



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

**BANCA  
SPORTELLO  
TARIFFA**

**PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N. \_\_\_\_\_**

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 **Progetto Protetto New - Gestione Value Globale** a premio unico e collegata al Fondo Interno denominato **PP17 Gestione Value Globale**, sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AMF PP17 - 09/2020 che dichiara di aver ricevuto e di accettare integralmente. A tal fine comunica i seguenti elementi necessari per la stipula del contratto:

**Contraente:**  
 Sesso: \_\_\_\_\_ Nato il: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_  
 Est. Documento: \_\_\_\_\_ Ril. il: \_\_\_\_\_ Da: Comune \_\_\_\_\_  
 Cod. Prof: \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo email: \_\_\_\_\_ Desidero ricevere comunicazioni in formato elettronico   
 Numero di Cellulare: \_\_\_\_\_ Desidero informazioni polizza per telefono   
 \*La scelta potrà essere revocata in ogni momento secondo le modalità indicate nel fascicolo informativo o contattando il Contact Centre AXA MPS Financial

**Assicurando:**  
 Sesso: \_\_\_\_\_ Nato il: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_  
 Cod. Fiscale: \_\_\_\_\_

**Beneficiari caso vita:**  
 Nome \_\_\_\_\_ Cognome/Ragione sociale \_\_\_\_\_ % di ripartizione prestazione \_\_\_\_\_  
 Sesso \_\_\_\_\_ Nato/Costituito il \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale/P. IVA \_\_\_\_\_ Recapito/Sede legale: indirizzo \_\_\_\_\_  
 comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_ Numero di telefono \_\_\_\_\_

**Beneficiari caso vita**  
 DICHIARO DI NON VOLERE INVIARE LE COMUNICAZIONI CONTRATTUALI AI BENEFICIARI INDICATI IN FORMA NOMINATIVA  
 DICHIARO DI NON VOLERE INDICARE NOMINATIVAMENTE I BENEFICIARI

**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.**

**Beneficiari caso morte:**  
 Nome \_\_\_\_\_ Cognome/Ragione sociale \_\_\_\_\_ % di ripartizione prestazione \_\_\_\_\_  
 Sesso \_\_\_\_\_ Nato/Costituito il \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale/P. IVA \_\_\_\_\_ Recapito/Sede legale: indirizzo \_\_\_\_\_  
 comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_ Numero di telefono \_\_\_\_\_

**Beneficiari caso morte**  
 DICHIARO DI NON VOLERE INDICARE NOMINATIVAMENTE I BENEFICIARI

**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.**

**Referente terzo:**  
 Nome \_\_\_\_\_ Cognome/Ragione sociale \_\_\_\_\_  
 Recapito: indirizzo \_\_\_\_\_  
 comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_ Numero di telefono \_\_\_\_\_

PREMIO UNICO (Euro) \_\_\_\_\_ CONVENZIONE: \_\_\_\_\_  
 DECORRENZA POLIZZA\* \_\_\_\_\_

In \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
 IL CONTRAENTE (Titolare del Conto) \_\_\_\_\_ L'ASSICURANDO (se diverso dal Contraente ai sensi dell'art. 1919 c.c.) \_\_\_\_\_

In relazione al pagamento del premio, il sottoscritto autorizza la Compagnia ad addebitare il premio di Euro \_\_\_\_\_ su IBAN \_\_\_\_\_ SWITCH/BIC \_\_\_\_\_ Int. a: \_\_\_\_\_

Il debitore ha il diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima. Se del caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto

Si dà mandato alla \_\_\_\_\_, che qui sottoscrive per accettazione, di incassare i pagamenti dovuti da AXA MPS Financial DAC.

La filiale \_\_\_\_\_ Firma Contraente \_\_\_\_\_  
 (titolare del conto)  
 Firma Altri intestatari del conto \_\_\_\_\_  
 (in caso di conto a firma congiunta)

\*ATTENZIONE: Il contratto è concluso alle ore 24:00 del Lunedì della settimana successiva alla sottoscrizione del Modulo di proposta sempreché, entro il suddetto termine, il Premio Unico sia stato pagato e che l'Impresa di assicurazione non abbia comunicato per iscritto al Contraente il rifiuto della proposta ovvero il Contraente non abbia revocato la proposta.

ATTENZIONE: Leggere la sezione "MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO" per ulteriori chiarimenti)

**Dichiaro di essere pienamente consapevole che il Fondo Interno mira al raggiungimento di un Obiettivo di Protezione del Valore Unitario di Quota tramite il conseguimento di un Valore Unitario di Quota a scadenza almeno pari al 90% di quello registrato alla Data di istituzione dal Fondo Interno. Il proponente dichiara di aver compreso che l'Impresa di Assicurazione non offre alcuna garanzia finanziaria di rimborso del Capitale Investito a scadenza, di corresponsione di un rendimento minimo e di conseguimento dell'Obiettivo di Protezione a causa dei rischi connessi alle tipologie di strumenti finanziari a cui il Fondo Interno è esposto, direttamente o indirettamente.**

**INFORMATIVA PRECONTRATTUALE**

**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.**

**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 Contraente \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI NON RESIDENZA FISCALE (VEDI RETRO PAGINA)**

**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.**

Dichiaro / Dichiariamo che:  
 • Ho / Abbiamo preso visione della spiegazione delle condizioni indicate nella nota denominata «Definizioni di Residenza» (vedi retro pagina);  
 • 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 risiede 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) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_(Firma) \_\_\_\_\_ La firma è stata apposta: in nome e per conto proprio / in qualità di legale rappresentante in qualità di beneficiario effettivo (Depennare come si conviene)

Dichiaro di non essere residente in U.S.A. per fini fiscali o di non essere cittadino statunitense

\_\_\_\_\_(Firma) \_\_\_\_\_ La firma è stata apposta: in nome e per conto proprio / in qualità di legale rappresentante/in qualità di beneficiario effettivo (Depennare come si conviene)

Apponendo la firma nello spazio a ciò dedicato, confermo 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, con l'apposizione della firma nello spazio sottostante, 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.

**Nome e località di residenza / indirizzo del Contraente della polizza** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_ **(Firma)** \_\_\_\_\_

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:

- 1) passino più di 183 giorni nello Stato durante l'anno tributario;
- o
- 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 infine 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 state quotate in un mercato borsistico riconosciuto nell'Unione Europea;
- o
- 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.

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

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Le chiediamo di leggere attentamente la richiesta di consenso relativa a finalità diverse da quella assicurativa e di barrare con una croce la Sua scelta, ricordandole che il Suo consenso è del tutto facoltativo ed il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa il rapporto assicurativo.

Tale consenso può essere revocato liberamente, con conseguente cessazione della legittimità del trattamento; fino a revoca il consenso resterà efficace entro i limiti di conservazione dei dati indicati nella presente informativa.

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

acconsento al trattamento dei miei dati non sensibili per lo svolgimento di comunicazioni, iniziative promozionali e vendita di prodotti e/o servizi di AXA, di società appartenenti allo stesso Gruppo e/o di società partner, oltre che di ricerche di mercato e di rilevazioni statistiche relative ai prodotti e/o servizi di AXA, di società appartenenti allo stesso Gruppo o di aziende partner e di rilevazioni sulle mie esigenze relativamente a tali prodotti e/o servizi

SI

NO

Il Contraente

L'Assicurando (se diverso dal Contraente)



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

**BANCA  
SPORTELLO  
TARIFFA**

**PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N. \_\_\_\_\_**

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 **Progetto Protetto New - Gestione Value Globale** a premio unico e collegata al Fondo Interno denominato **PP17 Gestione Value Globale**, sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AMF PP17 - 09/2020 che dichiara di aver ricevuto e di accettare integralmente. A tal fine comunica i seguenti elementi necessari per la stipula del contratto:

**Contraente:** \_\_\_\_\_  
 Sesso: \_\_\_\_\_ Nato il: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_  
 Est. Documento: \_\_\_\_\_ Ril. il: \_\_\_\_\_ Da: Comune \_\_\_\_\_  
 Cod. Prof: \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo email: \_\_\_\_\_  
 Numero di Cellulare: \_\_\_\_\_  
 Desidero ricevere comunicazioni in formato elettronico   
 Desidero informazioni polizza per telefono   
 \*La scelta potrà essere revocata in ogni momento secondo le modalità indicate nel fascicolo informativo o contattando il Contact Centre AXA MPS Financial

**Assicurando:** \_\_\_\_\_  
 Sesso: \_\_\_\_\_ Nato il: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_  
 Cod. Fiscale: \_\_\_\_\_

**Beneficiari caso vita:**  
 Nome \_\_\_\_\_ Cognome/Ragione sociale \_\_\_\_\_ % di ripartizione prestazione \_\_\_\_\_  
 Sesso \_\_\_\_\_ Nato/Costituito il \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale/P. IVA \_\_\_\_\_ Recapito/Sede legale: indirizzo \_\_\_\_\_  
 comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_ Numero di telefono \_\_\_\_\_

**Beneficiari caso vita**  
 DICHIARO DI NON VOLERE INVIARE LE COMUNICAZIONI CONTRATTUALI AI BENEFICIARI INDICATI IN FORMA NOMINATIVA  
 DICHIARO DI NON VOLERE INDICARE NOMINATIVAMENTE I BENEFICIARI

**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.**

**Beneficiari caso morte:**  
 Nome \_\_\_\_\_ Cognome/Ragione sociale \_\_\_\_\_ % di ripartizione prestazione \_\_\_\_\_  
 Sesso \_\_\_\_\_ Nato/Costituito il \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale/P. IVA \_\_\_\_\_ Recapito/Sede legale: indirizzo \_\_\_\_\_  
 comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_ Numero di telefono \_\_\_\_\_

**Beneficiari caso morte**  
 DICHIARO DI NON VOLERE INDICARE NOMINATIVAMENTE I BENEFICIARI

**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.**

**Referente terzo:**  
 Nome \_\_\_\_\_ Cognome/Ragione sociale \_\_\_\_\_  
 Recapito: indirizzo \_\_\_\_\_  
 comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_ Numero di telefono \_\_\_\_\_

PREMIO UNICO (Euro) \_\_\_\_\_ CONVENZIONE: \_\_\_\_\_  
 DECORRENZA POLIZZA\* \_\_\_\_\_  
 In \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

IL CONTRAENTE (Titolare del Conto) \_\_\_\_\_ L'ASSICURANDO (se diverso dal Contraente ai sensi dell'art. 1919 c.c.) \_\_\_\_\_

In relazione al pagamento del premio, il sottoscritto autorizza la Compagnia ad addebitare il premio di Euro \_\_\_\_\_ su IBAN \_\_\_\_\_ SWITCH/BIC \_\_\_\_\_ Int. a: \_\_\_\_\_

Il debitore ha il diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima. Se del caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto

Si dà mandato alla \_\_\_\_\_, che qui sottoscrive per accettazione, di incassare i pagamenti dovuti da AXA MPS Financial DAC. La filiale \_\_\_\_\_ Firma Contraente \_\_\_\_\_

\*ATTENZIONE: Il contratto è concluso alle ore 24:00 del Lunedì della settimana successiva alla sottoscrizione del Modulo di proposta sempreché, entro il suddetto termine, il Premio Unico sia stato pagato e che l'Impresa di assicurazione non abbia comunicato per iscritto al Contraente il rifiuto della proposta ovvero il Contraente non abbia revocato la proposta.

ATTENZIONE: Leggere la sezione "MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO" per ulteriori chiarimenti)  
**Dichiaro di essere pienamente consapevole che il Fondo Interno mira al raggiungimento di un Obiettivo di Protezione del Valore Unitario di Quota tramite il conseguimento di un Valore Unitario di Quota a scadenza almeno pari al 90% di quello registrato alla Data di istituzione dal Fondo Interno. Il proponente dichiara di aver compreso che l'Impresa di Assicurazione non offre alcuna garanzia finanziaria di rimborso del Capitale Investito a scadenza, di corresponsione di un rendimento minimo e di conseguimento dell'Obiettivo di Protezione a causa dei rischi connessi alle tipologie di strumenti finanziari a cui il Fondo Interno è esposto, direttamente o indirettamente.**

**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.**

**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 Contraente \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI NON RESIDENZA FISCALE (VEDI RETRO PAGINA)**

**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.**

Dichiaro / Dichiariamo che:  
 • Ho / Abbiamo preso visione della spiegazione delle condizioni indicate nella nota denominata «Definizioni di Residenza» (vedi retro pagina);  
 • 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 risiede 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) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_(Firma) \_\_\_\_\_ La firma è stata apposta: in nome e per conto proprio / in qualità di legale rappresentante in qualità di beneficiario effettivo (Depennare come si conviene)

Dichiaro di non essere residente in U.S.A. per fini fiscali o di non essere cittadino statunitense   
 \_\_\_\_\_(Firma) \_\_\_\_\_ La firma è stata apposta: in nome e per conto proprio / in qualità di legale rappresentante/in qualità di beneficiario effettivo (Depennare come si conviene)

Apponendo la firma nello spazio a ciò dedicato, confermo 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, con l'apposizione della firma nello spazio sottostante, 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.

**Nome e località di residenza / indirizzo del Contraente della polizza** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_\_ **(Firma)** \_\_\_\_\_

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:

- 1) passino più di 183 giorni nello Stato durante l'anno tributario;
- o
- 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 infine 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 state quotate in un mercato borsistico riconosciuto nell'Unione Europea;
- o
- 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.

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

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Le chiediamo di leggere attentamente la richiesta di consenso relativa a finalità diverse da quella assicurativa e di barrare con una croce la Sua scelta, ricordandole che il Suo consenso è del tutto facoltativo ed il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa il rapporto assicurativo.

Tale consenso può essere revocato liberamente, con conseguente cessazione della legittimità del trattamento; fino a revoca il consenso resterà efficace entro i limiti di conservazione dei dati indicati nella presente informativa.

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

acconsento al trattamento dei miei dati non sensibili per lo svolgimento di comunicazioni, iniziative promozionali e vendita di prodotti e/o servizi di AXA, di società appartenenti allo stesso Gruppo e/o di società partner, oltre che di ricerche di mercato e di rilevazioni statistiche relative ai prodotti e/o servizi di AXA, di società appartenenti allo stesso Gruppo o di aziende partner e di rilevazioni sulle mie esigenze relativamente a tali prodotti e/o servizi

SI

NO

Il Contraente

L'Assicurando (se diverso dal Contraente)





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

**BANCA  
SPORTELLO  
TARIFFA**

**PROPOSTA DI ASSICURAZIONE N. \_\_\_\_\_**

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 **Progetto Protetto New - Gestione Value Globale** a premio unico e collegata al Fondo Interno denominato **PP17 Gestione Value Globale**, sulla base delle condizioni contrattuali di cui al mod. AMF PP17 - 09/2020 che dichiara di aver ricevuto e di accettare integralmente. A tal fine comunica i seguenti elementi necessari per la stipula del contratto:

**Contraente:** \_\_\_\_\_  
 Sesso: \_\_\_\_\_ Nato il: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo: \_\_\_\_\_ Comune: \_\_\_\_\_  
 Est. Documento: \_\_\_\_\_ Ril. il: \_\_\_\_\_ Da: Comune \_\_\_\_\_  
 Cod. Prof: \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale: \_\_\_\_\_  
 Indirizzo email: \_\_\_\_\_ Desidero ricevere comunicazioni in formato elettronico   
 Numero di Cellulare: \_\_\_\_\_ Desidero informazioni polizza per telefono   
 \*La scelta potrà essere revocata in ogni momento secondo le modalità indicate nel fascicolo informativo o contattando il Contact Centre AXA MPS Financial

**Assicurando:** \_\_\_\_\_  
 Sesso: \_\_\_\_\_ Nato il: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_  
 Cod. Fiscale: \_\_\_\_\_

**Beneficiari caso vita:**  
 Nome \_\_\_\_\_ Cognome/Ragione sociale \_\_\_\_\_ % di ripartizione prestazione \_\_\_\_\_  
 Sesso \_\_\_\_\_ Nato/Costituito il \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale/P. IVA \_\_\_\_\_ Recapito/Sede legale: indirizzo \_\_\_\_\_  
 comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_ Numero di telefono \_\_\_\_\_

**Beneficiari caso vita**  
 DICHIARO DI NON VOLERE INVIARE LE COMUNICAZIONI CONTRATTUALI AI BENEFICIARI INDICATI IN FORMA NOMINATIVA  
 DICHIARO DI NON VOLERE INDICARE NOMINATIVAMENTE I BENEFICIARI

**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.**

**Beneficiari caso morte:**  
 Nome \_\_\_\_\_ Cognome/Ragione sociale \_\_\_\_\_ % di ripartizione prestazione \_\_\_\_\_  
 Sesso \_\_\_\_\_ Nato/Costituito il \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale/P. IVA \_\_\_\_\_ Recapito/Sede legale: indirizzo \_\_\_\_\_  
 comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_ Numero di telefono \_\_\_\_\_

**Beneficiari caso morte**  
 DICHIARO DI NON VOLERE INDICARE NOMINATIVAMENTE I BENEFICIARI

**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.**

**Referente terzo:**  
 Nome \_\_\_\_\_ Cognome/Ragione sociale \_\_\_\_\_  
 Recapito: indirizzo \_\_\_\_\_  
 comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_ Numero di telefono \_\_\_\_\_

PREMIO UNICO (Euro) \_\_\_\_\_ CONVENZIONE: \_\_\_\_\_  
 DECORRENZA POLIZZA\* \_\_\_\_\_

In \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
 IL CONTRAENTE (Titolare del Conto) \_\_\_\_\_ L'ASSICURANDO (se diverso dal Contraente ai sensi dell'art. 1919 c.c.) \_\_\_\_\_

In relazione al pagamento del premio, il sottoscritto autorizza la Compagnia ad addebitare il premio di Euro \_\_\_\_\_ su IBAN \_\_\_\_\_ SWITCH/BIC \_\_\_\_\_ Int. a: \_\_\_\_\_

Il debitore ha il diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con quest'ultima. Se del caso, il rimborso deve essere richiesto nel termine di 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto

Si dà mandato alla \_\_\_\_\_, che qui sottoscrive per accettazione, di incassare i pagamenti dovuti da AXA MPS Financial DAC.

La filiale \_\_\_\_\_ Firma Contraente \_\_\_\_\_  
 (titolare del conto)  
 Firma Altri intestatari del conto \_\_\_\_\_  
 (in caso di conto a firma congiunta)

\*ATTENZIONE: Il contratto è concluso alle ore 24:00 del Lunedì della settimana successiva alla sottoscrizione del Modulo di proposta sempreché, entro il suddetto termine, il Premio Unico sia stato pagato e che l'Impresa di assicurazione non abbia comunicato per iscritto al Contraente il rifiuto della proposta ovvero il Contraente non abbia revocato la proposta.

ATTENZIONE: Leggere la sezione "MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO" per ulteriori chiarimenti)

**Dichiaro di essere pienamente consapevole che il Fondo Interno mira al raggiungimento di un Obiettivo di Protezione del Valore Unitario di Quota tramite il conseguimento di un Valore Unitario di Quota a scadenza almeno pari al 90% di quello registrato alla Data di istituzione dal Fondo Interno. Il proponente dichiara di aver compreso che l'Impresa di Assicurazione non offre alcuna garanzia finanziaria di rimborso del Capitale Investito a scadenza, di corresponsione di un rendimento minimo e di conseguimento dell'Obiettivo di Protezione a causa dei rischi connessi alle tipologie di strumenti finanziari a cui il Fondo Interno è esposto, direttamente o indirettamente.**

**INFORMATIVA PRECONTRATTUALE**

**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.**

**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 Contraente \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI NON RESIDENZA FISCALE (VEDI RETRO PAGINA)**

**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.**

Dichiaro / Dichiariamo che:  
 • Ho / Abbiamo preso visione della spiegazione delle condizioni indicate nella nota denominata «Definizioni di Residenza» (vedi retro pagina);  
 • 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 risiede 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) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_(Firma) La firma è stata apposta: in nome e per conto proprio / in qualità di legale rappresentante in qualità di beneficiario effettivo (Depennare come si conviene)

Dichiaro di non essere residente in U.S.A. per fini fiscali o di non essere cittadino statunitense

\_\_\_\_\_(Firma) La firma è stata apposta: in nome e per conto proprio / in qualità di legale rappresentante/in qualità di beneficiario effettivo (Depennare come si conviene)

Apponendo la firma nello spazio a ciò dedicato, confermo 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, con l'apposizione della firma nello spazio sottostante, 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.

Nome e località di residenza / indirizzo del Contraente della polizza \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ (Firma) \_\_\_\_\_

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:

- 1) passino più di 183 giorni nello Stato durante l'anno tributario;
- o
- 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 infine 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 stock o quote in un mercato borsistico riconosciuto nell'Unione Europea;
- o
- 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.

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

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Le chiediamo di leggere attentamente la richiesta di consenso relativa a finalità diverse da quella assicurativa e di barrare con una croce la Sua scelta, ricordandole che il Suo consenso è del tutto facoltativo ed il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa il rapporto assicurativo.

Tale consenso può essere revocato liberamente, con conseguente cessazione della legittimità del trattamento; fino a revoca il consenso resterà efficace entro i limiti di conservazione dei dati indicati nella presente informativa.

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

acconsento al trattamento dei miei dati non sensibili per lo svolgimento di comunicazioni, iniziative promozionali e vendita di prodotti e/o servizi di AXA, di società appartenenti allo stesso Gruppo e/o di società partner, oltre che di ricerche di mercato e di rilevazioni statistiche relative ai prodotti e/o servizi di AXA, di società appartenenti allo stesso Gruppo o di aziende partner e di rilevazioni sulle mie esigenze relativamente a tali prodotti e/o servizi

SI

NO

Il Contraente

L'Assicurando (se diverso dal Contraente)

**BANCA  
SPORTELLO  
TARIFFA**

### 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)

### 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 - 1 GEORGE'S QUAY PLAZA, GEORGE'S QUAY, DUBLIN, D02 FV10 - 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.

### 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 tutti i premi versati a fronte della presente polizza assicurativa, del presente contratto assicurativo o del presente prodotto assicurativo sono stati e 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. "Trasazione 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:

- risolvere immediatamente il contratto assicurativo;
- 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;
- 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;
- 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 pretendere.

Data \_\_\_\_\_

(Firma) \_\_\_\_\_

**BANCA  
SPORTELLO  
TARIFFA**

### 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)

### 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 - 1 GEORGE'S QUAY PLAZA, GEORGE'S QUAY, DUBLIN, D02 FV10 - 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.

### 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 tutti i premi versati a fronte della presente polizza assicurativa, del presente contratto assicurativo o del presente prodotto assicurativo sono stati e 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. "Trasazione 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:

- risolvere immediatamente il contratto assicurativo;
- 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;
- 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;
- 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 pretendere.

Data \_\_\_\_\_

(Firma) \_\_\_\_\_



**BANCA  
SPORTELLO  
TARIFFA**

### 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)

### 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 - 1 GEORGE'S QUAY PLAZA, GEORGE'S QUAY, DUBLIN, D02 FV10 - 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.

### 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 tutti i premi versati a fronte della presente polizza assicurativa, del presente contratto assicurativo o del presente prodotto assicurativo sono stati e 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. "Trasazione 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:

- risolvere immediatamente il contratto assicurativo;
- 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;
- 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;
- 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 pretendere.

Data \_\_\_\_\_

(Firma) \_\_\_\_\_

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

AXA Assicurazioni rispetta le persone con le quali entra in contatto e tratta con cura i dati personali che utilizza per lo svolgimento delle proprie attività. A conferma di questo impegno e per dare esecuzione alle norme che tutelano il trattamento dei dati personali forniamo qui di seguito le informazioni essenziali che permettono di esercitare agevolmente ed in modo consapevole i diritti previsti dalla vigente normativa.

### A) Trattamento dei suoi dati personali per finalità assicurative

Al fine di svolgere adeguatamente le attività necessarie alla gestione del rapporto assicurativo per quanto a lei riferito, in qualità di cliente, la nostra Società (di seguito anche "AXA") ha la necessità di disporre di dati personali a lei riferiti (dati ancora da acquisire, alcuni dei quali ci debbono essere forniti da lei o da terzi per obbligo di legge (come la normativa antiriciclaggio), e/o dati già acquisiti, forniti da lei o da altri soggetti, anche mediante la consultazione di banche dati e deve trattarli nel quadro delle finalità assicurative. In particolare useremo i Suoi dati per fornire servizi e prodotti assicurativi della Compagnia nell'ambito delle seguenti attività, indicate a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- quotazione, preventivi, predisposizione, stipulazione di polizze assicurative ed esecuzione degli obblighi dalle stesse derivanti; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri, pagamento o esecuzione di altre prestazioni;
- riassicurazione e coassicurazione;
- prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; esercizio o difesa di diritti dell'assicurazione;
- adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali;
- analisi di nuovi mercati assicurativi o prodotti o servizi;
- gestione e controllo interno;
- attività statistiche, anche a fini di tariffazione;
- attività antifrode con screening delle informazioni pubbliche, tra cui quelle raccolte tramite siti web e social media;
- utilizzo dei dati in forma anonima per attività di analisi e statistiche di mercato.

A tali fini, non è richiesto il suo consenso per il trattamento dei suoi dati non sensibili strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi e/o prestazioni da parte di AXA e di terzi ai quali i dati potranno essere comunicati - sempre per la medesima finalità - in virtù di un obbligo di legge e/o di contratto e/o in quanto parte del Gruppo AXA. Precisiamo che senza i suoi dati non saremo in grado di fornirle, le prestazioni, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati. Quindi, in relazione a questa specifica finalità, il suo consenso è presupposto necessario per lo svolgimento del rapporto assicurativo.

Potremo, inoltre, utilizzare i dati di recapito forniti per inviarle comunicazioni di servizio strumentali per la gestione del rapporto assicurativo.

### B) Trattamento dei dati personali comuni per attività di informazione e promozione commerciale

Inoltre, per migliorare i nostri servizi ed i nostri prodotti e per informarla sulle novità e le opportunità che potrebbero essere di suo interesse, vorremmo avere l'opportunità di stabilire con lei un contatto. Nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati le chiediamo di consentirci l'utilizzo dei suoi dati personali non sensibili per:

- compiere analisi sulla qualità dei servizi ed iniziative dedicate alla raccolta di informazioni, con lo scopo di comprendere quali sono i Suoi bisogni ed esigenze, le Sue opinioni sui nostri prodotti e servizi;
- realizzare ricerche di mercato;
- effettuare indagini statistiche;
- proporre prodotti e servizi che possano essere di Suo interesse.

Potremo altresì comunicarle novità e opportunità relative a prodotti e/o servizi di:

- società che appartengono al Gruppo AXA;
- società esterne con le quali AXA ha stabilito accordi di partnership e di collaborazione.

In particolare potremo provvedere alle seguenti attività:

- invio di materiale pubblicitario,
- vendita diretta,
- compimento di ricerche di mercato,
- comunicazione commerciale di prodotti della singola Compagnia e/o delle società del Gruppo AXA Italia;
- invito ad eventi istituzionali di AXA anche organizzati in collaborazione con i propri partner commerciali.

**Il consenso che le chiediamo è facoltativo.** In mancanza non vi sono effetti sull'erogazione dei servizi assicurativi, ma non potrà conoscere le nostre offerte, né partecipare alle iniziative sopra indicate.

Precisiamo che in caso di suo consenso potremo inviarle messaggi utilizzando strumenti tradizionali (posta e telefono) ovvero strumenti automatici (posta elettronica, sms, mms, fax, social media ed altri servizi di messaggistica e di comunicazione telematica) - tramite l'area web riservata a Sua disposizione, fermo restando che lei ha in ogni momento la possibilità di limitare l'effetto del suo consenso solo ad uno degli strumenti di comunicazioni sopra indicati.

Potremo inoltre provvedere, sempre con il suo consenso, all'invio di materiale pubblicitario, ad effettuare attività di vendita diretta, al compimento di ricerche di mercato e alla comunicazione commerciale anche di prodotti di società appartenenti al nostro gruppo.

### C) Modalità d'uso dei suoi dati personali e suoi diritti

I Suoi dati personali sono trattati da AXA MPS Financial DAC - Titolare del trattamento - solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirle le prestazioni, i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o previsti in Suo favore, ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche e attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati per i suddetti fini ai soggetti già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa. In AXA, i dati sono trattati da dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità alle istruzioni ricevute, per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa; lo stesso avviene presso i soggetti a cui i dati vengono comunicati.

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 o di archiviazione per la gestione del rapporto assicurativo; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela); società di revisione e di consulenza per adempimenti legali o gestione 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 consorzi propri del settore assicurativo: Concordato Cauzione Credito 1994, CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); 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.; VV.FF.; VV.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/international-tax/aeoi/what-is-aeoi.aspx](http://www.revenue.ie/en/companies-and-charities/international-tax/aeoi/what-is-aeoi.aspx)).

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia - operanti talvolta anche al di fuori dell'Unione Europea - che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa o gestionale. In ogni caso il trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea avverrà sulla base delle ipotesi previste dalla vigente normativa, tra cui l'utilizzo di regole aziendali vincolanti (c.d. BCR - Binding Corporate Rules) per i trasferimenti all'interno del Gruppo AXA, l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea per i trasferimenti verso società non appartenenti al Gruppo AXA o la verifica della presenza di un giudizio di adeguatezza del sistema di protezione dei dati personali del Paese importatore dei dati.

Resta inteso che il Titolare potrà agire anche avvalendosi di società esterne specializzate, nonché di società di servizi informatici, telematici, di archiviazione e postali cui vengono affidati compiti di natura tecnica od organizzativa. Tali soggetti terzi agiranno attenendosi alle istruzioni e alle procedure di sicurezza che AXA avrà definito.

**I Suoi dati personali saranno utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per effettuare le attività suddette e non verranno diffusi.**

**Tempo di conservazione dei dati:** I dati vengono conservati per tutto il tempo necessario alla gestione del rapporto con l'interessato, fermo restando che decorsi 10 anni dalla cessazione del rapporto con il cliente si procede alla cancellazione dei dati, salvo contenziosi. Per le attività di marketing in caso di manifestazione dei consensi opzionali richiesti, 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) e nel rispetto della correttezza e del bilanciamento fra legittimo interesse del Titolare e diritti e libertà dell'interessato.

I Suoi diritti: Lei ha il diritto di conoscere chi sono i responsabili del trattamento, accedere ai Suoi dati, farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento, proporre reclamo a un'autorità di controllo e, a far data dal 25 Maggio 2018, di richiedere la portabilità dei dati e far valere il diritto all'oblio.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, Lei può rivolgersi ad AXA MPS Financial DAC in George's Quay Plaza, George's Quay, Dublin, D02 Fv10 - Ireland - c.a. Data Protection Officer - e-mail: [privacy@axa-mpsfinancial.ie](mailto:privacy@axa-mpsfinancial.ie)