

**MODULO DI RICHIESTA PER RICERCA DI COPERTURE ASSICURATIVE VITA**

(da compilare in ogni sua parte e sottoscrivere)

Spett.

REALE MUTUA ASSICURAZIONI

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

in qualità di (indicare una delle voci sotto riportate):

- richiedente, come da **copia del documento di riconoscimento allegato alla presente;**
- delegato/a del/la 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 codesta impresa di assicurazione figurino coperture assicurative in cui la persona deceduta di seguito indicata risulti contraente e assicurata e il richiedente risulti beneficiario.

A tal fine, si forniscono le seguenti informazioni:

- persona deceduta supposta contraente e assicurata

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

- relazione del richiedente con la persona deceduta supposta contraente e assicurata:

\_\_\_\_\_

- motivazione della richiesta: \_\_\_\_\_

- periodo temporale su cui effettuare la ricerca \_\_\_\_\_

Distinti saluti.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ARTT. 13 E 23 DEL D.LGS.196/2003)

Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

AUTORIZZA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti a seguito della richiesta inoltrata.

DATA \_\_\_\_\_ (Firma leggibile) \_\_\_\_\_