

Ricerca coperture assicurative Vita

Il servizio "Ricerca coperture assicurative Vita" fornisce informazioni sull'esistenza, presso Crédit Agricole Vita, di coperture assicurative vita relative a persone decedute che si ipotizza abbiano sottoscritto una polizza i cui beneficiari possano essere i richiedenti, ad esempio in qualità di eredi, parenti o coniugi di tali persone decedute.

La richiesta di informazioni deve pervenire in forma scritta e firmata dal richiedente, o dall'eventuale persona da questi delegata ad effettuare la richiesta, utilizzando il modulo di seguito riportato ed allegando copia di un documento di riconoscimento del richiedente o, in caso di delega, della persona delegata.

Quanto sopra dovrà essere inviato, mezzo posta ordinaria, a:

Crédit Agricole Vita S.p.A.

Corso di Porta Vigentina, 9 – 20122 Milano MI

Mlc.a.: ufficio Portafoglio

o tramite posta elettronica semplice, non certificata, all'indirizzo: **informazioni@ca-vita.it**.

Per ragioni di tutela della privacy, l'Impresa Assicuratrice riscontrerà la richiesta unicamente nel caso in cui la ricerca rilevi l'esistenza di un beneficio a favore del richiedente.

MODULO DI RICHIESTA PER RICERCA DI COPERTURE ASSICURATIVE VITA

Spett.le
Crédit Agricole Vita S.p.A.
Corso di Porta Vigentina, 9
20122 Milano MI

c.a.: ufficio Portafoglio

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/o assicurata e il richiedente risulti beneficiario.

A tal fine, si forniscono le seguenti informazioni:

• persona deceduta supposta contraente e/o assicurata (nome/cognome/luogo e data di nascita/cod. fiscale):

.....

• relazione del richiedente con la persona deceduta supposta contraente e/o 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) _____