

MODULO RICERCA COPERTURE ASSICURATIVE VITA

c.a.: Ufficio Portafoglio Vita
Via A. Scarsellini, 14 20161 Milano (MI)

Può inviare il modulo via e-mail a gestione_vita@gruppcnp.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 una delle Compagnie CNP Vita Assicura S.p.A. o CNP Vita Assicurazione 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.gruppcnp.it.

Luogo e data _____

Firma _____