

**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 Personal Style (WGR2S), a Premio Unico ovvero a Premio Ricorrente, sulla base delle condizioni contrattuali di cui al MOD. AMF PSY - 10/2019 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   
 Desidera 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 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 \_\_\_\_\_

**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.  
 PREMIO UNICO (Euro) \_\_\_\_\_ CONVENZIONE: \_\_\_\_\_  
 PREMIO RICORRENTE (Euro)\* \_\_\_\_\_ Periodicità\*: \_\_\_\_\_  
 DECORRENZA POLIZZA \_\_\_\_\_  
 Capitale assicurato in caso di morte determinato come da condizioni contrattuali  
 Dichiaro di aver esercitato la richiesta della prestazione assicurativa opzionale in caso di decesso e di aver ricevuto informativa sul costo della stessa come indicato nella tabella allegata alla presente proposta di assicurazione  
 Versamenti automatici\* di € \_\_\_\_\_ con frequenza \_\_\_\_\_  
 Piano di Decumulo pari al \_\_\_\_\_ % del valore della polizza al momento dell'attivazione con frequenza \_\_\_\_\_

\* L'operazione è soggetta ai limiti minimi previsti dalle Condizioni di Polizza

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

**Referente terzo:**  
 Nome: \_\_\_\_\_ Cognome/Ragione sociale: \_\_\_\_\_  
 Recapito/Sede legale: \_\_\_\_\_ indirizzo: \_\_\_\_\_  
 In relazione al pagamento del premio, il sottoscritto autorizza la Compagnia ad addebitare il premio di Euro \_\_\_\_\_  
 su IBAN \_\_\_\_\_ SWIFT 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  
 La filiale \_\_\_\_\_ Firma Contraente (titolare del conto) \_\_\_\_\_  
 Firma Altri cointestatari del conto (in caso di conto e firma congiunta) \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA PRECONTRATTUALE**

Dichiaro di aver ricevuto il Set informativo composto da: Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo), Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario.  
 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 all'Art. 1 delle Condizioni d'Assicurazione 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 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 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.

- Mi impegno / Ci impegniamo / La Società si impegna ad informare la Compagnia assicurativa di qualsiasi cambiamento di residenza nel paese in cui sono / siamo / la Società è residente / i nel corso della durata contrattuale della polizza.

**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) \_\_\_\_\_

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

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.

\* Eliminare come si conviene.

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

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

**MODALITÀ 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 - REVOCABILITÀ 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 entro trenta giorni dalla sua conclusione, dandone comunicazione alla Compagnia con lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi del contratto e copia del documento d'identità, 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 (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:

- 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) \_\_\_\_\_

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 presentata 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 società 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)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_