

## RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE PER SINISTRO MORTE

POLIZZA VITA N. .... Spett.le Allianz S.p.A.  
ASSICURATO DECEDUTO: Largo Imeri 1  
SIG. .... 34123 TRIESTE TS

Il sottoscritto **COGNOME E NOME** .....  
(per la DONNA, indicare il COGNOME da NUBILE; per la PERSONA NON FISICA, trascrivere la RAGIONE SOCIALE)

**CODICE FISCALE** .....

**BENEFICIARIO** della polizza vita sopra indicata

domiciliato a ..... prov. .... (tel. .... / .....)  
via e n° ..... C.A.P. ....

**CHIEDE** che la liquidazione venga effettuata:

- a mezzo accredito sul conto corrente bancario n° .....  
presso la Banca ..... Agenzia .....  
via e n° ..... località ..... prov. ....  
Codice ABI ..... Codice CAB .....  
c/c intestato a .....  
domiciliato a ..... prov. ....  
via e n° ..... C.A.P. ....

**DICHIARA** di non essere a conoscenza di disposizioni del "de cuius" o del Contraente, se quest'ultimo è diverso dall'Assicurato, che modifichino, totalmente o parzialmente, la designazione di beneficio a favore del sottoscritto e quale indicata e risultante dal contratto citato in oggetto.

**DICHIARA** di impegnarsi fin d'ora a restituire totalmente o parzialmente la somma percepita alla predetta Società, qualora si venisse a conoscenza dell'esistenza di documenti attestanti validamente una volontà del "de cuius" o del Contraente, se quest'ultimo è diverso dall'Assicurato, di revocare il beneficio a favore del sottoscritto, o contenenti una designazione di beneficiario/i avente/i diritto a percepire la somma assicurata diverso/i dal sottoscritto.

**DICHIARA** di essere a conoscenza che il pagamento della prestazione assicurata verrà effettuato in subordine alla consegna della documentazione contrattualmente prevista necessaria a verificare l'obbligo al pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

**ALLEGA** **COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO.**

Luogo e data ..... Firma del Beneficiario .....

(se il Beneficiario è una persona non fisica apporre la firma del RAPPRESENTANTE LEGALE PRO-TEMPORE ed il timbro con la RAGIONE SOCIALE)

Sinistro Morte.Richiesta liquidazione.Pag.to D'OC.



**Allianz S.p.A.**  
Sede legale  
Largo Ugo Imeri, 1 - 34123 Trieste  
Telefono +39 040 7781.111  
Fax +39 040 7781.311  
www.allianz.it  
Codice 18

Uffici:  
Milano 20122 - Corso Italia, 23  
Torino 10121 - Via Vittorio Alfieri, 22  
Trieste 34123 - Largo Ugo Imeri, 1  
CF, P. IVA e Registro imprese  
di Trieste n. 05032630963  
Capitale sociale euro 403.000.000 i.v.

Iscritta all'Albo imprese  
di assicurazione n. 1.00152  
Capogruppo del gruppo assicurativo  
Allianz, iscritto all'Albo gruppi  
assicurativi n. 018  
Società controllata, tramite  
A.C.I.F. S.p.A., da Allianz SE - Monaco