

# semplicemente vita / capitale decrescente premio annuo

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE

- **NOTA INFORMATIVA**
- **CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE COMPRESIVE DI**
  - **CONDIZIONI SPECIALI PER CONTRATTI STIPULATI SENZA VISITA MEDICA**
- **GLOSSARIO**
- **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**
- **MODULO DI LIQUIDAZIONE**
- **MODULO DI PROPOSTA DI ASSICURAZIONE**

**DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.**

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA.

**contratto di assicurazione  
temporanea caso morte**

edizione settembre 2015



**ridefiniamo** / la protezione

# **semplicemente vita / capitale decrescente premio annuo**

## **IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE**

- **NOTA INFORMATIVA**
- **CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DI**
  - **CONDIZIONI SPECIALI PER CONTRATTI STIPULATI SENZA VISITA MEDICA**
- **GLOSSARIO**
- **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**
- **MODULO DI LIQUIDAZIONE**
- **MODULO DI PROPOSTA DI ASSICURAZIONE**

**DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.**

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA.**

## **contratto di assicurazione temporanea caso morte**

edizione settembre 2015

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. e P.I.V.A. n. 00902170018 - 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



Sulla home page del sito **www.axa.it** è possibile registrarsi all'Area Clienti e consultare le polizze stipulate con AXA Assicurazioni.

Il sito è navigabile con pc, tablet e smartphone.

Nell'Area Clienti è possibile verificare:

polizze attive

coperture  
assicurative

scadenze

condizioni  
contrattuali



**ridefiniamo** / la protezione

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



La presente Nota Informativa è aggiornata alla data del 9 settembre 2015

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni Generali di Assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto.

---

### A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

---

#### 1. Informazioni generali

AXA ASSICURAZIONI S.p.A., con sede legale in Italia, Milano, Corso Como 17 (20154) è soggetta alla direzione e al coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU (calle Monsenor Palmer, 1 - Palma de Mallorca - Spagna) ai sensi dell'art. 2497 bis c.c.

La Compagnia mette a disposizione dei clienti i seguenti recapiti per richiedere eventuali informazioni sia in merito alla Compagnia sia in relazione al Contratto proposto: numero telefonico (+39)02-480841; fax: (+39)02-48084331; indirizzo internet: [www.axa.it](http://www.axa.it); indirizzo di posta elettronica: [relazioniesterne@axa.it](mailto:relazioniesterne@axa.it).

La Compagnia è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto Ministeriale del 31.12.1935, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 83 del 09.04.1936. La Compagnia è iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00025, Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041.

#### 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa (dati aggiornati al 31 dicembre 2014)

Il patrimonio netto di AXA Assicurazioni S.p.A., riferito all'ultimo bilancio approvato (esercizio 2014), ammonta a € 812 milioni di cui € 211 milioni di capitale sociale interamente versato e € 601 milioni di riserve patrimoniali, compreso il risultato di esercizio.

L'indice di solvibilità di AXA Assicurazioni S.p.A., ovvero l'indice che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, riferito alla gestione vita e relativo all'ultimo bilancio approvato, è pari al 124,23%.

---

### B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

---

#### 3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

**Semplicemente Vita – Capitale Decrescente Premio Annuo** è un Contratto di assicurazione temporanea caso morte a Capitale Decrescente ed a Premio Annuo Costante e Limitato che prevede il pagamento del Capitale Assicurato ai Beneficiari designati in polizza in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza del Contratto.

Semplicemente Vita – Capitale Decrescente Premio Annuo (di seguito definito Contratto) ha durata variabile tra un minimo di 1 anno e un massimo di 30 anni, a condizione che l'età dell'Assicurato alla Data di scadenza non sia superiore a 75 anni.

L'età dell'Assicurato alla Data di sottoscrizione non potrà essere inferiore a 18 anni o superiore a 74 anni.

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.

Il Capitale Assicurabile non potrà essere inferiore a 20.000,00 Euro o superiore a 200.000,00 Euro.

Il Contraente potrà stabilire la Durata Contrattuale e il Capitale Assicurato all'atto della sottoscrizione della Proposta, nel rispetto dei limiti minimi e massimi sopra indicati.

Poiché i Premi versati servono esclusivamente alla copertura del rischio di morte **nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del Contratto.**

Sono previsti differenti livelli di premio in funzione del consumo di tabacco dell'Assicurato, ossia per soggetti Non Fumatori o Fumatori. Per maggiori dettagli si rimanda all'articolo 1.2 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

**Questa 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 del soggetto incaricato. **Il costo della visita medica e degli accertamenti sanitari è interamente a carico dell'Assicurato.**

Gli Assicurati con età inferiore a 60 anni possono limitarsi alla compilazione del questionario sanitario. In tal caso l'efficacia della garanzia risulterà limitata per alcuni mesi, come specificato nelle "CONDIZIONI SPECIALI PER CONTRATTI STIPULATI SENZA VISITA MEDICA" riportate in polizza.

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

Il Contratto prevede la seguente tipologia di prestazione:

### **3.1. Prestazione in caso di morte dell'Assicurato**

In caso di decesso dell'Assicurato prima della Data di Scadenza, la Compagnia pagherà ai Beneficiari il Capitale Assicurato in vigore al momento del decesso come meglio indicato all'articolo 1.1 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

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 - **ferme restando le limitazioni previste per contratti senza visita medica (vedi Condizioni Speciali) e le esclusioni indicate all'articolo 1.4 delle Condizioni Generali di Assicurazione.**

**Prima della sottoscrizione leggere le avvertenze contenute nella Proposta di Assicurazione relative alla compilazione del questionario sanitario.**

**E' di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato per la definizione del rischio siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive, legittime, contestazioni della Compagnia che potrebbero anche pregiudicare il diritto dei Beneficiari di ottenere il pagamento del Capitale Assicurato.**

## **4. Premi**

A fronte della garanzia del pagamento del Capitale Assicurato dal Contratto è dovuto un Premio Annuo anticipato e comunque non oltre la morte dell'Assicurato.

Il Premio Annuo può essere corrisposto anche in rate semestrali, trimestrali o mensili. In tal caso è prevista una maggiorazione di costo indicata al successivo articolo 6.1.1.

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

L'entità del Premio Annuo dipende dal Capitale Assicurato prescelto 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).

**E' di fondamentale importanza che le dichiarazioni rese dal Contraente e dall'Assicurato per la definizione del rischio siano complete e veritiere per evitare il rischio di successive, legittime, contestazioni della Compagnia che potrebbero anche pregiudicare il diritto dei Beneficiari di ottenere il pagamento del Capitale Assicurato.**

Il Premio dovuto per la garanzia non può essere modificato dalla Compagnia nel corso della durata del Contratto.

**Il Contratto non prevede il diritto di Riscatto o di Riduzione della prestazione a scadenza e pertanto il mancato pagamento dei Premi determina la risoluzione del Contratto ed i Premi versati 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 (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-);
- RID (Rimessa Interbancaria Diretta) 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.

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

### 5. Modalità di calcolo e di assegnazione della partecipazione agli utili

Il presente contratto non prevede alcuna partecipazione agli utili.

---

## C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

---

### 6. Costi

#### 6.1 Costi gravanti direttamente sul Contraente

##### 6.1.1 Costi gravanti sui Premi

Sui Premi Annui saranno applicati i seguenti costi:

<b>Costo Percentuale</b>	30,0%
<b>Costo fisso</b>	25,00 Euro

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%.

Su ciascuna rata di Premio vengono inoltre applicati i diritti fissi pari a 1,55 Euro.

**Nel caso in cui l'Assicurato dovesse sottoporsi a visita medica per l'accertamento preventivo delle sue condizioni di salute, il costo della visita sarà interamente a carico dell'Assicurato stesso.**

\*\*\*\*\*

La quota parte dei costi gravanti sul contratto (Costo Percentuale e Costo Fisso) di cui all'articolo 5 retrocessa dalla Compagnia in media agli intermediari è pari al:

- per la tariffa "Temporanea Caso Morte a Capitale Decrescente ed a Premio Annuo Costante e Limitato - Non Fumatori", 28,71 % dei costi indicati;
- per la tariffa "Temporanea Caso Morte a Capitale Decrescente ed a Premio Annuo Costante e Limitato - Fumatori", 31,88% dei costi indicati.

### 7. Misure e modalità di eventuali sconti

Non sono previsti sconti.

### 8. Regime fiscale

#### 7.1 Tassazione dei Premi

I premi versati per la Garanzia Principale sono esenti da imposta.

#### 7.2 Detraibilità dei Premi pagati

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.

#### 7.3 Tassazione delle prestazioni

Le prestazioni erogate non sono soggette ad alcuna tassazione.

#### 7.4 Dichiarazioni del Contraente

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.

---

## D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

---

### 9. Modalità di perfezionamento del Contratto

Per le modalità di perfezionamento del Contratto e la decorrenza delle coperture assicurative si rinvia all'articolo 2.1 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

### 10. Risoluzione del Contratto e sospensione del pagamento dei Premi

Il Contraente ha la facoltà di risolvere il Contratto sospendendo il pagamento dei Premi, con conseguente scioglimento del Contratto.

**In tal caso le Garanzie Assicurative decadono e i Premi pagati rimangono acquisiti dalla Compagnia.**

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo 3.4 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

### 11. Riscatto e riduzione

**Il Contratto non prevede né il diritto di Riscatto né quello di Riduzione della prestazione a scadenza e, pertanto, il mancato pagamento dei Premi determina la risoluzione del Contratto ed i Premi versati resteranno acquisiti dalla Compagnia.**

Il Contratto può tuttavia essere riattivato, nei sei mesi che seguono la scadenza della prima rata di Premio non pagata, versando le rate di Premio arretrate, aumentate degli interessi previsti.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo 3.5 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

### 12. Revoca della Proposta

Il Contraente può revocare la Proposta di Assicurazione prima della conclusione del Contratto, ai sensi dell'articolo 176 del d.lgs. 209/2005.

La revoca deve essere esercitata mediante lettera raccomandata contenente gli estremi identificativi della Proposta di Assicurazione, ed inviata alla Compagnia (rif. Ufficio "Life Insurance Personal Portfolio Management", Corso Como, 17 - 20154 Milano -MI-) eventualmente per il tramite del Soggetto Incaricato del collocamento.

Entro trenta giorni dalla data di ricevimento della comunicazione relativa alla richiesta di Revoca, la Compagnia restituirà al Contraente l'intero Premio eventualmente già corrisposto.

### 13. Diritto di recesso

Il Contraente ha diritto di recedere dal Contratto entro trenta giorni dalla data di Conclusione dello stesso.

Il Recesso deve essere comunicato per iscritto alla Compagnia, mediante lettera raccomandata contenente gli estremi identificativi della polizza, ed inviata alla Compagnia (rif. Ufficio "Life Insurance Personal Portfolio Management", Corso Como, 17 - 20154 Milano -MI-) eventualmente per il tramite del Soggetto Incaricato del collocamento.

Il Recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di Recesso quale risulta dal timbro postale di invio.

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.

### 14. Documentazione da consegnare alla Compagnia per la liquidazione delle prestazioni

La Compagnia provvederà alla liquidazione delle somme dovute, entro trenta giorni dalla data di ricevimento della relativa richiesta corredata di tutta la documentazione prevista, elencata nel relativo Modulo di Liquidazione allegato al presente Fascicolo Informativo.

**Alla data di redazione del presente Fascicolo Informativo, 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".

### 15. Legge applicabile al Contratto

In caso di mancata scelta delle parti, il presente Contratto è disciplinato dalla Legge italiana.



### 16. Lingua in cui è redatto il Contratto

Il Contratto e ogni documento ad esso allegato, sono redatti in lingua italiana salvo che le parti non ne concordino la redazione in un'altra lingua.

### 17. Reclami

Eventuali reclami relativi al rapporto contrattuale o alla gestione del sinistro possono essere presentati all'Ufficio Gestione Reclami secondo le seguenti modalità:

- mail - [reclami@axa.it](mailto:reclami@axa.it)
- pec: [reclamiisvapaxa@axa.legalmail.it](mailto:reclamiisvapaxa@axa.legalmail.it)
- posta - AXA Assicurazioni c.a. Ufficio Reclami, Corso Como, 17 - 20154 Milano
- fax - 0243448103.

avendo cura di indicare:

- nome, cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante;
- numero della polizza e nominativo del contraente;
- numero e data del sinistro al quale si fare riferimento;
- indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze.

Sarà cura della Compagnia comunicare gli esiti del reclamo entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo. Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, nella risposta verrà fornita una chiara spiegazione della posizione assunta.

Qualora il reclamante non abbia ricevuto risposta oppure ritenga la stessa non soddisfacente, prima di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, può scrivere all'IVASS (Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma; fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, [ivass@pec.ivass.it](mailto:ivass@pec.ivass.it)) fornendo copia del reclamo già inoltrato all'impresa ed il relativo riscontro anche utilizzando il modello presente nel sito [www.ivass.it/PER IL CONSUMATORE/](http://www.ivass.it/PER_IL_CONSUMATORE/)come presentare un reclamo.

Inoltre il reclamante può ricorrere ai sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale, quali:

- **Mediazione:** per controversie relative a contratti assicurativi e a diritti al risarcimento derivanti da responsabilità medica e sanitaria, le Parti, ai sensi dell'art. 5, comma 1-bis, del d.lgs. n. 28/2010 sono tenute a tentare di risolvere la questione avanti un Organismo di Mediazione (compreso tra gli Enti o le persone fisiche abilitati, in quanto iscritti nel registro ufficiale del Ministero della Giustizia).  
Per attivare la procedura, il contraente, l'assicurato o il danneggiato dovranno rivolgersi ad un Organismo di Mediazione del luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia, che provvederà a trasmettere alla Compagnia la domanda di attivazione, con indicazione della data fissata per il primo incontro. La Compagnia provvederà a rispondere almeno 7 giorni lavorativi prima della data prevista per il primo incontro.
- **Arbitrato irrituale:** laddove espressamente previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, per controversie relative alla determinazione del valore del danno o alle conseguenze di natura medica di un sinistro, che verranno devolute ai consulenti tecnici nominati da ciascuna delle Parti.  
Per attivare la procedura è necessario comunicare alla Compagnia la volontà di dare avvio alla stessa.  
La Compagnia provvederà a dare riscontro al richiedente indicando il nominativo del proprio consulente tecnico e la Procedura seguirà le modalità espressamente indicate nella relativa previsione di Polizza.

Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito [www.axa.it](http://www.axa.it)

## NOTA INFORMATIVA

---

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero [http://ec.europa.eu/internal\\_market/fin-net/members\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm) competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Eventuali reclami non relativi al rapporto contrattuale o alla gestione del sinistro, ma relativi alla mancata osservanza da parte della Compagnia, degli intermediari e dei periti assicurativi, delle disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi possono essere presentati direttamente all'IVASS, secondo le modalità sopra indicate.

I reclami relativi ad aspetti di trasparenza informativa dei prodotti unit e index linked o delle operazioni di capitalizzazione, devono essere inviati alla CONSOB Divisione Tutela del Consumatore Ufficio Consumer Protection, via G.B. Martini, 3 - 00198 Roma.

### 18. Informativa in corso di Contratto

La Compagnia si impegna a comunicare al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute nella Nota Informativa, intervenute per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del Contratto.

Inoltre, la Compagnia si impegna a trasmettere entro sessanta giorni dalla ricorrenza annuale del Contratto una comunicazione contenente le seguenti informazioni minimali:

- ammontare del Capitale Assicurato;
- eventuali Premi in scadenza ovvero in arretrato, con un'avvertenza sugli effetti derivanti dal mancato pagamento;
- nominativo dei Beneficiari o dei Vincolatari.

### 19. Comunicazioni del Contraente alla Compagnia

In merito alle comunicazioni che il Contraente deve rendere alla Compagnia in caso di modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di Contratto, si richiamano le disposizioni di cui all'articolo 1926 del Codice Civile.

Il Contraente deve inoltre comunicare alla Compagnia eventuali variazioni relative alle abitudini al fumo dell'Assicurato in corso di Contratto, come indicato al successivo articolo 1.3 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

### 20. Conflitto di interessi

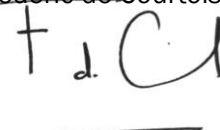
In relazione al presente Contratto non sussistono, al momento della redazione della presente Nota Informativa, situazioni di conflitto d'interesse anche derivanti da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo.

**AXA Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.**

**AXA Assicurazioni S.p.A.**

Il rappresentante legale

Frédéric de Courtois



Le presenti Condizioni Generali di Assicurazione sono aggiornate alla data del 9 settembre 2015

### PREMESSA

Le presenti Condizioni Generali di Assicurazione disciplinano la Polizza Temporanea Caso Morte a Premio Annuo, denominata **Semplicemente Vita- Capitale Decrescente Premio Annuo** (di seguito il "Contratto").

---

## 1. PRESTAZIONI ASSICURATE

---

### 1.1 Capitale Assicurato

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 Capitale Assicurato è decrescente, in periodi annuali, semestrali, trimestrali o mensili, ed è pari al Capitale Iniziale indicato in polizza diminuito di tanti importi di decrescenza quanti sono i periodi di assicurazione interamente trascorsi. Ogni importo di decrescenza è pari al Capitale Iniziale assicurato diviso per la durata della polizza espressa nel periodo di decrescenza prescelto.

Il Capitale Assicurabile non potrà essere inferiore a 20.000,00 Euro o superiore a 200.000,00 Euro.

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

**Questa 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 del soggetto incaricato. **Il costo della visita medica e degli accertamenti sanitari è interamente a carico dell'Assicurato.**

Gli Assicurati con età inferiore a 60 anni possono limitarsi alla compilazione del questionario sanitario. In tal caso l'efficacia della garanzia risulterà limitata per alcuni mesi, come specificato nelle "CONDIZIONI SPECIALI PER CONTRATTI STIPULATI SENZA VISITA MEDICA" riportate in polizza.

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

### 1.2 Definizione di Non Fumatore

Si definisce Non Fumatore l'Assicurato che non abbia mai fumato - sigarette, sigari o pipa - 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.

### 1.3 Modifica delle abitudini relative al fumo in corso di contratto

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".

**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.**

### 1.4 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.**

---

## 2. CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

---

### 2.1 Conclusione del Contratto ed entrata in vigore

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.

### 2.2 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 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 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 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 (per posta ordinaria o fax) eventuali comunicazioni inerenti:

## CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

---

- 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.

### 2.3 Diritto di recesso dal Contratto

Il Contraente può recedere dal Contratto entro 30 giorni dal momento in cui è lo stesso è concluso, dandone comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi del Contratto, ed inviata alla Compagnia (rif. Ufficio "Life Insurance Personal Portfolio Management", Corso Como, 17 - 20154 Milano -MI-) eventualmente per il tramite del Soggetto Incaricato al collocamento.

Il Recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal Contratto a decorrere dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della comunicazione di Recesso quale risulta dal timbro postale di invio.

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.

---

## 3. PREMIO E COSTI

---

### 3.1 Pagamento dei Premi

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. Al termine del periodo di pagamento dei Premi nulla è più dovuto dal Contraente e la garanzia rimane in vigore fino alla scadenza naturale del Contratto.

L'entità del Premio Annuo dipende dal Capitale Assicurato prescelto 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).

**Il Premio Annuo potrà essere frazionato in rate mensili, trimestrali, 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 (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-);
- RID (Rimessa Interbancaria Diretta) 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

## CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

---

Compagnia la variazione delle coordinate bancarie almeno sessanta giorni prima della scadenza prevista per il versamento del Premio successivo.

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

### 3.2 Limiti di età

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.

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.

### 3.3 Durata

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 a 75 anni.

### 3.4 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 opporre 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.

### 3.5 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 aumentate 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.

---

## 4. VICENDE CONTRATTUALI

---

### 4.1 Riscatto e prestiti

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

### 4.2 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.

### 4.3 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.

---

## 5. BENEFICIARI E PAGAMENTI DELLA COMPAGNIA

---

### 5.1 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.

### 5.2 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, verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e individuare gli aventi diritto. La lettera di richiesta contenente il dettaglio dei documenti è riportata in allegato.

La Compagnia esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione richiesta. Ogni pagamento viene effettuato presso la sede o la competente Agenzia della Compagnia.

**Alla data di redazione del presente Fascicolo Informativo, 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".**

### 5.3 Valuta

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

### 5.4 Tasse e imposte

Tasse e imposte relative al Contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto. I premi versati per la Garanzia Principale 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.

Le prestazioni erogate non sono soggette ad alcuna tassazione.

## CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

---

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.



---

### CONTRATTI STIPULATI SENZA VISITA MEDICA

---

#### **Premessa**

Tali Condizioni Speciali sono applicabili solo se specificatamente richiamate in Polizza.

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 Generali di Assicurazione, rimane convenuto che, qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi 90 giorni dal perfezionamento della Polizza e la Polizza stessa sia al corrente 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 fissi.

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.

## GLOSSARIO

---

<b>Assicurato:</b>	è la persona sulla cui vita viene stipulato il Contratto.
<b>Beneficiario:</b>	è la persona fisica o giuridica designata dal Contraente cui sono erogate le prestazioni previste dal Contratto.
<b>Capitale Assicurato:</b>	prestazione in forma di Capitale che la Compagnia corrisponde ai Beneficiari designati in caso di decesso dell'Assicurato nel corso della Durata Contrattuale.
<b>Carenza:</b>	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.
<b>Compagnia:</b>	AXA Assicurazioni S.p.A., con la quale viene stipulato il Contratto.
<b>Contraente:</b>	la persona fisica o giuridica che stipula il Contratto con la Compagnia e si impegna al versamento del Premio di polizza.
<b>Contratto (o polizza):</b>	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.
<b>Costi (o spese):</b>	oneri a carico del Contraente gravanti sul Premio.
<b>Data di Decorrenza e perfezionamento del Contratto:</b>	è la data a partire dalla quale il Contratto si considera concluso e produce i suoi effetti.
<b>Data di Scadenza:</b>	data in cui cessano gli effetti del Contratto.
<b>Diritti (propri) dei Beneficiari:</b>	diritto dei Beneficiari alle prestazioni del Contratto dovute dalla Compagnia; è acquisito per effetto della designazione del Contraente.
<b>Durata Contrattuale:</b>	periodo che intercorre tra la Data di Decorrenza e la Data di Scadenza del Contratto.
<b>Esclusioni:</b>	rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del Contratto di assicurazione.
<b>Garanzia Principale:</b>	garanzia di puro rischio che consiste nell'impegno della Compagnia di pagare il Capitale Assicurato alla persona designata (Beneficiario) in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza del Contratto.
<b>Perfezionamento del Contratto:</b>	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.
<b>Premio Annuo:</b>	importo che il Contraente deve corrispondere alle scadenze pattuite nel corso della Durata Contrattuale per la Garanzia Principale.
<b>Proposta di Assicurazione:</b>	modulo sottoscritto dal Contraente, in qualità di proponente, con il quale egli conferma di avere ricevuto, letto e valutato tutti i documenti inclusi nel Fascicolo Informativo del Contratto e manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il Contratto. E' soggetto all'approvazione della Compagnia.
<b>Recesso:</b>	diritto del Contraente di recedere dal Contratto e farne cessare gli effetti, da comunicarsi alla Compagnia entro 30 giorni dal perfezionamento del Contratto.
<b>Revoca:</b>	diritto del Contraente di revocare la propria Proposta di Assicurazione prima del perfezionamento del Contratto.

# INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/03

## CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

---

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

Al fine di fornirle i servizi e/o i prodotti assicurativi e/o le prestazioni richiesti o previsti in suo favore, in qualità di:

Assicurato                       Investitore-Contraente     Erede/beneficiario  
(barrare la casella corrispondente alla natura del suo rapporto con la nostra Società)

la nostra Società (di seguito anche "AXA") ha la necessità di disporre di dati personali che la riguardano (dati ancora da acquisire, alcuni dei quali ci debbono essere forniti da lei o da terzi per obbligo di legge<sup>2</sup>, e/o dati già acquisiti, forniti da lei o da altri soggetti<sup>3</sup>) e deve trattarli nel quadro delle finalità assicurative.

Pertanto le chiediamo di esprimere il consenso per il trattamento dei suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte della nostra Società e di terzi a cui tali dati saranno comunicati<sup>4</sup>.

Il consenso che le chiediamo riguarda anche il trattamento degli eventuali dati sensibili strettamente inerenti alla fornitura dei servizi, e/o prodotti assicurativi e/o delle prestazioni citate <sup>5</sup> 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 la nostra Società, 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.

---

<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 derivati; 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'assicuratore; 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> Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.

<sup>3</sup> Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che la riguarda (contraenti di assicurazioni in cui lei risulti 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 commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.

<sup>4</sup> I dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società, (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); Società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato 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. L'elenco completo e aggiornato dei suddetti soggetti è disponibile consultando il sito internet [www.axa.it](http://www.axa.it)

<sup>5</sup> Cioè i dati di cui all'art. 4, comma 1, lett. d) ed e), del Codice, quali dati relativi allo stato di salute, alle opinioni politiche, sindacali, religiose ovvero dati relativi a sentenze o indagini penali.

<sup>6</sup> 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 per tutela giudiziaria, 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 di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi ed il monitoraggio delle attività di distribuzione; società di recupero crediti;
- società ed enti facenti riferimento al Gruppo a cui appartiene la nostra Società (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 o comunque inerenti a materie di interesse per l'attività assicurativa; nonché altri soggetti, istituiti presso Autorità Amministrative indipendenti o Organismi di Controllo e Ministeri; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAL, INPGI ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria; Magistratura; Forze dell'ordine; altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria in base a leggi o regolamenti.

L'elenco completo di tutti i predetti soggetti è costantemente aggiornato e può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente chiedendolo al Responsabile indicato nell'informativa oppure consultando il sito internet [www.axa.it](http://www.axa.it)

## **INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/03 CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI**

---

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 presupposto necessario per lo svolgimento del rapporto assicurativo.

### **B) Trattamento dei dati personali comuni per attività di informazione e promozione commerciale**

Inoltre, per migliorare i nostri servizi ed i nostri prodotti e per informarla sulle novità e le opportunità che potrebbero essere di suo interesse, vorremmo avere l'opportunità di stabilire con lei un contatto. Nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati le chiediamo di consentirci l'utilizzo dei suoi dati personali non sensibili.

#### **Finalità di utilizzo dei dati personali**

Se lei acconsentirà, saremo in grado di:

- compiere analisi sulla qualità dei servizi ed iniziative dedicate alla raccolta di informazioni, con lo scopo di comprendere quali sono i suoi bisogni e esigenze, le sue opinioni sui nostri prodotti e servizi; in questo modo potremo migliorare la nostra offerta
- realizzare ricerche di mercato
- effettuare indagini statistiche
- proporle prodotti e servizi che possano essere di suo interesse

Potremo altresì comunicarle novità e opportunità relative a prodotti e/o servizi di:

- Società che appartengono al Gruppo AXA
- società esterne con le quali AXA ha stabilito accordi di partnership e di collaborazione.

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

#### **Chi sono i soggetti coinvolti**

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 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 svolgono 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.

### **C) Modalità d'uso dei suoi dati personali e suoi diritti**

Le precisiamo inoltre che i nostri dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati nell'ambito delle rispettive mansioni possono venire a conoscenza dei suoi dati quali "responsabili" o "incaricati" del trattamento. L'elenco completo dei responsabili del trattamento è disponibile sul sito [www.axa.it](http://www.axa.it).

#### **Modalità di uso dei suoi dati personali**

I suoi dati personali sono trattati<sup>7</sup> da AXA - titolare del trattamento - solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, 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 e attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati per i suddetti 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.

---

<sup>7</sup> Il trattamento può comportare le operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a), del Codice: 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 AI SENSI DELL'ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/03 CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

---

Nella nostra Società, 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.

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia – operanti talvolta anche all'estero – che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa o gestione<sup>8</sup>; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

### I suoi diritti

Lei ha il diritto di conoscere quali sono i suoi dati presso i singoli titolari di trattamento, cioè presso la nostra Società o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento<sup>9</sup>.

Per l'esercizio dei Suoi diritti Lei può rivolgersi a:

**AXA Assicurazioni S.p.A.**  
**Corso Como, 17- 20154 Milano (MI)**  
**e-mail: [CentroCompetenzaPrivacy@axa.it](mailto:CentroCompetenzaPrivacy@axa.it)**

---

<sup>8</sup> Questi soggetti sono società o persone fisiche nostre dirette collaboratrici e svolgono le funzioni di responsabili del nostro trattamento dei dati. Nel caso invece che operino in autonomia come distinti "titolari" di trattamento rientrano, come detto, nella c.d. "catena assicurativa" con funzione organizzativa.

<sup>9</sup> Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. L'art. 7 (*Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti*) prevede che:

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
  - a) dell'origine dei dati personali;
  - b) delle finalità e modalità del trattamento;
  - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
  - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
  - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
  - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
  - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
  - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
  - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
  - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale."

Richiesta N:

**RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE POLIZZA VITA INDIVIDUALE**

Polizza Vita N°: ..... Tariffa: ..... ex Compagnia:  Abeille  AXA  Allsecures  UAP

Agenzia: ..... Codice Agenzia: .....

- Richiesta per:  SCADENZA (n. beneficiari .....)  
 SINISTRO (n. beneficiari .....)  
 RISCATTO TOTALE  
 RISCATTO PARZIALE NETTO DI € .....  
 PRESTITO NETTO DI € ..... *Per la concessione del prestito è necessario che tutti i premi scaduti siano stati incassati*

REINVESTIMENTO  Totale  Parziale

**DATI DEL 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			

**DATI DEL 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			

**DATI DEL 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.)			

**DATI DELL'ESECUTORE/RICHIEDENTE:**  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.)			



Polizza Vita N°: ..... ex Compagnia:  Abeille  AXA  Allsecures  UAP Richiesta N: .....

**DATI DEL BENEFICIARIO (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)		e-mail		
Settore	SAE		RAE		
ATECO					

**DATI DEL 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.)	

Il richiedente chiede che l'importo venga pagato con  PNA(reinvestimento),  Assegno o con  Bonifico Bancario sul C/C intestato a: .....

Codice IBAN

**Il Richiedente dichiara di essere consapevole e d'accordo che dalla data della presente, la copertura assicurativa deve intendersi cessata definitivamente per la sola richiesta di riscatto totale e rimarrà in vigore sulla disponibilità residua, in caso di richiesta di riscatto parziale.**

In caso di REINVESTIMENTO: Il sottoscritto Contraente/Rappresentante legale sceglie di reinvestire nel prodotto indicato il valore di riscatto della polizza suddetta e dichiara di aver ricevuto l'allegato di confronto e l'informativa precontrattuale del prodotto di destinazione.

Data richiesta	Data ricevimento Documentazione	Firma dell'Incaricato	Firma del Richiedente
_____	_____	_____	_____

(\*) In caso di minori la richiesta va avanzata dal Tutore allegando il documento di autorizzazione del Giudice Tutelare



### DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA

- Fotocopia di un Documento di identità valido del Contraente (o Beneficiario/i se scadenza o sinistro)
- Copia del codice fiscale del Contraente (o Beneficiario/i se scadenza o sinistro)

Nel caso in cui il Contraente (o Beneficiario se scadenza o sinistro) sia persona giuridica

- Fotocopia di un documento di identità valido del Legale Rappresentante
- Fotocopia del codice fiscale del Legale Rappresentante
- Fotocopia Visura Camerale Società aggiornata
  
- Fotocopia di un Documento di identità valido dell'Esecutore
- Copia del codice fiscale dell'Esecutore
  
- Certificato di esistenza in vita dell'Assicurato o del Beneficiario se persona diversa
- Modello di adeguata verifica della clientela ai fini FATCA (ove previsto)
- Modello di adeguata verifica della clientela ai fini antiriciclaggio

### ULTERIORI DOCUMENTI DA ALLEGARE IN CASO DI SINISTRO

- Certificato di morte
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio indicante che l'Assicurato non ha lasciato testamento, completa delle generalità di tutti gli eredi, età e capacità giuridica
- **oppure, in alternativa, per capitali maggiori a 100 mila euro**, atto notorio circa eredi legittimi redatto davanti a Notaio o Cancelliere o Segretario comunale alla presenza di due testimoni dal quale risulti se esiste o meno testamento
- Decreto Giudice Tutelare sulla riscossione del capitale (se i Beneficiari sono minori od incapaci)
- Relazione medica sulle cause del decesso
- Copia della cartella clinica se il decesso è avvenuto in ospedale o clinica privata
- Copia legalizzata dell'eventuale testamento conosciuto valido e non impugnato
- Copia del verbale rilasciato dall'autorità competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso (solo in caso di morte per infortunio, incidente stradale, suicidio, omicidio)
- Copia dell'autopsia se è stata richiesta dalle autorità competenti



ridefiniamo / gli standard

# 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.**

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			

**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			

**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°
----------	----------------	-----------	-------------

### BENEFICIARI E VINCOLO (selezionabili solo se previsti dalla tariffa)

Beneficiari in caso di vita: .....

Beneficiari in caso di decesso dell'Assicurato: .....

La polizza dovrà essere vincolata? (Se sì, specificare l'esatta denominazione del Vincolatario e indirizzo completo)  SI  NO

### 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

Premio di rata: Euro ..... di cui

- Importo netto garanzia base Euro .....

- Importo netto Complementari Euro .....

- Sovrappremio Euro .....

- Interessi di frazionamento Euro .....

- Accessori Euro .....

- Tasse Euro .....

Totale al perfezionamento: Euro .....

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

FAC-SIMILE

### CONDIZIONI DI SOTTOSCRIZIONE

**Il Contraente e l'Assicurato:**

- confermano che le informazioni contenute nella presente Proposta di Assicurazione - anche se materialmente scritte da altri - sono complete ed esatte
- dichiarano di aver ricevuto il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa e le Condizioni Generali di Assicurazione (mod ..... - ed. ....);
- dichiarano di conoscere ed accettare integralmente i contenuti del predetto Fascicolo Informativo.

L'Assicurato dichiara inoltre 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.

**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 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 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 dell'adeguatezza del contratto.

\*\*\*

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.

Firma del Contraente/  
Legale Rappresentante/Esecutore

Luogo e data                      Firma dell'incaricato                      Firma dell'Assicurato

### QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA 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°
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. **Gli Assicurati con età superiore a 60 anni, oltre al questionario sanitario, devono sottoporsi a visita medica.**

1. 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.*

2. Ha in vigore con AXA Assicurazioni polizze Vita che prevedono un capitale in caso di morte o malattie gravi?  SI  NO

3. Intende sottoporsi a visita medica per eliminare il periodo di carenza previsto dalle Condizioni Contrattuali? (specificare quale)  SI  NO

4. Il suo peso e la sua altezza NON rientrano in una delle fasce indicate?  SI  NO

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

5. 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 o beneficia di esenzione totale dal ticket sanitario in ragione di patologie croniche e/o rare oppure ha fatto richiesta per ottenerla?  SI  NO

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

*\*Per professioni e attività sportive a rischio si intendono ad esempio addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili, personale militare impiegato in missioni all'estero; alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai senza accompagnamento di persona esperta, pugilato, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bobsleigh (guidoslitta), skeleton (slittino), rugby, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere, gare automobilistiche e/o motociclistiche, baseball, hockey, equitazione.*

7. Le è mai stato consigliato di sottoporsi o è mai stato sottoposto a trattamenti medici o ha mai subito ricoveri o interventi chirurgici per qualcuno dei disturbi o delle patologie indicate?  SI  NO

*Disturbi del sistema nervoso (convulsioni, crisi epilettiche, ictus cerebrale, paralisi o paresi, svenimenti, cefalee severe o qualsiasi altra malattia del sistema nervoso o neuropsichiatrico), malattie dell'apparato cardio-vascolare (elevati valori pressori, infarto, aritmia cardiaca, qualunque tipo di cardiopatia o di malattia delle arterie), disturbi dell'apparato respiratorio (asma, enfisema, bronchite cronica), malattie dell'apparato digerente (ulcera gastrica o duodenale, epatite cronica o cirrosi epatica, malattie dell'intestino, del retto, del fegato o del pancreas) disturbi dell'apparato genito-urinario (coliche renali, insufficienza renale, malattie dell'apparato genitale femminile o maschile), malattie metaboliche o endocrine (diabete, disturbi della tiroide, gotta), qualsiasi tipo di malattia del sangue e degli organi ematopoietici (anemia, sideropenia, linfopatie, mielopatie), malattie delle ossa e articolazioni (fratture della colonna, anchilosi, osteoporosi), qualsiasi tipo di tumore (cancro, melanoma, cisti, polipi), malattie infettive (epatite B o C, o HIV), abuso di alcool o dipendenza da qualsiasi tipo di droga.*

8. 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

9. 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 AI SENSI DELL'ART. 23 D. LGS 196/2003

Io sottoscritto, ricevuta e letta l'Informativa riportata nel Fascicolo Informativo:

#### A) Finalità assicurative descritte alla lettera A) dell'Informativa

##### 1) Acconsento al trattamento dei miei dati personali per le finalità assicurative

Nome e Cognome

Contraente/Legale Rappresentante \_\_\_\_\_ data e firma \_\_\_\_\_

Nome e Cognome Assicurato \_\_\_\_\_ data e firma \_\_\_\_\_

#### B) Finalità commerciali descritte alla lettera B) dell'Informativa

**2) Attività promozionali e di vendita:** acconsento al trattamento dei miei dati non sensibili per lo svolgimento di comunicazioni ed iniziative promozionali e di vendita di prodotti e/o servizi AXA e di società appartenenti allo stesso Gruppo.  SI  NO

**3) Ricerche di mercato:** acconsento al trattamento dei miei dati non sensibili per lo svolgimento di 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

**4) Attività promozionali, di vendita e ricerche di mercato di prodotti e servizi di società partner:** acconsento al trattamento dei miei dati non sensibili per lo svolgimento di comunicazioni ed iniziative promozionali, di vendita e ricerche di mercato riferite a prodotti e/o servizi di società partner.  SI  NO

Le attività di cui ai punti 2, 3, 4 della lettera B) vengono realizzate da AXA, società appartenenti allo stesso Gruppo o da società terze, anche avvalendosi di mezzi di comunicazione a distanza.

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 PERMANENTE DI ADDEBITO SU CONTO CORRENTE BANCARIO (R.I.D.)

NOME E COGNOME DEL CONTRAENTE										INTESTAZIONE DEL CONTO CORRENTE									
CODICE FISCALE DEL CONTRAENTE										Cognome .....									
NUMERO DELLA PRESENTE PROPOSTA										Nome .....									
AZIENDA CREDITRICE					CODICE CLIENTE					Indirizzo .....									
2   1   3   Z   9					N° POLIZZA (assegnato dalla Compagnia)					Comune ..... CAP.....									
IBAN DEL CONTO DA ADDEBITARE																			

L'importo degli addebiti diretti RID è pari a Euro \_\_\_\_\_

Il sottoscritto prende atto che, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 11/2010, specificando l'importo degli addebiti diretti RID nella presente autorizzazione, non sussiste la condizione per il diritto di rimborso dell'addebito.

Il sottoscritto autorizza l'Azienda di credito a margine a provvedere al versamento periodico sopra descritto, addebitando il conto sopraindicato ed applicando le condizioni d'uso previste per il servizio senza necessità, per l'Azienda di credito, di inviare la relativa contabile di addebito. Dichiara di essere a conoscenza che l'Azienda di credito assume l'incarico dell'estinzione dei citati documenti, prima della scadenza di obbligazione, al momento del pagamento, e che il conto sia in essere, che assicuri disponibilità sufficienti e che non sussistano ragioni che ne impediscano l'utilizzazione. In caso contrario la presente autorizzazione di addebito in conto si intenderà automaticamente revocata con effetto immediato e conseguentemente l'Azienda di credito resterà esonerata da ogni e qualsiasi responsabilità inerenti al mancato pagamento. In tal caso il pagamento stesso dovrà essere effettuato ad AXA Assicurazioni o all'Agenzia incaricata direttamente a cura del debitore. Il sottoscritto prende pure atto che ove intenda sospendere il versamento periodico dovrà darne immediato avviso all'Azienda di credito entro la data di scadenza. E' parimenti a conoscenza che l'Azienda di credito non risponde delle conseguenze derivanti da cause ad essa non imputabili (fra le quali si indicano a titolo puramente esemplificativo, quelle dipendenti da scioperi anche del proprio personale e da servizi in genere) e da ogni impedimento od ostacolo di forza maggiore che non possa essere superato con l'ordinaria diligenza. Per ogni controversia relativa alla presente autorizzazione nonché all'eventuale revoca della stessa, il Foro competente è quello convenuto per il conto corrente in precedenza richiamato.

Firma \_\_\_\_\_

il presente fascicolo è aggiornato alla data del 9 settembre 2015

Mod. 4809 - ed. 2015

**AXA Assicurazioni S.p.A.**  
Corso Como, 17  
20154 Milano - Italia  
Tel. (+39) 02 480841  
n. R.E.A. 1576311  
C. F. e P.I.V.A. n. 00902170018

**ridefiniamo** / la protezione

