

## MODULO DI RICHIESTA VERIFICA DI COPERTURE ASSICURATIVE VITA

Spettabile  
UniCredit Life Insurance 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).....