

## MODULO DI RICHIESTA PER RICERCA DI COPERTURE ASSICURATIVE VITA

Spett.le Impresa di assicurazione  
Medvida Partners S.A.  
Via A.Albricci 7, 20122 Milano

Il sottoscritto   
Indirizzo   
CAP  Città  Prov.   
Telefono   
Email

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 la Compagnia figurino coperture assicurative in cui la persona deceduta di seguito indicata risulti Contraente e Assicurata e il richiedente risulti Beneficiario.

A tal fine, si forniscono le seguenti informazioni:

- *Persona deceduta supposta Contraente e Assicurata*

Nome e Cognome   
Luogo di nascita   
Data di nascita  Codice Fiscale

- *Relazione del richiedente con la persona deceduta supposta Contraente e Assicurata:*

- *Motivazione della richiesta:*

- *Periodo temporale su cui effettuare la ricerca:*

Distinti saluti,

Luogo e Data

Firma

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI  
(Reg. UE n. 679/2016 sulla privacy (GDPR))**

Il sottoscritto   
Nato a  il   
Residente a   
in

**AUTORIZZA**

Ai sensi e per gli effetti del Reg. UE n. 679/2016 sulla privacy (GDPR), con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti a seguito della richiesta inoltrata.

Data

Firma (leggibile)

---