

Banca		 	 •	 	• •	••	• •	 					• •	• •	•	-	 • •	• •	• •	
Sportello)	 	 	 				 	 	 	 	 					 			
Tariffa		 	 	 				 	 	 	 	 								

	DDODOGTA D		IOUD A ZIONE			
	PROPOSTA D	I ASS	ICURAZIONE	COD. ID.		
PARAGRAFO 1 – DATI ANAGRAFICI E DI POLI Il sottoscritto, nel seguito indicato come "Contraent sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mo	ZZA e", propone ad AXA MPS Assicura:	zioni Vita S	.p.A. la stipula di una P	olizza di assicurazione s	sulla vita denominata AXA	MPS FUTURO DEDICATO
Contraente			e-mail·			
Sesso nato i Indirizzo	l	a <u>.</u>				
Est. Documento	COI	mune di	da	cap	prov	
Cod. fisc.	cod prof		ua	cod convenzione		
Assicurando						
Sesso nato i	l	a				
Indirizzo	comune	e di		cap	prov	
Est. Documento	ril. il		da	and conventions		
Beneficiari caso vita a scadenza (il sottoscritto i	Contraente rinuncia espressament	te al notere	di revoca)			
Nome	ne/Ragione sociale		% di ripartizi	ione prestazione		
SessoNato/C	ostituito il		.Comune			
Codice fiscale/ P.IVARecapito/Sede legale: indirizzo			OAD	DD		
Email	comune	ro di tolofo		PH		
Beneficiari caso vita	Nume	io di telelo	110			
□ DICHIARO DI NON VOLERE INVIARE LE COI Avvertenza: in caso di mancata compiliazione deg nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari. I L'esercente la patria potestà, in nome e nell'intere (firma per accettazione del beneficio): Premio ricorrente: €	MUNICAZIONI CONTRATTUALI A li spazi dedicati alla designazione La modifica o revoca di quest'ultim sse del beneficiario minorenne, a	I BENEFIC dei benefic to deve ess ccetta il be	CIARI INDICATI IN FOI ciari in forma nominativo sere comunicata all'impericio	RMA NOMINATIVA va, l'impresa potrà incor		
Periodicità: Annuale □ Mensile □			Spese sul premio:	€		
Decorrenza Polizza:			Scadenza:			
Premio unico copertura caso morte: €			di cui imposte: €			
Capitale aggiuntivo iniziale "caso morte": € PARAGRAFO 1 BIS – INFORMAZIONI SULLO \$						
L'Assicurando dichiara che durante gli ultimi 5 ani dei polmoni, circolatori, di ipertensione, dei reni, c tipo e durante gli ultimi 2 anni, non è mai stato rico	ni, non ha mai avuto sintomi, non l lel fegato o neurologici, ictus, diab	ha mai avu ete, HIV o er più di 5	AIDS, epatite B o C, o	stato sotto osservazion cancro, melanoma, tum	ne e non ha mai avuto co ori, cisti, grumi, polipi o ci	ntrolli per disturbi del cuore, rescite anomale di qualsiasi
 Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticent Prima della sottoscrizione delle dichiarazioni sul Anche nei casi non espressamente previsti dalla Le informazioni sopra indicate sono portate a allegata alla documentazione contrattuale e i 	lo stato di salute, l'Assicurando de Compagnia, l'Assicurando può ch a conoscenza del Contraente pe	ve verifica	rne l'esattezza; essere sottoposto a vis	ita medica per certificar	re l'effettivo stato di salute	e, con costi a suo carico; nto all'informativa privacy
PARAGRAFO 2 – MODALITÀ DI PAGAMENTO Il pagamento dei premi può essere effettuato mec addebito su c/c bancario, previa autorizzazion bonifico bancario sul conto corrente intestato a	diante: e del titolare del conto corrente;					
PARAGRAFO 3 – DICHIARAZIONI Il Contraente dichiara di aver ricevuto il Set informat di Assicurazione comprensive di Glossario, Regola prima di rimanere vincolato dalla proposta, della pi Il Contraente è informato che l'operazione di sottos in sede, presso la filiale fuori sede	ivo composto da: KID (documento c mento della Gestione Separata, Mo ibblicazione e della disponibilità su crizione della presente proposta di ; Il l'incaricato abilitato all'offerta fuor	contenente dulo di pro il sito interi polizza di ri sede che	le informazioni chiave), posta, e l'ulteriore docu net della Compagnia di assicurazione sulla vita opera per conto di Bano	Documento Informativo imentazione precontratti tutti i documenti conteni è avvenuta: ca Monte dei paschi di Si	Precontrattuale aggiuntivo uale prevista e di essere st enti informazioni chiave (K ena (Firma dell'incaricato	(DIP aggiuntivo), Condizioni ato informato, in tempo utile (ID) relativi al prodotto.
Avvertenza: il Contraente dichiara altresì di essere a co	onoscenza che le dichiarazioni non ve	eritiere, ines	atte o le reticenze rese p	er la conclusione del cont	ratto possono compromette	re il diritto alla prestazione.
Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla MPS Assicurazioni Vita S.p.A Via Aldo Fabrizi, 9 - 001 Condizioni di assicurazione). Il recesso ha l'effetto di liberar postale di invio. Entro 30 giorni dal ricevimento della comur contratto sia concluso, mediante comunicazione alla Compa	CLAUSOLA DI R sua conclusione, dandone comunicazior 28 Roma. La conclusione del contratto s e da l'armambe le parti da qualsiasi obbligazi icazione del recesso, la Compagnia rimi gnia nei modi previsti per l'esercizio del d	ECESSO - R ne alla Compa i considera a one derivante porsa al Cont iritto di reces	EVOCABILITA DELLA PRO agnia con lettera raccomano vvenuta il terzo giorno lavo e dal contratto a decorrere raente il premio da questi e so, ovvero tramite l'agenzia	DPOSTA data, contenente gli elementi rativo successivo alla data o dalle ore 24 del giorno di spi eventualmente corrisposto. L o filiale presso la quale è sti	i identificativi del contratto, indi di pagamento del premio, in as edizione della comunicazione de a proposta di assicurazione su ata sottoscritta.	rizzata al seguente recapito: AXA senza di esplicito rifiuto (Art. 1.3. li recesso quale risulta dal timbro illa vita è revocabile, prima che il
PARAGRAFO 4 – CONSENSO AL TRATTAMEN Prima di fornire i suoi consensi, La invitiamo a leg Finalità assicurative descritte alla lettera A) del acconsento al trattamento dei dati personali sensit	TO DEI DATI PERSONALI pere attentamente l'informativa Priv l'Informativa Privacy bili, per le finalità assicurative e a ta Il Contraente Sì □	acy conse	gnata, disponibile anch	e nella sezione Privacy orimere questo consenso	del sito www.axa-mps.it. o in forma scritta.	
Finalità di marketing descritte alla lettera B) de acconsento al trattamento dei miei dati non sensib di società partner, ottre che di ricerche di mercato i mie esigente relativamente a tali prodotti e/o serviz	Il'Informativa Privacy ili per lo svolgimento di comunicaz e di rilevazioni statistiche relative a ci.	ioni, iniziati i prodotti e/	ve promozionali e vend o servizi di AXA, di soc	dita di prodotti e/o serviz ietà appartenenti allo st	i di AXA, di società appart esso Gruppo o di aziende	tenenti allo stesso Gruppo e partner e di rilevazioni sulle
Luogo e data	ntraente Sì □ No □ Il Contraente		L'Assicurando Sì L'Assic	□ No □ :urando		
PARAGRAFO 5 – CONSENSO ALLE COMUNICAZIONI IN F Il Contraente esprime la propria preferenza nel ricevere documenti dell'impresa assicuratrice o mediante mezzi elettronici (e-mail, SMS contatto indicati nel Set Informativo e nel sito pubblico.	e comunicazioni (es: Set Informativo, attestat	to fiscale, avvis posta ordinari	si, lettera di conferma ecc.) in ia. L'opzione, estesa a tutti i co	formato elettronico mediante pi ntratti in corso, è modificabile in	ubblicazione nell'area riservata acc qualsiasi momento, contattando l	cessibile dal sito internet istituzionale o Smart Center AXA MPS ai canali di
PARAGRAFO 6 -	- FIRME					
InililIl Contraente:						

PARAGRAFO 6 – FIRME		
In		
	obbligatorio	esprime il consenso alla presentazione della proposta ed alla conclusione del contratto in base a quanto indicato al PARAGRAFO 1
	obbligatorio	conferma quanto indicato nel PARAGRAFO 3
	facoltativo	esprime il consenso a quanto riportato al PARAGRAFO 5
Firma del Contraente		
In		
	obbligatorio	esprime il consenso alla presentazione della proposta ed alla conclusione del contratto, in base a quanto indicato al PARAGRAFO 1, in quanto l'Assicurando risulta diverso dal Contraente (Art. 1919 C.C.)

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

Firma dell'Assicurando

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.

obbligatorio conferma la dichiarazione sullo stato di salute di cui al PARAGRAFO 1-bis in qualità di Assicurando



Banca		 	-	 	 	• •	 		•••	 	 -							
Sportello)	 		 	 		 	 		 	 							
Tariffa																		

		PROPOSTA I	OI ASS	SICURAZIONI	E COD. ID.		
PARAGRAFO 1 – DATI ANAG							
Il sottoscritto, nel seguito indicat sulla base delle condizioni cont	to come "Contraente", propone trattuali di cui al mod. AXV FD	e ad AXA MPS Assicura FD15 che dichiara di	zioni Vita : aver ricevi	S.p.A. la stipula di una F uto e di accettare integr	Polizza di assicurazio ralmente. A tal fine c	one sulla vita denomina omunica i dati necess	ata AXAMPS FUTURO DEDICATO ari per la stipula del contratto:
Indirizzo		co	mune di		cap	prov	
Est. Documento		ril. il		da			
Cod. fisc.		cod. prof.			cod. convenzione .		
Est. Documento		ril. il		da			
Cod. fisc.		cod. prof.			cod. convenzione .		
Beneficiari caso vita a scade	nza (il sottoscritto Contraente	rinuncia espressamer	ite al potei	e di revoca)			
Sesso		sociale		% di ripartiz	zione prestazione		
Codice fiscale/ P.IVA						•••••	
Recapito/Sede legale: indirizzo		comune		CAP	PR.		
Email		Nume	ero di telef	ono			
□ DICHIARO DI NON VOLERE Avvertenza: in caso di mancata nell'identificazione e nella ricere L'esercente la patria potestà, in (firma per accettazione del ben Premio ricorrente: €	E INVIARE LE COMUNICAZIO a compilazione degli spazi ded ca dei beneficiari. La modifica a nome e nell'interesse del ber eficio):	ONI CONTRATTUALI / licati alla designazione o revoca di quest'ultin neficiario minorenne, a	Al BENEFI dei benef no deve es ccetta il be	CIARI INDICATI IN FO iciari in forma nominati isere comunicata all'im eneficio	PRMA NOMINATIVA va, l'impresa potrà in presa.	ncontrare, al decesso	dell'assicurato, maggiori difficoltà
Periodicità: Annuale	Mensile □			Spese sul premio:	: €		
Decorrenza Polizza:Premio unico copertura caso m Capitale aggiuntivo iniziale "cas	norto: C			Scadenza:			
Capitale aggiuntivo iniziale "cas	so morte"· €			ui cui imposte. € .			
 Le dichiarazioni non veritiere, Prima della sottoscrizione dell Anche nei casi non espressar 	ante gli ultimi 5 anni, non ha n ensione, dei reni, del fegato o non è mai stato ricoverato in a inesatte o reticenti rese in rela le dichiarazioni sullo stato di si ente previsti dalla Compagia ate sono portate a conoscer	nai avuto sintomi, non neurologici, ictus, dia ambiente ospedaliero pazione alle dichiarazio alute, l'Assicurando de la, l'Assicurando può conza del Contraente por la contrae	ha mai av bete, HIV per più di 5 AVV ni sullo sta eve verifica hiedere di er una cor	ERTENZE: to di salute possono co arne l'esattezza; essere sottoposto a vis	ompromettere il diritt sita medica per certi	to alla prestazione ster	vuto controlli per disturbi del cuore, olipi o crescite anomale di qualsiasi essa; di salute, con costi a suo carico; ferimento all'informativa privacy
PARAGRAFO 2 – MODALITÀ Il pagamento dei premi può esi addebito su c/c bancario, pr bonifico bancario sul conto		e del conto corrente;					
• fuori sede	evuto il Set informativo compos ii Glossario, Regolamento della a proposta, della pubblicazione operazione di sottoscrizione de tramite l'incaricato	to da: KID (documento I Gestione Separata, Mo e e della disponibilità s lla presente proposta d o abilitato all'offerta fuo	contenente odulo di pro ul sito inte i polizza d ri sede che	le informazioni chiave), posta, e l'ulteriore doci net della Compagnia di assicurazione sulla viti opera per conto di Ban	Documento Informat umentazione precont i tutti i documenti cor a è avvenuta: ca Monte dei paschi	ivo Precontrattuale agrattuale prevista e di en ntenenti informazioni c di Siena (Firma dell'inc	giuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni ssere stato informato, in tempo utile hiave (KID) relativi al prodotto. aricato abilitato all'offerta fuori sede
Avvertenza: il Contraente dichiara	.). : altresì di essere a conoscenza c	he le dichiarazioni non v	eritiere, ine	satte o le reticenze rese p	er la conclusione del d	contratto possono como	romettere il diritto alla prestazione.
							•
Il Contraente può recedere dal contra MPS Assicurazioni Vita S.p.A Via Condizioni di assicurazione). Il recess postale di invio. Entro 30 giorni dal ri contratto sia concluso, mediante com	tto entro 30 giorni dalla sua conclusi 1 Aldo Fabrizi, 9 - 00128 Roma. La so ha l'effetto di liberare entrambe le cevimento della comunicazione del r unicazione alla Compagnia nei modi	CLAUSOLA DI CONE, dandone comunicazio conclusione del contratto e parti da qualsiasi obbligaz recesso, la Compagnia rim previsti per l'esercizio del contratto del contrat	RECESSO - I ne alla Com si considera ione derivan borsa al Cor diritto di rece	REVOCABILITA DELLA PR bagnia con lettera raccoman pavvenuta il terzo giorno lavi te dal contratto a decorrere itraente il premio da questi sso, ovvero tramite l'agenzi	data, contenente gli eler orativo successivo alla d dalle ore 24 del giorno de eventualmente corrispos a o filiale presso la quale	menti identificativi del contr ata di pagamento del pren di spedizione della comuni to. La proposta di assicuri è stata sottoscritta.	atto, indirizzata al seguente recapito: AXA nio, in assenza di esplicito rifiuto (Art. 1.3. zazione di recesso quale risulta dal timbro azione sulla vita è revocabile, prima che il
PARAGRAFO 4 – CONSENSO Prima di fornire i suoi consensi, Finalità assicurative descritte acconsento al trattamento dei d	La invitiamo a leggere attenta alla lettera A) dell'Informativa lati personali sensibili, per le fir	ATI PERSONALI mente l'informativa Pri va Privacy nalità assicurative e a t Il Contraente Sì □	vacy conse	egnata, disponibile anch oscrivo il modulo per es L'a	ne nella sezione Priva primere questo cons Assicurando Sì	acy del sito www.axa-r enso in forma scritta.	nps.it.
di società partner, oltre che di ri	niei dati non sensibili per lo svo cerche di mercato e di rilevazio li prodotti e/o servizi	olgimento di comunicazi oni statistiche relative a	i prodotti e	e/o servizi di AXA, di so	cietà appartenenti all	o stesso Gruppo o di a	a appartenenti allo stesso Gruppo e aziende partner e di rilevazioni sulle
Luogo e data	Il Contraente	oi 🔲 NO 🗌 itraente		L'Assicurando Si	curando		
PARAGRAFO 5 – CONSENSO ALLE Il Contraente esprime la propria preferenz dell'impresa assicuratrice o mediante mez- contatto indicati nel Set Informativo e nel s	a nel ricevere documenti e comunicazio zi elettronici (e-mail, SMS), in alternativa	ni (es: Set Informativo, attesta	ato fiscale, av a posta ordina	risi, lettera di conferma ecc.) in ria. L'opzione, estesa a tutti i c	n formato elettronico median ontratti in corso, è modifical	nte pubblicazione nell'area ris bile in qualsiasi momento, cor	ervata accessibile dal sito internet istituzionale tattando lo Smart Center AXA MPS ai canali di
	PARAGRAFO 6 – FIRME						
L							
Inil :							

PARAGRAFO 6 – FIRME		
In		
	obbligatorio	esprime il consenso alla presentazione della proposta ed alla conclusione del contratto in base a quanto indicato al PARAGRAFO 1
	obbligatorio	conferma quanto indicato nel PARAGRAFO 3
	facoltativo	esprime il consenso a quanto riportato al PARAGRAFO 5
Firma del Contraente Firma altri cointestatari del conto (a valere esclusivamente quale autorizzazione all'addebito del premio da parte della Compagnia in caso di conto corrente a firma congiunta)		
In il L'Assicurando:		
	obbligatorio	esprime il consenso alla presentazione della proposta ed alla conclusione del contratto, in base a quanto indicato al PARAGRAFO 1, in quanto l'Assicurando risulta diverso dal Contraente (Art. 1919 C.C.)
	obbligatorio	conferma la dichiarazione sullo stato di salute di cui al PARAGRAFO 1-bis in qualità di Assicurando
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		 	 	 				 	 	 	 	 								

		PROPOSTA I	DI ASS	SICURAZ	IONE CC	DD. ID.	
PARAGRAFO 1 – DATI ANA Il sottoscritto, nel seguito indio sulla base delle condizioni co	cato come "Contraente", propone ontrattuali di cui al mod. AXV FD	e ad AXA MPS Assicura FD15 che dichiara di	zioni Vita : aver ricevi	S.p.A. la stipula uto e di accetta	di una Polizza o re integralmente	di assicurazione sulla vita d e. A tal fine comunica i dati	enominata AXA MPS FUTURO DEDICATO i necessari per la stipula del contratto:
Contraente				e-m	ail:		
Indirizzo		CC	mune di			can nr	OV.
Est. Documento		ril. il			da	oup	
Cod. fisc		cod. prof			cod. co	onvenzione	
Assicurando							
Sesso	nato il		a				
Est Documento		ril il	e ai		da	cap prov.	
Cod. fisc.		cod. prof.			cod. co	onvenzione	
Beneficiari caso vita a scao	denza (il sottoscritto Contraente	rinuncia espressamer	ite al poter	e di revoca)			
Nome	Cognome/Ragione	sociale		% d	li ripartizione pre	estazione	
Codice fiscale/ PIVA	Nato/Costituito II			Comune			
Recapito/Sede legale: indiriz	770	comune		CA	P	PR	
Email		Nume	ero di telef	ono			
☐ DICHIARO DI NON VOLE Avvertenza: in caso di manca nell'identificazione e nella ric	RE INVIARE LE COMUNICAZIO ata compilazione degli spazi ded terca dei beneficiari. La modifica	ONI CONTRATTUALI / dicati alla designazione o revoca di quest'ultin	Al BENEFI dei benef no deve es	CIARI INDICAT iciari in forma r ssere comunica	I IN FORMA No	OMINIATIVA	lecesso dell'assicurato, maggiori difficoltà
(firma per accettazione del be Premio ricorrente: €	, in nome e nell'interesse del ber eneficio):		iccetta il bi				
Periodicità: Annuale Description Delivers	Mensile □			Spese sul	premio: €		
Premio unico copertura caso	o morte: €caso morte": €			Scadenza di cui imp	:		
Capitale aggiuntivo iniziale "c	caso morte": €			ui cui iiripi	JSIE. €		
PARAGRAFO 1 BIS – INFO L'Assicurando dichiara che d dei polmoni, circolatori, di ine	RMAZIONI SULLO STATO DI S	SALUTE DELL'ASSIC mai avuto sintomi, non preurologici, ictus, dia	URANDO ha mai av bete, HIV per più di 5	uto diagnosi, n	on è mai stato s	sotto osservazione e non h	na mai avuto controlli per disturbi del cuore, grumi, polipi o crescite anomale di qualsiasi
 Prima della sottoscrizione d Anche nei casi non espress Le informazioni sopra ind 	re, inesatte o reticenti rese in rela delle dichiarazioni sullo stato di s samente previsti dalla Compagni dicate sono portate a conoscer ione contrattuale e in calce alla	salute, l'Assicurando de ia, l'Assicurando può c nza del Contraente pe	eve verifica hiedere di er una cor	arne l'esattezza essere sottopo	i; esto a visita med	dica per certificare l'effettiv	ione stessa; o stato di salute, con costi a suo carico; i, si fa riferimento all'informativa privacy
Il pagamento dei premi può e addebito su c/c bancario,	TÀ DI PAGAMENTO DEL PREM essere effettuato mediante: , previa autorizzazione del titolare to corrente intestato alla Compa	e del conto corrente;					
fuori sede	ricevuto il Set informativo compos e di Glossario, Regolamento della lalla proposta, della pubblicazione l'operazione di sottoscrizione de tramite l'incaricato	oto da: KID (documento a Gestione Separata, Mo e e della disponibilità s ila presente proposta d o abilitato all'offerta fuo	contenente odulo di pro ul sito inte li polizza d ori sede che	le informazioni oposta, e l'ulteri rnet della Comp i assicurazione opera per cont	chiave), Documo ore documentaz agnia di tutti i do sulla vita è avve o di Banca Mont	ento Informativo Precontrat zione precontrattuale previs ocumenti contenenti inform nuta: le dei paschi di Siena (Firma	tuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni ita e di essere stato informato, in tempo utile lazioni chiave (KID) relativi al prodotto. I dell'incaricato abilitato all'offerta fuori sede
	ara altresì di essere a conoscenza c						ono compromettere il diritto alla prestazione.
Il Contraente può recedere dal con MPS Assicurazioni Vita S.p.A Condizioni di assicurazione). Il rec postale di invio. Entro 30 giorni da contratto sia concluso, mediante co	ntratto entro 30 giorni dalla sua conclusi Via Aldo Fabrizi, 9 - 00128 Roma. La sesso ha l'effetto di liberare entrambe le al ricevimento della comunicazione del omunicazione alla Compagnia nei modi	CLAUSOLA DI Fi ione, dandone comunicazio i conclusione del contratto i e parti da qualsiasi obbligaz recesso, la Compagnia rim i previsti per l'esercizio del d	RECESSO - I ne alla Com si considera tione derivan borsa al Cor diritto di rece	REVOCABILITÀ D pagnia con lettera avvenuta il terzo te dal contratto a traente il premio sso, ovvero tramit	ELLA PROPOSTA raccomandata, con giorno lavorativo su decorrere dalle ore da questi eventualr e l'agenzia o filiale	ntenente gli elementi identificativ iccessivo alla data di pagament i 24 del giorno di spedizione del mente corrisposto. La proposta presso la quale è stata sottoscri	i del contratto, indirizzata al seguente recapito: AXA o del premio, in assenza di esplicito rifiuto (Art. 1.3. la comunicazione di recesso quale risulta dal timbro di assicurazione sulla vita è revocabile, prima che il tta.
PARAGRAFO 4 – CONSEN Prima di fornire i suoi consen Finalità assicurative descri acconsento al trattamento de	ISO AL TRATTAMENTO DEI DA si, La invitiamo a leggere attenta itte alla lettera A) dell'Informati ei dati personali sensibili, per le fir I	ATI PERSONALI mente l'informativa Pri va Privacy nalità assicurative e a ti Il Contraente Sì	vacy conse al fine sotte	egnata, disponit oscrivo il modul	oile anche nella o per esprimere L'Assicur	sezione Privacy del sito w questo consenso in forma rando Sì □	ww.axa-mps.it. scritta.
Finalità di marketing descri acconsento al trattamento de	itte alla lettera B) dell'Informati ei miei dati non sensibili per lo svo li ricerche di mercato e di rilevazio	iva Privacy olgimento di comunicaz oni statistiche relative a	zioni, inizia	tive promoziona	ali e vendita di p A, di società ap	prodotti e/o servizi di AXA, o	di società appartenenti allo stesso Gruppo e po o di aziende partner e di rilevazioni sulle
Luogo e data	Il Con	ntraente		L Masicula	L'Assicurando	O	
Il Contraente esprime la propria prefere	nezzi elettronici (e-mail, SMS), in alternativa	oni (es: Set Informativo, attesta	ato fiscale, av a posta ordina	visi, lettera di conferi iria. L'opzione, estes	ma ecc.) in formato e a a tutti i contratti in c	elettronico mediante pubblicazione r corso, è modificabile in qualsiasi mo	nell'area riservata accessibile dal sito internet istituzionale mento, contattando lo Smart Center AXA MPS ai canali di
	PARAGRAFO 6 – FIRME						
ln .	il						
InIl Contraente:							

PARAGRAFO 6 - FIRME		
In		
	obbligatorio	esprime il consenso alla presentazione della proposta ed alla conclusione del contratto in base a quanto indicato al PARAGRAFO 1
	obbligatorio	conferma quanto indicato nel PARAGRAFO 3
	facoltativo	esprime il consenso a quanto riportato al PARAGRAFO 5
Firma del Contraente		
In il L'Assicurando:		
	obbligatorio	esprime il consenso alla presentazione della proposta ed alla conclusione del contratto, in base a quanto indicato al PARAGRAFO 1, in quanto l'Assicurando risulta diverso dal Contraente (Art. 1919 C.C.)
	obbligatorio	conferma la dichiarazione sullo stato di salute di cui al PARAGRAFO 1-bis in qualità di Assicurando
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.

INFORMATIVA PRIVACY SINTETICA PER I CLIENTI DI AXA MPS ASSICURAZIONI VITA

Ultimo aggiornamento: maggio 2023



Chi decide perché e come trattare i dati?

AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A., con sede in Via Aldo Fabrizi, 9 - 00128 ROMA, (note societarie complete su www.axa-mps.it), mail: privacy@axa.it (di seguito anche "AMAV", il "Titolare" o la "Compagnia") è il titolare del trattamento dei dati personali, cioè delle informazioni a lei riferite (quali ad esempio i dati identificativi e di contatto, dati di salute e, limitatamente a quanto prescritto dalla normativa vigente, dati giudiziari). Qualora i dati forniti da lei o da terzi, o acquisiti consultando elenchi e registri legittimamente accessibili, si riferiscano a soggetti minori di età sui quali lei esercita la responsabilità genitoriale o la tutela legale, ovvero a familiari/congiunti per l'esecuzione di prestazioni assicurative (es. polizze collettive), le presenti informazioni e le dichiarazioni di volontà formulate rispetto alle richieste di consenso si intendono riferite anche ai trattamenti su questi dati.



Quali sono i dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati - DPO

Il Responsabile della Protezione di Dati (DPO – Data Protection Officer) può essere contattato rivolgendosi ad AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. – via Aldo Fabrizi, 9 - c.a. Data Protection Officer – 00128 ROMA - e-mail: privacy@axa.it.



Quali sono i diritti dell'interessato e come possono essere esercitati?

Lei ha il diritto di accedere ai suoi dati personali, farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne la limitazione e di opporsi al loro trattamento, richiedere la portabilità dei dati, revocare i consensi espressi 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, ottenere informazioni sui trasferimenti verso paesi che non fanno parte dell'Unione Europea e sul legittimo interesse di AMAV.

Per l'**esercizio dei suoi diritti**, lei può rivolgersi ad 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



Per quali scopi e su quali basi i dati sono trattati?

a) Finalità assicurativa

I dati personali sono trattati per svolgere adeguatamente l'attività assicurativa (assunzione e gestione dei rischi effettuati dall'impresa di assicurazione) e per gestire il rapporto assicurativo.

Il trattamento dei dati è necessario per dare esecuzione al contratto o alle misure precontrattuali richieste, per adempiere obblighi di legge (es. norme per contrastare il terrorismo internazionale, il finanziamento al riciclaggio, in base alle quali saranno trattati anche i dati giudiziari), per legittimo interesse connesso all'attività assicurativa, incluse attività antifrode, statistiche, tariffazione, analisi e studi, invio di comunicazioni di servizio. I dati appartenenti a categorie particolari (indicati anche come "dati sensibili"), quali i dati relativi allo stato di salute, sono trattati sulla base del consenso esplicito dell'interessato.

Senza i dati ed il consenso esplicito al trattamento dei dati sensibili (dati di salute) non potranno essere forniti tutti i servizi assicurativi previsti dal contratto.

b) Finalità commerciali e di marketing

I dati personali non sensibili 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 o in caso di revoca del consenso, non vi sono effetti sui servizi assicurativi, ma l'interessato perderà l'opportunità di conoscere le nostre offerte e partecipare alle iniziative di marketing. Tale revoca non pregiudica la liceità di qualsiasi trattamento effettuato prima di esso.



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 o come titolari autonomi (es. società partner, società che gestiscono sistemi di informazioni creditizie e di informazione commerciale per rischi finanziarie società del Gruppo anche per anche per finalità amministrativo-contabili);
- 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.

In caso di trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea (es. India), sono assicurate le garanzie previste dalla vigente normativa (es. per trasferimenti all'interno del Gruppo AXA sono applicate le cd. BCR - Binding Corporate Rules: www.axa-mps.it/privacy/Binding Corporate Rules). Per maggiori informazioni sul trasferimento internazionale dei dati personali, è sempre possibile contattare il Titolare, c.a. Data Protection Officer (DPO), (si veda par. Quali sono i diritti dell'interessato e come possono essere esercitati?). I dati non sono ceduti a terzi, né diffusi.



Da dove sono raccolti i dati trattati?

I dati sono raccolti direttamente presso l'interessato o da terzi, anche mediante la consultazione di banche dati legittimamente accessibili.



Per quanto tempo i dati vengono conservati?

I dati personali sono conservati per tutto il tempo necessario al raggiungimento della finalità assicurativa, in accordo a quanto previsto dalla normativa vigente (es. art. 2220 codice civile), fermo restando che, decorsi 10 anni dall'ultimo evento, si procede alla loro cancellazione/anonimizzazione. Si precisa che, per alcuni prodotti assicurativi del ramo Vita, nonché per il rispetto di specifici obblighi normativi e regolamentari (ad esempio in materia di tenuta dei Registri Assicurativi dei contratti emessi nei rami Vita), il periodo di conservazione dei dati è fissato in 20 anni dall'ultimo evento.

Per le finalità commerciali e di marketing, in caso di manifestazione dei consensi opzionali richiesti, i dati raccolti saranno conservati per il tempo necessario coerente con le finalità indicate (e comunque per non più di 24 mesi dalla cessazione del rapporto).

L'informativa completa è disponibile nelle Condizioni Generali di Polizza annesse alla presente nota informativa o sul sito www.axa-mps.it. Altre informazioni sul trattamento dei dati personali sono disponibili nella sezione Privacy del sito web indicato.