

Revoca

Con la presente io sottoscritto Contraente intendo revocare la proposta numero

Recesso

Con la presente io sottoscritto Contraente intendo recedere dal contratto numero.....

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.

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.

Contraente/ Legale Rappresentante Data e Firma

Nome e Cognome Assicurato 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. SÌ NO

Luogo e data Il Contraente

Si dichiara che l'operazione sopra riportata è avvenuta:

- in sede presso la filiale:.....
- fuori sede.....tramite l'incaricato abilitato all'offerta fuori sede che opera per conto di Banca Monte dei Paschi di Siena (Firma dell'incaricato abilitato all'offerta fuori sede.....)

In Il

FILIALE
(timbro e firma)

IL CONTRAENTE O RICHIEDENTE
(firma)

(*) Beneficiari in forma nominativa

BENEFICIARI

- Dichiaro di non voler inviare le comunicazioni contrattuali ai beneficiari indicati in forma nominativa.
- (Solo nel caso di polizza con copertura morte) E' presente un beneficiario disabile ai sensi della Legge 104/92? SI NO

**VINCOLO**

La polizza dovrà essere vincolata? (Se sì, specificare l'esatta denominazione del Vincolatario e indirizzo completo) SI NO

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 questi ultimi deve essere comunicata all'impresa.

BENEFICIARI CASO VITA**BENEFICIARIO 1**

Cognome/Denominazione Sociale	Nome	Codice Fiscale/P. IVA	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	
Recapito Indirizzo di residenza	Comune di residenza	Provincia	C.A.P.
Nazione di residenza	e-mail	Numero Telefono	% di Ripartizione della Prestazione

BENEFICIARIO 2

Cognome/Denominazione Sociale	Nome	Codice Fiscale/P. IVA	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	
Recapito Indirizzo di residenza	Comune di residenza	Provincia	C.A.P.
Nazione di residenza	e-mail	Numero Telefono	% di Ripartizione della Prestazione

BENEFICIARIO 3

Cognome/Denominazione Sociale	Nome	Codice Fiscale/P. IVA	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	
Recapito Indirizzo di residenza	Comune di residenza	Provincia	C.A.P.
Nazione di residenza	e-mail	Numero Telefono	% di Ripartizione della Prestazione

BENEFICIARIO 4

Cognome/Denominazione Sociale	Nome	Codice Fiscale/P. IVA	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	
Recapito Indirizzo di residenza	Comune di residenza	Provincia	C.A.P.
Nazione di residenza	e-mail	Numero Telefono	% di Ripartizione della Prestazione

BENEFICIARIO 5

Cognome/Denominazione Sociale	Nome	Codice Fiscale/P. IVA	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	
Recapito Indirizzo di residenza	Comune di residenza	Provincia	C.A.P.
Nazione di residenza	e-mail	Numero Telefono	% di Ripartizione della Prestazione

BENEFICIARIO 6

Cognome/Denominazione Sociale	Nome	Codice Fiscale/P. IVA	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	
Recapito Indirizzo di residenza	Comune di residenza	Provincia	C.A.P.
Nazione di residenza	e-mail	Numero Telefono	% di Ripartizione della Prestazione

BENEFICIARIO 7

Cognome/Denominazione Sociale	Nome	Codice Fiscale/P. IVA	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia	
Recapito Indirizzo di residenza	Comune di residenza	Provincia	C.A.P.
Nazione di residenza	e-mail	Numero Telefono	% di Ripartizione della Prestazione

BENEFICIARIO 8

Cognome/Denominazione Sociale		Nome		Codice Fiscale/P. IVA		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita		Luogo di nascita			Provincia		
Recapito Indirizzo di residenza			Comune di residenza		Provincia		C.A.P.
Nazione di residenza		e-mail		Numero Telefono		% di Ripartizione della Prestazione	

BENEFICIARIO 9

Cognome/Denominazione Sociale		Nome		Codice Fiscale/P. IVA		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita		Luogo di nascita			Provincia		
Recapito Indirizzo di residenza			Comune di residenza		Provincia		C.A.P.
Nazione di residenza		e-mail		Numero Telefono		% di Ripartizione della Prestazione	

BENEFICIARIO 10

Cognome/Denominazione Sociale		Nome		Codice Fiscale/P. IVA		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita		Luogo di nascita			Provincia		
Recapito Indirizzo di residenza			Comune di residenza		Provincia		C.A.P.
Nazione di residenza		e-mail		Numero Telefono		% di Ripartizione della Prestazione	

BENEFICIARI CASO MORTE**BENEFICIARIO 1**

Cognome/Denominazione Sociale		Nome		Codice Fiscale/P. IVA		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita		Luogo di nascita			Provincia		
Recapito Indirizzo di residenza			Comune di residenza		Provincia		C.A.P.
Nazione di residenza		e-mail		Numero Telefono		% di Ripartizione della Prestazione	

BENEFICIARIO 2

Cognome/Denominazione Sociale		Nome		Codice Fiscale/P. IVA		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita		Luogo di nascita			Provincia		
Recapito Indirizzo di residenza			Comune di residenza		Provincia		C.A.P.
Nazione di residenza		e-mail		Numero Telefono		% di Ripartizione della Prestazione	

BENEFICIARIO 3

Cognome/Denominazione Sociale		Nome		Codice Fiscale/P. IVA		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita		Luogo di nascita			Provincia		
Recapito Indirizzo di residenza			Comune di residenza		Provincia		C.A.P.
Nazione di residenza		e-mail		Numero Telefono		% di Ripartizione della Prestazione	

BENEFICIARIO 4

Cognome/Denominazione Sociale		Nome		Codice Fiscale/P. IVA		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita		Luogo di nascita			Provincia		
Recapito Indirizzo di residenza			Comune di residenza		Provincia		C.A.P.
Nazione di residenza		e-mail		Numero Telefono		% di Ripartizione della Prestazione	

BENEFICIARIO 5

Cognome/Denominazione Sociale		Nome		Codice Fiscale/P. IVA		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita		Luogo di nascita			Provincia		
Recapito Indirizzo di residenza			Comune di residenza		Provincia		C.A.P.
Nazione di residenza		e-mail		Numero Telefono		% di Ripartizione della Prestazione	

BENEFICIARIO 6

Cognome/Denominazione Sociale	Nome	Codice Fiscale/P. IVA	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita	Luogo di nascita		Provincia	
Recapito Indirizzo di residenza		Comune di residenza	Provincia	C.A.P.
Nazione di residenza	e-mail	Numero Telefono	% di Ripartizione della Prestazione	

BENEFICIARIO 7

Cognome/Denominazione Sociale	Nome	Codice Fiscale/P. IVA	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita	Luogo di nascita		Provincia	
Recapito Indirizzo di residenza		Comune di residenza	Provincia	C.A.P.
Nazione di residenza	e-mail	Numero Telefono	% di Ripartizione della Prestazione	

BENEFICIARIO 8

Cognome/Denominazione Sociale	Nome	Codice Fiscale/P. IVA	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita	Luogo di nascita		Provincia	
Recapito Indirizzo di residenza		Comune di residenza	Provincia	C.A.P.
Nazione di residenza	e-mail	Numero Telefono	% di Ripartizione della Prestazione	

BENEFICIARIO 9

Cognome/Denominazione Sociale	Nome	Codice Fiscale/P. IVA	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita	Luogo di nascita		Provincia	
Recapito Indirizzo di residenza		Comune di residenza	Provincia	C.A.P.
Nazione di residenza	e-mail	Numero Telefono	% di Ripartizione della Prestazione	

BENEFICIARIO 10

Cognome/Denominazione Sociale	Nome	Codice Fiscale/P. IVA	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data di nascita	Luogo di nascita		Provincia	
Recapito Indirizzo di residenza		Comune di residenza	Provincia	C.A.P.
Nazione di residenza	e-mail	Numero Telefono	% di Ripartizione della Prestazione	

IL RICHIEDENTE (firma e data)

FILIALE (timbro, firma e data)

INFORMATIVA PRIVACY SINTETICA PER I CLIENTI DI AXA MPS ASSICURAZIONI VITA

CHI DECIDE PERCHÈ E COME TRATTARE I DATI?

AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento dei dati.

PER QUALI SCOPI SU QUALE BASI I DATI SONO TRATTATI?

COSA COMPORTA IL RIFIUTO DI FORNIRE I DATI?

a) Finalità assicurativa

I dati sono trattati per gestire i servizi assicurativi e le attività correlate.

Il trattamento dei dati è necessario 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.

b) Finalità commerciali e di marketing

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.

Il trattamento dei dati è facoltativo 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.

A CHI SONO COMUNICATI I DATI?

I dati possono essere comunicati ad alcuni soggetti per i soli scopi sopra indicati:

- Dipendenti e collaboratori
- Società terze che trattano i dati per conto del Titolare;
- 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;
- altri soggetti, tra cui società che gestiscono sistemi di informazioni creditizie e di informazione commerciale per rischi finanziari

In caso di trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea, sono assicurate le garanzie previste dalla vigente normativa.

I dati non sono ceduti a terzi, né diffusi.

QUALI SONO I DIRITTI DELL'INTERESSATO E COME ESERCITARLI?

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, **l'interessato può scrivere a:** AXA MPS Assicurazioni Vita S.p.A. – c.a. Data Protection Officer - Via Aldo Fabrizi, 9 – 00128 Roma - e-mail: **privacy@axa.it**.

DA DOVE PROVENGONO I DATI TRATTATI?

I dati sono raccolti direttamente presso l'interessato o da terzi, anche mediante la consultazione di banche dati.

PER QUANTO TEMPO I DATI VENGONO CONSERVATI?

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.

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

L'informativa completa è disponibile nella sezione Privacy del sito **www.axa-mps.it**.