

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.....

richiede alla Vs. Compagnia la **verifica dell'esistenza di polizze a mio favore.**

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

Il sottoscritto, allega alla presente copia del documento di riconoscimento.

DATA.....Firma (leggibile).....