MONTE DEI PASCHI DI SIENA
BANCA DAL 1472

BANCA _____
SPORTELLO _____
TARIFFA _____

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N. _ _ _ _ _ _ _

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 2028 II** a premio unico e collegata al Fondo Interno denominato **RP02**, sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AMF RP02 - 02/2024 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) _____ Convenzione _____ 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).

FAC-SIMILE

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 _____

MONTE DEI PASCHI DI SIENA
BANCA DAL 1472

BANCA _____
SPORTELLO _____
TARIFFA _____

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N. _ _ _ _ _ _ _

2.1 DICHIARAZIONE DI NON RESIDENZA FISCALE

Ai Contraenti di polizza l'OCSE richiede di rilasciare una propria dichiarazione di residenza fiscale al fine di trasmettere i relativi dati alle Autorità nazionali. Gli Agenti del fisco irlandese richiedono di integrare la detta certificazione con una dichiarazione di non residenza fiscale in Irlanda affinché i contraenti ricevano i pagamenti richiesti senza deduzioni fiscali per le imposte irlandesi.

1. Questa dichiarazione potrebbe essere soggetta ad ispezioni da parte dei Commissari del Fisco Irlandese. La legge irlandese stabilisce che il rilascio di una dichiarazione priva di fondamento costituisce reato.
2. Tale dichiarazione deve essere firmata dai titolari di polizza che risultano non residenti né normalmente residenti in Irlanda.
3. Nell'eventualità in cui il titolare di polizza sia una Società, la dichiarazione dovrà essere firmata dal rappresentante legale della compagnia o da un autorizzato a farne le veci, o anche da chiunque disponga di una procura rilasciata da parte del titolare polizza. Un duplicato della procura dovrà essere presentato in allegato a questa dichiarazione.

Definizione di residenza fiscale:

Residenza - Individui

Sono considerati residenti per l'anno tributario coloro che rientrano in una delle due seguenti categorie:
1) passino più di 183 giorni nello Stato durante l'anno tributario;
2) abbiano una presenza composta pari a 280 giorni nello Stato, che si riferisca al numero di giorni passati nello Stato nell'arco dell'anno fiscale in congiunzione al numero di giorni trascorsi nell'anno precedente.
La presenza nell'arco dell'esercizio fiscale di un soggetto che non superi 30 giorni nello Stato non sarà riconosciuta ai fini dell'applicazione del test riferito ai due anni.

Residenza abituale - Soggetti

Il termine «residenza abituale» (ordinary residence) differentemente da «residenza» si riferisce alla normale vita di un soggetto e denota residenza in un sito con un certo grado di continuità.
Quei soggetti che sono residenti nello Stato per tre periodi fiscali consecutivi si ritengono normali residenti con effetto dall'inizio del quarto esercizio.
Quei soggetti che siano residenti abitualmente nello stato cessano di esserlo alla fine del terzo periodo consecutivo in cui non siano residenti. Di conseguenza quei soggetti residenti e abitualmente residenti nello Stato nel periodo 1999/2000 e che hanno lasciato lo Stato in quell'anno saranno considerati abitualmente residenti sino al termine dell'anno 2002/2003.

Residenza- Società

Una società che abbia direzione generale ed organi di controllo in uno Stato è considerata residente indipendentemente dal luogo in cui sia stata costituita. Quelle Società che non abbiano la propria direzione ed organi di controllo, ma che vengono costituite nello Stato vengono considerate residenti ad eccezione dei seguenti casi in cui:
– la Società od una ad essa affiliata svolga un'attività commerciale nello Stato, sia che la società sia a fine controllata da soggetti non residenti in paesi membri dell'Unione Europea, sia in paesi con cui il medesimo abbia stipulato un trattato di doppia tassazione, sia che la Società od una ad essa affiliata siano società quotate in un mercato borsistico riconosciuto nell'Unione Europea;
– la Società viene considerata non residente nello Stato qualora operi un trattato di doppia tassazione tra il medesimo ed un altro paese.
Si noti che la determinazione della residenza di una Società ai fini fiscali in alcuni casi può assumere una certa complessità ed i dichiaranti dovranno riferirsi alle specifiche disposizioni legislative contenute nella sezione 23A del Decreto di Consolidamento Fiscale 1997.

Dichiaro / Dichiariamo che:

• Ho / Abbiamo preso visione della spiegazione delle condizioni indicate nella sezione denominata «Definizioni di Residenza»;
• Sono / siamo / la Società è* titolare della polizza nel rispetto della quale viene effettuata tale dichiarazione;
• Sono / siamo / residenti fiscali in _____ e che il mio/nostro numero di identificazione fiscale è _____
• Non Sono / siamo / la Società non è* residente né abitualmente risiedo in Irlanda.
Nel caso questa dichiarazione venga rilasciata in fase di pianificazione di una serie di prelievi oppure di pagamento di riscatti parziali.

Dichiarazione FATCA ("Foreign Account Tax Compliance")

☐ Dichiaro di essere residente in U.S.A. per fini fiscali o di essere cittadino statunitense
Si prega di fornire un Codice Fiscale statunitense (TIN) _____
☐ Dichiaro di non essere residente in U.S.A. per fini fiscali o di non essere cittadino statunitense

Contrassegnando una delle due opzioni, conferma di essere/non essere* residente in U.S.A. per fini fiscali e di essere/non essere* cittadino statunitense.
FATCA ("Foreign Account Tax Compliance") è una legge statunitense rivolta a istituzioni finanziarie straniere e ad altri intermediari finanziari con l'obiettivo di prevenire l'evasione fiscale da parte di cittadini statunitensi e residenti negli Stati Uniti attraverso l'uso di conti esteri, comprese le polizze assicurazione sulla vita.
Dichiarazione finale:
Il Contraente, contrassegnando una delle due opzioni, dichiara sotto la sua personale responsabilità che le informazioni fornite sono veritiere ed esatte con particolare riferimento allo status di residenza ai fini fiscali nel Paese OCSE partecipante (noto come status CRS) e di cittadinanza/residenza ai fini fiscali negli U.S.A. (noto come status FATCA).
Inoltre, dichiara di informare tempestivamente la Società qualora le informazioni sopra riportate dovessero cambiare successivamente alla sottoscrizione della presente Proposta.
Il Contraente riconosce che le informazioni contenute nel presente modulo saranno segnalate all'Autorità fiscale Irlandese come previsto dalla suddetta normativa.

FAC-SIMILE

3. CONSENSO ALLE COMUNICAZIONI IN FORMATO DIGITALE

Selezionando il consenso allo stop-carta, Lei acconsente di ricevere, per tutte le polizze in essere con AXA MPS Financial DAC, i documenti relativi alla gestione del contratto (lettera di polizza, estratto conto, attestato fiscale, ecc.) tramite consultazione della sua Area Riservata assicurativa sul sito www.axa-mpsfinancial.ie, per tutta la durata del contratto assicurativo. Avremo cura di inviarLe una e-mail di notifica per avvisarLa che i documenti sono visualizzabili. Le ricordiamo che la Sua scelta potrà essere revocata in ogni momento contattando il Contact Centre AXA MPS Financial all'indirizzo supporto@axa-mpsfinancial.ie, senza che ciò comporti alcun onere a suo carico. A tal fine, dichiara di avere regolarmente accesso ad Internet.

☐ SÌ ☐ NO

4. CLAUSOLA DI RECESSO - REVOCABILITA' DELLA PROPOSTA

Il Contraente può revocare la proposta, ai sensi del D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209, fino alla conclusione del contratto mediante lettera raccomandata inviata alla Compagnia. Il Contraente può recedere dal contratto, ai sensi del D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209, entro trenta giorni dalla sua conclusione, dandone comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi del contratto e corredata della relativa documentazione indicata all'art. 9 delle Condizioni di assicurazione, indirizzata al seguente recapito: **AXA MPS FINANCIAL DAC - WOLFE TONE HOUSE, WOLFE TONE STREET, DUBLIN, DO1 HP90 - IRELAND.**
L'Impresa di assicurazione rimborsa al Contraente il controvalore del capitale investito calcolato utilizzando il valore unitario della quota osservato il Giorno di Riferimento come definito all'Art. 20 delle Condizioni di Assicurazione, maggiorato delle spese fisse di emissione e dei costi di caricamento, come descritti all'Art. 22 delle Condizioni di Assicurazione. L'Impresa di assicurazione esegue il rimborso entro trenta giorni dalla comunicazione.

MONTE DEI PASCHI DI SIENA
BANCA DAL 1472

BANCA _____
SPORTELLO _____
TARIFFA _____

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N. _ _ _ _ _ _ _

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 2028 II** a premio unico e collegata al Fondo Interno denominato **RP02**, sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AMF RP02 - 02/2024 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) _____ Convenzione _____ 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 _____

FAC-SIMILE

MONTE DEI PASCHI DI SIENA
BANCA DAL 1472

BANCA _____
SPORTELLO _____
TARIFFA _____

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N. _ _ _ _ _ _ _

2.1 DICHIARAZIONE DI NON RESIDENZA FISCALE

Ai Contraenti di polizza l'OCSE richiede di rilasciare una propria dichiarazione di residenza fiscale al fine di trasmettere i relativi dati alle Autorità nazionali. Gli Agenti del fisco irlandese richiedono di integrare la detta certificazione con una dichiarazione di non residenza fiscale in Irlanda affinché i contraenti ricevano i pagamenti richiesti senza deduzioni fiscali per le imposte irlandesi.

1. Questa dichiarazione potrebbe essere soggetta ad ispezioni da parte dei Commissari del Fisco Irlandese. La legge irlandese stabilisce che il rilascio di una dichiarazione priva di fondamento costituisce reato.
2. Tale dichiarazione deve essere firmata dai titolari di polizza che risultano non residenti né normalmente residenti in Irlanda.
3. Nell'eventualità in cui il titolare di polizza sia una Società, la dichiarazione dovrà essere firmata dal rappresentante legale della compagnia o da un autorizzato a farne le veci, o anche da chiunque disponga di una procura rilasciata da parte del titolare polizza. Un duplicato della procura dovrà essere presentato in allegato a questa dichiarazione.

Definizione di residenza fiscale:

Residenza - Individui

Sono considerati residenti per l'anno tributario coloro che rientrano in una delle due seguenti categorie:
1) passino più di 183 giorni nello Stato durante l'anno tributario;
2) abbiano una presenza composta pari a 280 giorni nello Stato, che si riferisca al numero di giorni passati nello Stato nell'arco dell'anno fiscale in congiunzione al numero di giorni trascorsi nell'anno precedente.
La presenza nell'arco dell'esercizio fiscale di un soggetto che non superi 30 giorni nello Stato non sarà riconosciuta ai fini dell'applicazione del test riferito ai due anni.

Residenza abituale - Soggetti

Il termine «residenza abituale» (ordinary residence) differentemente da «residenza» si riferisce alla normale vita di un soggetto e denota residenza in un sito con un certo grado di continuità.
Quei soggetti che sono residenti nello Stato per tre periodi fiscali consecutivi si ritengono normali residenti con effetto dall'inizio del quarto esercizio.
Quei soggetti che siano residenti abitualmente nello stato cessano di esserlo alla fine del terzo periodo consecutivo in cui non siano residenti. Di conseguenza quei soggetti residenti e abitualmente residenti nello Stato nel periodo 1999/2000 e che hanno lasciato lo Stato in quell'anno saranno considerati abitualmente residenti sino al termine dell'anno 2002/2003.

Residenza- Società

Una società che abbia direzione generale ed organi di controllo in uno Stato è considerata residente indipendentemente dal luogo in cui sia stata costituita. Quelle Società che non abbiano la propria direzione ed organi di controllo, ma che vengono costituite nello Stato vengono considerate residenti ad eccezione dei seguenti casi in cui:
– la Società od una ad essa affiliata svolga un'attività commerciale nello Stato, sia che la società sia a fine controllata da soggetti non residenti in paesi membri dell'Unione Europea, sia in paesi con cui il medesimo abbia stipulato un trattato di doppia tassazione, sia che la Società od una ad essa affiliata siano società quotate in un mercato borsistico riconosciuto nell'Unione Europea;
– la Società viene considerata non residente nello Stato qualora operi un trattato di doppia tassazione tra il medesimo ed un altro paese.
Si noti che la determinazione della residenza di una Società ai fini fiscali in alcuni casi può assumere una certa complessità ed i dichiaranti dovranno riferirsi alle specifiche disposizioni legislative contenute nella sezione 23A del Decreto di Consolidamento Fiscale 1997.

Dichiaro / Dichiariamo che:

• Ho / Abbiamo preso visione della spiegazione delle condizioni indicate nella sezione denominata «Definizioni di Residenza»;
• Sono / siamo / la Società è* titolare della polizza nel rispetto della quale viene effettuata tale dichiarazione;
• Sono / siamo / residenti fiscali in _____ e che il mio/nostro numero di identificazione fiscale è _____
• Non Sono / siamo / la Società non è* residente né abitualmente risiedo in Irlanda.
Nel caso questa dichiarazione venga rilasciata in fase di pianificazione di una serie di prelievi oppure di pagamento di riscatti parziali.

Dichiarazione FATCA ("Foreign Account Tax Compliance")

☐ Dichiaro di essere residente in U.S.A. per fini fiscali o di essere cittadino statunitense
Si prega di fornire un Codice Fiscale statunitense (TIN) _____
☐ Dichiaro di non essere residente in U.S.A. per fini fiscali o di non essere cittadino statunitense

Contrassegnando una delle due opzioni, conferma di essere/non essere* residente in U.S.A. per fini fiscali e di essere/non essere* cittadino statunitense.
FATCA ("Foreign Account Tax Compliance") è una legge statunitense rivolta a istituzioni finanziarie straniere e ad altri intermediari finanziari con l'obiettivo di prevenire l'evasione fiscale da parte di cittadini statunitensi e residenti negli Stati Uniti attraverso l'uso di conti esteri, comprese le polizze assicurazione sulla vita.
Dichiarazione finale:
Il Contraente, contrassegnando una delle due opzioni, dichiara sotto la sua personale responsabilità che le informazioni fornite sono veritiere ed esatte con particolare riferimento allo status di residenza ai fini fiscali nel Paese OCSE partecipante (noto come status CRS) e di cittadinanza/residenza ai fini fiscali negli U.S.A. (noto come status FATCA).
Inoltre, dichiara di informare tempestivamente la Società qualora le informazioni sopra riportate dovessero cambiare successivamente alla sottoscrizione della presente Proposta.
Il Contraente riconosce che le informazioni contenute nel presente modulo saranno segnalate all'Autorità fiscale Irlandese come previsto dalla suddetta normativa.

FAC-SIMILE

3. CONSENSO ALLE COMUNICAZIONI IN FORMATO DIGITALE

Selezionando il consenso allo stop-carta, Lei acconsente di ricevere, per tutte le polizze in essere con AXA MPS Financial DAC, i documenti relativi alla gestione del contratto (lettera di polizza, estratto conto, attestato fiscale, ecc.) tramite consultazione della sua Area Riservata assicurativa sul sito www.axa-mpsfinancial.ie, per tutta la durata del contratto assicurativo. Avremo cura di inviarLe una e-mail di notifica per avvisarLa che i documenti sono visualizzabili. Le ricordiamo che la Sua scelta potrà essere revocata in ogni momento contattando il Contact Centre AXA MPS Financial all'indirizzo supporto@axa-mpsfinancial.ie, senza che ciò comporti alcun onere a suo carico. A tal fine, dichiara di avere regolarmente accesso ad Internet.

☐ SÌ ☐ NO

4. CLAUSOLA DI RECESSO - REVOCABILITA' DELLA PROPOSTA

Il Contraente può revocare la proposta, ai sensi del D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209, fino alla conclusione del contratto mediante lettera raccomandata inviata alla Compagnia. Il Contraente può recedere dal contratto, ai sensi del D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209, entro trenta giorni dalla sua conclusione, dandone comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi del contratto e corredata della relativa documentazione indicata all'art. 9 delle Condizioni di assicurazione, indirizzata al seguente recapito: **AXA MPS FINANCIAL DAC - WOLFE TONE HOUSE, WOLFE TONE STREET, DUBLIN, DO1 HP90 - IRELAND.**
L'Impresa di assicurazione rimborsa al Contraente il controvalore del capitale investito calcolato utilizzando il valore unitario della quota osservato il Giorno di Riferimento come definito all'Art. 20 delle Condizioni di Assicurazione, maggiorato delle spese fisse di emissione e dei costi di caricamento, come descritti all'Art. 22 delle Condizioni di Assicurazione. L'Impresa di assicurazione esegue il rimborso entro trenta giorni dalla comunicazione.

MONTE DEI PASCHI DI SIENA
BANCA DAL 1472

BANCA _____
SPORTELLO _____
TARIFFA _____

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N. _ _ _ _ _ _ _

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 2028 II** a premio unico e collegata al Fondo Interno denominato **RP02**, sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AMF RP02 - 02/2024 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) _____ Convenzione _____ 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).

FAC-SIMILE

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 _____

MONTE DEI PASCHI DI SIENA
BANCA DAL 1472

BANCA _____
SPORTELLO _____
TARIFFA _____

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N. _ _ _ _ _ _ _

2.1 DICHIARAZIONE DI NON RESIDENZA FISCALE

Ai Contraenti di polizza l'OCSE richiede di rilasciare una propria dichiarazione di residenza fiscale al fine di trasmettere i relativi dati alle Autorità nazionali. Gli Agenti del fisco irlandese richiedono di integrare la detta certificazione con una dichiarazione di non residenza fiscale in Irlanda affinché i contraenti ricevano i pagamenti richiesti senza deduzioni fiscali per le imposte irlandesi.

1. Questa dichiarazione potrebbe essere soggetta ad ispezioni da parte dei Commissari del Fisco Irlandese. La legge irlandese stabilisce che il rilascio di una dichiarazione priva di fondamento costituisce reato.
2. Tale dichiarazione deve essere firmata dai titolari di polizza che risultano non residenti né normalmente residenti in Irlanda.
3. Nell'eventualità in cui il titolare di polizza sia una Società, la dichiarazione dovrà essere firmata dal rappresentante legale della compagnia o da un autorizzato a farne le veci, o anche da chiunque disponga di una procura rilasciata da parte del titolare polizza. Un duplicato della procura dovrà essere presentato in allegato a questa dichiarazione.

Definizione di residenza fiscale:

Residenza - Individui

Sono considerati residenti per l'anno tributario coloro che rientrano in una delle due seguenti categorie:
1) passino più di 183 giorni nello Stato durante l'anno tributario;
2) abbiano una presenza composta pari a 280 giorni nello Stato, che si riferisca al numero di giorni passati nello Stato nell'arco dell'anno fiscale in congiunzione al numero di giorni trascorsi nell'anno precedente.
La presenza nell'arco dell'esercizio fiscale di un soggetto che non superi 30 giorni nello Stato non sarà riconosciuta ai fini dell'applicazione del test riferito ai due anni.

Residenza abituale - Soggetti

Il termine «residenza abituale» (ordinary residence) differentemente da «residenza» si riferisce alla normale vita di un soggetto e denota residenza in un sito con un certo grado di continuità.
Quei soggetti che sono residenti nello Stato per tre periodi fiscali consecutivi si ritengono normali residenti con effetto dall'inizio del quarto esercizio.
Quei soggetti che siano residenti abitualmente nello stato cessano di esserlo alla fine del terzo periodo consecutivo in cui non siano residenti. Di conseguenza quei soggetti residenti e abitualmente residenti nello Stato nel periodo 1999/2000 e che hanno lasciato lo Stato in quell'anno saranno considerati abitualmente residenti sino al termine dell'anno 2002/2003.

Residenza- Società

Una società che abbia direzione generale ed organi di controllo in uno Stato è considerata residente indipendentemente dal luogo in cui sia stata costituita. Quelle Società che non abbiano la propria direzione ed organi di controllo, ma che vengono costituite nello Stato vengono considerate residenti ad eccezione dei seguenti casi in cui:
– la Società od una ad essa affiliata svolga un'attività commerciale nello Stato, sia che la società sia a fine controllata da soggetti non residenti in paesi membri dell'Unione Europea, sia in paesi con cui il medesimo abbia stipulato un trattato di doppia tassazione, sia che la Società od una ad essa affiliata siano società quotate in un mercato borsistico riconosciuto nell'Unione Europea;
– la Società viene considerata non residente nello Stato qualora operi un trattato di doppia tassazione tra il medesimo ed un altro paese.
Si noti che la determinazione della residenza di una Società ai fini fiscali in alcuni casi può assumere una certa complessità ed i dichiaranti dovranno riferirsi alle specifiche disposizioni legislative contenute nella sezione 23A del Decreto di Consolidamento Fiscale 1997.

Dichiaro / Dichiariamo che:

• Ho / Abbiamo preso visione della spiegazione delle condizioni indicate nella sezione denominata «Definizioni di Residenza»;
• Sono / siamo / la Società è* titolare della polizza nel rispetto della quale viene effettuata tale dichiarazione;
• Sono / siamo / residenti fiscali in _____ e che il mio/nostro numero di identificazione fiscale è _____
• Non Sono / siamo / la Società non è* residente né abitualmente risiedo in Irlanda.
Nel caso questa dichiarazione venga rilasciata in fase di pianificazione di una serie di prelievi oppure di pagamento di riscatti parziali.

Dichiarazione FATCA ("Foreign Account Tax Compliance")

☐ Dichiaro di essere residente in U.S.A. per fini fiscali o di essere cittadino statunitense
Si prega di fornire un Codice Fiscale statunitense (TIN) _____
☐ Dichiaro di non essere residente in U.S.A. per fini fiscali o di non essere cittadino statunitense

Contrassegnando una delle due opzioni, conferma di essere/non essere* residente in U.S.A. per fini fiscali e di essere/non essere* cittadino statunitense.
FATCA ("Foreign Account Tax Compliance") è una legge statunitense rivolta a istituzioni finanziarie straniere e ad altri intermediari finanziari con l'obiettivo di prevenire l'evasione fiscale da parte di cittadini statunitensi e residenti negli Stati Uniti attraverso l'uso di conti esteri, comprese le polizze assicurazione sulla vita.
Dichiarazione finale:
Il Contraente, contrassegnando una delle due opzioni, dichiara sotto la sua personale responsabilità che le informazioni fornite sono veritiere ed esatte con particolare riferimento allo status di residenza ai fini fiscali nel Paese OCSE partecipante (noto come status CRS) e di cittadinanza/residenza ai fini fiscali negli U.S.A. (noto come status FATCA).
Inoltre, dichiara di informare tempestivamente la Società qualora le informazioni sopra riportate dovessero cambiare successivamente alla sottoscrizione della presente Proposta.
Il Contraente riconosce che le informazioni contenute nel presente modulo saranno segnalate all'Autorità fiscale Irlandese come previsto dalla suddetta normativa.

FAC-SIMILE

3. CONSENSO ALLE COMUNICAZIONI IN FORMATO DIGITALE

Selezionando il consenso allo stop-carta, Lei acconsente di ricevere, per tutte le polizze in essere con AXA MPS Financial DAC, i documenti relativi alla gestione del contratto (lettera di polizza, estratto conto, attestato fiscale, ecc.) tramite consultazione della sua Area Riservata assicurativa sul sito www.axa-mpsfinancial.ie, per tutta la durata del contratto assicurativo. Avremo cura di inviarLe una e-mail di notifica per avvisarLa che i documenti sono visualizzabili. Le ricordiamo che la Sua scelta potrà essere revocata in ogni momento contattando il Contact Centre AXA MPS Financial all'indirizzo supporto@axa-mpsfinancial.ie, senza che ciò comporti alcun onere a suo carico. A tal fine, dichiara di avere regolarmente accesso ad Internet.

☐ SÌ ☐ NO

4. CLAUSOLA DI RECESSO - REVOCABILITA' DELLA PROPOSTA

Il Contraente può revocare la proposta, ai sensi del D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209, fino alla conclusione del contratto mediante lettera raccomandata inviata alla Compagnia. Il Contraente può recedere dal contratto, ai sensi del D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209, entro trenta giorni dalla sua conclusione, dandone comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi del contratto e corredata della relativa documentazione indicata all'art. 9 delle Condizioni di assicurazione, indirizzata al seguente recapito: **AXA MPS FINANCIAL DAC - WOLFE TONE HOUSE, WOLFE TONE STREET, DUBLIN, DO1 HP90 - IRELAND.**
L'Impresa di assicurazione rimborsa al Contraente il controvalore del capitale investito calcolato utilizzando il valore unitario della quota osservato il Giorno di Riferimento come definito all'Art. 20 delle Condizioni di Assicurazione, maggiorato delle spese fisse di emissione e dei costi di caricamento, come descritti all'Art. 22 delle Condizioni di Assicurazione. L'Impresa di assicurazione esegue il rimborso entro trenta giorni dalla comunicazione.

MONTE DEI PASCHI DI SIENA
BANCA DAL 1472

BANCA _____
SPORTELLO _____
TARIFFA _____

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N. _ _ _ _ _ _ _

5. MISURE ANTIRICICLAGGIO GRUPPO AXA

Provenienza dei premi versati: divieto di utilizzo di somme derivanti da attività di riciclaggio di denaro o di evasione fiscale.
Il Contraente dichiara, garantisce e certifica all'Impresa di assicurazione che (i) tutti i premi versati a fronte della presente polizza assicurativa, del presente contratto assicurativo o del presente prodotto assicurativo sono stati o saranno debitamente dichiarati alle competenti Autorità Fiscali aventi competenza nel luogo dove il Contraente ha la propria residenza abituale ai fini fiscali e/o in qualsivoglia altro ambito territoriale qualora ciò si rendesse necessario o appropriato ai sensi delle regolamentazioni e delle leggi applicabili, e (ii) nessuno dei premi versati deriva, direttamente o indirettamente, da attività o fonti illegali e/o da evasione fiscale.
Politica di collaborazione con le Autorità Fiscali e Governative: consenso al rilascio di informazioni alle Autorità Fiscali e Governative.
Il Gruppo AXA e l'Impresa di assicurazione adottano una consolidata politica di collaborazione con le Autorità Fiscali e Governative allo scopo di combattere i fenomeni di riciclaggio di denaro, evasione fiscale o altre attività illegali. Nel caso in cui il Contraente non fosse fiscalmente residente nella giurisdizione in cui la presente polizza assicurativa, il presente contratto assicurativo o il presente prodotto assicurativo è stato sottoscritto (c.d. "**Transazione Cross-border**"), il Gruppo AXA potrebbe, ai sensi delle regolamentazioni e delle leggi applicabili, comunicare alle Autorità Fiscali e Governative del Paese di appartenenza del Contraente l'identità dello stesso e alcune informazioni relative alla polizza assicurativa, al contratto assicurativo o al prodotto assicurativo oggetto del presente modulo di adesione e il Contraente presta il proprio consenso a che l'Impresa di assicurazione possa, a sua discrezione, effettuare tale comunicazione.
Violazione delle dichiarazioni e garanzie del Contraente; Clausola risolutiva espressa e penali da riscatto; Blocco dei rimborsi.
Il Contraente riconosce e accetta che, in caso di violazione delle dichiarazioni e garanzie del Contraente che precedono, AXA MPS FINANCIAL DAC, nell'ambito dei limiti massimi previsti dalla legge e dalla regolamentazione applicabili, avrà il diritto di:
(I) risolvere immediatamente il contratto assicurativo;
(II) a prescindere dall'effettiva data di risoluzione ai sensi del punto (I) che precede, addebitare il massimo delle penali da riscatto previste dal contratto assicurativo come se tale contratto fosse stato riscattato immediatamente dopo la relativa sottoscrizione;
(III) notificare alle rilevanti Autorità Governative tutte le informazioni ritenute necessarie o opportune, a discrezione di AXA MPS FINANCIAL DAC, concernenti il Contraente e/o il contratto assicurativo;
(IV) se ritenuto appropriato a seguito di una consultazione con le Autorità Governative ed i propri consulenti legali, (a) rimborsare al Contraente i premi versati e le eventuali altre somme pagate fino alla data di risoluzione del contratto assicurativo, al netto delle penali da riscatto e degli altri costi sostenuti ai sensi del punto (II) che precede (cd. "Ammontare Rimborsato"), oppure (b) se richiesto o preteso dalle competenti Autorità Governative, bloccare o versare alle relative Autorità Governative l'Ammontare Rimborsato, in tutto o in parte, oppure intraprendere eventuali altre azioni che le competenti Autorità Governative dovessero richiedere o intendere.

6. 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-mpsfinancial.ie.
Trattamento dei suoi dati personali per finalità assicurative descritte alla lettera A) dell'Informativa Privacy:
acconsento al trattamento dei miei dati personali sensibili, per le finalità assicurative e a tal fine sottoscrivo il modulo per esprimere questo consenso in forma scritta.

Il Contraente ☐ SÌ L'Assicurando ☐ SÌ

Trattamento dei dati personali comuni per attività di informazione e promozione commerciale 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 sue esigenze relativamente a tali prodotti e/o servizi.

Il Contraente ☐ SÌ ☐ NO L'Assicurando ☐ SÌ ☐ NO

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

BOX FIRME		
In _____ **il** _____ **Il Contraente:**		
	obbligatorio	esprime il consenso alla presentazione della proposta ed alla conclusione del contratto in base a quanto indicato alla sezione 1. PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.
	obbligatorio	conferma quanto indicato nella sezione 2. DICHIARAZIONI, 2.1 DICHIARAZIONE DI NON RESIDENZA FISCALE e 5. MISURE ANTIRICICLAGGIO GRUPPO AXA.
	obbligatorio	in relazione al pagamento del premio, autorizza la Compagnia all'addebito del premio di € _____ su IBAN _____ SWITCH/BIC _____ intestato a _____ in base a quanto indicato nella sezione 1. PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.
	facoltativo	esprime il consenso a quanto riportato al PARAGRAFO 3. CONSENSO ALLE COMUNICAZIONI IN FORMATO DIGITALE.
Firma del Contraente _____ **Firma altri cointestatari del conto (a valere esclusivamente quale autorizzazione all'addebito del premio da parte della Compagnia in caso di conto corrente a firma congiunta)** _____		
In _____ **il** _____ **L'Assicurando:**		
	obbligatorio	esprime il consenso alla presentazione della proposta ed alla conclusione del contratto in base a quanto indicato alla sezione 1 PROPOSTA DI ASSICURAZIONE, in quanto l'Assicurando risulta diverso dal Contraente (Art. 1919 C.C.).
Firma dell'Assicurando _____		

FAC-SIMILE

MONTE DEI PASCHI DI SIENA
BANCA DAL 1472

BANCA _____
SPORTELLO _____
TARIFFA _____

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N. _ _ _ _ _ _ _

5. MISURE ANTIRICICLAGGIO GRUPPO AXA

Provenienza dei premi versati: divieto di utilizzo di somme derivanti da attività di riciclaggio di denaro o di evasione fiscale.
Il Contraente dichiara, garantisce e certifica all'Impresa di assicurazione che (i) tutti i premi versati a fronte della presente polizza assicurativa, del presente contratto assicurativo o del presente prodotto assicurativo sono stati o saranno debitamente dichiarati alle competenti Autorità Fiscali aventi competenza nel luogo dove il Contraente ha la propria residenza abituale ai fini fiscali e/o in qualsivoglia altro ambito territoriale qualora ciò si rendesse necessario o appropriato ai sensi delle regolamentazioni e delle leggi applicabili, e (ii) nessuno dei premi versati deriva, direttamente o indirettamente, da attività o fonti illegali e/o da evasione fiscale.
Politica di collaborazione con le Autorità Fiscali e Governative: consenso al rilascio di informazioni alle Autorità Fiscali e Governative.
Il Gruppo AXA e l'Impresa di assicurazione adottano una consolidata politica di collaborazione con le Autorità Fiscali e Governative allo scopo di combattere i fenomeni di riciclaggio di denaro, evasione fiscale o altre attività illegali. Nel caso in cui il Contraente non fosse fiscalmente residente nella giurisdizione in cui la presente polizza assicurativa, il presente contratto assicurativo o il presente prodotto assicurativo è stato sottoscritto (c.d. "**Transazione Cross-border**"), il Gruppo AXA potrebbe, ai sensi delle regolamentazioni e delle leggi applicabili, comunicare alle Autorità Fiscali e Governative del Paese di appartenenza del Contraente l'identità dello stesso e alcune informazioni relative alla polizza assicurativa, al contratto assicurativo o al prodotto assicurativo oggetto del presente modulo di adesione e il Contraente presta il proprio consenso a che l'Impresa di assicurazione possa, a sua discrezione, effettuare tale comunicazione.
Violazione delle dichiarazioni e garanzie del Contraente; Clausola risolutiva espressa e penali da riscatto; Blocco dei rimborsi.
Il Contraente riconosce e accetta che, in caso di violazione delle dichiarazioni e garanzie del Contraente che precedono, AXA MPS FINANCIAL DAC, nell'ambito dei limiti massimi previsti dalla legge e dalla regolamentazione applicabili, avrà il diritto di:
(I) risolvere immediatamente il contratto assicurativo;
(II) a prescindere dall'effettiva data di risoluzione ai sensi del punto (I) che precede, addebitare il massimo delle penali da riscatto previste dal contratto assicurativo come se tale contratto fosse stato riscattato immediatamente dopo la relativa sottoscrizione;
(III) notificare alle rilevanti Autorità Governative tutte le informazioni ritenute necessarie o opportune, a discrezione di AXA MPS FINANCIAL DAC, concernenti il Contraente e/o il contratto assicurativo;
(IV) se ritenuto appropriato a seguito di una consultazione con le Autorità Governative ed i propri consulenti legali, (a) rimborsare al Contraente i premi versati e le eventuali altre somme pagate fino alla data di risoluzione del contratto assicurativo, al netto delle penali da riscatto e degli altri costi sostenuti ai sensi del punto (II) che precede (cd. "Ammontare Rimborsato"), oppure (b) se richiesto o preteso dalle competenti Autorità Governative, bloccare o versare alle relative Autorità Governative l'Ammontare Rimborsato, in tutto o in parte, oppure intraprendere eventuali altre azioni che le competenti Autorità Governative dovessero richiedere o intendere.

6. 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-mpsfinancial.ie.
Trattamento dei suoi dati personali per finalità assicurative descritte alla lettera A) dell'Informativa Privacy:
acconsento al trattamento dei miei dati personali sensibili, per le finalità assicurative e a tal fine sottoscrivo il modulo per esprimere questo consenso in forma scritta.

Il Contraente ☐ SÌ L'Assicurando ☐ SÌ

Trattamento dei dati personali comuni per attività di informazione e promozione commerciale 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 sue esigenze relativamente a tali prodotti e/o servizi.

Il Contraente ☐ SÌ ☐ NO L'Assicurando ☐ SÌ ☐ NO

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

BOX FIRME		
In _____ **il** _____ **Il Contraente:**		
	obbligatorio	esprime il consenso alla presentazione della proposta ed alla conclusione del contratto in base a quanto indicato alla sezione 1. PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.
	obbligatorio	conferma quanto indicato nella sezione 2. DICHIARAZIONI, 2.1 DICHIARAZIONE DI NON RESIDENZA FISCALE e 5. MISURE ANTIRICICLAGGIO GRUPPO AXA.
	obbligatorio	in relazione al pagamento del premio, autorizza la Compagnia all'addebito del premio di € _____ su IBAN _____ SWITCH/BIC _____ intestato a _____ in base a quanto indicato nella sezione 1. PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.
	facoltativo	esprime il consenso a quanto riportato al PARAGRAFO 3. CONSENSO ALLE COMUNICAZIONI IN FORMATO DIGITALE.
Firma del Contraente _____ **Firma altri cointestatari del conto (a valere esclusivamente quale autorizzazione all'addebito del premio da parte della Compagnia in caso di conto corrente a firma congiunta)** _____		
In _____ **il** _____ **L'Assicurando:**		
	obbligatorio	esprime il consenso alla presentazione della proposta ed alla conclusione del contratto in base a quanto indicato alla sezione 1 PROPOSTA DI ASSICURAZIONE, in quanto l'Assicurando risulta diverso dal Contraente (Art. 1919 C.C.).
Firma dell'Assicurando _____		

FAC-SIMILE

MONTE DEI PASCHI DI SIENA
BANCA DAL 1472

BANCA _____
SPORTELLO _____
TARIFFA _____

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N. _ _ _ _ _ _ _

5. MISURE ANTIRICICLAGGIO GRUPPO AXA

Provenienza dei premi versati: divieto di utilizzo di somme derivanti da attività di riciclaggio di denaro o di evasione fiscale.
Il Contraente dichiara, garantisce e certifica all'Impresa di assicurazione che (i) tutti i premi versati a fronte della presente polizza assicurativa, del presente contratto assicurativo o del presente prodotto assicurativo sono stati o saranno debitamente dichiarati alle competenti Autorità Fiscali aventi competenza nel luogo dove il Contraente ha la propria residenza abituale ai fini fiscali e/o in qualsivoglia altro ambito territoriale qualora ciò si rendesse necessario o appropriato ai sensi delle regolamentazioni e delle leggi applicabili, e (ii) nessuno dei premi versati deriva, direttamente o indirettamente, da attività o fonti illegali e/o da evasione fiscale.
Politica di collaborazione con le Autorità Fiscali e Governative: consenso al rilascio di informazioni alle Autorità Fiscali e Governative.
Il Gruppo AXA e l'Impresa di assicurazione adottano una consolidata politica di collaborazione con le Autorità Fiscali e Governative allo scopo di combattere i fenomeni di riciclaggio di denaro, evasione fiscale o altre attività illegali. Nel caso in cui il Contraente non fosse fiscalmente residente nella giurisdizione in cui la presente polizza assicurativa, il presente contratto assicurativo o il presente prodotto assicurativo è stato sottoscritto (c.d. "**Transazione Cross-border**"), il Gruppo AXA potrebbe, ai sensi delle regolamentazioni e delle leggi applicabili, comunicare alle Autorità Fiscali e Governative del Paese di appartenenza del Contraente l'identità dello stesso e alcune informazioni relative alla polizza assicurativa, al contratto assicurativo o al prodotto assicurativo oggetto del presente modulo di adesione e il Contraente presta il proprio consenso a che l'Impresa di assicurazione possa, a sua discrezione, effettuare tale comunicazione.
Violazione delle dichiarazioni e garanzie del Contraente; Clausola risolutiva espressa e penali da riscatto; Blocco dei rimborsi.
Il Contraente riconosce e accetta che, in caso di violazione delle dichiarazioni e garanzie del Contraente che precedono, AXA MPS FINANCIAL DAC, nell'ambito dei limiti massimi previsti dalla legge e dalla regolamentazione applicabili, avrà il diritto di:
(I) risolvere immediatamente il contratto assicurativo;
(II) a prescindere dall'effettiva data di risoluzione ai sensi del punto (I) che precede, addebitare il massimo delle penali da riscatto previste dal contratto assicurativo come se tale contratto fosse stato riscattato immediatamente dopo la relativa sottoscrizione;
(III) notificare alle rilevanti Autorità Governative tutte le informazioni ritenute necessarie o opportune, a discrezione di AXA MPS FINANCIAL DAC, concernenti il Contraente e/o il contratto assicurativo;
(IV) se ritenuto appropriato a seguito di una consultazione con le Autorità Governative ed i propri consulenti legali, (a) rimborsare al Contraente i premi versati e le eventuali altre somme pagate fino alla data di risoluzione del contratto assicurativo, al netto delle penali da riscatto e degli altri costi sostenuti ai sensi del punto (II) che precede (cd. "Ammontare Rimborsato"), oppure (b) se richiesto o preteso dalle competenti Autorità Governative, bloccare o versare alle relative Autorità Governative l'Ammontare Rimborsato, in tutto o in parte, oppure intraprendere eventuali altre azioni che le competenti Autorità Governative dovessero richiedere o intendere.

6. 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-mpsfinancial.ie.
Trattamento dei suoi dati personali per finalità assicurative descritte alla lettera A) dell'Informativa Privacy:
acconsento al trattamento dei miei dati personali sensibili, per le finalità assicurative e a tal fine sottoscrivo il modulo per esprimere questo consenso in forma scritta.

Il Contraente ☐ SÌ L'Assicurando ☐ SÌ

Trattamento dei dati personali comuni per attività di informazione e promozione commerciale 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 sue esigenze relativamente a tali prodotti e/o servizi.

Il Contraente ☐ SÌ ☐ NO L'Assicurando ☐ SÌ ☐ NO

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

BOX FIRME		
In _____ **il** _____ **Il Contraente:**		
	obbligatorio	esprime il consenso alla presentazione della proposta ed alla conclusione del contratto in base a quanto indicato alla sezione 1. PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.
	obbligatorio	conferma quanto indicato nella sezione 2. DICHIARAZIONI, 2.1 DICHIARAZIONE DI NON RESIDENZA FISCALE e 5. MISURE ANTIRICICLAGGIO GRUPPO AXA.
	obbligatorio	in relazione al pagamento del premio, autorizza la Compagnia all'addebito del premio di € _____ su IBAN _____ SWITCH/BIC _____ intestato a _____ in base a quanto indicato nella sezione 1. PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.
	facoltativo	esprime il consenso a quanto riportato al PARAGRAFO 3. CONSENSO ALLE COMUNICAZIONI IN FORMATO DIGITALE.
Firma del Contraente _____ **Firma altri cointestatari del conto (a valere esclusivamente quale autorizzazione all'addebito del premio da parte della Compagnia in caso di conto corrente a firma congiunta)** _____		
In _____ **il** _____ **L'Assicurando:**		
	obbligatorio	esprime il consenso alla presentazione della proposta ed alla conclusione del contratto in base a quanto indicato alla sezione 1 PROPOSTA DI ASSICURAZIONE, in quanto l'Assicurando risulta diverso dal Contraente (Art. 1919 C.C.).
Firma dell'Assicurando _____		

FAC-SIMILE

INFORMATIVA PRIVACY SINTETICA PER I CLIENTI DI AXA MPS FINANCIAL

Chi decide perché e come trattare i dati?	**AXA MPS Financial DAC**., in qualità di Titolare del trattamento dei dati.
Per quali scopi e su quale base i dati sono trattati? **Cosa comporta il rifiuto di fornire i dati?**	**a) Finalità assicurativa** I dati sono trattati per gestire i servizi assicurativi e le attività correlate. **Il trattamento dei dati è necessario** per dare esecuzione al contratto o alle misure precontrattuali richieste, per adempiere obblighi di legge, per legittimo interesse connesso all'attività assicurativa. Senza i dati ed il consenso all'uso dei dati sensibili non potranno essere forniti i servizi assicurativi. **b) Finalità commerciali e di marketing** 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. **Il trattamento dei dati è facoltativo** 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.
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; – In particolare, per la gestione del rapporto assicurativo, i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti appartenenti alla c.d. "catena assicurativa": – banche – per la distribuzione dei ns. prodotti - e riassicuratori, per la riassicurazione del rischio, legali, per la consulenza e tutela stragiudiziale e giudiziale; – società di servizi assicurativi per la gestione del rapporto assicurativo, inclusi i sinistri; – società di servizi informatici e telematici di archiviazione per la gestione del rapporto assicurativo; società di servizi postali (per la trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela); società di revisione e di consulenza per adempimenti legali o gestionali del rapporto assicurativo; società di servizi per il controllo delle frodi ed il monitoraggio delle attività di distribuzione; – società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge) per i servizi di supporto e analisi di portafoglio; – ANIA (Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici); organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo: Concordato Cauzione Credito 1994, CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); CBI (Central Bank of Ireland); nonché altri soggetti, quali: UIF (Ufficio Italiano dei Cambi); CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAI, INPGI ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; V.FF.; V.UU); Magistratura; altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria per adempimenti o obblighi legali della Compagnia; – alle autorità fiscali anche all'estero che potranno a loro volta comunicarli ad altre autorità fiscali estere, in adempimento degli obblighi relativi alla reportistica FATCA e CRS. In particolare, il suo nome e cognome, indirizzo, codice fiscale, data di nascita, numero di polizza, il valore della/e polizza/e a fine anno (www.revenue.ie/en/companies-and-charities/internationaltax/ aeoi/what-is-aeoi.aspx) – altri soggetti, tra cui società che gestiscono sistemi di informazioni creditizie e di informazione commerciale per rischi finanziari. In caso di trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea, sono assicurate le garanzie previste dalla vigente normativa. **I dati non sono ceduti a terzi, né diffusi.**
Quali sono i diritti dell'interessato e come esercitarli?	Per accedere, aggiornare, integrare, rettificare, cancellare i dati, chiederne il blocco, opporsi al trattamento, ottenere la limitazione al trattamento e richiedere la portabilità dei dati, far valere il diritto all'oblio 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, l'interessato può scrivere a: AXA MPS Financial DAC Wolfe Tone House, 43-45 Wolfe Tone St., Dublin 1, D01HP90, Ireland c.a. Data Protection Officer e-mail: privacy@axa-mpsfinancial.ie. Inoltre, Lei potrà proporre reclamo all'Autorità di controllo in materia di protezione dei dati per- sonali, in Irlanda il Data Protection Commission per la protezione dei dati personali: 21 Fitzwilliam Square South, Dublin 2, D02 RD28, Ireland;
Da dove provengono i dati trattati?	I dati sono raccolti direttamente presso l'interessato o da terzi, anche mediante la consultazione di banche dati.
Per quanto tempo i dati vengono conservati?	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 cancella- zione 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.
Informazioni aggiuntive	L'informativa completa è disponibile nella sezione Privacy del sito **axa-mpsfinancial.ie**

FAC-SIMILE