

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 (ARTT. 13 E 23 DEL D.LGS. 196/2003)

Il/ la sottoscritto/a

Nato/a il Città di nascita..... Prov. CAP

Residente in via/ piazza Città Prov. CAP

ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, al trattamento dei dati personali forniti nella presente richiesta.

Luogo e data Firma del richiedente/ delegato