



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.