



ridefiniamo / gli standard

TITOLARE EFFETTIVO (SUB 1) (se il cliente è una fiduciaria che opera per conto del fiduciante o il rapporto è una polizza collettiva "pura" conto altrui)			
TITOLARE EFFETTIVO ()			
Dati anagrafici			
Cognome	Nome	Codice Fiscale	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data di nascita	Nazione di nascita	Provincia di nascita (o Località estera se la Nazione è diversa da Italia)	
Indirizzo di residenza		Comune di residenza	
Provincia di residenza (o Località estera se la Nazione è diversa da Italia)		CAP	Nazione di residenza
Domicilio diverso da residenza <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Indirizzo del domicilio (se alla domanda precedente si risponde "SI")		Comune del domicilio
Provincia del domicilio (o Località estera se la Nazione è diversa da Italia)		CAP	Nazione del domicilio
Cittadinanza Nazione (1) _____ Nazione (2) _____	Tipo documento identificativo		Estremi del documento
Ente di rilascio	Provincia di rilascio	Data di rilascio	Nazione di rilascio
Attività economica prevalente			
Professione <input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Dirigente/ Soggetto apicale <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Imprenditore <input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente <input type="checkbox"/> Libero professionista <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/> Religioso <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____			
Principale attività economica (inserire il codice con la relativa descrizione, se "Altro" specificare l'attività economica)			
Persona pubblicamente esposta (PPE)			
Carica in corso <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Tipo carica	
Carica ricoperta in passato (se alla domanda sopra si risponde "NO") <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Tipo carica	
Persona politicamente esposta (PEP)			
Carica in corso <input type="checkbox"/> SI, carica personalmente ricoperta <input type="checkbox"/> SI, relazione di parentela <input type="checkbox"/> SI, relazione d'affari <input type="checkbox"/> NO			
Tipo legame e nome cognome del soggetto che ricopre la carica (se si risponde "SI, relazione di parentela" o "SI, relazione d'affari")			
Tipo carica		Nazione incarico	
Carica ricoperta in passato (se alla prima domanda si risponde "NO") <input type="checkbox"/> SI, carica personalmente ricoperta <input type="checkbox"/> SI, relazione di parentela <input type="checkbox"/> SI, relazione d'affari <input type="checkbox"/> NO		Periodo di conclusione dell'incarico <input type="checkbox"/> Meno di un anno <input type="checkbox"/> Più di un anno	
Tipo legame e nome cognome del soggetto che ha ricoperto la carica (se si risponde "SI, relazione di parentela" o "SI, relazione d'affari")			
Tipo carica		Nazione incarico	



ridefiniamo / gli standard

MODULO DI ADESIONE - VALORE AZIENDA (tariffa 1023)

Proposta n. _____ Contraente _____
 Agenzia _____ Codice _____

COPERTURE PREVISTE DA:

C.C.N.L. di categoria (specificare quale) _____
 Accordo/Regolamento Aziendale
 Altro _____ Copertura: FACOLTATIVA OBBLIGATORIA
Nelle prime due opzioni l'adesione è obbligatoria, nella terza opzione specificare se l'adesione è obbligatoria o facoltativa.

DATI ASSICURATO

Cognome _____ Nome _____ C.F. _____
 Data di nascita _____ Luogo di nascita (Prov.) _____ Sesso M F
 Indirizzo _____ Comune (Prov.) _____ CAP _____

BENEFICIARI

In caso di decesso dell'Assicurato:

PRESTAZIONI E PREMI

Capitale Assicurato: 25.000,00 Euro 50.000,00 Euro 100.000,00 Euro
 Premio: _____ di cui Costi di acquisto: _____ Diritti Fissi: _____
 La quota parte dei Costi di acquisto retrocessa dalla Compagnia in media agli intermediari è pari al 40% dei costi stessi.

DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

La sottoscrizione della dichiarazione che segue costituisce la base del contratto che verrà emesso dalla Compagnia. E' quindi necessario rispondere con cura e completezza. Si ricorda che le dichiarazioni inesatte possono compromettere l'efficacia della garanzia assicurativa (art. 1892 Cod. Civ.).

Il sottoscritto Assicurando dichiara:

- a) di non avere in vigore con AXA Assicurazioni polizze Vita che prevedono un capitale in caso di morte
- b) di non aver ancora compiuto 65 anni di età
- c) di non soffrire e di non aver mai sofferto di una o più delle seguenti malattie e di non essersi sottoposto a cure o trattamenti per:
 - Tumori (compresa leucemia, linfomi, linfadenopatie)
 - Angina pectoris
 - Infarto Miocardico
 - Attacco ischemico transitorio (TIA)
 - Ictus
 - Ipertensione non controllata
 - Enfisema, bronco pneumopatia cronica
 - Epatite B o C
 - Cirrosi epatica
 - Diabete
 - Insufficienza renale
 - Bronchite cronica
 - Epilessia, sclerosi multipla, artrite reumatoide
 - HIV o malattie HIV-correlate
 - Traumi o infortuni con postumi
- d) di non essere in attesa di ricovero o di accertamenti sanitari diagnostici
- e) di non essere parzialmente o totalmente inabile al lavoro a causa di una malattia o di un infortunio, né di esserlo stato per più di 30 giorni, anche non consecutivi, durante gli ultimi 2 anni
- f) di non essere titolare di un assegno di invalidità/inabilità e di non aver fatto domanda per ottenerlo.
- g) di non essere esposto a particolari pericoli nello svolgimento dell'attività professionale (es. salire su impalcature, avere contatto con corrente elettrica superiore a 380 Volts, gas, sostanze nocive, esplosivi, svolgere attività in miniere, cave, fonderie, attività di pubblica sicurezza, radiologia, aviazione, autotrasporto, ecc.)

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 nella dichiarazione di buono stato di salute;
- anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute con il totale costo a carico dello stesso.

Luogo e data _____

Firma dell'Assicurato _____

Qualora l'Assicurato non possa confermare quanto sopra, la Compagnia richiede la compilazione del Questionario Sanitario ed eventuali esami clinici.

AXA Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Corso Como 17, 20154 Milano - Italia
 Tel. (+39) 02 480841 - Fax (+39) 02 48084331

**QUESTIONARIO SANITARIO**

Da compilare nel caso in cui l'Assicurato non possa confermare quanto indicato nella precedente sezione "Dichiarazione sullo stato di salute dell'Assicurato"

Le dichiarazioni che seguono costituiranno la base del contratto che verrà emesso dalla Compagnia. E' quindi necessario rispondere con cura e completezza a tutte le domande. Si ricorda che le dichiarazioni inesatte possono compromettere l'efficacia della garanzia assicurativa (art. 1892 Cod. Civ.).

1. Ha in vigore con AXA Assicurazioni polizze Vita che prevedono un capitale in caso di morte? sì no
2. Nello svolgimento della professione o in qualsiasi attività è esposto a particolari pericoli? (es. sale su impalcature, ha contatto con corrente elettrica superiore a 380 Volts, gas, sostanze nocive, esplosivi, svolge attività in miniere, cave, fonderie, attività di pubblica sicurezza; radiologia, aviazione, autotrasporto, ecc.)? sì no
3. Ha sofferto o attualmente soffre di malattie che abbiano provocato la sospensione dell'attività lavorativa e/o le attività non lavorative abituali per una durata superiore a due settimane consecutive negli ultimi 5 anni? sì no
4. E' mai stato ricoverato in case di cura o ospedali per interventi, cure o accertamenti, anche in regime di day-hospital per una durata superiore a una settimana (esclusi ricoveri per appendicectomia e tonsillectomia)? sì no
5. Deve recarsi prossimamente in ospedale, clinica o altro per accertamenti, interventi chirurgici o visite mediche anche in regime di day hospital? sì no
6. Ha seguito o segue attualmente terapie mediche di durata maggiore di due settimane (ad esclusione delle terapie fisioterapiche o termali)? sì no
7. Ha effettuato il test HIV o test epatite B/C con esito positivo? sì no
8. Ha subito in passato traumi o lesioni accidentali? E' percettore di pensioni di invalidità o di assegno di accompagnamento? sì no
9. Ha sofferto recentemente, o soffre attualmente di astenia, febbricola, diarrea, sudori notturni, ingrossamento ghiandole linfatiche, malattia della pelle, malattia oncologica, neurologica, osteoarticolare, cardiovascolare, enfisema, asma bronchiale, ipertensione arteriosa o conseguente ad immunodeficienza acquisita, diabete, insufficienza renale? sì no
10. Il suo peso è superiore alla cifra indicata in corrispondenza della sua altezza?

Altezza (cm)	145-150	151-160	161-170	171-180	181-190	sup. a 190		
Peso (Kg)	65	75	85	95	110	115	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
11. Vi sono state variazioni di peso negli ultimi 12 mesi (aumento, diminuzione) superiore al 20% del suo peso originario? sì no

Note in caso di risposte positive al questionario sanitario dettaglio

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 nella dichiarazione di buono stato di salute;
- anche nei casi non espressamente previsti dall'impresa, l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute con il totale costo a carico dello stesso.

Luogo e data

Firma dell'Assicurato



SOTTOSCRITTORE

Il/La sottoscritto/a, presa visione dell'informativa sulla privacy riportata in calce ed in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 21 (Obblighi del cliente) e dall'art. 23 (Obbligo di astensione) del D. Lgs. 231/07 e successive modifiche (Decreto), consapevole della responsabilità penale cui, ai sensi dell'art. 55 (Sanzioni penali) del medesimo Decreto, può andare incontro in caso di mendaci dichiarazioni, dichiara che i dati riportati nel presente modulo corrispondono al vero e di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, anche relativamente al titolare effettivo del rapporto.

Il/La sottoscritto/a dichiara che le operazioni eseguite sul rapporto sono da considerarsi per conto degli intestatari del rapporto medesimo e di aver ricevuto compiuta informazione sulla necessità di riferire, per ogni singola futura operazione, se questa venga effettuata per conto di soggetti diversi da quelli indicati all'atto della costituzione del rapporto continuativo ed a fornire tutte le indicazioni necessarie all'identificazione dell'eventuale diverso titolare effettivo.

Il/La sottoscritto/a si impegna, inoltre, ad informare la Società in ordine ad eventuali future modifiche dei dati acquisiti con il presente modulo.

Luogo e Data

Firma

INTERMEDIARIO

Intermediario

Luogo e Data

Firma

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D. LGS. 196/2003 (CODICE PRIVACY)

I dati personali da riportare nella presente dichiarazione sono raccolti da AXA Assicurazioni S.p.A, titolare del trattamento, per adempiere ad obblighi di legge previsti dal Decreto Legislativo n. 231/2007 e s.m.i. in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo. Il conferimento dei dati è, pertanto, obbligatorio. Il rifiuto di fornire le informazioni richieste può comportare l'impossibilità di eseguire l'operazione richiesta. Il trattamento dei dati sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale e soggetti appositamente nominati "incaricati" o "responsabili" del trattamento in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati non saranno diffusi, ma potranno essere comunicati ad Autorità e Organi di Vigilanza e Controllo. Per esercitare i Suoi diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs.196/2003 (conoscere quali sono i Suoi dati trattati, farli aggiornare, rettificare, integrare, cancellare o trasformarli in forma anonima o chiedere il blocco dei dati trattati in violazione di legge) può scrivere a AXA Assicurazioni S.p.A. – Centro Competenza Privacy – corso Como, 17 20154 Milano – email:centrocompetenzaprivacy@axa.it

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 231/2007 E SUCCESSIVE MODIFICHE

Si riporta di seguito quanto espresso agli articoli 21, 23 e 55 del D.Lgs. 231 del 2007.

Art 21. Obblighi del cliente

1. I clienti forniscono, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti destinatari del presente decreto di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela. Ai fini dell'identificazione del titolare effettivo, i clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate delle quali siano a conoscenza.

Art 23. Obblighi di astensione

1. Quando gli enti o le persone soggetti al presente decreto non sono in grado di rispettare gli obblighi di adeguata verifica della clientela stabiliti dall'articolo 18, comma 1, lettere a), b) e c), non possono instaurare il rapporto continuativo né eseguire operazioni o prestazioni professionali ovvero pongono fine al rapporto continuativo o alla prestazione professionale già in essere e valutano se effettuare una segnalazione alla UIF, a norma del Titolo II, Capo III.

1-bis. Nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica relativamente a rapporti continuativi già in essere, operazioni o prestazioni professionali in corso di realizzazione, gli enti o le persone soggetti al presente decreto restituiscono al cliente i fondi, gli strumenti e le altre disponibilità finanziarie di spettanza, liquidandone il relativo importo tramite bonifico su un conto corrente bancario indicato dal cliente stesso. Il trasferimento dei fondi è accompagnato da un messaggio che indica alla controparte bancaria che le somme sono restituite al cliente per l'impossibilità di rispettare gli obblighi di adeguata verifica della clientela stabiliti dall'articolo 18, comma 150. *Omissis*

Art 55. Sanzioni penali

1. Chiunque contravviene alle disposizioni contenute nel Titolo II, Capo I, concernenti l'obbligo di identificazione, è punito con sanzione amministrativa pecuniaria da 5.000 a 30.000 euro, salvo che il fatto non costituisca più grave reato.

2. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, l'esecutore dell'operazione che omette di indicare le generalità del soggetto per conto del quale eventualmente esegue l'operazione o le indica false è punito con la reclusione da sei mesi a un anno e con la multa da 500 a 5.000 euro.

3. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, l'esecutore dell'operazione che non fornisce informazioni sullo scopo e sulla natura prevista dal rapporto continuativo o dalla prestazione professionale o le fornisce false è punito con l'arresto da sei mesi a tre anni e con l'ammenda da 5.000 a 50.000 euro. *Omissis*

SEZIONE A CURA DELL'OPERATORE

AXA Assicurazioni S.p.A. - Sede Legale e Direzione Generale: Corso Como 17, 20154 Milano – Italia
Tel. (+39) 02 480841 - Fax (+39) 02 48084331

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)