



**MONTE
DEI PASCHI
DI SIENA**
BANCA DAL 1472

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N. _____

BANCA _____
SPORTELLO _____
TARIFFA _____

1. PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

Il sottoscritto, nel seguito indicato come 'CONTRAENTE', propone ad AXA MPS FINANCIAL DAC, con sede a Dublino (Irlanda), la stipula di una polizza di assicurazione sulla vita denominata **Rendimento Plus 2029** a premio unico e collegata al Fondo Interno denominato **RP03**, sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AMF RP03 - 05/2024 che dichiara di aver ricevuto e di accettare integralmente. A tal fine comunica i seguenti elementi necessari per la stipula del contratto:

DATI DEL CONTRAENTE

Cognome e nome: _____ Codice Fiscale: _____
Sesso: _____ Nato a: _____ il _____ Cod. Prof: _____
Indirizzo: _____ Comune: _____
Est. Documento: _____ Rilasciato il: _____ Da: Comune _____
Indirizzo e-mail: _____ Numero di cellulare: _____

DATI DELL'ASSICURANDO

Cognome e nome: _____ Codice Fiscale: _____
Sesso: _____ Nato a: _____ il _____

DATI BENEFICIARI CASO VITA

DICHIARO DI NON VOLERE INVIARE LE COMUNICAZIONI CONTRATTUALI AI BENEFICIARI INDICATI IN FORMA NOMINATIVA

Cognome e nome / Ragione sociale: _____ % di ripartizione prestazione _____
Sesso: _____ Nato / Costituito il: _____ Comune: _____
Codice Fiscale / P.IVA: _____
Recapito / Indirizzo sede legale: _____ Comune: _____ CAP _____ PR _____
Indirizzo e-mail _____ Numero di telefono _____

DICHIARO DI NON VOLERE INDICARE NOMINATIVAMENTE I BENEFICIARI

Beneficiari caso vita _____

Avvertenza: in caso di mancata compilazione degli spazi dedicati alla designazione dei beneficiari in forma nominativa, l'impresa potrà incontrare maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiari. La modifica o revoca di quest'ultimo deve essere comunicata all'impresa.

DATI BENEFICIARI CASO MORTE

Cognome e nome / Ragione sociale: _____ % di ripartizione prestazione _____
Sesso: _____ Nato / Costituito il: _____ Comune: _____
Codice Fiscale / P.IVA: _____
Recapito / Indirizzo sede legale: _____ Comune: _____ CAP _____ PR _____
Indirizzo e-mail _____ Numero di telefono _____

DICHIARO DI NON VOLERE INDICARE NOMINATIVAMENTE I BENEFICIARI

Beneficiari caso morte _____

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.

Premio Unico (Euro) _____ Contratto n° _____ Decorrenza Polizza* _____
La filiale _____

REFERENTE TERZO:

Cognome e nome / Ragione sociale: _____
Recapito / Indirizzo: _____ Comune: _____ CAP _____ PR _____
Indirizzo e-mail _____ Numero di telefono _____

MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento dei premi può essere effettuato mediante addebito su c/c intestato **esclusivamente** al titolare della polizza:

- In caso di c/c cointestato con firma congiunta, l'autorizzazione al pagamento deve essere fornita anche dal cointestatario.
- Qualora il contraente sia diverso da persona fisica, l'autorizzazione al pagamento deve essere fornita da soggetto dotato del relativo potere di firma.
- Il Contraente ha diritto a richiedere il rimborso nelle ipotesi disciplinate dalla direttiva SEPA (2007/64/CE).

2. DICHIARAZIONI

- Dichiaro di aver ricevuto il Set informativo composto da: Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario e Modulo di proposta standard e l'ulteriore documentazione precontrattuale prevista.
 - Dichiaro inoltre di aver ricevuto, in tempo utile prima di essere vincolato dalla sottoscrizione della proposta, il documento contenente le informazioni chiave (KID) relativo al prodotto.
 - Dichiaro di aver letto e compreso le caratteristiche del contratto come descritte nella documentazione Pre-contrattuale e Contrattuale e sono consapevole che la Polizza d'Assicurazione oggetto della presente proposta non risulti garantita dall'Impresa di Assicurazione; pertanto, vi è la possibilità di ottenere, al momento del rimborso per riscatto e/o a scadenza, un ammontare inferiore al premio versato.
 - Dichiaro altresì di essere a conoscenza che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o eventuali reticenze rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.
- Il proponente dichiara di aver compreso che l'Impresa di Assicurazione non offre alcuna garanzia finanziaria di rimborso del Capitale Investito a scadenza e di corresponsione di un rendimento minimo a causa dei rischi connessi alle tipologie di strumenti finanziari a cui il Fondo Interno è esposto, direttamente o indirettamente.
- Si dichiara che l'operazione di sottoscrizione della presente proposta di polizza di assicurazione sulla vita è avvenuta:

- in sede, presso la filiale di _____
 - fuori sede, nel comune di _____ tramite l'incaricato abilitato all'offerta fuori sede che opera per conto di Banca Monte dei Paschi di Siena S.p.A.
- Firma dell'incaricato abilitato all'offerta fuori sede _____

