

**Appendice da compilare solo in caso di 4 o più beneficiari**

**Dati Beneficiario**

Nome:..... Cognome:.....% di ripartizione prestazione:.....

Sesso:..... Nato il:.....Comune:.....Codice Fiscale:.....

Indirizzo:..... Comune:.....CAP.....

Email:..... numero di telefono: .....

**Dati Beneficiario**

Nome:..... Cognome:.....% di ripartizione prestazione:.....

Sesso:..... Nato il:.....Comune:.....Codice Fiscale:.....

Indirizzo:..... Comune:.....CAP.....

Email:..... numero di telefono: .....

**Dati Beneficiario**

Nome:..... Cognome:.....% di ripartizione prestazione:.....

Sesso:..... Nato il:.....Comune:.....Codice Fiscale:.....

Indirizzo:..... Comune:.....CAP.....

Email:..... numero di telefono: .....

**Dati Beneficiario**

Nome:..... Cognome:.....% di ripartizione prestazione:.....

Sesso:..... Nato il:.....Comune:.....Codice Fiscale:.....

Indirizzo:..... Comune:.....CAP.....

Email:..... numero di telefono: .....

**Firma .....** **Luogo e Data.....**

**Inviare modulo e copia di un documento d'identità valido e con firma visibile all'e-mail: [supporto@axa-mpsfinancial.ie](mailto:supporto@axa-mpsfinancial.ie)**

**Per informazioni contattare il numero verde 800 231 187 attivo da lunedì a venerdì dalle 9 alle 19**

**La Compagnia procederà al completamento della transazione solo in seguito alla corretta ricezione di tutta la documentazione**

*Informativa sul trattamento dei dati personali disponibile sul sito internet <https://www.axa-mpsfinancial.ie/informativa-privacy>*