

MODULO RICERCA COPERTURE ASSICURATIVE VITA

c.a.: Ufficio Portafoglio Vita
Via Arbe, 49 20125 Milano (MI)

Può inviare il modulo via e-mail a gestione_vita@gruppocnp.it insieme alla copia del documento di identità.

In caso di delega, oltre a questo modulo, è sufficiente inviarci il modello di delega firmato dal richiedente insieme ai documenti di identità di entrambi i soggetti.

Il sottoscritto/a: _____

Codice Fiscale: _____

Indirizzo: _____

CAP: _____ Città: _____ Prov.: _____

Tel.: _____ email: _____

In qualità di:

Richiedente;

Delegato del richiedente _____ (si ricorda che è necessario inviarci il modello di delega firmato dal richiedente)

chiede se la persona defunta di seguito indicata, risulti assicurata con la Compagnia CNP Vita Assicura S.p.A. e, nello stesso tempo, il richiedente risulti beneficiario. A tal fine, fornisce le seguenti informazioni (in assenza delle quali non sarà possibile procedere alla ricerca):

- persona deceduta che si suppone assicurata:

Nome e Cognome: _____

luogo di nascita: _____ data di nascita: _____

codice fiscale: _____ data di decesso: _____

- relazione del richiedente con la persona deceduta che si suppone assicurata:

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali, disponibile nella sezione "Privacy" del sito www.gruppocnp.it.

Luogo e data _____

Firma _____