

MODULO DI RICHIESTA PER RICERCA DI COPERTURE ASSICURATIVE VITA

(da compilare in stampatello leggibile)

Spett.le SARA VITA spa
Via Po, 20
00198 ROMA RM

Il sottoscritto/a _____

Indirizzo: _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Numero Tel. _____ / Email _____

in qualità di *(indicare una delle voci sottoriportate)*:

- richiedente, come da copia del documento di riconoscimento allegato alla presente;
- delegato/a del/la richiedente sig/sig.ra....., come da copia della delega da quest'ultimo firmata e allegata alla presente insieme alla copia del documento di riconoscimento del delegato e del richiedente;

chiede di conoscere se esistano coperture assicurative in cui la persona deceduta di seguito indicata risulti contraente e/o assicurata e 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 contraente e/o assicurata (nome/cognome/luogo e data di nascita):
cod. fiscale
- relazione del richiedente con la persona deceduta supposta contraente e/o assicurata:
- 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 degli artt. 23 e 26 de l Codice "privacy" e apposto sull'accluso modulo di informativa.

Distinti saluti.

Luogo e data

Firma

.....

MODULO DI DELEGA

Il sottoscritto/a Sig/Sig.ra, in qualità di richiedente di "ricerca di coperture assicurative vita", di cui il presente modulo costituisce parte integrante,

delega

il/la sig./sig.ra..... a presentare a Sara Vita spa, per conto e nell'interesse del richiedente medesimo, formale e specifica richiesta di "ricerca di coperture assicurative vita" mediante l'apposito Modulo predisposto dalla Società stessa.

Luogo e data

Firma

.....

.....

Allegati:

- Copia documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente
- Copia documento di riconoscimento in corso di validità del delegato

INFORMATIVA "PRIVACY"

Ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, c. d. Codice "privacy", informiamo che i dati personali - comuni ed eventualmente sensibili - forniti compilando il "Modulo di richiesta per ricerca di coperture assicurative vita" vengono trattati dalla Sara Vita spa, in qualità di titolare del trattamento, esclusivamente al fine di fornire al richiedente il servizio di individuazione dell'eventuale esistenza di coperture assicurative vita che possano riguardare il richiedente nei limiti indicati nel predetto "Modulo" (assicurazioni vita di cui una persona deceduta sia contraente e/o assicurata e il richiedente sia beneficiario).

I suddetti dati sono trattati da dipendenti della Sara Vita spa, appositamente incaricati, utilizzando modalità e procedure informatiche e/o manuali e applicando le misure di sicurezza appropriate in conformità degli artt. 31 e seguenti del Codice.

I dati sono trattenuti per svolgere la ricerca richiesta e 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.

La fornitura dei dati indicati nel "Modulo di richiesta" del predetto servizio è facoltativa, ma ovviamente è condizione per poter avviare la ricerca e ricevere le informazioni desiderate. Il richiedente può esercitare i diritti di cui all'art. 7 del Codice (conoscenza, aggiornamento, integrazione, rettificazione, blocco, cancellazione dei dati personali).

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Letta l'informativa che precede, consento al trattamento dei dati personali – comuni ed eventualmente sensibili, necessari alla ricerca di coperture assicurative vita da me richiesta –da parte della Sara Vita spa per le finalità e con le modalità che sono state rappresentate nell'informativa stessa. Sono consapevole che, in difetto di consenso, la Sara Vita spa 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)

.....

Per ragioni di tutela della privacy, la risposta sarà negativa quando la ricerca non riscontri l'esistenza di un beneficio a favore del richiedente (vi siano o no polizze in cui il soggetto deceduto sia stato l'assicurato).