GENERALI

RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE **PER DECESSO**
DELL'ASSICURATO
polizze vita collettive

Dati anagrafici OBBLIGATORI

Il/La sottoscritto/a _____ [M] - [F] *(sesso)*

Codice fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

nato/a il____/____/_____a _____ _____ _____ _____
(località di nascita) *(prov)* *(nazione)* *(cittadinanza)*

residente a _____
(indirizzo – cap - comune - provincia)

_____ _____ _____
(nazione) *(telefono)* *(indirizzo mail)*

a seguito del sinistro che ha colpito l'Assicurato Sig./Sig.ra_____ in data _____in qualita di beneficiario

- della polizza n° _____ Collettiva _____ Sotto-collettiva _____

CHIEDE la liquidazione degli importi di sua spettanza dovuti da Generali Italia S.p.A.

sul seguente C/C - IBAN(27 caratteri), al netto delle ritenute di legge

Banca _____ Intestatario C/C _____
(cognome e nome)

Il C/C sopra indicato è **cointestato**? SI [__] – NO [__] – se SI indicare i seguenti dati :

- **COINTESTATARIO** 1: _____ - _____
(Cognome) *(nome)*

nato/a il____/____/_____a _____ _____ _____ _____
(località di nascita) *(prov)* *(nazione)* *(cittadinanza)*

- **COINTESTATARIO 2**: _____ - _____
(Cognome) *(nome)*

nato/a il____/____/_____a _____ _____ _____ _____
(località di nascita) *(prov)* *(nazione)* *(cittadinanza)*

- **COINTESTATARIO 3**: _____ - _____
(Cognome) *(nome)*

nato/a il____/____/_____a _____ _____ _____ _____
(località di nascita) *(prov)* *(nazione)* *(cittadinanza)*

_____ _____
(*luogo e data*) (*firma dell'Assicurato*)

L' ASSICURATO SI IMPEGNA A COMUNICARE PER ISCRITTO A GENERALI ITALIA S.P.A. QUALSIASI CAMBIAMENTO CHE INCIDA SU QUANTO DICHIARATO

LA COMPAGNIA SI RISERVA DI RIFIUTARE LA DOCUMENTAZIONE SE CARENTE DEI DATI RICHIESTI