AXA MPS FUTURO DEDICATO

Banca .....

Sportello .....

Tariffa .....

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE COD. ID.

PARAGRAFO 1 – DATI ANAGRAFICI E DI POLIZZA

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 FUTURO DEDICATO sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AXV FDFD15 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. prof. .....cod. convenzione .....

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

Beneficiari caso vita a scadenza (il sottoscritto Contraente rinuncia espressamente al potere di revoca)
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

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.

L'esercente la patria potestà, in nome e nell'interesse del beneficiario minorenne, accetta il beneficio
(firma per accettazione del beneficio): .....

Premio ricorrente: € .....
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 STATO DI SALUTE DELL'ASSICURANDO

L'Assicurando dichiara che durante gli ultimi 5 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 5 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'Assicurando deve verificarne l'esattezza;
- 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;
- **Le informazioni 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 e in calce alla presente proposta).**

PARAGRAFO 2 – 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 Compagnia.

PARAGRAFO 3 – DICHIARAZIONI

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 l'ulteriore documentazione precontrattuale prevista 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.

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 terzo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento del premio, in assenza di esplicito rifiuto (Art. 1.3. Condizioni di assicurazione). 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.

PARAGRAFO 4 – 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.
Il Contraente Sì ☐ **L'Assicurando Sì ☐**

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.
Il Contraente Sì ☐ No ☐ **L'Assicurando Sì ☐ No ☐**

Luogo e data ..... **Il Contraente** ..... **L'Assicurando** .....

PARAGRAFO 5 – CONSENSO ALLE COMUNICAZIONI IN FORMATO DIGITALE

Il Contraente esprime la propria preferenza nel ricevere documenti e comunicazioni (es: Set Informativo, attestato fiscale, avvisi, lettera di conferma ecc.) in formato elettronico mediante pubblicazione nell'area riservata accessibile dal sito internet istituzionale dell'impresa assicuratrice o mediante mezzi elettronici (e-mail, SMS), in alternativa alla forma cartacea spedita via posta ordinaria. L'opzione, estesa a tutti i contratti in corso, è modificabile in qualsiasi momento, contattando lo Smart Center AXA MPS ai canali di contatto indicati nel Set Informativo e nel sito pubblico.

PARAGRAFO 6 – FIRME		
In ..... **il** ..... **Il Contraente:**		
	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.

MOD. AXV FD - 01/2024 - COPIA PER AXA MPS ASSICURAZIONI VITA

AXA MPS FUTURO DEDICATO

Banca .....

Sportello .....

Tariffa .....

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE COD. ID.

PARAGRAFO 1 – DATI ANAGRAFICI E DI POLIZZA

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 FUTURO DEDICATO sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AXV FDFD15 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. prof. .....cod. convenzione .....

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

Beneficiari caso vita a scadenza (il sottoscritto Contraente rinuncia espressamente al potere di revoca)
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

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.

L'esercente la patria potestà, in nome e nell'interesse del beneficiario minorenne, accetta il beneficio
(firma per accettazione del beneficio): .....

Premio ricorrente: € .....
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 STATO DI SALUTE DELL'ASSICURANDO

L'Assicurando dichiara che durante gli ultimi 5 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 5 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'Assicurando deve verificarne l'esattezza;
- 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;
- **Le informazioni 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 e in calce alla presente proposta).**

PARAGRAFO 2 – 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 Compagnia.

PARAGRAFO 3 – DICHIARAZIONI

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 l'ulteriore documentazione precontrattuale prevista 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.

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 terzo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento del premio, in assenza di esplicito rifiuto (Art. 1.3. Condizioni di assicurazione). 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.

PARAGRAFO 4 – 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.
Il Contraente Sì □ **L'Assicurando Sì □**

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.
Il Contraente Sì □ No □ **L'Assicurando Sì □ No □**

Luogo e data ..... **Il Contraente** ..... **L'Assicurando** .....

PARAGRAFO 5 – CONSENSO ALLE COMUNICAZIONI IN FORMATO DIGITALE

Il Contraente esprime la propria preferenza nel ricevere documenti e comunicazioni (es: Set Informativo, attestato fiscale, avvisi, lettera di conferma ecc.) in formato elettronico mediante pubblicazione nell'area riservata accessibile dal sito internet istituzionale dell'impresa assicuratrice o mediante mezzi elettronici (e-mail, SMS), in alternativa alla forma cartacea spedita via posta ordinaria. L'opzione, estesa a tutti i contratti in corso, è modificabile in qualsiasi momento, contattando lo Smart Center AXA MPS ai canali di contatto indicati nel Set Informativo e nel sito pubblico.

PARAGRAFO 6 – FIRME		
In ..... **il** ..... **Il Contraente:**		
	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.

AXA MPS FUTURO DEDICATO

Banca .....

Sportello .....

Tariffa .....

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE COD. ID.

PARAGRAFO 1 – DATI ANAGRAFICI E DI POLIZZA

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 FUTURO DEDICATO sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AXV FDFD15 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. prof. .....cod. convenzione .....

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

Beneficiari caso vita a scadenza (il sottoscritto Contraente rinuncia espressamente al potere di revoca)
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

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.

L'esercente la patria potestà, in nome e nell'interesse del beneficiario minorenne, accetta il beneficio
(firma per accettazione del beneficio): .....

Premio ricorrente: € .....
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 STATO DI SALUTE DELL'ASSICURANDO

L'Assicurando dichiara che durante gli ultimi 5 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 5 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'Assicurando deve verificarne l'esattezza;
- 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;
- **Le informazioni 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 e in calce alla presente proposta).**

PARAGRAFO 2 – 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 Compagnia.

PARAGRAFO 3 – DICHIARAZIONI

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 l'ulteriore documentazione precontrattuale prevista 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.

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 terzo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento del premio, in assenza di esplicito rifiuto (Art. 1.3. Condizioni di assicurazione). 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.

PARAGRAFO 4 – 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.

Il Contraente Sì □ **L'Assicurando Sì □**

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.

Il Contraente Sì □ No □ **L'Assicurando Sì □ No □**

Luogo e data ..... **Il Contraente** ..... **L'Assicurando** .....

PARAGRAFO 5 – CONSENSO ALLE COMUNICAZIONI IN FORMATO DIGITALE

Il Contraente esprime la propria preferenza nel ricevere documenti e comunicazioni (es: Set Informativo, attestato fiscale, avvisi, lettera di conferma ecc.) in formato elettronico mediante pubblicazione nell'area riservata accessibile dal sito internet istituzionale dell'impresa assicuratrice o mediante mezzi elettronici (e-mail, SMS), in alternativa alla forma cartacea spedita via posta ordinaria. L'opzione, estesa a tutti i contratti in corso, è modificabile in qualsiasi momento, contattando lo Smart Center AXA MPS ai canali di contatto indicati nel Set Informativo e nel sito pubblico.

PARAGRAFO 6 – FIRME		
In ..... **il** ..... **Il Contraente:**		
	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.

MOD. AXV FD - 01/2024 - COPIA PER LA FILIALE

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.