

Spett.le
CNP Vita Assicura S.p.A.
Ufficio Liquidazioni Vita
Via Arbe, 49
20125 Milano – MI

liquidazioni_vita@gruppocnp.it
numero verde 800.11.44.33

Oggetto: Liquidazione polizza vita n._____

Contraente _____

Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di Legale Rappresentante (tutore/curatore/amministrato di sostegno) del sig./sig.ra _____, beneficiario/a del contratto in oggetto, dichiara di tenere la Compagnia CNP Vita Assicura S.p.A. sollevata ed indenne da ogni responsabilità per non aver richiesto il Decreto del Giudice Tutelare quale autorizzazione al pagamento al/alla beneficiario/a dell'importo spettante, per il quale esonera la Compagnia da qualsiasi responsabilità anche in ordine all'eventuale reimpiego della somma stessa.

Vogliate provvedere alla liquidazione come di seguito indicato:

IBAN: _____

INTESTATARIO: _____

Distinti saluti.

Luogo e data

Il Legale Rappresentante
