

Per Noi /



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 Per Noi (SB19) a premio periodico sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AXV SBSB19 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 .....  
Indirizzo ..... Comune ..... Cap. .... Prov. ....  
Est. Documento ..... Ril. il ..... Da .....  
Cod. Prof. .... Cod. Fiscale .....

Indirizzo e-mail ..... Numero di cellulare .....  
Desidero ricevere la documentazione in formato elettronico   
**Con la sottoscrizione del consenso, per tutte le polizze in essere con AXA MPS Vita, da questo momento i documenti relativi alla gestione del contratto (lettera di polizza, estratto conto, attestato fiscale, ecc.) le saranno inviati in formato elettronico all'indirizzo e-mail indicato e, contestualmente, saranno messi a disposizione all'interno della sua Area Riservata assicurativa sul sito www.axa-mps.it. La scelta potrà essere revocata in ogni momento secondo le modalità indicate nella documentazione precontrattuale contattando lo Smart Center AXA MPS.**

**Assicurando** .....  
Sesso ..... Nato il ..... A .....  
Indirizzo ..... Comune ..... Cap. .... Prov. ....  
Est. Documento ..... Ril. il ..... Da .....  
Cod. Prof. .... Cod. Fiscale .....

**Assicurando** .....  
Sesso ..... Nato il ..... A .....  
Indirizzo ..... Comune ..... Cap. .... Prov. ....  
Est. Documento ..... Ril. il ..... Da .....  
Cod. Prof. .... Cod. Fiscale .....

**SEZIONE BENEFICIARI**

Nome ..... Cognome/Ragione sociale ..... % di ripartizione prestazione .....  
Sesso ..... Nato/Costituito il ..... Comune .....  
Codice fiscale/ PIVA .....  
Recapito/Sede legale: indirizzo ..... Comune ..... Cap. .... PR .....  
E-mail ..... Numero di telefono .....

Beneficiario caso vita .....  
Beneficiario caso morte: .....

**DICHIARO 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 .....  
E-mail ..... Numero di telefono .....

Premio periodico ..... Euro ..... di cui imposte ..... Euro .....  
Rateazione .....  
Decorrenza polizza ..... Scadenza ..... Durata (in anni): .....

**INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DEGLI ASSICURANDI**

Gli assicurandi dichiarano che:  
• nel corso degli ultimi 10 anni, non hanno mai ricevuto diagnosi, non sono in corso né hanno in programma di effettuare accertamenti e/o terapie per disturbi cardiovascolari (esclusa ipertensione in cura con valori normali), polmonari, ictus, diabete, disturbi al rene, disturbi neurologici, l'infezione da HIV o l'AIDS, epatite C, cancro, melanoma, tumore/polipi di qualsiasi dimensione o tipo;  
• nel corso degli ultimi 2 anni non sono mai stati ricoverati per più di 10 giorni consecutivi;  
• non beneficiano di esenzione dal ticket sanitario né di pensione da invalidità in ragione di patologie croniche e/o rare né ne hanno fatto richiesta.

**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, gli assicurandi devono verificarne l'esattezza.**  
- **Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, gli assicurandi possono chiedere di essere sottoposti a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a loro carico.**

In ..... il .....  
Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente anche ai sensi dell'Art. 1919 c.c.) .....  
Firma dell'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 € ..... e quelli dovuti successivamente su C/C ..... ABI ..... CAB ..... Ag. ....  
La Filiale ..... NDG .....

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

**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 Banca Monte dei Paschi di Siena, Filiale di Roma Ag. 45.

**DICHIARAZIONI**

Il Contraente dichiara di aver ricevuto, prima della conclusione del contratto, il Set informativo composto da: Documento Informativo Precontrattuale (DIP), Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario e Modulo di proposta.  
**Il Contraente dichiara altresì di essere a conoscenza che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.**

**Il Contraente** .....

**CLAUSOLA DI RECESSO - REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA**

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione, dandone comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito: AXA MPS ASSICURAZIONI VITA S.p.A. - Via Aldo Fabrizi, 9 - 00128 ROMA. La conclusione del contratto si considera avvenuta il giorno di decorrenza indicato in proposta a condizione che sia stato pagato il premio. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso, la Compagnia rimborsa al Contraente il premio da questi eventualmente corrisposto. La proposta di assicurazione sulla vita è revocabile, prima che il contratto sia concluso, mediante comunicazione alla Compagnia nei modi previsti per l'esercizio del diritto di recesso, ovvero tramite l'agenzia o filiale presso la quale è stata sottoscritta.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Prima di fornire i suoi consensi, La invitiamo a leggere attentamente l'informativa Privacy consegnata, disponibile anche nella sezione Privacy del sito www.axa-mps.it.

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

consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, per le finalità assicurative e a tal fine sottoscrivo il modulo per esprimere questo consenso in forma scritta.

Contraente/Legale Rappresentante ..... data e firma .....

Nome e Cognome Assicurato (se diverso dal Contraente) ..... data e firma .....

Nome e Cognome Assicurato (se diverso dal Contraente) ..... data e firma .....

**Finalità di marketing descritte alla lettera B) dell'Informativa Privacy**

consenso 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  Acconsento  Non Acconsento

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

AXA MPS ASSICURAZIONI VITA S.p.A. - Sede Legale: Via Aldo Fabrizi n. 9, 00128 Roma (Italia), Codice Fiscale e numero iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 01075910586, Partita IVA GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967, Capitale Sociale € 569.000.000 i.v., Tel.: + 39 06 50870.1, Fax: + 39 06 50870295. Sito Internet: www.axa-mps.it, e-mail: info@axa-mpsvita.it, PEC: axampsvita@legalmail.it - Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 24/7/1974 (G.U. 8/8/1974 n. 208). Compagnia iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese IVASS al n. 1.00046. La Società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di AXA Assicurazioni S.p.A. ed appartiene al Gruppo assicurativo AXA Italia, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi con il n. 041

Per Noi /



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 Per Noi (SB19) a premio periodico sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AXV SBSB19 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 .....  
Indirizzo ..... Comune ..... Cap. .... Prov. ....  
Est. Documento ..... Ril. il ..... Da .....  
Cod. Prof. .... Cod. Fiscale .....  
Indirizzo e-mail ..... Numero di cellulare .....

Desidero ricevere la documentazione in formato elettronico   
**Con la sottoscrizione del consenso, per tutte le polizze in essere con AXA MPS Vita, da questo momento i documenti relativi alla gestione del contratto (lettera di polizza, estratto conto, attestato fiscale, ecc.) le saranno inviati in formato elettronico all'indirizzo e-mail indicato e, contestualmente, saranno messi a disposizione all'interno della sua Area Riservata assicurativa sul sito www.axa-mps.it. La scelta potrà essere revocata in ogni momento secondo le modalità indicate nella documentazione precontrattuale contattando lo Smart Center AXA MPS.**

**Assicurando** .....  
Sesso ..... Nato il ..... A .....  
Indirizzo ..... Comune ..... Cap. .... Prov. ....  
Est. Documento ..... Ril. il ..... Da .....  
Cod. Prof. .... Cod. Fiscale .....

**Assicurando** .....  
Sesso ..... Nato il ..... A .....  
Indirizzo ..... Comune ..... Cap. .... Prov. ....  
Est. Documento ..... Ril. il ..... Da .....  
Cod. Prof. .... Cod. Fiscale .....

**SEZIONE BENEFICIARI**

Nome ..... Cognome/Ragione sociale ..... % di ripartizione prestazione .....  
Sesso ..... Nato/Costituito il ..... Comune .....  
Codice fiscale/ PIVA .....  
Recapito/Sede legale: indirizzo ..... Comune ..... Cap. .... PR .....  
E-mail ..... Numero di telefono .....

Beneficiario caso vita .....  
Beneficiario caso morte: .....

**DICHIARO 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 .....  
E-mail ..... Numero di telefono .....

Premio periodico ..... Euro ..... di cui imposte ..... Euro .....  
Rateazione .....  
Decorrenza polizza ..... Scadenza ..... Durata (in anni): .....

**INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DEGLI ASSICURANDI**

Gli assicurandi dichiarano che:  
• nel corso degli ultimi 10 anni, non hanno mai ricevuto diagnosi, non sono in corso né hanno in programma di effettuare accertamenti e/o terapie per disturbi cardiovascolari (esclusa ipertensione in cura con valori normali), polmonari, ictus, diabete, disturbi al rene, disturbi neurologici, l'infezione da HIV o l'AIDS, epatite C, cancro, melanoma, tumore/polipi di qualsiasi dimensione o tipo;  
• nel corso degli ultimi 2 anni non sono mai stati ricoverati per più di 10 giorni consecutivi;  
• non beneficiano di esenzione dal ticket sanitario né di pensione da invalidità in ragione di patologie croniche e/o rare né ne hanno fatto richiesta.

**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, gli assicurandi devono verificarne l'esattezza.**  
- **Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, gli assicurandi possono chiedere di essere sottoposti a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a loro carico.**

In ..... il .....  
Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente anche ai sensi dell'Art. 1919 c.c.) .....  
Firma dell'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 € ..... e quelli dovuti successivamente sul C/C ..... ABI ..... CAB ..... Ag. ....  
La Filiale ..... NDG .....

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

**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 Banca Monte dei Paschi di Siena, Filiale di Roma Ag. 45.

**DICHIARAZIONI**

Il Contraente dichiara di aver ricevuto, prima della conclusione del contratto, il Set informativo composto da: Documento Informativo Precontrattuale (DIP), Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario e Modulo di proposta.  
**Il Contraente dichiara altresì di essere a conoscenza che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.**

**Il Contraente** .....

**CLAUSOLA DI RECESSO - REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA**

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione, dandone comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito: AXA MPS ASSICURAZIONI VITA S.p.A. - Via Aldo Fabrizi, 9 - 00128 ROMA. La conclusione del contratto si considera avvenuta il giorno di decorrenza indicato in proposta a condizione che sia stato pagato il premio. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso, la Compagnia rimborsa al Contraente il premio da questi eventualmente corrisposto. La proposta di assicurazione sulla vita è revocabile, prima che il contratto sia concluso, mediante comunicazione alla Compagnia nei modi previsti per l'esercizio del diritto di recesso, ovvero tramite l'agenzia o filiale presso la quale è stata sottoscritta.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Prima di fornire i suoi consensi, La invitiamo a leggere attentamente l'informativa Privacy consegnata, disponibile anche nella sezione Privacy del sito www.axa-mps.it.

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

consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, per le finalità assicurative e a tal fine sottoscrivo il modulo per esprimere questo consenso in forma scritta.

Contraente/Legale Rappresentante ..... data e firma .....

Nome e Cognome Assicurato (se diverso dal Contraente) ..... data e firma .....

Nome e Cognome Assicurato (se diverso dal Contraente) ..... data e firma .....

**Finalità di marketing descritte alla lettera B) dell'Informativa Privacy**

consenso 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  Acconsento  Non Acconsento

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

AXA MPS ASSICURAZIONI VITA S.p.A. – Sede Legale: Via Aldo Fabrizi n. 9, 00128 Roma (Italia), Codice Fiscale e numero iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 01075910586, Partita IVA GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967, Capitale Sociale € 569.000.000 i.v., Tel.: + 39 06 50870.1, Fax: + 39 06 50870295. Sito Internet: www.axa-mps.it, e-mail: info@axa-mps.it, PEC: axamps@legalmail.it - Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 24/7/1974 (G.U. 8/8/1974 n. 208). Compagnia iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese IVASS al n. 1.00046. La Società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di AXA Assicurazioni S.p.A. ed appartiene al Gruppo assicurativo AXA Italia, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi con il n. 041

MOD. AXV SB19 - 10/2020 - COPIA PER IL CLIENTE

Per Noi /



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 Per Noi (SB19) a premio periodico sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AXV SBSB19 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 .....  
Indirizzo ..... Comune ..... Cap. .... Prov. ....  
Est. Documento ..... Ril. il ..... Da .....  
Cod. Prof. .... Cod. Fiscale .....

Indirizzo e-mail ..... Numero di cellulare .....  
Desidero ricevere la documentazione in formato elettronico   
*Con la sottoscrizione del consenso, per tutte le polizze in essere con AXA MPS Vita, da questo momento i documenti relativi alla gestione del contratto (lettera di polizza, estratto conto, attestato fiscale, ecc.) le saranno inviati in formato elettronico all'indirizzo e-mail indicato e, contestualmente, saranno messi a disposizione all'interno della sua Area Riservata assicurativa sul sito www.axa-mps.it. La scelta potrà essere revocata in ogni momento secondo le modalità indicate nella documentazione precontrattuale contattando lo Smart Center AXA MPS.*

**Assicurando** .....  
Sesso ..... Nato il ..... A .....  
Indirizzo ..... Comune ..... Cap. .... Prov. ....  
Est. Documento ..... Ril. il ..... Da .....  
Cod. Prof. .... Cod. Fiscale .....

**Assicurando** .....  
Sesso ..... Nato il ..... A .....  
Indirizzo ..... Comune ..... Cap. .... Prov. ....  
Est. Documento ..... Ril. il ..... Da .....  
Cod. Prof. .... Cod. Fiscale .....

**SEZIONE BENEFICIARI**

Nome ..... Cognome/Ragione sociale ..... % di ripartizione prestazione .....  
Sesso ..... Nato/Costituito il ..... Comune .....  
Codice fiscale/ PIVA .....  
Recapito/Sede legale: indirizzo ..... Comune ..... Cap. .... PR .....  
E-mail ..... Numero di telefono .....

Beneficiario caso vita .....  
Beneficiario caso morte: .....

**DICHIARO 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 .....  
E-mail ..... Numero di telefono .....

Premio periodico ..... Euro ..... di cui imposte ..... Euro .....  
Rateazione .....  
Decorrenza polizza ..... Scadenza ..... Durata (in anni): .....

**INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DEGLI ASSICURANDI**

Gli assicurandi dichiarano che:  
• nel corso degli ultimi 10 anni, non hanno mai ricevuto diagnosi, non sono in corso né hanno in programma di effettuare accertamenti e/o terapie per disturbi cardiovascolari (esclusa ipertensione in cura con valori normali), polmonari, ictus, diabete, disturbi al rene, disturbi neurologici, l'infezione da HIV o l'AIDS, epatite C, cancro, melanoma, tumore/polipi di qualsiasi dimensione o tipo;  
• nel corso degli ultimi 2 anni non sono mai stati ricoverati per più di 10 giorni consecutivi;  
• non beneficiano di esenzione dal ticket sanitario né di pensione da invalidità in ragione di patologie croniche e/o rare né ne hanno fatto richiesta.

**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, gli assicurandi devono verificarne l'esattezza.**  
- **Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, gli assicurandi possono chiedere di essere sottoposti a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a loro carico.**

In ..... il .....  
Firma dell'Assicurando (se diverso dal Contraente anche ai sensi dell'Art. 1919 c.c.) .....  
Firma dell'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 € ..... e quelli dovuti successivamente sul C/C ..... ABI ..... CAB ..... Ag. ....  
La Filiale ..... NDG .....

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

**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 Banca Monte dei Paschi di Siena, Filiale di Roma Ag. 45.

**DICHIARAZIONI**

Il Contraente dichiara di aver ricevuto, prima della conclusione del contratto, il Set informativo composto da: Documento Informativo Precontrattuale (DIP), Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario e Modulo di proposta.  
**Il Contraente dichiara altresì di essere a conoscenza che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.**

**Il Contraente** .....

**CLAUSOLA DI RECESSO - REVOCABILITÀ DELLA PROPOSTA**

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione, dandone comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata, contenente gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito: AXA MPS ASSICURAZIONI VITA S.p.A. - Via Aldo Fabrizi, 9 - 00128 ROMA. La conclusione del contratto si considera avvenuta il giorno di decorrenza indicato in proposta a condizione che sia stato pagato il premio. Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso quale risulta dal timbro postale di invio. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso, la Compagnia rimborsa al Contraente il premio da questi eventualmente corrisposto. La proposta di assicurazione sulla vita è revocabile, prima che il contratto sia concluso, mediante comunicazione alla Compagnia nei modi previsti per l'esercizio del diritto di recesso, ovvero tramite l'agenzia o filiale presso la quale è stata sottoscritta.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Prima di fornire i suoi consensi, La invitiamo a leggere attentamente l'informativa Privacy consegnata, disponibile anche nella sezione Privacy del sito www.axa-mps.it.

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

consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, per le finalità assicurative e a tal fine sottoscrivo il modulo per esprimere questo consenso in forma scritta.

Contraente/Legale Rappresentante ..... data e firma .....

Nome e Cognome Assicurato (se diverso dal Contraente) ..... data e firma .....

Nome e Cognome Assicurato (se diverso dal Contraente) ..... data e firma .....

**Finalità di marketing descritte alla lettera B) dell'Informativa Privacy**

consenso 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  Acconsento  Non Acconsento

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

AXA MPS ASSICURAZIONI VITA S.p.A. – Sede Legale: Via Aldo Fabrizi n. 9, 00128 Roma (Italia), Codice Fiscale e numero iscrizione al Registro delle Imprese di Roma: 01075910586, Partita IVA GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967, Capitale Sociale € 569.000.000 i.v., Tel.: + 39 06 50870.1, Fax: + 39 06 50870295. Sito Internet: www.axa-mps.it, e-mail: info@axa-mpsvita.it, PEC: axampsvita@legalmail.it - Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 24/7/1974 (G.U. 8/8/1974 n. 208). Compagnia iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese IVASS al n. 1.00046. La Società è soggetta all'attività di direzione e coordinamento di AXA Assicurazioni S.p.A. ed appartiene al Gruppo assicurativo AXA Italia, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi con il n. 041

## INFORMATIVA PRIVACY SINTETICA PER I CLIENTI DI AXA MPS ASSICURAZIONI VITA

<b>Chi decide perché e come trattare i dati?</b>	<b>AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A.</b> , in qualità di Titolare del trattamento dei dati.
<b>Per quali scopi e su quale base i dati sono trattati?</b>	<p><b>a) Finalità assicurativa</b></p> <p>I dati sono trattati per gestire i servizi assicurativi e le attività correlate.</p> <p><b>Il trattamento dei dati è necessario</b> per dare esecuzione al contratto o alle misure precontrattuali richieste, per adempiere obblighi di legge, per legittimo interesse connesso all'attività assicurativa. I dati sensibili, quali i dati relativi allo stato di salute, sono trattati sulla base del consenso dell'interessato.</p> <p>Senza i dati ed il consenso all'uso dei dati sensibili non potranno essere forniti i servizi assicurativi.</p>
<b>Cosa comporta il rifiuto di fornire i dati?</b>	<p><b>b) Finalità commerciali e di marketing</b></p> <p>I dati sono trattati per fornire offerte, promozioni e soluzioni innovative e personalizzate, migliorando il livello di protezione, per ricerche di mercato ed altre iniziative di marketing. <b>Il trattamento dei dati è facoltativo</b> e possibile solo con il consenso dell'interessato liberamente revocabile. In mancanza, non vi sono effetti sui servizi assicurativi, ma l'interessato perderà l'opportunità di conoscere le nostre offerte e partecipare alle iniziative di marketing.</p>
<b>A chi sono comunicati i dati?</b>	<p>I dati possono essere comunicati ad alcuni soggetti per i soli scopi sopra indicati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dipendenti e collaboratori</li> <li>– Società terze che trattano i dati per conto del Titolare;</li> <li>– Soggetti della cosiddetta "catena assicurativa", cioè soggetti che cooperano nella gestione dei rischi assicurativi, quali società del Gruppo, altri assicuratori, coassicuratori, intermediari assicurativi, legali, periti, medici, autofficine, enti pubblici o associazioni di categoria;</li> <li>– altri soggetti, tra cui società che gestiscono sistemi di informazioni creditizie e di informazione commerciale per rischi finanziari.</li> </ul> <p>In caso di trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea, sono assicurate le garanzie previste dalla vigente normativa.</p> <p><b>I dati non sono ceduti a terzi, né diffusi.</b></p>
<b>Quali sono i diritti dell'interessato e come esercitarli?</b>	<p>Per accedere, aggiornare, integrare, rettificare, cancellare i dati, chiederne il blocco, opporsi al trattamento, ottenere la limitazione al trattamento, proporre reclamo al Garante Privacy e, dal 25 maggio 2018, richiedere la portabilità dei dati e far valere il diritto all'oblio, <b>l'interessato può scrivere a:</b> AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. – c.a. Data Protection Officer - Via Aldo Fabrizi, 9 – 00128 Roma - e-mail: <b>privacy@axa.it</b>.</p>
<b>Da dove provengono i dati trattati?</b>	I dati sono raccolti direttamente presso l'interessato o da terzi, anche mediante la consultazione di banche dati.
<b>Per quanto tempo i dati vengono conservati?</b>	I dati vengono conservati per tutto il tempo necessario alla gestione del rapporto con l'interessato: decorsi 10 anni dalla cessazione del rapporto con il cliente si procede alla cancellazione dei dati. Per le attività di marketing, i dati raccolti saranno conservati per il tempo necessario coerente con le finalità di marketing e, comunque, per non più di 24 mesi dalla cessazione del rapporto.
<b>Informazioni aggiuntive</b>	L'informativa completa è disponibile nella sezione Privacy del sito <b>www.axa-mps.it</b> .

## INFORMATIVA SULL'USO DELLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA PER LE INFORMAZIONI PRECONTRATTUALI E LA GESTIONE DEI CONTRATTI ASSICURATIVI

In conformità alla vigente normativa assicurativa, incluse le previsioni del Regolamento IVASS n° 40/2018 e del Regolamento IVASS n° 41/2018, abbiamo necessità di raccogliere il suo consenso ad inviarle, in formato elettronico ed al contatto di recapito indicato in anagrafica, la documentazione e le comunicazioni, precontrattuali e contrattuali, previste dalla normativa e funzionali alla gestione dei servizi che ci richiede.

In mancanza di tale consenso le invieremo tali comunicazioni obbligatorie in formato cartaceo.

Tale consenso fa riferimento a tutti i contratti stipulati con la nostra Compagnia e potrà da lei essere revocato liberamente in qualsiasi momento.

In tal caso potranno esserle addebitati gli oneri connessi alla stampa e all'eventuale trasmissione della documentazione in formato cartaceo.