

**MODULO DI RICHIESTA PER RICERCA DI POLIZZE ASSICURATIVE VITA  
(AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO)**

*(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 Amministratore di sostegno del Sig./Sig.ra

.....  
chiede di conoscere se esistano polizze assicurative in cui la persona assistita di seguito indicata risulti contraente e/o assicurata e/o beneficiaria, fornendo a tal fine le seguenti informazioni (in assenza delle quali non sarà possibile procedere alla ricerca):

- persona assistita supposta contraente e/o assicurata e/o beneficiaria (nome/cognome/luogo e data di nascita):

.....

cod. fiscale: .....

- recapito presso il quale inviare risposta alla richiesta (se diverso da quello suindicato):

.....

Si uniscono alla presente:

- copia del provvedimento del giudice tutelare recante la nomina ad amministratore di sostegno e i relativi poteri;
- copia del documento di identità della persona assistita;
- copia del documento di identità dell'amministratore di sostegno;
- consenso dell'amministratore di sostegno per il trattamento dei dati personali propri e dell'assistito, espresso ai sensi degli artt. 23 e 26 del Codice "privacy" e apposto sull'accluso modulo di informativa.

Distinti saluti.

Luogo e data

Firma

.....

.....

## **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 polizze assicurative vita” vengono trattati dalla Sara Vita, in qualità di titolare del trattamento, esclusivamente al fine di fornire all'amministratore di sostegno il servizio di individuazione dell'eventuale esistenza di polizze assicurative vita che possano riguardare la persona assistita dall'amministratore di sostegno che presenta la richiesta di ricerca richiesta.

I suddetti dati sono trattati dai dipendenti della Sara Vita, 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 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 miei e della persona da me assistita in qualità di amministratore di sostegno – comuni ed eventualmente sensibili, necessari alla ricerca di polizze assicurative vita da me richiesta –da parte della Sara Vita, per le finalità e con le modalità che sono state rappresentate nell'informativa stessa. Sono consapevole che, in difetto di consenso, la Sara Vita 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

.....

.....

**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).**