

## MODULO DI RICHIESTA PER RICERCA DI COPERTURE ASSICURATIVE VITA

Spett.le AXA MPS

Il sottoscritto/a.....

Indirizzo.....

Cap.....Città.....Prov.....

Tel. .... / ..... E-mail.....

in qualità di (indicare una delle voci sotto riportate):

- richiedente, come da copia del documento di riconoscimento allegato alla presente;
- delegato/a del/la richiedente sig/sig.ra....., come da copia del documento di riconoscimento allegato alla presente unitamente a copia del documento di riconoscimento del richiedente e alla delega da quest'ultimo firmata;

chiede di conoscere se presso codesta Compagnia di assicurazione figurino coperture assicurative in cui la persona deceduta di seguito indicata risulti contraente e assicurata e il richiedente risulti beneficiario.

A tal fine, si forniscono le seguenti informazioni:

- persona deceduta supposta contraente e assicurata (nome/cognome/luogo e data di nascita/cod. fiscale):

.....  
.....

- relazione del richiedente con la persona deceduta supposta contraente e assicurata:

.....

- motivazione della richiesta:

.....

Al fine di consertirVi l'evasione della presente istanza:

- allego documentazione attestante il decesso del contraente (es. certificato di morte) e ogni qualsivoglia documento idoneo ad attestare la mia legittimità a ricevere le informazioni, in qualità di beneficiario (es. atto di notorietà in caso di erede)
- invio la richiesta alla Compagnia utilizzando l'apposita sezione del sito web.

Distinti saluti

Luogo e data .....

Firma .....

## **Informativa sul trattamento dei dati personali**

I dati da Lei forniti nel presente modulo così come quelli eventualmente scaturiti dalle nostre ricerche successive saranno trattati unicamente al fine di evadere la Sua richiesta come sopra meglio esplicitata.

Unicamente per il perseguimento della finalità citata, i Suoi dati potranno essere comunicati a soggetti terzi appartenenti al Gruppo AXA o soggetti con i quali il titolare intrattiene rapporti contrattuali e commerciali.

I Suoi dati non saranno diffusi in alcun modo.

### **Natura del trattamento**

Il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio in quanto necessario al fine di perseguire la finalità di cui sopra.

Modalità d'uso dei dati e tempo di conservazione

I Suoi dati personali saranno trattati con modalità automatizzate e/o tecniche di comunicazione a distanza saranno cancellati decorsi 10 anni dalla data di nostro riscontro alla Sua richiesta, qualora non risulti beneficiario, o dalla data di liquidazione totale della polizza verso i beneficiari titolati, qualora invece dovesse risultare beneficiario.

### **Diritti dell'interessato**

Lei – in qualità di interessato - 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, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, Lei può rivolgersi al Titolare del trattamento come di seguito individuato:

AXA MPS Vita S.p.A presso il DPO - Via Aldo Fabrizi, 9 - 00128 Roma – [privacy@axa-mps.it](mailto:privacy@axa-mps.it)