

MODULO PER RICHIESTA VARIAZIONI CONTRATTUALI

Il presente modulo consente di richiedere alla Compagnia una o più variazioni contemporaneamente sulla polizza indicata. La Compagnia darà corso alle medesime solo qualora l'apposito spazio risulti correttamente compilato. Il contraente si dichiara consapevole che la presente richiesta può comportare una variazione di premio e/o delle prestazioni assicurate secondo quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

1. CORREZIONE DATA DI NASCITA E SESSO DELL'ASSICURATO

Il sottoscritto _____ contraente della polizza _____, comunica a differenza di quanto indicato nel certificato di assicurazione la data di nascita dell'assicurato è ____ / ____ / _____ il sesso della persona assicurata è **M** **F**.

Luogo e Data

Firma Contraente

Firma Assicurato
(o il suo legale rappresentante)

Firma Vincolatario (qualora presente)

2. RIDUZIONE DELL'IMPORTO DI PREMIO PAGATO

Il sottoscritto _____ contraente della polizza _____, in relazione a quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, dichiara di voler ridurre il premio annuo a Euro _____ con decorrenza ____ / ____ / _____ da pagarsi con frazionamento in corso.

Luogo e Data

Firma Contraente

Firma Vincolatario (qualora presente)

3. VARIAZIONE DEL FRAZIONAMENTO DEL PREMIO

Il sottoscritto _____ contraente della polizza _____, in relazione a quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, dichiara di voler frazionare il pagamento del premio, a far data dal ____ / ____ / _____, in rate:

annuali

semestrali

trimestrali

mensili

Luogo e Data

Firma Contraente

Firma Vincolatario (qualora presente)

4. ANNULLAMENTO / MODIFICA / INSERIMENTO DELL'INCREMENTO ANNUO DEL PREMIO

Il sottoscritto _____ contraente della polizza _____, in relazione a quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, dichiara di voler:

inserire l'incremento nella misura del _____%

modificare l'incremento nella nuova misura del _____%

eliminare l'incremento

Luogo e Data

Firma Contraente

Firma Vincolatario (qualora presente)

5. VARIAZIONE DELLA DURATA PAGAMENTO PREMI

Il sottoscritto _____ contraente della polizza _____, in relazione a quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, dichiara di voler ridurre la durata pagamento premi ad anni _____.

Luogo e Data

Firma Contraente

Firma Vincolatario (qualora presente)

6. INCREMENTO MINIMO GARANTITO IN CASO DI MORTE (con questionario per l'Assicurato)

Il sottoscritto _____ contraente della polizza _____, in relazione a quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, chiede l'aumento della percentuale relativa al minimo garantito in caso di morte, portandola ad una

percentuale del _____% della somma complessiva dei premi ed allega a tale scopo il questionario per l'assicurato (Cod. Mod. QA). Dichiara inoltre di essere consapevole e di accettare che, come previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, la Compagnia si riserva il diritto di valutare anche mediante la richiesta di ulteriori accertamenti sanitari, l'accettazione o meno del nuovo rischio.

Luogo e Data

Firma Contraente

Firma Assicurato
(o il suo legale rappresentante)

Firma Vincolatario (qualora presente)

MODULO PER RICHIESTA VARIAZIONI CONTRATTUALI

Il presente modulo consente di richiedere alla Compagnia una o più variazioni contemporaneamente sulla polizza indicata. La Compagnia darà corso alle medesime solo qualora l'apposito spazio risulti correttamente compilato. Il contraente si dichiara consapevole che la presente richiesta può comportare una variazione di premio e/o delle prestazioni assicurate secondo quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

7. INCREMENTO MINIMO GARANTITO IN CASO DI MORTE IN SEGUITO A MATRIMONIO/NASCITA DI UN FIGLIO/ACCENSIONE MUTUO PRIMA CASA

Il sottoscritto _____ contraente della polizza _____, in relazione a quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, chiede l'aumento della percentuale relativa al minimo garantito in caso di morte, portandola ad una

percentuale del _____% della somma complessiva dei premi, senza la compilazione di un nuovo questionario sanitario, per il verificarsi della condizione sotto indicata. Allega alla presente la documentazione comprovante la condizione indicata.

matrimonio nascita di un figlio accensione mutuo prima casa

Luogo e Data

Firma Contraente

Firma Assicurato
(o il suo legale rappresentante)

Firma Vincolatario (qualora presente)

8. INSERIMENTO DELLA GARANZIA ESONERO DAL PAGAMENTO DEI PRIMI IN CASO DI INVALIDITA'

Il sottoscritto _____ contraente della polizza _____, chiede l'inserimento della garanzia Esonero dal Pagamento dei Premi in Caso di Invalidità, secondo quanto previsto dalle Condizioni Generali e Speciali si Assicurazione ed allega a tale scopo il questionario per l'assicurato (Cod. Mod. QA). Dichiara inoltre di essere consapevole e di accettare che, come previsto dalle Condizioni Generali si Assicurazione, la Compagnia si riserva il diritto di valutare anche mediante la richiesta di ulteriori accertamenti sanitari, l'accettazione o meno del nuovo rischio.

Luogo e Data

Firma Contraente

Firma Assicurato
(o il suo legale rappresentante)

Firma Vincolatario (qualora presente)

9. ANNULLAMENTO GARANZIE ASSICURATIVE

Il sottoscritto _____ contraente della polizza _____, così come previsto dalle

Condizioni Generali di Assicurazione, chiede con decorrenza ____ / ____ / _____ l'annullamento delle seguenti garanzie:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> copertura in caso di premiorienza dell'assicurato > 1% | <input type="checkbox"/> esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità |
| <input type="checkbox"/> pacchetto supplementare / diarie | <input type="checkbox"/> garanzia morte per infortunio |
| <input type="checkbox"/> garanzia morte per incidente stradale | <input type="checkbox"/> secondo assicurato / opzione Joint Life |

È altresì consapevole che l'annullamento di una o più delle coperture di cui sopra non comporta un rimborso di premio da parte della Compagnia, bensì un incremento della quota di premio destinata all'investimento o l'eliminazione del costo relativo al pacchetto.

Luogo e Data

Firma Contraente

Firma Assicurato
(o il suo legale rappresentante)

Firma Vincolatario (qualora presente)

10. INSERIMENTO DELLA SECONDA PERSONA ASSICURATA – OPZIONE JOINT LIFE

Il sottoscritto _____ contraente della polizza _____, chiedo di inserire come

seconda persona assicurata, così come previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, il Sig. / la Sig.ra:

_____, nato a _____, il ____ / ____ / _____,

C.F. _____, residente a _____,

in via _____, di professione _____.

Al fine di permettere alla Compagnia la valutazione del rischio, si allega il questionario per l'assicurato compilato (Cod. Mod. QA), consapevoli che la Stessa si riserva il diritto di accettare o rifiutare tale richiesta dietro presa visione del questionario su menzionato e la richiesta di eventuali ulteriori accertamenti sanitari, così come previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

Allega alla presente copia della carta d'identità e del codice fiscale del nuovo assicurato.

Luogo e Data

Firma Contraente

Firma Assicurato
(o il suo legale rappresentante)

Firma Vincolatario (qualora presente)

MODULO PER RICHIESTA VARIAZIONI CONTRATTUALI

Il presente modulo consente di richiedere alla Compagnia una o più variazioni contemporaneamente sulla polizza indicata. La Compagnia darà corso alle medesime solo qualora l'apposito spazio risulti correttamente compilato. Il contraente si dichiara consapevole che la presente richiesta può comportare una variazione di premio e/o delle prestazioni assicurate secondo quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

11. CAMBIO ASSICURATO (cambio del primo e/o del secondo Assicurato)

Il sottoscritto _____ contraente della polizza _____, chiedo di poter variare la persona assicurata:

1° Assicurato da: _____ a _____

2° Assicurato da: _____ a _____

Al fine di permettere alla Compagnia la valutazione del rischio, si allega il questionario per l'assicurato compilato (Cod. Mod. QA), consapevoli che la Stessa si riserva il diritto di accettare o rifiutare tale richiesta dietro presa visione del questionario su menzionato e la richiesta di eventuali ulteriori accertamenti sanitari, così come previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

Allego alla presente copia della carta d'identità e del codice fiscale del nuovo assicurato.

Luogo e Data

Firma Contraente

Firma Assicurato
(o il suo legale rappresentante)

Firma Vincolatario (qualora presente)

12. RICHIESTA DI SOSPENSIONE DAL PAGAMENTO PREMI

Il sottoscritto _____ contraente della polizza _____, chiede la sospensione dal pagamento dei premi con decorrenza ____ / ____ / _____ e secondo quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

Luogo e Data

Firma Contraente

Firma Vincolatario (qualora presente)

13. RICHIESTA DI RIATTIVAZIONE

Il sottoscritto _____ contraente della polizza _____, chiede la riattivazione del pagamento dei premi, con la seguente modalità:

riattivazione con saldo delle rate arretrate

riattivazione a partire dal ____ / ____ / _____

Si prega di allegare alla richiesta:

- Copia della prova di pagamento delle rate arretrate o della rata di riattivazione;
- Questionario per la valutazione dello stato di salute del primo assicurato (in caso di copertura > 1% della somma complessiva dei premi);
- Questionario per la valutazione dello stato di salute del secondo assicurato (quando presente);

Dichiara inoltre di essere consapevole e di accettare che, come previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, la Compagnia si riserva il diritto di valutare anche mediante la richiesta di ulteriori accertamenti sanitari, l'accettazione o meno della riattivazione del contratto con le coperture assicurative presenti precedentemente la sospensione/riscatto del contratto.

Il pagamento delle rate può essere effettuato tramite bollettino postale sul conto 59171363 oppure tramite bonifico su uno dei seguenti conti correnti:

- Conto corrente bancario ING **LU 87 0141 1488 1520 0000** BIC CELLLULL;
- Conto corrente Poste Italiane **IT 37 E 07601 01600 000059171363**;

Luogo e Data

Firma Contraente

Firma Assicurato
(o il suo legale rappresentante)

Firma Vincolatario (qualora presente)

MODULO PER RICHIESTA VARIAZIONI CONTRATTUALI

Il presente modulo consente di richiedere alla Compagnia una o più variazioni contemporaneamente sulla polizza indicata. La Compagnia darà corso alle medesime solo qualora l'apposito spazio risulti correttamente compilato. Il contraente si dichiara consapevole che la presente richiesta può comportare una variazione di premio e/o delle prestazioni assicurate secondo quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

14. VARIAZIONI/CORREZIONI DATI ANAGRAFICI DEL: Contraente Assicurato Entrambi

Il sottoscritto _____ contraente della polizza _____, comunica:

il nuovo indirizzo di residenza domicilio

Via _____ Cap _____

Comune _____ Prov. _____ Tel. _____

Autorizzo inoltre la società MONUMENT Assurance Luxembourg S.A. all'invio delle comunicazioni prodotte nei confronti della scrivente a mezzo posta elettronica, in aggiunta all'invio della documentazione cartacea al seguente indirizzo e-mail:

Luogo e Data Firma Contraente Firma Assicurato
(o il suo legale rappresentante)

15. RICHIESTA DI CAMBIAMENTO DI BENEFICIO "SEMPLICE"

Il sottoscritto _____ contraente della polizza _____, dichiara di attribuire il beneficio come segue:

a) in caso di morte _____ C.F. _____

b) in caso di vita _____ C.F. _____

Allego alla presente copia della carta d'identità e del codice fiscale dei nuovi beneficiari.

Deve intendersi così annullata qualsiasi precedente attribuzione beneficiaria.

Luogo e Data Firma Contraente Firma Vincolatario (qualora presente)

16. RICHIESTA DI CAMBIAMENTO DI BENEFICIO "IRREVOCABILE ACCETTATO"

Qualora per espressa volontà del Contraente il Beneficiario interviene accettando il beneficio, il Contraente stesso non può più revocare o modificare, né incassare somme dovute dalla Compagnia se non previa rinuncia scritta al beneficio stesso da parte del beneficiario che lo ha accettato.

Il sottoscritto _____ contraente della polizza _____, dichiara di attribuire il beneficio a titolo di _____ (*), con espressa rinuncia alla revoca di tale beneficio ai sensi dell'art. 1921 del C.C., come segue:

a) in caso di morte _____ C.F. _____

b) in caso di vita _____ C.F. _____

Il sottoscritto Beneficiario, con la firma del presente atto dichiara di voler profittare del beneficio. Resta pertanto stabilito che nessun pagamento da parte della Compagnia potrà avvenire senza il consenso e l'intervento del Beneficiario sopra indicato.

Luogo e Data Firma Contraente Firma Beneficiario Firma Vincolatario (qualora presente)

17. RICHIESTA DUPLICATO DI POLIZZA

Il sottoscritto _____ contraente della polizza _____, dichiara di aver smarrito il proprio originale di polizza, pertanto chiede il rilascio di un duplicato della stessa.

Luogo e Data Firma Contraente

MODULO PER RICHIESTA VARIAZIONI CONTRATTUALI

Il presente modulo consente di richiedere alla Compagnia una o più variazioni contemporaneamente sulla polizza indicata. La Compagnia darà corso alle medesime solo qualora l'apposito spazio risulti correttamente compilato. Il contraente si dichiara consapevole che la presente richiesta può comportare una variazione di premio e/o delle prestazioni assicurate secondo quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

18. CAMBIO DI CONTRAENZA (DICHIARAZIONE DI TRASFERIMENTO DI PROPRIETA' - CESSIONE)

Il sottoscritto _____ contraente della polizza _____, dichiara di trasferire

La proprietà, con tutti i diritti e gli obblighi relativi, a favore di _____

C.F. _____ Domiciliato a _____

Via _____ che a sua volta dichiara di accettare e di attribuire il beneficio come segue:

a) in caso di morte _____ C.F. _____

b) in caso di vita _____ C.F. _____

Documentazione da presentare:

- Copia documento d'identità in corso di validità e copia del codice fiscale del Contraente Cedente (vecchio contraente);
- Copia documento d'identità in corso di validità e copia del codice fiscale del Contraente Cessionario (nuovo contraente);
- Modulo di adeguata verifica ai fini del D.LGS. 231/07 compilato dal nuovo Contraente.

Nel caso in cui il vecchio o il nuovo Contraente siano una PERSONA GIURIDICA aggiungere:

- Copia documento d'identità in corso di validità e copia del codice fiscale del Legale Rappresentante della società;
- Copia della visura camerale aggiornata della società (aggiornamento a non più di sei mesi precedenti la firma della presente richiesta);
- Apporre timbro della società sulla richiesta.

Luogo e Data

Il Cessionario (nuovo Contraente)

Il Cedente (vecchio Contraente)

Firma Vincolatario (qualora presente)

Il Contraente e gli Assicurati dichiarano che, contestualmente alla presente richiesta, è stata loro consegnata l'informativa ai sensi del D.L. 196 del 30 Giugno 2003 (pag. 7 del presente modello) e allegano alla presente la Formula al Consenso al trattamento dei Dati Personali (pag. 7 del presente modello) sottoscritta, consapevoli che in mancanza della stessa non potranno essere apposte le modifiche richieste.

Firma Contraente

Firma Assicurato
(o il suo legale rappresentante)

Firma 2° Assicurato
(se presente - o il suo legale rappresentante)

19. DICHIARAZIONE SUPPLEMENTARE DEL CONTRAENTE (SE PERSONA FISICA) PER IL TRASFERIMENTO DI PROPRIETA' DELLA POLIZZA, IN CASO DI SUA PREMORRENZA DURANTE IL PERIODO DI DURATA CONTRATTUALE

Il sottoscritto _____ contraente della polizza _____, dichiaro che in caso di mia premorrenza e salvo mie contrarie disposizioni testamentario, i diritti a me spettanti quale Contraente, dovranno ritenersi trasferiti a favore di:

Nome e Cognome _____ (*) C.F. _____

Luogo e data di nascita _____ con piena facoltà di disporre della polizza, quale nuovo Contraente, anche per quanto riguarda il beneficio.

Luogo e Data

Firma Contraente

Firma Assicurato
(o il suo legale rappresentante)

Firma Vincolatario (qualora presente)

(*) non sono ammesse designazioni generiche come "gli eredi legittimi" e simili, dovendo il Contraente essere una sola persona.

20. CANCELLAZIONE DI VINCOLO

La sottoscritta _____ Società vincolataria sulla polizza n. _____, venuti a

cessare i motivi che hanno determinato la costituzione del vincolo, autorizza la cancellazione del vincolo.

Luogo e Data

Firma Contraente

Firma Vincolatario

MODULO PER RICHIESTA VARIAZIONI CONTRATTUALI

Il presente modulo consente di richiedere alla Compagnia una o più variazioni contemporaneamente sulla polizza indicata. La Compagnia darà corso alle medesime solo qualora l'apposito spazio risulti correttamente compilato. Il contraente si dichiara consapevole che la presente richiesta può comportare una variazione di premio e/o delle prestazioni assicurate secondo quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

21. COSTITUZIONE DI VINCOLO

Il sottoscritto _____ contraente della polizza _____, dichiara di voler vincolare la stessa a favore della Spett.le:

Ragione sociale: _____ P.IVA _____

Indirizzo: _____

Pertanto la Compagnia si impegna a non effettuare nessun pagamento né dar corso ad alcuna operazione con contenuto economico senza il consenso del Vincolatario, il quale ha diritto di prelazione sulle attività della polizza.

Luogo e Data

Firma Contraente

Firma Vincolatario

22. VARIAZIONE DELLE LINEE D' INVESTIMENTO PRESELTE (SWITCH)

Il sottoscritto _____ contraente della polizza _____, chiede la modifica dell'investimento così come previsto dalle Condizioni generali di Assicurazione, come segue:

Fondo di provenienza	Percentuale	Fondo di destinazione	Percentuale
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Tale operazione deve essere effettuata :

Solo per le quote già acquisite con i precedenti versamenti;

Solo per le quote che verranno acquistate con i futuri versamenti;

Sia per le quote che verranno acquistate con i futuri versamenti che per le quote attualmente investite nel contratto.

Luogo e Data

Firma Contraente

Firma Vincolatario (qualora presente)

MODULO PER RICHIESTA VARIAZIONI CONTRATTUALI

Il presente modulo consente di richiedere alla Compagnia una o più variazioni contemporaneamente sulla polizza indicata. La Compagnia darà corso alle medesime solo qualora l'apposito spazio risulti correttamente compilato. Il contraente si dichiara consapevole che la presente richiesta può comportare una variazione di premio e/o delle prestazioni assicurate secondo quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.L. 196 DEL 30 GIUGNO 2003

Ai sensi del D.L. 196 del 30 Giugno 2003 (di seguito denominata Legge), ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue.

1. Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento

- è diretto all'espletamento da parte di MONUMENT Assurance Luxembourg S.A. delle finalità di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui la MONUMENT è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- può anche essere diretto all'espletamento da parte di MONUMENT Assurance Luxembourg S.A. delle finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi della MONUMENT stessa nonché per monitorare il livello di soddisfazione della clientela sui prodotti e sui servizi offerti dalla Compagnia ed effettuare indagini di mercato.

2. Modalità del trattamento dei dati

Il trattamento

- è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate dalla Legge: raccolta; registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto, interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione, distruzione; sicurezza, protezione, comprese accessibilità, confidenzialità, integrità, tutela;
- è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare nonché da Società di servizi, in qualità di responsabili esterni o di titolari in conto proprio del trattamento (la lista dei soggetti di cui sopra è disponibile presso il Titolare).

3. Conferimento dei dati

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione civile);
- strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri;
- facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale di prodotti assicurativi nei confronti dell'interessato stesso ovvero per monitorare il livello di soddisfazione della clientela sui prodotti e sui servizi offerti dalla Compagnia ed effettuare indagini di mercato.

4. Rifiuto di conferimento dei dati

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali

- nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o di gestire e liquidare i sinistri; b) nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere le attività ivi indicate.

5. Comunicazione dei dati

- I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1, lett. a), e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, Banche e SIM); legali, periti; Società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché Società di servizi informatici, di archiviazione o di postalizzazione; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario centrale infortuni);
- Inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. b), a Società del gruppo di appartenenza (Società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge) ed a società esterne di servizi di postalizzazione o di ricerche di mercato.

6. Diffusione dei dati

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. Trasferimento dei dati all'estero

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea.

8. Diritti dell'interessato

L'art. 7 della Legge conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la modifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso ancorché pertinente allo scopo della raccolta; di opporsi al trattamento di dati personali che lo riguardano, previsto ai fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta ovvero per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale; tale diritto è esercitabile gratuitamente.

9. Titolare e responsabile del trattamento

Titolare del trattamento è la MONUMENT Assurance Luxembourg S.A. con sede in Goldbell 1, 5, Rue Eugène Ruppert, L-2453 Lussemburgo. Responsabile è il Legale Rappresentante pro tempore e Rappresentante Generale per l'Italia di MONUMENT Assurance Luxembourg S.A. L'interessato, per l'esercizio dei suoi diritti, nonché per ricevere informazioni più dettagliate sui trattamenti e/o sui soggetti o le categorie di soggetti che vengono a conoscenza dei dati o ai quali i dati sono comunicati, si potrà rivolgere al Titolare tramite richiesta scritta da inviare all'Ufficio Marketing e Sviluppo Prodotti al seguente indirizzo: Viale Monza 265, 20126 Milano, tel 02.99292100 fax. 02.99292121, indirizzo mail: italia@monumentassurance.it.

FORMULA DEL CONSENSO

Consenso al trattamento dei dati personali

Preso atto dell'informativa a me rilasciata

- acconsento al trattamento dei miei dati personali, anche sensibili qualora gli stessi siano richiesti dalla tipologia del contratto assicurativo in via di sottoscrizione, nell'ambito delle finalità indicate all'art.1 lettera a) dell'informativa ricevuta. Il mancato consenso comporta per la Compagnia l'impossibilità di emettere e gestire la polizza di assicurazione.

Firma 1° Assicurato
(o il suo legale rappresentante)

Firma 2° Assicurato
(se presente - o il suo legale rappresentante)

Firma Beneficiario
(o il suo legale rappresentante)

- acconsento al trattamento dei miei dati personali nell'ambito delle finalità indicate all'art.1 lettera b) dell'informativa ricevuta.

Luogo e data

SI NO

Firma del Contraente

SI NO

Firma 1° assicurato (o il suo legale rappresentante)

SI NO

Firma 2° assicurato (se presente - o il suo legale rappresentante)