

# MODULO DI RICHIESTA VERIFICA DI COPERTURE ASSICURATIVE VITA

Spettabile  
CNP UniCredit Vita S.p.A.  
Via E. Cornalia, 30  
20124 Milano MI

Il sottoscritto/a.....

Indirizzo.....

Cap.....Città.....Prov.....

Codice fiscale .....

Tel...../..... Mail.....

in qualità di Amministratore di sostegno/ Procuratore/Esecutore Testamentario/Tutore del Sig/Sig.ra..... richiede alla Vs. Compagnia la verifica dell'esistenza di polizze a favore della persona da me assistita.

A tal fine, si forniscono le seguenti informazioni:

---

IN CASO DI DECESSO – dati dell'Assicurato deceduto

Nome ..... Cognome .....

Nato a ..... il .....

Codice fiscale .....

---

IN CASO DI SCADENZA – dati dell'Assicurato in vita alla scadenza del contratto

Nome ..... Cognome .....

Nato a ..... il .....

Codice fiscale .....

**Si allega alla presente:**

- **copia del documento di riconoscimento del mio assistito;**
- **copia del documento di riconoscimento dello scrivente;**
- **copia dell'Atto dei poteri conferiti dal mio assistito**

DATA.....Firma (Amministratore di sostegno) .....

Firma (Assistito).....