



# Autorizzazione a rilasciare informazioni in ambito della previdenza

Contratto n. /

Polizza di libero passaggio L18

(per persone fisiche)

**Mandante** Cognome/nome

.....  
Via

.....  
NPA/Località

.....  
Numero d'assicurato

.....  
Data di nascita

.....  
Numero di telefono

.....  
Indirizzo e-mail

**Mandatari** Cognome/nome

.....  
Ditta

.....  
Indirizzo

.....  
Persona di contatto

.....  
NPA/Località

.....  
Indirizzo

.....  
Data di nascita

.....  
NPA/Località

.....  
Indirizzo e-mail

.....  
Indirizzo e-mail

.....  
Numero di telefono

.....  
Numero di telefono

La presente autorizzazione permette alla/alle persona/e suindicata/e a richiedere informazioni ad AXA Vita e AXA Fonda-

zioni collettive in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein per gli scopi sottoindicati.

- Verifica delle prestazioni in caso di libero passaggio e previdenza
- Andamento della prestazione di libero passaggio
- Riscatto di anni di contribuzione e riscatto di anni di contribuzione per un pensionamento anticipato
- Compensazione della previdenza in caso di divorzio

.....  
.....  
Il/La mandante dispensa AXA Vita e/o le fondazioni collettive di AXA in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein dagli obblighi di segretezza previsti dalla legge. Il/La mandante autorizza il rilascio dei propri dati necessari alle relative verifiche.

La presente autorizzazione può essere revocata in qualsiasi momento ed è valida al massimo per un anno dopo la sua sottoscrizione.

**Al fine di verificare la firma al presente modulo va allegata una copia della carta d'identità o del passaporto.**

**Firma** Data

.....  
Firma del/della mandante

**Inviare a** AXA

Casella postale 300  
8401 Winterthur

Le informazioni sulla privacy si trovano al seguente link: [AXA.ch/te/privacy](https://www.axa.ch/te/privacy)