Double Prestige

Banca .....

Sportello .....

Tariffa .....

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA 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 Double Prestige (DP20) a premio unico sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AXV DPDP20 che dichiara di aver ricevuto e di accettare integralmente.
A tal fine comunica i dati necessari per la stipula del contratto:

Contraente ..... e-mail .....
Sesso ..... nato il ..... a .....
Indirizzo ..... comune di ..... cap ..... prov. .....
Est. Documento ..... ril. il ..... da .....
Cod. fisc. ..... cod. convenzione .....
Desidero ricevere la documentazione in formato elettronico ☐
Con la sottoscrizione del consenso, per tutte le polizze in essere con AXA MPS Vita, da questo momento i documenti relativi alla gestione del contratto (lettera di polizza, Documento unico di rendicontazione, attestato fiscale, ecc.) le saranno inviati in formato elettronico all'indirizzo e-mail indicato e, contestualmente, saranno messi a disposizione all'interno della sua Area Riservata assicurativa sul sito www.axa-mps.it. La scelta potrà essere revocata in ogni momento secondo le modalità indicate nella documentazione precontrattuale contattando lo Smart Center AXA MPS.

Assicurando .....
Sesso ..... nato il ..... a .....
Indirizzo ..... comune di ..... cap ..... prov. .....
Est. Documento ..... ril. il ..... da .....
Cod. fisc. ..... cod. prof. .....

Beneficiari caso vita
Nome.....Cognome/Ragione sociale.....% di ripartizione prestazione.....
Sesso ..... Nato/Costituito il ..... Comune .....
Codice fiscale/ P.IVA.....
Recapito/Sede legale: indirizzo..... comune.....CAP.....PR.....
Email.....Numero di telefono.....

Beneficiari caso vita .....
☐ DICHIARO DI NON VOLERE INVIARE LE COMUNICAZIONI CONTRATTUALI AI BENEFICIARI INDICATI IN FORMA NOMINATIVA
☐ DICHIARO DI NON VOLERE INDICARE NOMINATIVAMENTE I BENEFICIARI
Avvertenza: in caso di mancata compilazione degli spazi dedicati alla designazione dei beneficiari in forma nominativa, l'impresa potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari. La modifica o revoca di quest'ultimo deve essere comunicata all'impresa.

Beneficiari caso morte
Nome.....Cognome/Ragione sociale.....% di ripartizione prestazione.....
Sesso ..... Nato/Costituito il ..... Comune .....
Codice fiscale/ P.IVA.....
Recapito/Sede legale: indirizzo..... comune.....CAP.....PR.....
Email.....Numero di telefono.....

Beneficiari caso morte .....
☐ DICHIARO DI NON VOLERE INDICARE NOMINATIVAMENTE I BENEFICIARI
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.

Referente terzo:
Nome.....Cognome/Ragione sociale.....
Recapito/Sede legale:
indirizzo.....comune.....CAP.....PR.....
Email..... Numero di telefono.....

Premio unico: € .....
Decorrenza Polizza ..... Scadenza .....
Calcolare l'1% del premio
Opzione "Capitalizzazione rivalutazioni annuali" ☐ SÌ ☐ NO

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 la Compagnia ad addebitare il premio di € .....
sul C/C ..... ABI ..... CAB .....
La Filiale ..... NDG ..... **Il Contraente** .....
il titolare del C/C (se diverso dal Contraente) .....

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento dei premi può essere effettuato mediante:
- addebito su c/c bancario, previa autorizzazione del titolare del conto corrente;
- bonifico bancario sul conto corrente intestato alla Società, presso la Banca Monte dei Paschi di Siena, Filiale di Roma Ag. 45.

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set informativo composto da: KID (documento contenente le informazioni chiave), Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, Regolamento della Gestione Separata, Modulo di proposta, e di essere stato informato, in tempo utile prima di rimanere vincolato dalla proposta, della pubblicazione e della disponibilità sul sito internet della Compagnia di tutti i documenti contenenti informazioni chiave (KID) relativi al prodotto

Il Contraente è informato che l'operazione di sottoscrizione della presente proposta di polizza di assicurazione sulla vita è avvenuta:
- **in sede, presso la filiale _____;**
- **fuori sede _____ tramite l'incaricato abilitato all'offerta fuori sede che opera per conto di Banca Monte dei Paschi di Siena (Firma dell'incaricato abilitato all'offerta fuori sede _____)**

Avvertenza: il Contraente dichiara altresì di essere a conoscenza che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione

Il Contraente .....

CLAUSOLA DI RECESSO - REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione, dandone comunicazione alla Compagnia 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. 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. La proposta di assicurazione sulla vita è revocabile, prima che il contratto sia concluso, mediante comunicazione alla Compagnia 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 esigenze 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), Codice Fiscale e numero iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 01075910586, Partita IVA GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967, Capitale Sociale € 569.000.000 i.v., Tel.: + 39 06 50870.1, Fax: + 39 06 50870295. Sito Internet: www.axa-mps.it, e-mail: info@axa-mpsvita.it, PEC: axampsvita@legalmail.it - 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 DP - 01/2021 - COPIA PER AXA MPS ASSICURAZIONI VITA

Double Prestige

Banca .....

Sportello .....

Tariffa .....

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA 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 Double Prestige (DP20) a premio unico sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AXV DPDP20 che dichiara di aver ricevuto e di accettare integralmente.
A tal fine comunica i dati necessari per la stipula del contratto:

Contraente ..... e-mail .....
Sesso ..... nato il ..... a .....
Indirizzo ..... comune di ..... cap ..... prov. .....
Est. Documento ..... ril. il ..... da .....
Cod. fisc. ..... cod. convenzione .....
Desidero ricevere la documentazione in formato elettronico ☐
Con la sottoscrizione del consenso, per tutte le polizze in essere con AXA MPS Vita, da questo momento i documenti relativi alla gestione del contratto (lettera di polizza, Documento unico di rendicontazione, attestato fiscale, ecc.) le saranno inviati in formato elettronico all'indirizzo e-mail indicato e, contestualmente, saranno messi a disposizione all'interno della sua Area Riservata assicurativa sul sito www.axa-mps.it. La scelta potrà essere revocata in ogni momento secondo le modalità indicate nella documentazione precontrattuale contattando lo Smart Center AXA MPS.

Assicurando .....
Sesso ..... nato il ..... a .....
Indirizzo ..... comune di ..... cap ..... prov. .....
Est. Documento ..... ril. il ..... da .....
Cod. fisc. ..... cod. prof. .....

Beneficiari caso vita
Nome.....Cognome/Ragione sociale.....% di ripartizione prestazione.....
Sesso ..... Nato/Costituito il ..... Comune .....
Codice fiscale/ P.IVA.....
Recapito/Sede legale: indirizzo..... comune.....CAP.....PR.....
Email.....Numero di telefono.....

Beneficiari caso vita .....
☐ DICHIARO DI NON VOLERE INVIARE LE COMUNICAZIONI CONTRATTUALI AI BENEFICIARI INDICATI IN FORMA NOMINATIVA
☐ DICHIARO DI NON VOLERE INDICARE NOMINATIVAMENTE I BENEFICIARI
Avvertenza: in caso di mancata compilazione degli spazi dedicati alla designazione dei beneficiari in forma nominativa, l'impresa potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari. La modifica o revoca di quest'ultimo deve essere comunicata all'impresa.

Beneficiari caso morte
Nome.....Cognome/Ragione sociale.....% di ripartizione prestazione.....
Sesso ..... Nato/Costituito il ..... Comune .....
Codice fiscale/ P.IVA.....
Recapito/Sede legale: indirizzo..... comune.....CAP.....PR.....
Email.....Numero di telefono.....

Beneficiari caso morte .....
☐ DICHIARO DI NON VOLERE INDICARE NOMINATIVAMENTE I BENEFICIARI
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.

Referente terzo:
Nome.....Cognome/Ragione sociale.....
Recapito/Sede legale:
indirizzo.....comune.....CAP.....PR.....
Email..... Numero di telefono.....

Premio unico: € .....
Decorrenza Polizza ..... Scadenza .....
Calcolare l'1% del premio
Opzione "Capitalizzazione rivalutazioni annuali" ☐ SÌ ☐ NO

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 la Compagnia ad addebitare il premio di € .....
sul C/C ..... ABI ..... CAB .....
La Filiale ..... NDG ..... **Il Contraente** .....
il titolare del C/C (se diverso dal Contraente) .....

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento dei premi può essere effettuato mediante:
- addebito su c/c bancario, previa autorizzazione del titolare del conto corrente;
- bonifico bancario sul conto corrente intestato alla Società, presso la Banca Monte dei Paschi di Siena, Filiale di Roma Ag. 45.

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set informativo composto da: KID (documento contenente le informazioni chiave), Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, Regolamento della Gestione Separata, Modulo di proposta, e di essere stato informato, in tempo utile prima di rimanere vincolato dalla proposta, della pubblicazione e della disponibilità sul sito internet della Compagnia di tutti i documenti contenenti informazioni chiave (KID) relativi al prodotto

Il Contraente è informato che l'operazione di sottoscrizione della presente proposta di polizza di assicurazione sulla vita è avvenuta:
- **in sede, presso la filiale _____;**
- **fuori sede _____ tramite l'incaricato abilitato all'offerta fuori sede che opera per conto di Banca Monte dei Paschi di Siena (Firma dell'incaricato abilitato all'offerta fuori sede _____)**

Avvertenza: il Contraente dichiara altresì di essere a conoscenza che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione

Il Contraente .....

CLAUSOLA DI RECESSO - REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione, dandone comunicazione alla Compagnia 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. 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. La proposta di assicurazione sulla vita è revocabile, prima che il contratto sia concluso, mediante comunicazione alla Compagnia 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 esigenze 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), Codice Fiscale e numero iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 01075910586, Partita IVA GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967, Capitale Sociale € 569.000.000 i.v., Tel.: + 39 06 50870.1, Fax: + 39 06 50870295. Sito Internet: www.axa-mps.it, e-mail: info@axa-mpsvita.it, PEC: axampsvita@legalmail.it - 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 DP - 01/2021 - COPIA PER IL CLIENTE

Double Prestige

Banca .....

Sportello .....

Tariffa .....

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE SULLA VITA 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 Double Prestige (DP20) a premio unico sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AXV DPDP20 che dichiara di aver ricevuto e di accettare integralmente.
A tal fine comunica i dati necessari per la stipula del contratto:

Contraente ..... e-mail .....
Sesso ..... nato il ..... a .....
Indirizzo ..... comune di ..... cap ..... prov. .....
Est. Documento ..... ril. il ..... da .....
Cod. fisc. ..... cod. convenzione .....
Desidero ricevere la documentazione in formato elettronico ☐
Con la sottoscrizione del consenso, per tutte le polizze in essere con AXA MPS Vita, da questo momento i documenti relativi alla gestione del contratto (lettera di polizza, Documento unico di rendicontazione, attestato fiscale, ecc.) le saranno inviati in formato elettronico all'indirizzo e-mail indicato e, contestualmente, saranno messi a disposizione all'interno della sua Area Riservata assicurativa sul sito www.axa-mps.it. La scelta potrà essere revocata in ogni momento secondo le modalità indicate nella documentazione precontrattuale contattando lo Smart Center AXA MPS.

Assicurando .....
Sesso ..... nato il ..... a .....
Indirizzo ..... comune di ..... cap ..... prov. .....
Est. Documento ..... ril. il ..... da .....
Cod. fisc. ..... cod. prof. .....

Beneficiari caso vita
Nome.....Cognome/Ragione sociale.....% di ripartizione prestazione.....
Sesso ..... Nato/Costituito il ..... Comune .....
Codice fiscale/ P.IVA.....
Recapito/Sede legale: indirizzo..... comune.....CAP.....PR.....
Email.....Numero di telefono.....

Beneficiari caso vita .....
☐ DICHIARO DI NON VOLERE INVIARE LE COMUNICAZIONI CONTRATTUALI AI BENEFICIARI INDICATI IN FORMA NOMINATIVA
☐ DICHIARO DI NON VOLERE INDICARE NOMINATIVAMENTE I BENEFICIARI
Avvertenza: in caso di mancata compilazione degli spazi dedicati alla designazione dei beneficiari in forma nominativa, l'impresa potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari. La modifica o revoca di quest'ultimo deve essere comunicata all'impresa.

Beneficiari caso morte
Nome.....Cognome/Ragione sociale.....% di ripartizione prestazione.....
Sesso ..... Nato/Costituito il ..... Comune .....
Codice fiscale/ P.IVA.....
Recapito/Sede legale: indirizzo..... comune.....CAP.....PR.....
Email.....Numero di telefono.....

Beneficiari caso morte .....
☐ DICHIARO DI NON VOLERE INDICARE NOMINATIVAMENTE I BENEFICIARI
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.

Referente terzo:
Nome.....Cognome/Ragione sociale.....
Recapito/Sede legale:
indirizzo.....comune.....CAP.....PR.....
Email..... Numero di telefono.....

Premio unico: € .....
Decorrenza Polizza ..... Scadenza .....
Calcolare l'1% del premio
Opzione "Capitalizzazione rivalutazioni annuali" ☐ SÌ ☐ NO

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 la Compagnia ad addebitare il premio di € .....
sul C/C ..... ABI ..... CAB .....
La Filiale ..... NDG ..... **Il Contraente** .....
il titolare del C/C (se diverso dal Contraente) .....

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento dei premi può essere effettuato mediante:
- addebito su c/c bancario, previa autorizzazione del titolare del conto corrente;
- bonifico bancario sul conto corrente intestato alla Società, presso la Banca Monte dei Paschi di Siena, Filiale di Roma Ag. 45.

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set informativo composto da: KID (documento contenente le informazioni chiave), Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, Regolamento della Gestione Separata, Modulo di proposta, e di essere stato informato, in tempo utile prima di rimanere vincolato dalla proposta, della pubblicazione e della disponibilità sul sito internet della Compagnia di tutti i documenti contenenti informazioni chiave (KID) relativi al prodotto

Il Contraente è informato che l'operazione di sottoscrizione della presente proposta di polizza di assicurazione sulla vita è avvenuta:
- **in sede, presso la filiale _____;**
- **fuori sede _____ tramite l'incaricato abilitato all'offerta fuori sede che opera per conto di Banca Monte dei Paschi di Siena (Firma dell'incaricato abilitato all'offerta fuori sede _____)**

Avvertenza: il Contraente dichiara altresì di essere a conoscenza che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione

Il Contraente .....

CLAUSOLA DI RECESSO - REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione, dandone comunicazione alla Compagnia 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. 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. La proposta di assicurazione sulla vita è revocabile, prima che il contratto sia concluso, mediante comunicazione alla Compagnia 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 esigenze 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), Codice Fiscale e numero iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 01075910586, Partita IVA GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967, Capitale Sociale € 569.000.000 i.v., Tel.: + 39 06 50870.1, Fax: + 39 06 50870295. Sito Internet: www.axa-mps.it, e-mail: info@axa-mpsvita.it, PEC: axampsvita@legalmail.it - 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 DP - 01/2021 - COPIA PER LA FILIALE

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, 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, proporre reclamo al Garante Privacy e, dal 25 maggio 2018, richiedere la portabilità dei dati e far valere il diritto all'oblio, **l'interessato può scrivere a:** AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. - c.a. Data Protection Officer - Via Aldo Fabrizi, 9 - 00128 Roma - e-mail: **privacy@axa.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.**