



Agenzia Generale di \_\_\_\_\_  
Indirizzo mail Agenzia \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_  
Polizza/e 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** \_\_\_\_\_

**Il**

*Data di nascita* \_\_\_\_\_

**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**

**Scadenza**

**A**

*Inserire luogo di rilascio*

**Ente di rilascio**

RESIDENZA

**Indirizzo**

**C.A.P.**

**Comune**

**Provincia**

**Paese**

DOMICILIO *Solo se diverso dalla residenza*

**Indirizzo**

**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*



BIC/SWIFT (solo per banche estere):

--	--	--	--	--	--	--	--

Banca \_\_\_\_\_

Si tratta di un conto cointestato?  SI  NO

Se sì, indica i cointestatori (fino a 4):

*Nome, cognome, luogo e data di nascita*

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.