











**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** Il a premio unico e collegata al Fondo Interno denominato **RP04**, sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AMF RP04 - 09/2024 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 risulta 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 \_\_\_\_\_











