Agenzia Generale di _____
Indirizzo email Agenzia _____
Telefono _____
1. Polizza vita n° _____
2. Polizza vita n° _____
3. Polizza vita n° _____

Richiesta di liquidazione per sinistro – Beneficiario persona fisica

1. INFORMAZIONI PERSONALI SUL BENEFICIARIO – Persona fisica

Beneficiario
Nome e cognome _____

Codice fiscale _____

Sesso ◯ M ◯ F

Nato/a a _____

Provincia _____

Data di nascita
gg/mm/aaaa _____

Cittadinanza _____

Seconda cittadinanza _____

Settore professionale _____

Professione _____

Se pensionato, indicare la precedente professione _____

In quale provincia e località svolge prevalentemente l'attività lavorativa? _____

DOCUMENTO

Tipo di documento

- ◯ **Carta d'Identità**
- ◯ **Patente**
- ◯ **Passaporto**
- ◯ **Altro (specificare)** _____

N° Documento _____

Rilasciato il
gg/mm/aaaa _____

Ente di rilascio _____

Luogo di rilascio _____

Data di scadenza _____

RESIDENZA

Indirizzo
via, piazza... _____

C.A.P. _____

Comune _____

Provincia _____

Paese _____

DOMICILIO *Solo se diverso dalla residenza*

Indirizzo
via, piazza... _____

C.A.P. _____

Comune _____

Provincia _____

Paese _____

In qualità di beneficiario della/e polizza/e suindicata/e, chiedo la liquidazione degli importi a me dovuti da Generali Italia S.p.A. in seguito al sinistro che ha colpito:

L'assicurato
Nome e cognome _____

In data
gg/mm/aaaa

Persona Politicamente Esposta (PEP): ◯ SI ◯ NO

Ricopre cariche pubbliche diverse da PEP: ◯ SI ◯ NO
Ad esempio, amministratori locali, ruoli apicali in P.A, consorzi o associazioni di natura pubblicistica

Se sì, specificare:

Rapporto con il contraente:

- ◯ Parentela
- ◯ Affinità *(suocera, nuora, genero...)*
- ◯ Matrimonio
- ◯ Convivenza di fatto/ unione civile
- ◯ Relazione amicale
- ◯ Rapporti di lavoro/ affari
- ◯ Beneficenza/liberalità
- ◯ Altro *(specificare)*

---

2. DICHIARAZIONE AI FINI "FATCA" E "CRS"

In qualità di beneficiario dichiaro di:

- ◯ NON essere cittadino/a degli U.S.A. e di NON avere la residenza fiscale negli U.S.A.
- ◯ NON avere la residenza fiscale in paesi esteri diversi dagli U.S.A.
- ◯ essere cittadino/a degli U.S.A. o "US Person" come definito dalla normativa fiscale americana, e allego "Form W-9"
- ◯ avere residenza fiscale in paesi esteri diversi dagli U.S.A. e allego modulo "CRS"

Paese di destinazione delle somme

- ◯ Italia
- ◯ Paese estero (specificare)

COORDINATE BANCARIE PER I PAGAMENTI MEDIANTE BONIFICO
(L'intestatario del c/c deve coincidere con il Beneficiario)

IBAN:

BIC/SWIFT (solo per banche estere):

Banca _____

Si tratta di un conto cointestato? ◯ SI ◯ NO

Se si, indichi i cointestatari (fino a 4):
Nome, cognome, luogo e data di nascita (gg/mm/aaaa)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Privacy
Il sottoscritto prende atto dell'informativa ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27/4/2016.
Antiriciclaggio - Adeguata verifica
In ottemperanza al D.Lgs. 231/07 e s.m.i ed ai Regolamenti Attuativi emanati da IVASS tempo per tempo vigenti con specifico riferimento all'operazione posta in essere, io sottoscritto, consapevole della responsabilità penale derivante da mendaci affermazioni in tal sede, confermo che la presente operazione è effettuata per mio conto.
Il sottoscritto, dichiara inoltre di aver preso visione dell'informativa sugli obblighi di cui al D. lgs. 231 del 21 novembre 2007 e s.m.i., parte integrante del presente modulo, e di aver fornito nello stesso tutte le informazioni necessarie ed aggiornate e garantisce che le stesse sono esatte e veritiere.

Luogo e data _____

Firma del beneficiario (leggibile) _____

Allego:

1. Copia fronte/retro del documento d'identità in corso di validità del beneficiario i cui estremi sono riportati nel presente modulo
2. Fotocopia Codice Fiscale del beneficiario

AVVERTENZE:
Compilare la richiesta in modo completo. In caso di più beneficiari va compilata una richiesta per ciascun beneficiario.
Se le informazioni fornite sono le medesime per tutte le polizze sarà sufficiente compilare una sola richiesta con l'indicazione di tutti i numeri di polizza, altrimenti dovrà essere compilata una richiesta per la/ le polizze aventi dati diversi. Le richieste di pagamento incomplete comportano la necessità di integrazione dei documenti e, di conseguenza, tempi di liquidazione più lunghi.