



Banca .....  
Sportello .....  
Tariffa .....

## PROPOSTA DI ASSICURAZIONE 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 AXA MPS Vita Sicura Unico (VU13), a premio unico, sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AXV VUVU13 che dichiara di aver ricevuto e di accettare integralmente. A tal fine comunica i dati necessari per la stipula del contratto:

**Contraente** .....

Sesso ..... nato il ..... a ..... cap ..... prov.

Indirizzo ..... comune di ..... cap ..... prov.

Est. Documento ..... ril. il ..... da .....

Cod. fisc. ..... cod. prof. .... Numero di cellulare .....

Indirizzo e-mail ..... Numero di cellulare .....

**Assicurando** .....

Sesso ..... nato il ..... a ..... cap ..... prov.

Indirizzo ..... comune di ..... cap ..... prov.

Est. Documento ..... ril. il ..... da .....

Cod. fisc. ..... cod. prof. .... Durata (in anni) .....

Decorrenza Polizza ..... Scadenza .....

Capitale assicurato iniziale in caso di morte: € .....

Premio unico: € ..... di cui spese: € ..... di cui riconosciute all'intermediario: € .....

**Sezione beneficiari**

|            |                               |                                     |
|------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Nome ..... | Cognome/Ragione sociale ..... | % di ripartizione prestazione ..... |
|------------|-------------------------------|-------------------------------------|

|             |                          |              |
|-------------|--------------------------|--------------|
| Sesso ..... | Nato/Costituito il ..... | Comune ..... |
|-------------|--------------------------|--------------|

|                            |       |       |
|----------------------------|-------|-------|
| Codice fiscale/ PIVA ..... | ..... | ..... |
|----------------------------|-------|-------|

|                                       |              |           |          |
|---------------------------------------|--------------|-----------|----------|
| Recapito/Sede legale: Indirizzo ..... | comune ..... | CAP ..... | PR ..... |
|---------------------------------------|--------------|-----------|----------|

|             |       |                          |       |
|-------------|-------|--------------------------|-------|
| Email ..... | ..... | Numero di telefono ..... | ..... |
|-------------|-------|--------------------------|-------|

|                                       |       |       |       |
|---------------------------------------|-------|-------|-------|
| <b>Beneficiario caso morte:</b> ..... | ..... | ..... | ..... |
|---------------------------------------|-------|-------|-------|

DICHIAIRO DI NON VOLERE INDICARE NOMINATIVAMENTE IL BENEFICIARIO

**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.**

**Sezione Referente terzo:**

|            |                               |       |
|------------|-------------------------------|-------|
| Nome ..... | Cognome/Ragione sociale ..... | ..... |
|------------|-------------------------------|-------|

|                                       |              |           |          |
|---------------------------------------|--------------|-----------|----------|
| Recapito/Sede legale: Indirizzo ..... | comune ..... | CAP ..... | PR ..... |
|---------------------------------------|--------------|-----------|----------|

|             |       |                          |       |
|-------------|-------|--------------------------|-------|
| Email ..... | ..... | Numero di telefono ..... | ..... |
|-------------|-------|--------------------------|-------|

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 AXA MPS Vita S.p.A. ad addebitare il premio di € .....

sul C/C ..... ABI ..... CAB .....

La Filiale ..... NDG .....

**Il Contraente** ..... il titolare del C/C (se diverso dal Contraente) .....

Codice Promotore Finanziario  Il Promotore Finanziario

### MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio può essere effettuato mediante:

- addebito su c/c bancario, previa autorizzazione del titolare del conto corrente;
- bonifico bancario sul conto corrente intestato alla Compagnia, presso la Banca WIDIBA con IBAN IT 85 W 03442 14239 000050003583.

### DICHIARAZIONI

Il Contraente dichiara di essere stato informato, prima della conclusione del contratto, della coerenza del prodotto alle richieste ed esigenze del contraente o dell'assicurato, nonché di aver ricevuto, ai sensi dell'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 e degli artt. 10 e 11 del Regolamento IVASS n. 41/2018, l'Informativa Precontrattuale, il Set informativo composto da: Documento informativo Precontrattuale (DIP), Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, Informativa Privacy e Modulo di proposta.

**Il Contraente dichiara altresì di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 11 del Reg. 41/2018 IVASS, le dichiarazioni non veritieri, inesatte o reticenti rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.**

- Il Contraente dichiara di sottoscrivere la presente proposta senza avere l'obiettivo di coprire un debito derivante da un finanziamento contratto con Banca .....  
 Il Contraente dichiara di sottoscrivere la presente proposta con l'obiettivo di coprire in tutto o in parte il debito derivante dal finanziamento n. ..... contratto con Banca MPS

**Il Contraente** .....

### CLAUSOLA DI RECESSO - REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA

Il Contraente può recedere dal contratto entro 60 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](http://www.axa-mps.it).  
**Finalità assicurative descritte alla lettera A) dell'Informativa Privacy**

accenso 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**

accenso 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  
Tel.: (+39) 06 50870.1, Fax: (+39) 06 50870295 - PEC: [axampsita@legalmail.it](mailto:axampsita@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 DI ASSICURAZIONE 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 AXA MPS Vita Sicura Unico (VU13), a premio unico, sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AXV VUVU13 che dichiara di aver ricevuto e di accettare integralmente. A tal fine comunica i dati necessari per la stipula del contratto:

**Contraente** .....

Sesso ..... nato il ..... a ..... cap ..... prov.

Indirizzo ..... comune di ..... cap ..... prov.

Est. Documento ..... ril. il ..... da .....

Cod. fisc. ..... cod. prof. .... Numero di cellulare .....

Indirizzo e-mail ..... Numero di cellulare .....

**Assicurando** .....

Sesso ..... nato il ..... a ..... cap ..... prov.

Indirizzo ..... comune di ..... cap ..... prov.

Est. Documento ..... ril. il ..... da .....

Cod. fisc. ..... cod. prof. .... Durata (in anni) .....

Decorrenza Polizza ..... Scadenza .....

Capitale assicurato iniziale in caso di morte: € .....

Premio unico: € ..... di cui spese: € ..... di cui riconosciute all'intermediario: € .....

**Sezione beneficiari**

|            |                               |                                     |
|------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Nome ..... | Cognome/Ragione sociale ..... | % di ripartizione prestazione ..... |
|------------|-------------------------------|-------------------------------------|

|             |                          |              |
|-------------|--------------------------|--------------|
| Sesso ..... | Nato/Costituito il ..... | Comune ..... |
|-------------|--------------------------|--------------|

|                            |       |       |
|----------------------------|-------|-------|
| Codice fiscale/ PIVA ..... | ..... | ..... |
|----------------------------|-------|-------|

|                                       |              |           |          |
|---------------------------------------|--------------|-----------|----------|
| Recapito/Sede legale: Indirizzo ..... | comune ..... | CAP ..... | PR ..... |
|---------------------------------------|--------------|-----------|----------|

|             |       |                          |       |
|-------------|-------|--------------------------|-------|
| Email ..... | ..... | Numero di telefono ..... | ..... |
|-------------|-------|--------------------------|-------|

|                                       |       |       |       |
|---------------------------------------|-------|-------|-------|
| <b>Beneficiario caso morte:</b> ..... | ..... | ..... | ..... |
|---------------------------------------|-------|-------|-------|

DICHIAIRO DI NON VOLERE INDICARE NOMINATIVAMENTE IL BENEFICIARIO

**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.**

**Sezione Referente terzo:**

|            |                               |       |
|------------|-------------------------------|-------|
| Nome ..... | Cognome/Ragione sociale ..... | ..... |
|------------|-------------------------------|-------|

|                                       |              |           |          |
|---------------------------------------|--------------|-----------|----------|
| Recapito/Sede legale: Indirizzo ..... | comune ..... | CAP ..... | PR ..... |
|---------------------------------------|--------------|-----------|----------|

|             |       |                          |       |
|-------------|-------|--------------------------|-------|
| Email ..... | ..... | Numero di telefono ..... | ..... |
|-------------|-------|--------------------------|-------|

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 AXA MPS Vita S.p.A. ad addebitare il premio di € .....

sul C/C ..... ABI ..... CAB .....

La Filiale ..... NDG .....

**Il Contraente** ..... il titolare del C/C (se diverso dal Contraente) .....

Codice Promotore Finanziario  Il Promotore Finanziario

### MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio può essere effettuato mediante:

- addebito su c/c bancario, previa autorizzazione del titolare del conto corrente;
- bonifico bancario sul conto corrente intestato alla Compagnia, presso la Banca WIDIBA con IBAN IT 85 W 03442 14239 000050003583.

### DICHIARAZIONI

Il Contraente dichiara di essere stato informato, prima della conclusione del contratto, della coerenza del prodotto alle richieste ed esigenze del contraente o dell'assicurato, nonché di aver ricevuto, ai sensi dell'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 e degli artt. 10 e 11 del Regolamento IVASS n. 41/2018, l'Informativa Precontrattuale, il Set informativo composto da: Documento informativo Precontrattuale (DIP), Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, Informativa Privacy e Modulo di proposta.

**Il Contraente dichiara altresì di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 11 del Reg. 41/2018 IVASS, le dichiarazioni non veritieri, inesatte o reticenti rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.**

- Il Contraente dichiara di sottoscrivere la presente proposta senza avere l'obiettivo di coprire un debito derivante da un finanziamento contratto con Banca .....  
 Il Contraente dichiara di sottoscrivere la presente proposta con l'obiettivo di coprire in tutto o in parte il debito derivante dal finanziamento n. ..... contratto con Banca MPS

**Il Contraente** .....

### CLAUSOLA DI RECESSO - REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA

Il Contraente può recedere dal contratto entro 60 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](http://www.axa-mps.it).  
**Finalità assicurative descritte alla lettera A) dell'Informativa Privacy**

accenso 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**

accenso 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  
Tel.: (+39) 06 50870.1, Fax: (+39) 06 50870295 - PEC: [axampsita@legalmail.it](mailto:axampsita@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 DI ASSICURAZIONE 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 AXA MPS Vita Sicura Unico (VU13), a premio unico, sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AXV VUVU13 che dichiara di aver ricevuto e di accettare integralmente. A tal fine comunica i dati necessari per la stipula del contratto:

**Contraente** .....

Sesso ..... nato il ..... a ..... cap ..... prov.

Indirizzo ..... comune di ..... cap ..... prov.

Est. Documento ..... ril. il ..... da .....

Cod. fisc. ..... cod. prof. .... Numero di cellulare .....

Indirizzo e-mail ..... Numero di cellulare .....

**Assicurando** .....

Sesso ..... nato il ..... a ..... cap ..... prov.

Indirizzo ..... comune di ..... cap ..... prov.

Est. Documento ..... ril. il ..... da .....

Cod. fisc. ..... cod. prof. .... Durata (in anni) .....

Decorrenza Polizza ..... Scadenza .....

Capitale assicurato iniziale in caso di morte: € .....

Premio unico: € ..... di cui spese: € ..... di cui riconosciute all'intermediario: € .....

**Sezione beneficiari**

|            |                               |                                     |
|------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Nome ..... | Cognome/Ragione sociale ..... | % di ripartizione prestazione ..... |
|------------|-------------------------------|-------------------------------------|

|             |                          |              |
|-------------|--------------------------|--------------|
| Sesso ..... | Nato/Costituito il ..... | Comune ..... |
|-------------|--------------------------|--------------|

|                            |       |       |
|----------------------------|-------|-------|
| Codice fiscale/ PIVA ..... | ..... | ..... |
|----------------------------|-------|-------|

|                                       |              |           |          |
|---------------------------------------|--------------|-----------|----------|
| Recapito/Sede legale: Indirizzo ..... | comune ..... | CAP ..... | PR ..... |
|---------------------------------------|--------------|-----------|----------|

|             |       |                          |       |
|-------------|-------|--------------------------|-------|
| Email ..... | ..... | Numero di telefono ..... | ..... |
|-------------|-------|--------------------------|-------|

|                                       |       |       |       |
|---------------------------------------|-------|-------|-------|
| <b>Beneficiario caso morte:</b> ..... | ..... | ..... | ..... |
|---------------------------------------|-------|-------|-------|

DICHIAIRO DI NON VOLERE INDICARE NOMINATIVAMENTE IL BENEFICIARIO

**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.**

**Sezione Referente terzo:**

|            |                               |       |
|------------|-------------------------------|-------|
| Nome ..... | Cognome/Ragione sociale ..... | ..... |
|------------|-------------------------------|-------|

|                                       |              |           |          |
|---------------------------------------|--------------|-----------|----------|
| Recapito/Sede legale: Indirizzo ..... | comune ..... | CAP ..... | PR ..... |
|---------------------------------------|--------------|-----------|----------|

|             |       |                          |       |
|-------------|-------|--------------------------|-------|
| Email ..... | ..... | Numero di telefono ..... | ..... |
|-------------|-------|--------------------------|-------|

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 AXA MPS Vita S.p.A. ad addebitare il premio di € .....

sul C/C ..... ABI ..... CAB .....

La Filiale ..... NDG .....

**Il Contraente** ..... il titolare del C/C (se diverso dal Contraente) .....

Codice Promotore Finanziario  Il Promotore Finanziario

### MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio può essere effettuato mediante:

- addebito su c/c bancario, previa autorizzazione del titolare del conto corrente;
- bonifico bancario sul conto corrente intestato alla Compagnia, presso la Banca WIDIBA con IBAN IT 85 W 03442 14239 000050003583.

### DICHIARAZIONI

Il Contraente dichiara di essere stato informato, prima della conclusione del contratto, della coerenza del prodotto alle richieste ed esigenze del contraente o dell'assicurato, nonché di aver ricevuto, ai sensi dell'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 e degli artt. 10 e 11 del Regolamento IVASS n. 41/2018, l'Informativa Precontrattuale, il Set informativo composto da: Documento informativo Precontrattuale (DIP), Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, Informativa Privacy e Modulo di proposta.

**Il Contraente dichiara altresì di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 11 del Reg. 41/2018 IVASS, le dichiarazioni non veritieri, inesatte o reticenti rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.**

- Il Contraente dichiara di sottoscrivere la presente proposta senza avere l'obiettivo di coprire un debito derivante da un finanziamento contratto con Banca .....  
 Il Contraente dichiara di sottoscrivere la presente proposta con l'obiettivo di coprire in tutto o in parte il debito derivante dal finanziamento n. ..... contratto con Banca MPS

**Il Contraente** .....

### CLAUSOLA DI RECESSO - REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA

Il Contraente può recedere dal contratto entro 60 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](http://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

Tel.: (+39) 06 50870.1, Fax: (+39) 06 50870295 - PEC: [axampsita@legalmail.it](mailto:axampsita@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 DI ASSICURAZIONE 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 AXA MPS Vita Sicura Unico (VU13), a premio unico, sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AXV VUVU13 che dichiara di aver ricevuto e di accettare integralmente. A tal fine comunica i dati necessari per la stipula del contratto:

**Contraente** .....

Sesso ..... nato il ..... a ..... cap ..... prov.

Indirizzo ..... comune di ..... cap ..... prov.

Est. Documento ..... ril. il ..... da .....

Cod. fisc. ..... cod. prof. .... Numero di cellulare .....

Indirizzo e-mail ..... Numero di cellulare .....

**Assicurando** .....

Sesso ..... nato il ..... a ..... cap ..... prov.

Indirizzo ..... comune di ..... cap ..... prov.

Est. Documento ..... ril. il ..... da .....

Cod. fisc. ..... cod. prof. .... Durata (in anni) .....

Decorrenza Polizza ..... Scadenza .....

Capitale assicurato iniziale in caso di morte: € .....

Premio unico: € ..... di cui spese: € ..... di cui riconosciute all'intermediario: € .....

**Sezione beneficiari**

|            |                               |                                     |
|------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Nome ..... | Cognome/Ragione sociale ..... | % di ripartizione prestazione ..... |
|------------|-------------------------------|-------------------------------------|

|             |                          |              |
|-------------|--------------------------|--------------|
| Sesso ..... | Nato/Costituito il ..... | Comune ..... |
|-------------|--------------------------|--------------|

|                            |       |       |
|----------------------------|-------|-------|
| Codice fiscale/ PIVA ..... | ..... | ..... |
|----------------------------|-------|-------|

|                                       |              |           |          |
|---------------------------------------|--------------|-----------|----------|
| Recapito/Sede legale: Indirizzo ..... | comune ..... | CAP ..... | PR ..... |
|---------------------------------------|--------------|-----------|----------|

|             |       |                          |       |
|-------------|-------|--------------------------|-------|
| Email ..... | ..... | Numero di telefono ..... | ..... |
|-------------|-------|--------------------------|-------|

|                                       |       |       |       |
|---------------------------------------|-------|-------|-------|
| <b>Beneficiario caso morte:</b> ..... | ..... | ..... | ..... |
|---------------------------------------|-------|-------|-------|

DICHIAIRO DI NON VOLERE INDICARE NOMINATIVAMENTE IL BENEFICIARIO

**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.**

**Sezione Referente terzo:**

|            |                               |       |
|------------|-------------------------------|-------|
| Nome ..... | Cognome/Ragione sociale ..... | ..... |
|------------|-------------------------------|-------|

|                                       |              |           |          |
|---------------------------------------|--------------|-----------|----------|
| Recapito/Sede legale: Indirizzo ..... | comune ..... | CAP ..... | PR ..... |
|---------------------------------------|--------------|-----------|----------|

|             |       |                          |       |
|-------------|-------|--------------------------|-------|
| Email ..... | ..... | Numero di telefono ..... | ..... |
|-------------|-------|--------------------------|-------|

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 AXA MPS Vita S.p.A. ad addebitare il premio di € .....

sul C/C ..... ABI ..... CAB .....

La Filiale ..... NDG .....

**Il Contraente** ..... il titolare del C/C (se diverso dal Contraente) .....

Codice Promotore Finanziario  Il Promotore Finanziario

### MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio può essere effettuato mediante:

- addebito su c/c bancario, previa autorizzazione del titolare del conto corrente;
- bonifico bancario sul conto corrente intestato alla Compagnia, presso la Banca WIDIBA con IBAN IT 85 W 03442 14239 000050003583.

### DICHIARAZIONI

Il Contraente dichiara di essere stato informato, prima della conclusione del contratto, della coerenza del prodotto alle richieste ed esigenze del contraente o dell'assicurato, nonché di aver ricevuto, ai sensi dell'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 e degli artt. 10 e 11 del Regolamento IVASS n. 41/2018, l'Informativa Precontrattuale, il Set informativo composto da: Documento informativo Precontrattuale (DIP), Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, Informativa Privacy e Modulo di proposta.

**Il Contraente dichiara altresì di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 11 del Reg. 41/2018 IVASS, le dichiarazioni non veritieri, inesatte o reticenti rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.**

- Il Contraente dichiara di sottoscrivere la presente proposta senza avere l'obiettivo di coprire un debito derivante da un finanziamento contratto con Banca .....  
 Il Contraente dichiara di sottoscrivere la presente proposta con l'obiettivo di coprire in tutto o in parte il debito derivante dal finanziamento n. ..... contratto con Banca MPS

**Il Contraente** .....

### CLAUSOLA DI RECESSO - REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA

Il Contraente può recedere dal contratto entro 60 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](http://www.axa-mps.it).  
**Finalità assicurative descritte alla lettera A) dell'Informativa Privacy**

accenso 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**

accenso 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  
Tel.: (+39) 06 50870.1, Fax: (+39) 06 50870295 - PEC: [axampsita@legalmail.it](mailto:axampsita@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: giugno 2024**

## Chi decide perché e come trattare i dati?

**AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A.**, con sede in via Aldo Fabrizi, 9 – 00128 ROMA, mail: [privacy@axa.it](mailto: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 riferiscono 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](mailto: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](mailto: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.gdpd.it](mailto:protocollo@pec.gdpd.it)

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

### 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** è 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 finanziari, Cassa Assistenza Assicurazioni AXA e 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 assicuatori, coassicuratori, contraente delle polizze, eredi o chiamati all'eredità dei contraenti di polizze stipulate in vita da persona deceduta, intermediari assicurativi, legali, periti, medici, autofficine, enti pubblici o associazioni di categoria;

In caso di trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea (es. India, USA), 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](http://www.axa-mps.it/privacy/Binding%20Corporate%20Rules)). 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, decorso 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](http://www.axa-mps.it). Altre informazioni sul trattamento dei dati personali sono disponibili nella sezione Privacy del sito web indicato.



Banca .....  
 Sportello .....  
 Tariffa .....

## QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE E SULLA CONDIZIONE PROFESSIONALE ED EXTRAPROFESSIONALE DELL'ASSICURANDO

Nome ..... Cognome .....

Luogo e data di nascita .....

Indirizzo .....

Sesso  F  M

FUMATORE  NON FUMATORE (non fuma, neppure sporadicamente, da più di 12 mesi)

Attività professionale ..... Attività extraprofessionali e sportive .....

Peso Kg ..... Altezza cm .....

**AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO:**

- LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE IN RELAZIONE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE STESSA;
- PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO, VERIFICARE L'ESATTEZZA DELLE DICHIARAZIONI RIPORTATE NEL QUESTIONARIO;
- LE INFORMAZIONI/DICHIARAZIONI SOPRA INDICATE SONO PORTATE A CONOSCENZA DEL CONTRAENTE PER UNA CORRETTA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO (PER MAGGIORI DETTAGLI, SI FA RIFERIMENTO ALL'INFORMATIVA PRIVACY ALLEGATA ALLA DOCUMENTAZIONE CONTRATTUALE);
- 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.

Si invita il Contraente alla lettura di quanto riportato nella sezione "Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche" all'inizio delle Condizioni di Assicurazione. Salvo quanto più diffusamente riportato nell'informativa, ricordiamo che il termine "oblio oncologico" esprime convenzionalmente il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica (tumore) di poter scegliere di non fornire informazioni, né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica, nei casi previsti dalla Legge, tra i quali risultano ricompresi: la stipulazione o il rinnovo di contratti assicurativi. Secondo la norma, un soggetto può ritenersi guarito da una patologia oncologica, quando le cure ed i trattamenti attivi si sono conclusi, senza che si siano manifestati episodi recidivanti (quali ricadute), da più di 10 anni al momento della richiesta di informative specifiche sul suo stato di salute. Se la patologia è insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età, questo intervallo temporale viene ridotto a 5 anni.

1. Le è mai stata rifiutata o rinviata una copertura assicurativa per caso morte o malattia grave, o accettata con applicazione di sovrappremio o con la previsione di esclusioni a causa di problemi di salute?  SÌ  NO
2. Beneficia di una pensione di invalidità o inabilità o ne ha mai fatto richiesta o ha mai avuto un sinistro per invalidità, infortunio o malattie gravi?  SÌ  NO
3. È attualmente impegnato o ha intenzione di impegnarsi in qualsiasi sport o attività pericolose o aviatorie? (sport aerei, skydiving, paracadutismo, deltaplano, sport a motore, immersioni, arrampicata o qualsiasi altro sport estremo)  SÌ  NO
4. Le è mai stato consigliato di sottoporsi o si è mai sottoposto a trattamenti medici a seguito di qualcuno dei disturbi o delle patologie indicate nella nota sotto riportata?  SÌ  NO
5. Nella sua famiglia (padre, madre, fratello o sorella) è mai stata diagnosticata, prima dei 60 anni, una delle seguenti malattie: cancro, infarto, ictus, malattia di Huntington, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson o qualsiasi altra malattia ereditaria?  SÌ  NO
6. Ha programmato di effettuare o le è stato consigliato di effettuare un trattamento medico per problemi di salute oppure attende dei risultati di analisi o test medici?  SÌ  NO
7. Si è sottoposto negli ultimi 5 anni o è in procinto di sottoporsi a qualsiasi intervento chirurgico?  SÌ  NO
8. A prescindere dalle condizioni di cui ai precedenti punti, Le sono mai stati prescritti farmaci da un medico o altro operatore sanitario per un periodo superiore a 5 giorni (ad eccezione dei normali raffreddori, influenze, o patologie di simile entità)?  SÌ  NO

**NOTA**

AIDS o HIV; Allergie o disturbi del sistema immunitario; Vescica, reni, prostata o tratto urinario; Sangue; Ossa, articolazioni, muscoli o tessuto connettivo; Cervello, midollo spinale o neuropatie; Polmoni o respirazione; Carcinoma, melanoma, cisti, tumore, crescita anomala o nodulo; Ictus cerebrale o accidente cerebrovascolare; Attacco ischemico transitorio (TIA); Diabete; Dipendenza da droga o da alcool; Orecchie, naso, gola o bocca; Occhi; Cuore, vene o vasi sanguigni; Epatite; Ormoni, ghiandole o metabolismo; Infezioni o virus; Infortuni o avvelenamenti; Intestino, esofago o stomaco; Fegato, dotto biliare o colecisti, Alterazioni psicologiche, mentali, comportamentali o emotive.

Luogo e data ..... 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: axamps vita@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 .....

## QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE E SULLA CONDIZIONE PROFESSIONALE ED EXTRAPROFESSIONALE DELL'ASSICURANDO

Nome ..... Cognome .....

Luogo e data di nascita .....

Indirizzo .....

Sesso  F  M

FUMATORE  NON FUMATORE (non fuma, neppure sporadicamente, da più di 12 mesi)

Attività professionale ..... Attività extraprofessionali e sportive .....

Peso Kg ..... Altezza cm .....

**AVVERTENZE RELATIVE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO:**

- LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O RETICENTI RESE IN RELAZIONE ALLA COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO SANITARIO POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE STESSA;
- PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL QUESTIONARIO, VERIFICARE L'ESATTEZZA DELLE DICHIARAZIONI RIPORTATE NEL QUESTIONARIO;
- LE INFORMAZIONI/DICHIARAZIONI SOPRA INDICATE SONO PORTATE A CONOSCENZA DEL CONTRAENTE PER UNA CORRETTA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO (PER MAGGIORI DETTAGLI, SI FA RIFERIMENTO ALL'INFORMATIVA PRIVACY ALLEGATA ALLA DOCUMENTAZIONE CONTRATTUALE);
- 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.

Si invita il Contraente alla lettura di quanto riportato nella sezione "Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche" all'inizio delle Condizioni di Assicurazione. Salvo quanto più diffusamente riportato nell'informativa, ricordiamo che il termine "oblio oncologico" esprime convenzionalmente il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica (tumore) di poter scegliere di non fornire informazioni, né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica, nei casi previsti dalla Legge, tra i quali risultano ricompresi: la stipulazione o il rinnovo di contratti assicurativi. Secondo la norma, un soggetto può ritenersi guarito da una patologia oncologica, quando le cure ed i trattamenti attivi si sono conclusi, senza che si siano manifestati episodi recidivanti (quali ricadute), da più di 10 anni al momento della richiesta di informative specifiche sul suo stato di salute. Se la patologia è insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età, questo intervallo temporale viene ridotto a 5 anni.

1. Le è mai stata rifiutata o rinviata una copertura assicurativa per caso morte o malattia grave, o accettata con applicazione di sovrappremio o con la previsione di esclusioni a causa di problemi di salute?  SÌ  NO
2. Beneficia di una pensione di invalidità o inabilità o ne ha mai fatto richiesta o ha mai avuto un sinistro per invalidità, infortunio o malattie gravi?  SÌ  NO
3. È attualmente impegnato o ha intenzione di impegnarsi in qualsiasi sport o attività pericolose o aviatorie? (sport aerei, skydiving, paracadutismo, deltaplano, sport a motore, immersioni, arrampicata o qualsiasi altro sport estremo)  SÌ  NO
4. Le è mai stato consigliato di sottoporsi o si è mai sottoposto a trattamenti medici a seguito di qualcuno dei disturbi o delle patologie indicate nella nota sotto riportata?  SÌ  NO
5. Nella sua famiglia (padre, madre, fratello o sorella) è mai stata diagnosticata, prima dei 60 anni, una delle seguenti malattie: cancro, infarto, ictus, malattia di Huntington, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson o qualsiasi altra malattia ereditaria?  SÌ  NO
6. Ha programmato di effettuare o le è stato consigliato di effettuare un trattamento medico per problemi di salute oppure attende dei risultati di analisi o test medici?  SÌ  NO
7. Si è sottoposto negli ultimi 5 anni o è in procinto di sottoporsi a qualsiasi intervento chirurgico?  SÌ  NO
8. A prescindere dalle condizioni di cui ai precedenti punti, Le sono mai stati prescritti farmaci da un medico o altro operatore sanitario per un periodo superiore a 5 giorni (ad eccezione dei normali raffreddori, influenze, o patologie di simile entità)?  SÌ  NO

**NOTA**

AIDS o HIV; Allergie o disturbi del sistema immunitario; Vescica, reni, prostata o tratto urinario; Sangue; Ossa, articolazioni, muscoli o tessuto connettivo; Cervello, midollo spinale o neuropatie; Polmoni o respirazione; Carcinoma, melanoma, cisti, tumore, crescita anomala o nodulo; Ictus cerebrale o accidente cerebrovascolare; Attacco ischemico transitorio (TIA); Diabete; Dipendenza da droga o da alcool; Orecchie, naso, gola o bocca; Occhi; Cuore, vene o vasi sanguigni; Epatite; Ormoni, ghiandole o metabolismo; Infezioni o virus; Infortuni o avvelenamenti; Intestino, esofago o stomaco; Fegato, dotto biliare o colecisti, Alterazioni psicologiche, mentali, comportamentali o emotive.

Luogo e data ..... 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: axamps vita@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.