

MODULO DI RICHIESTA PER RICERCA DI COPERTURE ASSICURATIVE VITA

Spett.le Impresa di assicurazione
CNP Partners S.A.
Via Bocchetto 6, 20123 Milano

Il sottoscritto
Indirizzo
CAP Città Prov.
Telefono
Email

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 la Compagnia 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 e Cognome
Luogo di nascita
Data di nascita Codice Fiscale

- *Relazione del richiedente con la persona deceduta supposta Contraente e Assicurata:*

- *Motivazione della richiesta:*

- *Periodo temporale su cui effettuare la ricerca:*

Distinti saluti,

Luogo e Data

Firma

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Reg. UE n. 679/2016 sulla privacy (GDPR))

Il sottoscritto
Nato a il
Residente a
in

AUTORIZZA

Ai sensi e per gli effetti del Reg. UE n. 679/2016 sulla privacy (GDPR), con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti a seguito della richiesta inoltrata.

Data

Firma (leggibile)
