



## MOD. 1

### Dichiarazione sostitutiva di residenza

**DATI ANAGRAFICI DELL'ADERENTE O DI SUO FIGLIO/A** (nel caso di acquisto/ristrutturazione da parte di quest'ultimo)

Cognome: _____	Nome: _____
Codice Fiscale: _____	Data di nascita: __/__/____
Comune di nascita: _____	Prov: (___)
Indirizzo di residenza: _____	CAP: _____
Comune di residenza: _____	Provincia: (___)
Numero posizione interessata dall'anticipazione _____	

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.)

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, non veritiere, di formazione o uso di atti falsi e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'articolo 75 del predetto D.P.R., ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del citato D.P.R. e sotto la propria responsabilità:

#### DICHIARA

che l'immobile oggetto della richiesta di anticipazione risulta PRIMA CASA DI ABITAZIONE, di essere residente nel Comune dove è ubicato l'immobile OVVERO di assumere l'impegno a stabilirvi la residenza entro 18 mesi dall'acquisto;

Firma dell'aderente o di suo figlio

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## MOD.2

### Modulo di autocertificazione

#### DATI ANAGRAFICI DELL'ADERENTE O DI SUO FIGLIO/A (nel caso di acquisto da parte di quest'ultimo)

Cognome:	_____	Nome:	_____
Codice Fiscale:	_____	Data di nascita:	__/__/____
Comune di nascita:	_____	Prov:	(__)
Indirizzo di residenza:	_____	CAP:	_____
Comune di residenza:	_____	Provincia:	(__)
Numero posizione interessata dall'anticipazione	_____		

#### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.)

Il sottoscritto, avendo richiesto l'anticipazione per l'acquisto della prima casa di abitazione, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, non veritiere, di formazione o uso di atti falsi e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'articolo 75 del predetto D.P.R., ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del citato D.P.R. e sotto la propria responsabilità:

#### DICHIARA

che l'immobile oggetto della richiesta di anticipazione risulta PRIMA CASA DI ABITAZIONE e di non essere titolare di alcun diritto reale (proprietà o godimento) relativamente ad altre abitazioni nel territorio del comune ove è ubicato l'immobile oggetto di acquisto e di non essere titolare, neppure per quote o in regime di comunione legale, su tutto il territorio nazionale, di diritti di proprietà, usufrutto, uso, abitazione e nuda proprietà su altra casa di abitazione acquistata dall'iscritto stesso o dal coniuge usufruendo delle agevolazioni prima casa.

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma dell'aderente o di suo figlio/a

\_\_\_\_\_

## MOD. 3

### IMPEGNO ALL'INOLTRO DELLA DOCUMENTAZIONE DEFINITIVA

IL SOTTOSCRITTO	
COGNOME: _____	NOME: _____
CODICE FISCALE: _____	DATA DI NASCITA: ____/____/____
COMUNE DI NASCITA: _____	PROV: (____)
INDIRIZZO DI RESIDENZA: _____	CAP: _____
COMUNE DI RESIDENZA: _____	PROV: (____)

-IN QUALITA' DI ISCRITTO/A ALLA FORMA DI PREVIDENZA COMPLEMENTARE DENOMINATA \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, AVENDO RICHiesto UNA ANTICIPAZIONE SULLA BASE DI DOCUMENTAZIONE PROVVISORIA (*preliminare di compravendita, preventivi di spesa*)

-CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ CIVILI E DELLE SANZIONI PENALI STABILITE DALLA VIGENTE NORMATIVA PER LE FALSE ATTESTAZIONI E LE DICHIARAZIONI MENDACI,

-CONSAPEVOLE DELL'OBBLIGO DI TRASMETTERE AL FONDO LA DOCUMENTAZIONE DELLA SPESA EFFETTIVAMENTE SOSTENUTA

#### SI IMPEGNA

ALL'INOLTRO DELLA DOCUMENTAZIONE DEFINITIVA NON APPENA DISPONIBILE. SI ASSUME, INOLTRE, TUTTE LE RESPONSABILITÀ NEI CONFRONTI DELL'AMMINISTRAZIONE FINANZIARIA E DEL FONDO STESSO PER LE EVENTUALI CONSEGUENZE DERIVANTI DA DICHIARAZIONI MENDACI E/O FALSE ATTESTAZIONI E/O DALLA MANCATA TRASMISSIONE DELLA DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE LA SPESA EFFETTIVAMENTE SOSTENUTA.

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma dell'aderente

\_\_\_\_\_

**MOD.4**

**Dichiarazione asl o del medico convenzionato con il SSN**

**Spett.le AXA MPS ASSICURAZIONI VITA SPA**

In relazione alla domanda di anticipazione per spese sanitarie presentata dal Vostro Cliente, iscritto alla forma di previdenza complementare denominata \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, di cui alle seguenti generalità:

Cognome: _____ Nome: _____
Sesso: M F Data di nascita: __/__/_____
Luogo di nascita _____

ai sensi della normativa vigente si riconosce:

che lo stesso e/o il familiare di cui alle seguenti generalità:

Cognome: _____ Nome: _____
Sesso: M F Data di nascita: __/__/_____
Luogo di nascita _____

dovrà sostenere/ha sostenuto spese sanitarie per terapie e/o interventi aventi carattere di straordinarietà e gravità sotto il profilo medico ed economico.

Data

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Timbro e firma

**Il timbro del medico di famiglia deve riportare il codice regionale o ASL. Nel caso tale codice non fosse presente è necessario presentare certificazione del medico dove si attesta che l'aderente è un suo paziente.**

### 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-mps.it](http://www.axa-mps.it).

Finalità assicurative descritte alla lettera A) dell'Informativa Privacy

acconsento al trattamento dei dati personali, comuni e sensibili, per le finalità assicurative e a tal fine sottoscrivo il modulo per esprimere questo consenso in forma scritta.

Nome e Cognome Aderente \_\_\_\_\_ data e firma \_\_\_\_\_

Nome e Cognome Esecutore \_\_\_\_\_ data e firma \_\_\_\_\_

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 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

Luogo e data \_\_\_\_\_ Aderente \_\_\_\_\_

## INFORMATIVA PRIVACY SINTETICA PER I CLIENTI DI AXA MPS ASSICURAZIONI VITA

<b>Chi decide perché e come trattare i dati?</b>	<b>AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A.</b> , in qualità di Titolare del trattamento dei dati.
<b>Per quali scopi e su quale base i dati sono trattati?</b>	<p><b>a) Finalità assicurativa</b> I dati sono trattati per gestire i servizi assicurativi e le attività correlate. <b>Il trattamento dei dati è necessario</b> per dare esecuzione al contratto o alle misure precontrattuali richieste, per adempiere obblighi di legge, per legittimo interesse connesso all'attività assicurativa. I dati sensibili, quali i dati relativi allo stato di salute, sono trattati sulla base del consenso dell'interessato. Senza i dati ed il consenso all'uso dei dati sensibili non potranno essere forniti i servizi assicurativi.</p>
<b>Cosa comporta il rifiuto di fornire i dati?</b>	<p><b>b) Finalità commerciali e di marketing</b> 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. <b>Il trattamento dei dati è facoltativo</b> 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.</p>
<b>A chi sono comunicati i dati?</b>	<p>I dati possono essere comunicati ad alcuni soggetti per i soli scopi sopra indicati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dipendenti e collaboratori</li> <li>– Società terze che trattano i dati per conto del Titolare;</li> <li>– Soggetti della cosiddetta "catena assicurativa", cioè soggetti che cooperano nella gestione dei rischi assicurativi, quali società del Gruppo, altri assicuratori, coassicuratori, intermediari assicurativi, legali, periti, medici, autofficine, enti pubblici o associazioni di categoria;</li> <li>– altri soggetti, tra cui società che gestiscono sistemi di informazioni creditizie e di informazione commerciale per rischi finanziari.</li> </ul> <p>In caso di trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea, sono assicurate le garanzie previste dalla vigente normativa.</p>
<b>Quali sono i diritti dell'interessato e come esercitarli?</b>	<p><b>I dati non sono ceduti a terzi, né diffusi.</b> Per accedere, aggiornare, integrare, rettificare, cancellare i dati, chiederne il blocco, opporsi al trattamento, ottenere la limitazione al trattamento, proporre reclamo al Garante Privacy e, dal 25 maggio 2018, richiedere la portabilità dei dati e far valere il diritto all'oblio, <b>l'interessato può scrivere a:</b> AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. – c.a. Data Protection Officer - Via Aldo Fabrizi, 9 – 00128 Roma - e-mail: <a href="mailto:privacy@axa.it">privacy@axa.it</a>.</p>
<b>Da dove provengono i dati trattati?</b>	I dati sono raccolti direttamente presso l'interessato o da terzi, anche mediante la consultazione di banche dati.
<b>Per quanto tempo i dati vengono conservati?</b>	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 cancellazione 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.
<b>Informazioni aggiuntive</b>	L'informativa completa è disponibile nella sezione Privacy del sito <a href="http://www.axa-mps.it">www.axa-mps.it</a> .