

**MODULO DI RICHIESTA PER RICERCA DI COPERTURE ASSICURATIVE VITA**

*(da compilare in stampatello leggibile)*

SPETT.LE NET INSURANCE LIFE S.P.A.

UFFICIO PORTAFOGLIO ALTRI RAMI

RICERCA POLIZZA VITA PERSONA DECEDUTA

VIA GIUSEPPE ANTONIO GUATTANI, 4

00161 ROMA

Il sottoscritto/a.....

Indirizzo.....

tel...../..... E-mail.....

Cap..... Città..... Prov.....

in qualità di *(crocsegnare 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 Net Insurance Life S.p.A., esista copertura assicurativa in cui la persona deceduta (di cui i dati di seguito) risulti assicurata ed in cui, allo stesso tempo, il richiedente risulti beneficiario, fornendo a tal fine le seguenti informazioni *(in assenza delle quali non sarà possibile procedere alla ricerca)*:

- persona deceduta, supposta assicurata (nome/cognome/luogo e data di nascita:.....  
cod. fiscale..... data decesso \_\_/\_\_/\_\_\_\_)
- relazione del richiedente con la persona deceduta, supposta assicurata:.....
- motivazione della richiesta:.....

- periodo temporale su cui effettuare la ricerca: .....
- recapito presso il quale inviare risposta alla richiesta (*se diverso da quello suindicato*):  
.....

Si unisce alla presente il consenso (del richiedente e, se designato, del delegato) per il trattamento dei dati personali, espresso ai sensi della normativa “privacy”, consenso apposto sull’accluso modulo di informativa.

Distinti saluti.

Luogo e data

Firma (leggibile)

All:

- ( ) documento di identità del Richiedente
- ( ) documento di identità dell’eventuale Delegato

### **MODULO DI DELEGA**

Il sottoscritto/a, in qualità di richiedente di “Ricerca Polizza Vita Persona Deceduta” di cui il presente modulo costituisce parte integrante:

#### **delega**

il/la Sig./Sig.ra..... a presentare alla Net Insurance Life S.p.A., per conto e nell’interesse del richiedente medesimo, formale e specifica richiesta di “Ricerca Polizza Vita persona Deceduta” .

Luogo e data

Firma (leggibile)

## MODULO DI INFORMATIVA “PRIVACY”

---

Ai sensi della normativa “privacy, ”informiamo che i dati personali - comuni ed eventualmente sensibili - forniti compilando il modulo “Ricerca Polizza Vita Persona Deceduta” vengono trattati dalla Net Insurance Life S.p.A., in qualità di titolare del trattamento, esclusivamente al fine di fornire agli aventi titolo un’informazione circa l’eventuale esistenza di copertura assicurativa vita che possa riguardare il richiedente nei limiti indicati nel predetto modulo.

I suddetti dati sono trattati da dipendenti della Net Insurance Life S.p.A. appositamente incaricati, utilizzando modalità e procedure informatiche e/o manuali e applicando le misure di sicurezza appropriate in conformità alla normativa “privacy”.

I dati potranno, al fine di poter eseguire le verifiche richieste, essere comunicati a soggetti terzi per motivi istituzionali (Autorità giudiziaria, Forze dell’ordine, Autorità di vigilanza). I dati non formano oggetto di diffusione.

I dati vengono conservati, per un tempo limitato, solo a fini di documentazione del servizio reso e a fini statistici.

Il richiedente può esercitare i diritti di cui alla normativa “privacy” (conoscenza, aggiornamento, integrazione, rettificazione, blocco, cancellazione dei dati personali), nonché ottenere informazioni più dettagliate:

- scrivendo a NET INSURANCE LIFE S.p.A., Responsabile Privacy, Via Giuseppe Antonio Guattani, 4, 00161 Roma;
- contattando la seguente casella e.mail: [infoprivacy@netinsurance.it](mailto:infoprivacy@netinsurance.it)

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

---

Letta l’informativa che precede, consento al trattamento dei dati personali – comuni ed eventualmente sensibili, necessari alla verifica richiesta per le finalità e con le modalità che sono state rappresentate nell’informativa stessa.

Sono consapevole che, in difetto di consenso, la Net Insurance Life S.p.A. non potrà dare corso alle operazioni che lo richiedono, con le conseguenze che mi sono note.

Luogo e data.....

Cognome e nome del richiedente

Firma del richiedente

.....

.....

Cognome e nome del delegato (se designato)

Firma dell’eventuale delegato (se designato)

.....

.....