

**MODULO DI RICHIESTA**

**POLIZZE DORMIENTI - INFORMAZIONI PER IL BENEFICIARIO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_,  
(Nome e Cognome)

Residente in \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
(Via)

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

richiede di ricevere informazioni sull'esistenza di polizza/e vita intestata/e a

\_\_\_\_\_  
(Nome e Cognome dell'Assicurato)

CF \_\_\_\_\_, deceduto in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

della/le quale/i risulti essere il Beneficiario designato.

Dichiarò inoltre che il rapporto intercorrente con l'Assicurato deceduto è il seguente:

- familiare \_\_\_\_\_ (specificare il grado di parentela);
- professionale \_\_\_\_\_ (specificare);
- altro \_\_\_\_\_ (specificare).

\_\_\_\_\_  
(Firma)

Li \_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

*Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.*

**Mod. Polizze Dormienti – Informazioni per Beneficiari**