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

FAC-SIMILE

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

IMPORTO DEI PREMI

☐ **Premio Unico Ricorrente** - Importo Annuo: Euro ……..……..…… Durata pagamento premi in anni ……..……..……..…..…
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)

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

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

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 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** altresì dichiara:

- 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 non essere già titolare di un altro Piano di risparmio a lungo termine (P.I.R.);
- di essere residente fiscalmente in Italia e che il mio codice fiscale è _____;
- di agire al di fuori dell'esercizio di impresa commerciale.

Il Contraente si impegna infine ad informare la Compagnia di qualsiasi cambiamento di residenza fiscale nel corso della durata contrattuale della polizza.

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 maggiorato o diminuito per la parte di premio investita nei Fondi Assicurativi Interni, della differenza tra il valore di mercato delle Quote alla data di disinvestimento ed il valore delle stesse alla data di investimento, al netto delle spese sostenute per l'emissione del contratto, dell'eventuale Premio per le Garanzie complementari e della parte di Premio per il rischio in corso;
- di aver preso atto che il Contratto si conclude e decorre il primo Giovedì successivo al giorno di sottoscrizione della presente Proposta di Assicurazione debitamente compilata a condizione che sia stato corrisposto il Premio e che la Proposta sia stata ricevuta dalla Compagnia. Qualora la data di sottoscrizione sia un giovedì, il Contratto si concluderà e decorrerà dal giovedì della settimana successiva. La sottoscrizione della Proposta deve essere effettuata con contestuale versamento del Premio;
- 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'esericizio del diritto all'oblio oncologico

***

La presente proposta costituirà la base del contratto che la Compagnia emetterà al ricevimento della stessa. In seguito all'avvenuto perfezionamento del Contratto la Compagnia invierà al Contraente una lettera di conferma entro 7 giorni lavorativi dalla data di valorizzazione delle quote relative ai fondi Unit Linked: in caso contrario la presente dovrà considerarsi annullata e priva di effetto. L'Assicurato, qualora persona diversa dal Contraente, acconsente alla stipulazione del Contratto. Le firme apposte in calce si intendono quindi valide a tutti gli effetti per la conclusione del rapporto contrattuale.

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

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE ASSICURATIVE DEL CONTRATTO

L'Incaricato dichiara di aver adempiuto all'obbligo di consegna e compilazione del suddetto questionario N. ……..….....……..….....

Luogo e data	Firma dell'Incaricato

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.

FACSIMILE

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

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 _____

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

FAC-SIMILE

PRODOTTO	CODICE TARIFFA	Cod. Conv	Proposta N°

AUTORIZZAZIONE DI ADDEBITO SU CONTO CORRENTE delle DISPOSIZIONI SEPA DIRECT DEBIT – Importo Prefissato

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

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.

FAC-SIMILE