

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.....

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).....