AXA MPS Mutuo Protetto

Banca .....

Sportello .....

Tariffa .....

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE COD. ID.

Il sottoscritto, nel seguito indicato come "CONTRAENTE", propone ad AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. la stipula di una Polizza di assicurazione sulla vita denominata AXA MPS Mutuo Protetto (MS14), a premio periodico, sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AXV MSMS14 che dichiara di aver ricevuto e di accettare integralmente. A tal fine comunica i dati necessari per la stipula del contratto:

Contraente .....
Sesso ..... nato il ..... a .....
Indirizzo ..... comune di ..... cap ..... prov. .....
Est. Documento ..... ril. il ..... da .....
Cod. fisc. ..... cod. prof. .....
Indirizzo e-mail: ..... numero di cellulare: .....

Assicurando .....
Sesso ..... nato il ..... a .....
Indirizzo ..... comune di ..... cap ..... prov. .....
Est. Documento ..... ril. il ..... da .....
Cod. fisc. ..... cod. prof. .....
Decorrenza ..... Scadenza ..... Durata (in anni) .....
Capitale assicurato iniziale in caso di morte: € .....
Premio periodico: € ..... pagabile fino al: ..... di cui spese: € .....
di cui riconosciute all'intermediario: € ..... rateazione: .....

Sezione beneficiari
Nome ..... Cognome/Ragione sociale ..... % di ripartizione prestazione .....
Sesso ..... Nato/Costituito il ..... Comune .....
Codice fiscale/P IVA .....
Recapito/Sede legale: indirizzo ..... Comune ..... CAP ..... PR .....
E-mail ..... Numero di telefono .....
Beneficiario caso morte: .....

☐ DICHIARO DI NON VOLERE INDICARE NOMINATIVAMENTE IL BENEFICIARIO

Avvertenza: in caso di mancata compilazione degli spazi dedicati alla designazione dei beneficiari in forma nominativa, l'impresa potrà incontrare, al decesso dell'assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari. La modifica o revoca di quest'ultimo deve essere comunicata all'impresa.

Sezione referente terzo
Nome ..... Cognome/Ragione sociale .....
Recapito/Sede legale: indirizzo ..... Comune ..... CAP ..... PR .....
E-mail ..... Numero di telefono .....

In ..... il .....
l'Assicurando (se diverso dal Contraente anche ai sensi dell'art. 1919 c.c.) .....
In relazione al pagamento del premio, il sottoscritto autorizza AXA MPS Vita S.p.A. ad addebitare il premio di € .....
sul C/C..... ABI..... CAB.....
La Filiale ..... NDG .....
Il Contraente .....
il titolare del C/C (solo se diverso dal Contraente) .....
Codice Promotore Finanziario ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Il Promotore Finanziario .....

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio può essere effettuato mediante:
- addebito su c/c bancario, previa autorizzazione del titolare del conto corrente;
- bonifico bancario sul conto corrente intestato alla Compagnia, presso la Banca WIDIBA con IBAN IT 85 W 03442 14239 000050003583.

DICHIARAZIONI

Il Contraente dichiara di essere stato informato, prima della conclusione del contratto, della coerenza del prodotto alle richieste ed esigenze del contraente o dell'assicurato, nonché di aver ricevuto, ai sensi dell'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 e degli artt. 10 e 11 del Regolamento IVASS n. 41/2018, gli Allegati 3, 4 e 4-ter (over previsto), il Set informativo composto da: Documento informativo Precontrattuale (DIP), Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, Informativa Privacy e Modulo di proposta.

Il Contraente dichiara altresì di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 11 del Reg. 41/2018 IVASS, le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

☐ Il Contraente dichiara di sottoscrivere la presente proposta senza avere l'obiettivo di coprire un debito derivante da un finanziamento contratto con Banca
☐ Il Contraente dichiara di sottoscrivere la presente proposta con l'obiettivo di coprire in tutto o in parte il debito derivante dal finanziamento n. _____ contratto con Banca MPS

Il Contraente .....

CLAUSOLA DI RECESSO - REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA

Il Contraente può recedere dal contratto entro 60 giorni dalla sua conclusione, dandone comunicazione con lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito: **AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. – Via Aldo Fabrizi, 9 – 00128 ROMA**. La conclusione del contratto si considera avvenuta il giorno di decorrenza indicato in proposta a condizione che sia stato pagato il premio e la proposta stessa non sia stata rifiutata entro i tre giorni successivi. 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, AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. rimborsa al contraente il premio da questi eventualmente corrisposto. La proposta di assicurazione sulla vita è revocabile, prima che il contratto sia concluso, mediante comunicazione da eseguirsi nei modi previsti per l'esercizio del diritto di recesso ovvero tramite l'agenzia o filiale presso la quale è stata sottoscritta.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

Finalità assicurative descritte alla lettera A) dell'Informativa Privacy
acconsento al trattamento dei dati personali sensibili, per le finalità assicurative e a tal fine sottoscrivo il modulo per esprimere questo consenso in forma scritta.
Contraente/Legale Rappresentante ..... data e firma .....

Nome e Cognome Assicurato ..... data e firma .....

Finalità di marketing descritte alla lettera B) dell'Informativa Privacy
acconsento al trattamento dei miei dati non sensibili per lo svolgimento di comunicazioni, iniziative promozionali e vendita di prodotti e/o servizi di AXA, di società appartenenti allo stesso Gruppo e di società partner, oltre che di ricerche di mercato e di rilevazioni statistiche relative ai prodotti e/o servizi di AXA, di società appartenenti allo stesso Gruppo o di aziende partner e di rilevazioni sulle mie esigente relativamente a tali prodotti e/o servizi

☐ **SI** ☐ **NO**

Luogo e data ..... **Il Contraente** .....

AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. - Sede Legale: Via Aldo Fabrizi n. 9, 00128 Roma – Italia
Tel.: (+39) 06 50870.1, Fax: (+39) 06 50870295 - PEC: axampsvita@legalmail.it

Capitale Sociale € 569.000.000 interamente versato - Codice Fiscale e numero iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 01075910586, P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967, Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Roma 383155 - Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 24/7/1974 (G.U. 8/8/1974 n. 208). Compagnia iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese IVASS al n. 1.00046.
La Società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di AXA Assicurazioni S.p.A. ed appartiene al Gruppo assicurativo AXA ITALIA, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi con il n. 041.

MOD. AXV MS14 - 01/2022 - COPIA AXA MPS ASSICURAZIONI VITA SPA

AXA MPS Mutuo Protetto

Banca .....

Sportello .....

Tariffa .....

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE COD. ID.

Il sottoscritto, nel seguito indicato come "CONTRAENTE", propone ad AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. la stipula di una Polizza di assicurazione sulla vita denominata AXA MPS Mutuo Protetto (MS14), a premio periodico, sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AXV MSMS14 che dichiara di aver ricevuto e di accettare integralmente. A tal fine comunica i dati necessari per la stipula del contratto:

Contraente .....
Sesso ..... nato il ..... a .....
Indirizzo ..... comune di ..... cap ..... prov. .....
Est. Documento ..... ril. il ..... da .....
Cod. fisc. ..... cod. prof. .....
Indirizzo e-mail: ..... numero di cellulare: .....

Assicurando .....
Sesso ..... nato il ..... a .....
Indirizzo ..... comune di ..... cap ..... prov. .....
Est. Documento ..... ril. il ..... da .....
Cod. fisc. ..... cod. prof. .....
Decorrenza ..... Scadenza ..... Durata (in anni) .....
Capitale assicurato iniziale in caso di morte: € .....
Premio periodico: € ..... pagabile fino al: ..... di cui spese: € .....
di cui riconosciute all'intermediario: € ..... rateazione: .....

Sezione beneficiari
Nome ..... Cognome/Ragione sociale ..... % di ripartizione prestazione .....
Sesso ..... Nato/Costituito il ..... Comune .....
Codice fiscale/P IVA .....
Recapito/Sede legale: indirizzo ..... Comune ..... CAP ..... PR .....
E-mail ..... Numero di telefono .....
Beneficiario caso morte: .....

☐ DICHIARO DI NON VOLERE INDICARE NOMINATIVAMENTE IL BENEFICIARIO

Avvertenza: in caso di mancata compilazione degli spazi dedicati alla designazione dei beneficiari in forma nominativa, l'impresa potrà incontrare, al decesso dell'assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari. La modifica o revoca di quest'ultimo deve essere comunicata all'impresa.

Sezione referente terzo
Nome ..... Cognome/Ragione sociale .....
Recapito/Sede legale: indirizzo ..... Comune ..... CAP ..... PR .....
E-mail ..... Numero di telefono .....

In ..... il .....
l'Assicurando (se diverso dal Contraente anche ai sensi dell'art. 1919 c.c.) .....
In relazione al pagamento del premio, il sottoscritto autorizza AXA MPS Vita S.p.A. ad addebitare il premio di € .....
sul C/C..... ABI..... CAB.....
La Filiale ..... NDG .....
Il Contraente .....
il titolare del C/C (solo se diverso dal Contraente) .....
Codice Promotore Finanziario ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Il Promotore Finanziario .....

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio può essere effettuato mediante:
- addebito su c/c bancario, previa autorizzazione del titolare del conto corrente;
- bonifico bancario sul conto corrente intestato alla Compagnia, presso la Banca WIDIBA con IBAN IT 85 W 03442 14239 000050003583.

DICHIARAZIONI

Il Contraente dichiara di essere stato informato, prima della conclusione del contratto, della coerenza del prodotto alle richieste ed esigenze del contraente o dell'assicurato, nonché di aver ricevuto, ai sensi dell'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 e degli artt. 10 e 11 del Regolamento IVASS n. 41/2018, gli Allegati 3, 4 e 4-ter (over previsto), il Set informativo composto da: Documento informativo Precontrattuale (DIP), Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, Informativa Privacy e Modulo di proposta.

Il Contraente dichiara altresì di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 11 del Reg. 41/2018 IVASS, le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

☐ Il Contraente dichiara di sottoscrivere la presente proposta senza avere l'obiettivo di coprire un debito derivante da un finanziamento contratto con Banca
☐ Il Contraente dichiara di sottoscrivere la presente proposta con l'obiettivo di coprire in tutto o in parte il debito derivante dal finanziamento n. _____ contratto con Banca MPS

Il Contraente .....

CLAUSOLA DI RECESSO - REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA

Il Contraente può recedere dal contratto entro 60 giorni dalla sua conclusione, dandone comunicazione con lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito: **AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. – Via Aldo Fabrizi, 9 – 00128 ROMA**. La conclusione del contratto si considera avvenuta il giorno di decorrenza indicato in proposta a condizione che sia stato pagato il premio e la proposta stessa non sia stata rifiutata entro i tre giorni successivi. 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, AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. rimborsa al contraente il premio da questi eventualmente corrisposto. La proposta di assicurazione sulla vita è revocabile, prima che il contratto sia concluso, mediante comunicazione da eseguirsi nei modi previsti per l'esercizio del diritto di recesso ovvero tramite l'agenzia o filiale presso la quale è stata sottoscritta.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

Finalità assicurative descritte alla lettera A) dell'Informativa Privacy
acconsento al trattamento dei dati personali sensibili, per le finalità assicurative e a tal fine sottoscrivo il modulo per esprimere questo consenso in forma scritta.
Contraente/Legale Rappresentante ..... data e firma .....

Nome e Cognome Assicurato ..... data e firma .....

Finalità di marketing descritte alla lettera B) dell'Informativa Privacy
acconsento al trattamento dei miei dati non sensibili per lo svolgimento di comunicazioni, iniziative promozionali e vendita di prodotti e/o servizi di AXA, di società appartenenti allo stesso Gruppo e di società partner, oltre che di ricerche di mercato e di rilevazioni statistiche relative ai prodotti e/o servizi di AXA, di società appartenenti allo stesso Gruppo o di aziende partner e di rilevazioni sulle mie esigente relativamente a tali prodotti e/o servizi

☐ **SI** ☐ **NO**

Luogo e data ..... **Il Contraente** .....

AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. - Sede Legale: Via Aldo Fabrizi n. 9, 00128 Roma – Italia
Tel.: (+39) 06 50870.1, Fax: (+39) 06 50870295 - PEC: axampsvita@legalmail.it

Capitale Sociale € 569.000.000 interamente versato - Codice Fiscale e numero iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 01075910586, P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967, Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Roma 383155 - Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 24/7/1974 (G.U. 8/8/1974 n. 208). Compagnia iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese IVASS al n. 1.00046.
La Società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di AXA Assicurazioni S.p.A. ed appartiene al Gruppo assicurativo AXA ITALIA, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi con il n. 041.

AXA MPS Mutuo Protetto

Banca .....

Sportello .....

Tariffa .....

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE COD. ID.

Il sottoscritto, nel seguito indicato come "CONTRAENTE", propone ad AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. la stipula di una Polizza di assicurazione sulla vita denominata AXA MPS Mutuo Protetto (MS14), a premio periodico, sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AXV MSMS14 che dichiara di aver ricevuto e di accettare integralmente. A tal fine comunica i dati necessari per la stipula del contratto:

Contraente .....
Sesso ..... nato il ..... a .....
Indirizzo ..... comune di ..... cap ..... prov. .....
Est. Documento ..... ril. il ..... da .....
Cod. fisc. ..... cod. prof. .....
Indirizzo e-mail: ..... numero di cellulare: .....

Assicurando .....
Sesso ..... nato il ..... a .....
Indirizzo ..... comune di ..... cap ..... prov. .....
Est. Documento ..... ril. il ..... da .....
Cod. fisc. ..... cod. prof. .....
Decorrenza ..... Scadenza ..... Durata (in anni) .....
Capitale assicurato iniziale in caso di morte: € .....
Premio periodico: € ..... pagabile fino al: ..... di cui spese: € .....
di cui riconosciute all'intermediario: € ..... rateazione: .....

Sezione beneficiari
Nome ..... Cognome/Ragione sociale ..... % di ripartizione prestazione .....
Sesso ..... Nato/Costituito il ..... Comune .....
Codice fiscale/P IVA .....
Recapito/Sede legale: indirizzo ..... Comune ..... CAP ..... PR .....
E-mail ..... Numero di telefono .....
Beneficiario caso morte: .....

☐ DICHIARO DI NON VOLERE INDICARE NOMINATIVAMENTE IL BENEFICIARIO

Avvertenza: in caso di mancata compilazione degli spazi dedicati alla designazione dei beneficiari in forma nominativa, l'impresa potrà incontrare, al decesso dell'assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari. La modifica o revoca di quest'ultimo deve essere comunicata all'impresa.

Sezione referente terzo
Nome ..... Cognome/Ragione sociale .....
Recapito/Sede legale: indirizzo ..... Comune ..... CAP ..... PR .....
E-mail ..... Numero di telefono .....

In ..... il .....
l'Assicurando (se diverso dal Contraente anche ai sensi dell'art. 1919 c.c.) .....
In relazione al pagamento del premio, il sottoscritto autorizza AXA MPS Vita S.p.A. ad addebitare il premio di € .....
sul C/C..... ABI..... CAB.....
La Filiale ..... NDG .....
Il Contraente .....
il titolare del C/C (solo se diverso dal Contraente) .....
Codice Promotore Finanziario ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Il Promotore Finanziario .....

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio può essere effettuato mediante:
- addebito su c/c bancario, previa autorizzazione del titolare del conto corrente;
- bonifico bancario sul conto corrente intestato alla Compagnia, presso la Banca WIDIBA con IBAN IT 85 W 03442 14239 000050003583.

DICHIARAZIONI

Il Contraente dichiara di essere stato informato, prima della conclusione del contratto, della coerenza del prodotto alle richieste ed esigenze del contraente o dell'assicurato, nonché di aver ricevuto, ai sensi dell'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 e degli artt. 10 e 11 del Regolamento IVASS n. 41/2018, gli Allegati 3, 4 e 4-ter (over previsto), il Set informativo composto da: Documento informativo Precontrattuale (DIP), Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, Informativa Privacy e Modulo di proposta.

Il Contraente dichiara altresì di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 11 del Reg. 41/2018 IVASS, le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

☐ Il Contraente dichiara di sottoscrivere la presente proposta senza avere l'obiettivo di coprire un debito derivante da un finanziamento contratto con Banca
☐ Il Contraente dichiara di sottoscrivere la presente proposta con l'obiettivo di coprire in tutto o in parte il debito derivante dal finanziamento n. _____ contratto con Banca MPS

Il Contraente .....

CLAUSOLA DI RECESSO - REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA

Il Contraente può recedere dal contratto entro 60 giorni dalla sua conclusione, dandone comunicazione con lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito: **AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. – Via Aldo Fabrizi, 9 – 00128 ROMA**. La conclusione del contratto si considera avvenuta il giorno di decorrenza indicato in proposta a condizione che sia stato pagato il premio e la proposta stessa non sia stata rifiutata entro i tre giorni successivi. 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, AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. rimborsa al contraente il premio da questi eventualmente corrisposto. La proposta di assicurazione sulla vita è revocabile, prima che il contratto sia concluso, mediante comunicazione da eseguirsi nei modi previsti per l'esercizio del diritto di recesso ovvero tramite l'agenzia o filiale presso la quale è stata sottoscritta.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

Finalità assicurative descritte alla lettera A) dell'Informativa Privacy
acconsento al trattamento dei dati personali sensibili, per le finalità assicurative e a tal fine sottoscrivo il modulo per esprimere questo consenso in forma scritta.
Contraente/Legale Rappresentante ..... data e firma .....

Nome e Cognome Assicurato ..... data e firma .....

Finalità di marketing descritte alla lettera B) dell'Informativa Privacy
acconsento al trattamento dei miei dati non sensibili per lo svolgimento di comunicazioni, iniziative promozionali e vendita di prodotti e/o servizi di AXA, di società appartenenti allo stesso Gruppo e di società partner, oltre che di ricerche di mercato e di rilevazioni statistiche relative ai prodotti e/o servizi di AXA, di società appartenenti allo stesso Gruppo o di aziende partner e di rilevazioni sulle mie esigente relativamente a tali prodotti e/o servizi

☐ **SI** ☐ **NO**

Luogo e data ..... **Il Contraente** .....

AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. - Sede Legale: Via Aldo Fabrizi n. 9, 00128 Roma – Italia
Tel.: (+39) 06 50870.1, Fax: (+39) 06 50870295 - PEC: axampsvita@legalmail.it

Capitale Sociale € 569.000.000 interamente versato - Codice Fiscale e numero iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 01075910586, P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967, Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Roma 383155 - Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 24/7/1974 (G.U. 8/8/1974 n. 208). Compagnia iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese IVASS al n. 1.00046.
La Società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di AXA Assicurazioni S.p.A. ed appartiene al Gruppo assicurativo AXA ITALIA, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi con il n. 041.

AXA MPS Mutuo Protetto

Banca .....

Sportello .....

Tariffa .....

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE COD. ID.

Il sottoscritto, nel seguito indicato come "CONTRAENTE", propone ad AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. la stipula di una Polizza di assicurazione sulla vita denominata AXA MPS Mutuo Protetto (MS14), a premio periodico, sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AXV MSMS14 che dichiara di aver ricevuto e di accettare integralmente. A tal fine comunica i dati necessari per la stipula del contratto:

Contraente .....
Sesso ..... nato il ..... a .....
Indirizzo ..... comune di ..... cap ..... prov. .....
Est. Documento ..... ril. il ..... da .....
Cod. fisc. ..... cod. prof. .....
Indirizzo e-mail: ..... numero di cellulare: .....

Assicurando .....
Sesso ..... nato il ..... a .....
Indirizzo ..... comune di ..... cap ..... prov. .....
Est. Documento ..... ril. il ..... da .....
Cod. fisc. ..... cod. prof. .....
Decorrenza ..... Scadenza ..... Durata (in anni) .....
Capitale assicurato iniziale in caso di morte: € .....
Premio periodico: € ..... pagabile fino al: ..... di cui spese: € .....
di cui riconosciute all'intermediario: € ..... rateazione: .....

Sezione beneficiari
Nome ..... Cognome/Ragione sociale ..... % di ripartizione prestazione .....
Sesso ..... Nato/Costituito il ..... Comune .....
Codice fiscale/P IVA .....
Recapito/Sede legale: indirizzo ..... Comune ..... CAP ..... PR .....
E-mail ..... Numero di telefono .....
Beneficiario caso morte: .....

☐ DICHIARO DI NON VOLERE INDICARE NOMINATIVAMENTE IL BENEFICIARIO

Avvertenza: in caso di mancata compilazione degli spazi dedicati alla designazione dei beneficiari in forma nominativa, l'impresa potrà incontrare, al decesso dell'assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari. La modifica o revoca di quest'ultimo deve essere comunicata all'impresa.

Sezione referente terzo
Nome ..... Cognome/Ragione sociale .....
Recapito/Sede legale: indirizzo ..... Comune ..... CAP ..... PR .....
E-mail ..... Numero di telefono .....

In ..... il .....
l'Assicurando (se diverso dal Contraente anche ai sensi dell'art. 1919 c.c.) .....
In relazione al pagamento del premio, il sottoscritto autorizza AXA MPS Vita S.p.A. ad addebitare il premio di € .....
sul C/C..... ABI..... CAB.....
La Filiale ..... NDG .....
Il Contraente .....
il titolare del C/C (solo se diverso dal Contraente) .....
Codice Promotore Finanziario ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Il Promotore Finanziario .....

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio può essere effettuato mediante:
- addebito su c/c bancario, previa autorizzazione del titolare del conto corrente;
- bonifico bancario sul conto corrente intestato alla Compagnia, presso la Banca WIDIBA con IBAN IT 85 W 03442 14239 000050003583.

DICHIARAZIONI

Il Contraente dichiara di essere stato informato, prima della conclusione del contratto, della coerenza del prodotto alle richieste ed esigenze del contraente o dell'assicurato, nonché di aver ricevuto, ai sensi dell'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 e degli artt. 10 e 11 del Regolamento IVASS n. 41/2018, gli Allegati 3, 4 e 4-ter (over previsto), il Set informativo composto da: Documento informativo Precontrattuale (DIP), Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, Informativa Privacy e Modulo di proposta.

Il Contraente dichiara altresì di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 11 del Reg. 41/2018 IVASS, le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

☐ Il Contraente dichiara di sottoscrivere la presente proposta senza avere l'obiettivo di coprire un debito derivante da un finanziamento contratto con Banca
☐ Il Contraente dichiara di sottoscrivere la presente proposta con l'obiettivo di coprire in tutto o in parte il debito derivante dal finanziamento n. _____ contratto con Banca MPS

Il Contraente .....

CLAUSOLA DI RECESSO - REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA

Il Contraente può recedere dal contratto entro 60 giorni dalla sua conclusione, dandone comunicazione con lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito: **AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. – Via Aldo Fabrizi, 9 – 00128 ROMA**. La conclusione del contratto si considera avvenuta il giorno di decorrenza indicato in proposta a condizione che sia stato pagato il premio e la proposta stessa non sia stata rifiutata entro i tre giorni successivi. 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, AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. rimborsa al contraente il premio da questi eventualmente corrisposto. La proposta di assicurazione sulla vita è revocabile, prima che il contratto sia concluso, mediante comunicazione da eseguirsi nei modi previsti per l'esercizio del diritto di recesso ovvero tramite l'agenzia o filiale presso la quale è stata sottoscritta.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

Finalità assicurative descritte alla lettera A) dell'Informativa Privacy
acconsento al trattamento dei dati personali sensibili, per le finalità assicurative e a tal fine sottoscrivo il modulo per esprimere questo consenso in forma scritta.
Contraente/Legale Rappresentante ..... data e firma .....

Nome e Cognome Assicurato ..... data e firma .....

Finalità di marketing descritte alla lettera B) dell'Informativa Privacy
acconsento al trattamento dei miei dati non sensibili per lo svolgimento di comunicazioni, iniziative promozionali e vendita di prodotti e/o servizi di AXA, di società appartenenti allo stesso Gruppo e di società partner, oltre che di ricerche di mercato e di rilevazioni statistiche relative ai prodotti e/o servizi di AXA, di società appartenenti allo stesso Gruppo o di aziende partner e di rilevazioni sulle mie esigente relativamente a tali prodotti e/o servizi

☐ **SI** ☐ **NO**

Luogo e data ..... **Il Contraente** .....

AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. - Sede Legale: Via Aldo Fabrizi n. 9, 00128 Roma – Italia
Tel.: (+39) 06 50870.1, Fax: (+39) 06 50870295 - PEC: axampsvita@legalmail.it

Capitale Sociale € 569.000.000 interamente versato - Codice Fiscale e numero iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 01075910586, P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967, Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Roma 383155 - Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 24/7/1974 (G.U. 8/8/1974 n. 208). Compagnia iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese IVASS al n. 1.00046.
La Società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di AXA Assicurazioni S.p.A. ed appartiene al Gruppo assicurativo AXA ITALIA, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi con il n. 041.

MOD. AXV MS14 - 01/2022 - COPIA PER IL PROMOTORE FINANZIARIO

INFORMATIVA PRIVACY SINTETICA PER I CLIENTI DI AXA MPS ASSICURAZIONI VITA

Chi decide perché e come trattare i dati?	**AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A.,** in qualità di Titolare del trattamento dei dati.
Per quali scopi e su quale base i dati sono trattati?	a) **Finalità assicurativa** I dati sono trattati per gestire i servizi assicurativi e le attività correlate. **Il trattamento dei dati è necessario** per dare esecuzione al contratto o alle misure precontrattuali richieste, per adempiere obblighi di legge, per legittimo interesse connesso all'attività assicurativa. I dati sensibili, quali i dati relativi allo stato di salute, sono trattati sulla base del consenso dell'interessato. Senza i dati ed il consenso all'uso dei dati sensibili non potranno essere forniti i servizi assicurativi.
Cosa comporta il rifiuto di fornire i dati?	b) **Finalità commerciali e di marketing** I dati sono trattati per fornire offerte, promozioni e soluzioni innovative e personalizzate, migliorando il livello di protezione, per ricerche di mercato ed altre iniziative di marketing. **Il trattamento dei dati è facoltativo** e possibile solo con il consenso dell'interessato liberamente revocabile. In mancanza, non vi sono effetti sui servizi assicurativi, ma l'interessato perderà l'opportunità di conoscere le nostre offerte e partecipare alle iniziative di marketing.
A chi sono comunicati i dati?	I dati possono essere comunicati ad alcuni soggetti per i soli scopi sopra indicati: – Dipendenti e collaboratori – Società terze che trattano i dati per conto del Titolare; – Soggetti della cosiddetta "catena assicurativa", cioè soggetti che cooperano nella gestione dei rischi assicurativi, quali società del Gruppo, altri assicuratori, coassicuratori, contraente delle polizze, intermediari assicurativi, legali, periti, medici, autofficine, enti pubblici o associazioni di categoria; – altri soggetti, tra cui società che gestiscono sistemi di informazioni creditizie e di informazione commerciale per rischi finanziari. In caso di trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea, sono assicurate le garanzie previste dalla vigente normativa. **I dati non sono ceduti a terzi, né diffusi.**
Quali sono i diritti dell'interessato e come esercitarli?	Per accedere, aggiornare, integrare, rettificare, cancellare i dati, chiederne il blocco, opporsi al trattamento, ottenere la limitazione al trattamento e richiedere la portabilità dei dati, far valere il diritto all'oblio e, per il processo di decisione automatizzata, ottenere l'intervento umano da parte del titolare del trattamento, esprimere la propria opinione e contestare la decisione, **l'interessato può scrivere a**: AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. - Via Aldo Fabrizi, 9 - c.a. Data Protection Officer - 00128 ROMA - e-mail: **privacy@axa.it**. Inoltre, Lei potrà proporre reclamo all'Autorità di controllo in materia di protezione dei dati personali, in Italia il Garante per la protezione dei dati personali: Piazza Venezia n. 11 - 00187 Roma (+39) 06.696771; protocollo@pec.gpdp.it
Da dove provengono i dati trattati?	I dati sono raccolti direttamente presso l'interessato o da terzi, anche mediante la consultazione di banche dati.
Per quanto tempo i dati vengono conservati?	I dati vengono conservati per tutto il tempo necessario alla gestione del rapporto con l'interessato: decorsi 10 anni dalla cessazione del rapporto con il cliente si procede alla cancellazione dei dati. Per le attività di marketing, i dati raccolti saranno conservati per il tempo necessario coerente con le finalità di marketing e, comunque, per non più di 24 mesi dalla cessazione del rapporto.
Informazioni aggiuntive	L'informativa completa è disponibile nella sezione Privacy del sito **www.axa-mps.it**.

INFORMATIVA SULL'USO DELLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA PER LE INFORMAZIONI PRECONTRATTUALI E LA GESTIONE DEI CONTRATTI ASSICURATIVI

In conformità alla vigente normativa assicurativa, incluse le previsioni del Regolamento IVASS n. 40/2018 e del Regolamento IVASS n° 41/2018, abbiamo necessità di raccogliere il suo consenso ad inviarle, in formato elettronico ed al contatto di recapito indicato in anagrafica, la documentazione e le comunicazioni, precontrattuali e contrattuali, previste dalla normativa e funzionali alla gestione dei servizi che ci richiede.
In mancanza di tale consenso le invieremo tali comunicazioni obbligatorie in formato cartaceo.
Tale consenso fa riferimento a tutti i contratti stipulati con la nostra Compagnia e potrà da lei essere revocato liberamente in qualsiasi momento. In tal caso potranno esserle addebitati gli oneri connessi alla stampa e all'eventuale trasmissione della documentazione in formato cartaceo.

Banca.....

Sportello.....

Tariffa .....

QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE E SULLA CONDIZIONE PROFESSIONALE ED EXTRAPROFESSIONALE DELL'ASSICURANDO

Nome ..... Cognome .....

Luogo e data di nascita .....

Indirizzo .....

Sesso ☐ F ☐ M

☐ FUMATORE ☐ NON FUMATORE (non fuma, neppure sporadicamente, da più di 12 mesi)

Attività professionale: ..... Attività extraprofessionali e sportive: .....

Peso kg ..... Altezza cm .....

1. Le è mai stata rifiutata o rinviata una copertura assicurativa per caso morte o malattia grave, o accettata con applicazione di sovrappremio o con la previsione di esclusioni a causa di problemi di salute?	SÌ	NO
2. Beneficia di una pensione di invalidità o inabilità o ne ha mai fatto richiesta o ha mai avuto un sinistro per invalidità, infortunio o malattie gravi?	SÌ	NO
3. È attualmente impegnato o ha intenzione di impegnarsi in qualsiasi sport o attività pericolose o aviatorie? (sport aerei, skydiving, paracadutismo, deltaplano, sport a motore, immersioni, arrampicata o qualsiasi altro sport estremo)	SÌ	NO
4. Le è mai stato consigliato di sottoporsi o si è mai sottoposto a trattamenti medici a seguito di qualcuno dei disturbi o delle patologie indicate nella nota (vedi in basso)?	SÌ	NO
5. Nella sua famiglia (padre, madre, fratello o sorella) è mai stata diagnosticata, prima dei 60 anni, una delle seguenti malattie: cancro, infarto, ictus, malattia di Huntington, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson o qualsiasi altra malattia ereditaria?	SÌ	NO
6. Ha programmato di effettuare o le è stato consigliato di effettuare un trattamento medico per problemi di salute oppure attende dei risultati di analisi o test medici?	SÌ	NO
7. Si è sottoposto negli ultimi 5 anni o è in procinto di sottoporsi a qualsiasi intervento chirurgico?	SÌ	NO
8. A prescindere dalle condizioni di cui ai precedenti punti, Le sono mai stati 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)?	SÌ	NO

AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO:

- **LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE IN RELAZIONE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE STESSA;**
- **PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO, VERIFICARE L'ESATTEZZA DELLE DICHIARAZIONI RIPORTATE NEL QUESTIONARIO;**
- **LE INFORMAZIONI/DICHIARAZIONI SOPRA INDICATE SONO PORTATE A CONOSCENZA DEL CONTRAENTE PER UNA CORRETTA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO (PER MAGGIORI DETTAGLI, SI FA RIFERIMENTO ALL'INFORMATIVA PRIVACY ALLEGATA ALLA DOCUMENTAZIONE CONTRATTUALE);**
- **ANCHE NEI CASI NON ESPRESSAMENTE PREVISTI DALLA COMPAGNIA, L'ASSICURANDO PUÒ CHIEDERE DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA PERCERTIFICARE L'EFFETTIVO STATO DI SALUTE, CON COSTI A SUO CARICO.**

NOTA

AIDS o HIV; Allergie o disturbi del sistema immunitario; Vescica, reni, prostata o tratto urinario; Sangue; Ossa, articolazioni, muscoli o tessuto connettivo; Cervello, midollo spinale o neuropatie; Polmoni o respirazione; Carcinoma, melanoma, cisti, tumore, crescita anomala o nodulo; Ictus cerebrale o accidente cerebrovascolare; Attacco ischemico transitorio (TIA); Diabete; Dipendenza da droga o da alcool; Orecchie, naso, gola o bocca; Occhi; Cuore, vene o vasi sanguigni; Epatite; Ormoni, ghiandole o metabolismo; Infezioni o virus; Infortuni o avvelenamenti; Intestino, esofago o stomaco; Fegato, dotto biliare o colecisti, Alterazioni psicologiche, mentali, comportamentali o emotive.

Luogo e data ..... Firma dell'Assicurando .....

AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. - Sede Legale: Via Aldo Fabrizi n. 9, 00128 Roma – Italia
Tel.: (+39) 06 50870.1, Fax: (+39) 06 50870295 - PEC: axampsvita@legalmail.it

Capitale Sociale € 569.000.000 interamente versato - Codice Fiscale e numero iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 01075910586, P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967, Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Roma 383155 - Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 24/7/1974 (G.U. 8/8/1974 n. 208). Compagnia iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese IVASS al n. 1.00046.
La Società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di AXA Assicurazioni S.p.A. ed appartiene al Gruppo assicurativo AXA ITALIA, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi con il n. 041.

Banca.....

Sportello.....

Tariffa .....

QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE E SULLA CONDIZIONE PROFESSIONALE ED EXTRAPROFESSIONALE DELL'ASSICURANDO

Nome ..... Cognome .....

Luogo e data di nascita .....

Indirizzo .....

Sesso ☐ F ☐ M

☐ FUMATORE ☐ NON FUMATORE (non fuma, neppure sporadicamente, da più di 12 mesi)

Attività professionale: ..... Attività extraprofessionali e sportive: .....

Peso kg ..... Altezza cm .....

1. Le è mai stata rifiutata o rinviata una copertura assicurativa per caso morte o malattia grave, o accettata con applicazione di sovrappremio o con la previsione di esclusioni a causa di problemi di salute?	SÌ	NO
2. Beneficia di una pensione di invalidità o inabilità o ne ha mai fatto richiesta o ha mai avuto un sinistro per invalidità, infortunio o malattie gravi?	SÌ	NO
3. È attualmente impegnato o ha intenzione di impegnarsi in qualsiasi sport o attività pericolose o aviatorie? (sport aerei, skydiving, paracadutismo, deltaplano, sport a motore, immersioni, arrampicata o qualsiasi altro sport estremo)	SÌ	NO
4. Le è mai stato consigliato di sottoporsi o si è mai sottoposto a trattamenti medici a seguito di qualcuno dei disturbi o delle patologie indicate nella nota (vedi in basso)?	SÌ	NO
5. Nella sua famiglia (padre, madre, fratello o sorella) è mai stata diagnosticata, prima dei 60 anni, una delle seguenti malattie: cancro, infarto, ictus, malattia di Huntington, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson o qualsiasi altra malattia ereditaria?	SÌ	NO
6. Ha programmato di effettuare o le è stato consigliato di effettuare un trattamento medico per problemi di salute oppure attende dei risultati di analisi o test medici?	SÌ	NO
7. Si è sottoposto negli ultimi 5 anni o è in procinto di sottoporsi a qualsiasi intervento chirurgico?	SÌ	NO
8. A prescindere dalle condizioni di cui ai precedenti punti, Le sono mai stati 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)?	SÌ	NO

AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO:

- **LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE IN RELAZIONE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE STESSA;**
- **PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO, VERIFICARE L'ESATTEZZA DELLE DICHIARAZIONI RIPORTATE NEL QUESTIONARIO;**
- **LE INFORMAZIONI/DICHIARAZIONI SOPRA INDICATE SONO PORTATE A CONOSCENZA DEL CONTRAENTE PER UNA CORRETTA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO (PER MAGGIORI DETTAGLI, SI FA RIFERIMENTO ALL'INFORMATIVA PRIVACY ALLEGATA ALLA DOCUMENTAZIONE CONTRATTUALE);**
- **ANCHE NEI CASI NON ESPRESSAMENTE PREVISTI DALLA COMPAGNIA, L'ASSICURANDO PUÒ CHIEDERE DI ESSERE SOTTOPOSTO A VISITA MEDICA PER CERTIFICARE L'EFFETTIVO STATO DI SALUTE, CON COSTI A SUO CARICO.**

NOTA

AIDS o HIV; Allergie o disturbi del sistema immunitario; Vescica, reni, prostata o tratto urinario; Sangue; Ossa, articolazioni, muscoli o tessuto connettivo; Cervello, midollo spinale o neuropatie; Polmoni o respirazione; Carcinoma, melanoma, cisti, tumore, crescita anomala o nodulo; Ictus cerebrale o accidente cerebrovascolare; Attacco ischemico transitorio (TIA); Diabete; Dipendenza da droga o da alcool; Orecchie, naso, gola o bocca; Occhi; Cuore, vene o vasi sanguigni; Epatite; Ormoni, ghiandole o metabolismo; Infezioni o virus; Infortuni o avvelenamenti; Intestino, esofago o stomaco; Fegato, dotto biliare o colecisti, Alterazioni psicologiche, mentali, comportamentali o emotive.

Luogo e data ..... Firma dell'Assicurando .....

AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. - Sede Legale: Via Aldo Fabrizi n. 9, 00128 Roma – Italia
Tel.: (+39) 06 50870.1, Fax: (+39) 06 50870295 - PEC: axampsvita@legalmail.it

Capitale Sociale € 569.000.000 interamente versato - Codice Fiscale e numero iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 01075910586, P. I.V.A. GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967, Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Roma 383155 - Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 24/7/1974 (G.U. 8/8/1974 n. 208). Compagnia iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese IVASS al n. 1.00046.
La Società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di AXA Assicurazioni S.p.A. ed appartiene al Gruppo assicurativo AXA ITALIA, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi con il n. 041.