

MODULO DI RICHIESTA PER LA RICERCA DI COPERTURE ASSICURATIVE VITA

Spett. Cardif Vita S.p.A. – Back Office
Piazza Lina Bo Bardi 3, 20124 – MILANO
(MI)

In data è deceduto/a il/la Sig./Sig.ra, Codice Fiscale,
Data di nascita....., possibile **assicurato** di una copertura assicurativa vita presso la presente Compagnia.

In relazione a tale decesso:

il/ la sottoscritto/a
Indirizzo di contatto
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 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 vita** per le quali il **richiedente** possa essere stato designato come **beneficiario** dall'assicurato sopra indicato.

Luogo e data Firma del richiedente/delegato

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornita, ai sensi del Regolamento Generale (UE) sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 (il "GDPR"), dal Gruppo BNP Paribas anche per le imprese di assicurazione riferibili al Gruppo operanti in Italia che si impegna a rendere nota agli altri interessati. Con la sottoscrizione in calce, esprime dunque il proprio consenso al trattamento dei dati personali - ivi compresi quelli appartenenti a categorie particolari ai sensi dell'art. 9 del GDPR, ove necessario per i servizi richiesti come specificato nell'informativa ricevuta - effettuato da parte delle Compagnie e di tutti i soggetti diversi indicati nell'informativa, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa stessa.

Luogo e data Firma del richiedente/delegato