 30 giorni dal ricevimento della relativa comunicazione, il Premio Versato al netto degli eventuali diritti fissi o, in caso di tariffa a premio annuo, al netto della parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto;
- di aver preso atto che il Contratto **produce i suoi effetti dalle ore 24:00 del giorno indicato dal Contraente stesso nella presente Proposta, a condizione che sia stato pagato il premio e siano stati compilati in modo completo, corretto e veritiero e sottoscritti la Proposta di Assicurazione, il Questionario per la valutazione delle richieste ed esigenze assicurative del Contratto e il Questionario Sanitario ove previsto. Se il versamento del premio o della prima rata di premio è effettuato dopo la data di Decorrenza indicata nella presente Proposta, il Contratto produce i suoi effetti dalle ore 24.00 della data di pagamento del premio o della prima rata di premio, sempre che non si sia modificato alcun elemento essenziale della Proposta;**
- di aver sottoscritto il Questionario per la valutazione delle richieste ed esigenze assicurative del contratto;
- di essere a conoscenza che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione. E' fatto salvo l'esercizio del diritto all'oblio oncologico

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

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

RACCOLTA DI INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

Le dichiarazioni che seguono costituiscono la base del contratto che verrà emesso dalla Compagnia. È quindi necessario rispondere con cura e completezza.

A. CARENZE:

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

B. DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

Dichiaro che:

- 1) nel corso degli ultimi 10 anni non ho mai avuto sintomi e non ho mai ricevuto una diagnosi, non sto effettuando e non ho in programma di effettuare accertamenti per disturbi al cuore, ai polmoni, per disturbi circolatori, per ipertensione, ictus, diabete, disturbi al rene, fegato, disturbi neurologici, infezione da HIV o l'AIDS, epatite B o C, cancro, melanoma, tumore/grumi/polipi di qualsiasi dimensione o tipo;
- 2) nel corso degli ultimi 2 anni non sono mai stato ricoverato in case di cura o ospedali per più di 7 giorni consecutivi;
- 3) mio peso e la mia altezza rientrano in una delle fasce indicate:

Cm	145-149	150-154	155-159	160-164	165-170	170-174	175-179	180-184	185-189	190-194
Kg	40-72	43-77	46-82	48-87	52-93	54-98	58-104	61-110	64-116	68-123

L'Assicurando sottoscrive le precedenti dichiarazioni?

SI ☐ **NO** ☐

In caso di risposta negativa la Proposta sarà soggetta all'approvazione della Compagnia

Note in caso di risposta negativa:

Avvertenza

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurando per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- Prima della sottoscrizione l'Assicurando deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può richiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute con evidenza del costo a suo carico.
- Le informazioni sopra indicate sono portate a conoscenza del Contraente per una corretta conclusione del contratto (Per maggiori dettagli, si fa riferimento all'informativa privacy allegata alla documentazione contrattuale).
- Si invita l'Assicurato alla lettura di quanto riportato nella sezione "Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche" delle Condizioni di Assicurazione. Salvo quanto più diffusamente riportato nell'informativa, ricordiamo che il termine "oblio oncologico" esprime convenzionalmente il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica (tumore) di poter scegliere di non fornire informazioni, né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica, nei casi previsti dalla Legge, tra i quali risultano ricompresi: la stipulazione o il rinnovo di contratti assicurativi.

Luogo e data Firma dell'incaricato Legale Rappresentante/Esecutore Firma del Primo Assicurato Firma del Secondo Assicurato

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?

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.

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

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 CASO VITA

Cognome/Denominazione Sociale	Nome	Codice Fiscale/P. IVA	Sesso ☐ M ☐ 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

BENEFICIARI CASO MORTE

Cognome/Denominazione Sociale	Nome	Codice Fiscale/P. IVA	Sesso ☐ M ☐ 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

BENEFICIARIO

Nome e Cognome	Codice Fiscale
<u>Rinuncia al potere di revoca</u> da parte del Contraente:	<u>Accettazione del beneficio</u> in nome e nell'interesse del beneficiario minorenne:
Luogo e data: _____ Firma del Contraente _____	Luogo e data: _____ Firma dell'Esercente la patria potestà _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Prima di fornire i suoi consensi, La invitiamo a leggere attentamente l'informativa Privacy consegnata, disponibile anche nella sezione Privacy del sito www.axa.it.

Finalità assicurative descritte alla lettera A) dell'Informativa Privacy
 acconsento al trattamento dei dati personali 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 _____

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

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEI PREMI

I mezzi di pagamento ammessi sono i seguenti:

- assegno (circolare, bancario o postale) o vaglia (cambiario, 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 ADDEBITO SU CONTO CORRENTE delle DISPOSIZIONI SEPA DIRECT DEBIT – Importo Prefissato

CODICE MANDATO																INTESTAZIONE DEL CONTO CORRENTE															
NOME E COGNOME DEL CONTRAENTE																Cognome															
CODICE FISCALE DEL CONTRAENTE																Nome															
NUMERO DELLA PRESENTE PROPOSTA																Indirizzo															
CODICE IDENTIFICATIVO CREDITORE																ComuneCAP															
I T 8 7 Y 0 1 0 0 0 0 0 0 9 0 2 1 7 0 0 1 8																IBAN DEL CONTO DA ADDEBITARE															

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.