

p.c.  
 Spett.le (Fondo di destinazione)


## RICHIESTA DI TRASFERIMENTO AD ALTRA FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE

Luogo  Data 

G	G	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Il sottoscritto  Cognome e Nome Codice fiscale

Luogo e data di nascita 

G	G	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Via

Tel.  Fax  E-mail

iscritto alla seguente forma pensionistica:  Fondo Pensione Previdenza per Te  Piano Individuale Pensionistico

Numero adesione/contratto

**Premesso che**

- ha maturato la permanenza minima nel Fondo Pensione / Piano Individuale Pensionistico
- ha perso i requisiti di partecipazione al Fondo Pensione (solo adesioni Collettive)

**Richiede**

il trasferimento della propria posizione individuale ad altra forma pensionistica complementare, che sarà da Voi effettuato previa autorizzazione del fondo di destinazione.

### DATI DEL FONDO DI DESTINAZIONE

■ Denominazione della forma pensionistica complementare di destinazione	<input type="text"/>
■ Istitutore della forma pensionistica complementare di destinazione	<input type="text"/>
■ Numero adesione della forma pensionistica complementare di destinazione	<input type="text"/>
■ Numero di iscrizione Albo COVIP	<input type="text"/>

### ALTRI DATI

■ Data dell'ultimo versamento dell'Aderente	<table border="1"><tr><td>G</td><td>G</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	G	G	M	M	A	A	A	A
G	G	M	M	A	A	A	A		
■ Riferimento Ufficio amministrativo della forma pensionistica di destinazione	<input type="text"/>								
■ Recapito	<input type="text"/>								
■ Telefono <input type="text"/>	Indirizzo e-mail <input type="text"/>								

Firma dell'Aderente (se Fondo Pensione Aperto)	<input type="text"/>	Agenzia incaricata (timbro)
Firma del Contraente (se Piano Individuale Pensionistico)	<input type="text"/>	
Firma dell'Assicurato (se diverso dal Contraente)	<input type="text"/>	



p.c.  
 Spett.le (Fondo di destinazione)


## RICHIESTA DI TRASFERIMENTO AD ALTRA FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE

Luogo  Data 

G	G	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Il sottoscritto  Cognome e Nome Codice fiscale

Luogo e data di nascita 

G	G	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Via

Tel.  Fax  E-mail

iscritto alla seguente forma pensionistica:  Fondo Pensione Previdenza per Te  Piano Individuale Pensionistico

Numero adesione/contratto

**Premesso che**

- ha maturato la permanenza minima nel Fondo Pensione / Piano Individuale Pensionistico
- ha perso i requisiti di partecipazione al Fondo Pensione (solo adesioni Collettive)

**Richiede**

il trasferimento della propria posizione individuale ad altra forma pensionistica complementare, che sarà da Voi effettuato previa autorizzazione del fondo di destinazione.

### DATI DEL FONDO DI DESTINAZIONE

■ Denominazione della forma pensionistica complementare di destinazione	<input type="text"/>
■ Istitutore della forma pensionistica complementare di destinazione	<input type="text"/>
■ Numero adesione della forma pensionistica complementare di destinazione	<input type="text"/>
■ Numero di iscrizione Albo COVIP	<input type="text"/>

### ALTRI DATI

■ Data dell'ultimo versamento dell'Aderente	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>G</td><td>G</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	G	G	M	M	A	A	A	A
G	G	M	M	A	A	A	A		
■ Riferimento Ufficio amministrativo della forma pensionistica di destinazione	<input type="text"/>								
■ Recapito	<input type="text"/>								
■ Telefono <input type="text"/>	Indirizzo e-mail <input type="text"/>								

Firma dell'Aderente (se Fondo Pensione Aperto)	<input type="text"/>	Agenzia incaricata (timbro)
Firma del Contraente (se Piano Individuale Pensionistico)	<input type="text"/>	
Firma dell'Assicurato (se diverso dal Contraente)	<input type="text"/>	



## INFORMATIVA PRIVACY SINTETICA DI AXA MPS ASSICURAZIONI VITA PREVIDENZA COMPLEMENTARE

<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>	a) <b>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.
<b>Cosa comporta il rifiuto di fornire i dati?</b>	<b>Senza i dati ed il consenso all'uso dei dati sensibili non potranno essere forniti i servizi assicurativi.</b>
<b>A chi sono comunicati i dati?</b>	I dati possono essere comunicati ad alcuni soggetti per i soli scopi sopra indicati: <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, 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> In caso di trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea, sono assicurate le garanzie previste dalla vigente normativa. <b>I dati non sono ceduti a terzi, né diffusi.</b>
<b>Quali sono i diritti dell'interessato e come esercitarli?</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, 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: <b>privacy@axa.it</b> .
<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.
<b>Informazioni aggiuntive</b>	L'informativa completa è disponibile sul sito <b>www.axa-mps.it</b> . Altre informazioni sul trattamento dei dati personali sono disponibili nella sezione Privacy del sito web indicato.

### **Consenso al trattamento dei dati personali per le finalità assicurative**

Prima di fornire il consenso, La invitiamo a leggere attentamente l'informativa privacy.

Io sottoscritto, ricevuta e letta l'informativa privacy di cui al presente documento, 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, cognome, data e firma

.....