

# 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

## 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 \_\_\_\_\_  
Il 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](mailto: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 crescite 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.**

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

**Il Contraente/Assicurato dichiara di aver ricevuto il Set Informativo composto: Documento informativo Precontrattuale ( DIP ), Documento informativo Precontrattuale Aggiuntivo ( DIP Aggiuntivo ), Condizioni di Assicurazione, glossario e il modulo di proposta. Il Contraente dichiara altresì di essere a conoscenza che 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  
**Patrick Cohen**

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](http://www.axa-mps.it)

**Finalità assicurative descritte alla lettera A) dell'Informativa Privacy**

acconsento al trattamento dei dati personali, comuni e 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.

