

Polizza

Pronto Vita

riservata ai Clienti della Banca Monte dei Paschi di Siena



COPIA DA RESTITUIRE FIRMATA

**Per chiamate dall'Italia
Numero verde 800.218.500
Per chiamate dall'estero
Numero non gratuito +39 06 42.11.55.44
Recapiti Disponibili
24 ore su 24**

Dati della Polizza

Numero:

Data di decorrenza:

Durata:

Scadenza:

Dati del Contraente

Cognome e nome:

Sesso:

Nato il:

Codice fiscale:

Persone Assicurate

il contraente

Beneficiari caso morte: gli eredi legittimi e/o testamentari

Il Contraente può in qualsiasi momento revocare o modificare i beneficiari caso morte come indicato nell'Art. 5 delle Condizioni di Assicurazione.

Garanzie prestate

- Capitale caso morte €
- Capitale aggiuntivo caso morte per incidente stradale €

Premio di assicurazione

Premio mensile € di cui imposte € Il pagamento del premio viene effettuato direttamente tramite addebito sul conto corrente intestato al Contraente/Assicurato, con frequenza mensile, a partire dal primo mese di copertura è gratuito.

- ✓ **Controlla i dati sopra riportati**
- ✓ **Firma sul retro dove trovi la X**
- ✓ **Stampa la polizza e spedisca in busta affrancata a questo indirizzo:
Leaderform S.p.A. - Casella Postale 79 - 37012 Bussolengo (VR)
- oppure inviala come allegato e-mail all'indirizzo: polizza.axamps@leaderform.com**

L'Assicurando dichiara che durante gli ultimi 10 anni, non ha mai avuto sintomi, non ha mai avuto diagnosi, non è mai stato sotto osservazione e non ha mai avuto controlli per disturbi del cuore, dei polmoni, circolatori, di ipertensione, dei reni, del fegato o neurologici, ictus, diabete, HIV o AIDS, epatite B o C, cancro, melanoma, tumori, cisti, grumi, polipi o crescita anomale di qualsiasi tipo e durante gli ultimi 2 anni, non è mai stato ricoverato in ambiente ospedaliero per più di 7 giorni consecutivi.

Avvertenze

- **Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese in relazione alle dichiarazioni sullo stato di salute possono compromettere il diritto alla prestazione stessa;**
- **prima della sottoscrizione delle dichiarazioni sullo stato di salute, l'Assicurato deve verificarne l'esattezza;**
- **anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costi a suo carico.**
- **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).**

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

Il Contraente/Assicurato dichiara di esser stato informato, prima della sottoscrizione 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, 11 del Regolamento IVASS n.41 del 2 agosto 2018, gli Allegati 3, 4 e 4-ter (ove previsto) e 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.

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

Informazioni importanti

- Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto a titolo oneroso per il cliente, corrispondente alla data di primo addebito, dandone comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata oppure rivolgendosi telefonicamente all'Advisory Center della Compagnia al Numero Verde dedicato 800 218 500 e autorizzando l'operatore a registrare la richiesta. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso ovvero della richiesta telefonica, la Compagnia rimborsa al Contraente il premio eventualmente versato.
- La copertura assicurativa Pronto Vita è stata attivata a seguito di procedura telefonica.
- **Si segnala la necessità per il Contraente di inviare alla Compagnia copia della presente Polizza firmata. In ogni caso la copertura assicurativa è attiva dalla data di decorrenza indicata a pagina 1.**

AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A.

L'Amministratore Delegato
Giacomo Gigantello

Roma, il

Il Contraente **X**.....

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto dalla Banca Monte dei Paschi di Siena la documentazione di competenza dell'intermediario in conformità e nelle modalità previste dalla normativa vigente.

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

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 esigenze relativamente a tali prodotti e/o servizi

SI NO

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

Consenso addebito in conto corrente

Autorizzo l'addebito del premio relativo alle rate mensili successive alla prima e/o eventuali rettifiche sul mio conto corrente.

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

Verifica delle esigenze assicurative del cliente

Si riportano, di seguito, le risposte fornite dal Contraente/Assicurato al telefono, prima dell'acquisto della copertura, nel corso della verifica della coerenza della Polizza "Pronto Vita" alle esigenze del Contraente/Assicurato.

- Mi conferma la sua esigenza di tutelare soggetti quali familiari, persone a carico, o altri soggetti a lei cari in caso di prematura scomparsa? SI NO
 - Il Contraente/Assicurato conferma l'interesse, in caso di sua prematura scomparsa, a garantire ai suoi beneficiari un capitale fisso? SI NO
 - Il Contraente/Assicurato è disposto ad accettare la durata del contratto, nonché le limitazioni, esclusioni, franchigie, scoperti, periodi di carenza, massimali e/o limiti di risarcimenti eventualmente previsti dal contratto? SI NO
- Sulla base delle risposte fornite dal Contraente/Assicurato, "Pronto VITA" risulta coerente con le richieste ed esigenze assicurative del Contraente/Assicurato.

