

MODULO LIQUIDAZIONE PER SINISTRO

POLIZZA N. _____

CONTRAENTE _____

Il sottoscritto _____

Nella qualità di: Beneficiario Esecutore per conto del Beneficiario della polizza sopra citata**Documenti (da allegare) comprovanti i poteri di delega dell'Esecutore:** Procura/Delega Delibera assembleare/C.d.A. Atto costitutivo/ Statuto Visura camerale Provvedimento Giudice Tutelare**COMUNICA alla Spettante Società**

Che in data ___/___/_____ è deceduto l'Assicurato _____

per causa: Naturale Accidentale* (specificare) _____

* Nota bene: prendere visione della documentazione specifica riportata nella sezione "Documentazione necessaria per l'apertura del sinistro".

Modulo liquidazione sinistro da produrre per ciascun Beneficiario

In presenza di più di due Beneficiari, fotocopiare la presente pagina e allegarla al Modulo.

Il Sottoscritto _____ nato a _____ il ___/___/___

Nella qualità di: Beneficiario Esecutore per conto del Beneficiario

CHIEDE che la liquidazione della parte spettante avvenga sul conto corrente **intestato al Beneficiario**, di cui fornisce il codice IBAN

Cod. Paese	CIN IBAN	Cin	ABI	CAB	Numero Conto Corrente

da compilare solo in caso di bonifico verso conto corrente estero

(può essere formato da 8 o da 11 caratteri)

Codice SWIFT BIC

Paese di destinazione delle somme: _____

e **DICHIARA** di aver preso visione delle informative allegate.

Dichiarazioni sulla defiscalizzazione (da compilare con riferimento al Beneficiario Soggetto diverso da Persona Fisica)

Il Beneficiario, ai sensi dell'art. 14, comma 1-bis, del D.lgs. 18 febbraio 2000, **dichiara** (solo per i contratti sottoscritti dal 1° gennaio 2001) di percepire i proventi maturati con il presente contratto **nell'esercizio dell'attività di impresa a fine di lucro o nell'ambito dell'attività commerciale** e chiede pertanto di non procedere all'applicazione dell'imposta sostitutiva di cui all'art. 26-ter, comma 1, del D.P.R. n. 600 del 1973.

Altri dati dell'operazione

Il conto di liquidazione è cointestato? SI NO RIFIUTO DI RISPONDERE In caso di risposta affermativa compilare i campi sotto riportati

COGNOME DEL 1° COINTESTATARIO _____ NOME DEL 1° COINTESTATARIO _____ SESSO M F

DATA DI NASCITA _____ COMUNE DI NASCITA _____ PROV. DI NASCITA _____ STATO DI NASCITA _____

Rapporto con il Contraente:

Parentela Coniugio Relazione amicale Beneficienza/liberalità
 Affinità Convivenza di fatto o unione civile Lavoro/affari Altro (specificare) _____

COGNOME DEL 2° COINTESTATARIO _____ NOME DEL 2° COINTESTATARIO _____ SESSO M F

DATA DI NASCITA _____ COMUNE DI NASCITA _____ PROV. DI NASCITA _____ STATO DI NASCITA _____

Rapporto con il Contraente:

Parentela Coniugio Relazione amicale Beneficienza/liberalità
 Affinità Convivenza di fatto o unione civile Lavoro/affari Altro (specificare) _____

COGNOME DEL 3° COINTESTATARIO _____ NOME DEL 3° COINTESTATARIO _____ SESSO M F

DATA DI NASCITA _____ COMUNE DI NASCITA _____ PROV. DI NASCITA _____ STATO DI NASCITA _____

Rapporto con il Contraente:

Parentela Coniugio Relazione amicale Beneficienza/liberalità
 Affinità Convivenza di fatto o unione civile Lavoro/affari Altro (specificare) _____

COGNOME DEL 4° COINTESTATARIO _____ NOME DEL 4° COINTESTATARIO _____ SESSO M F

DATA DI NASCITA _____ COMUNE DI NASCITA _____ PROV. DI NASCITA _____ STATO DI NASCITA _____

Rapporto con il Contraente:

Parentela Coniugio Relazione amicale Beneficienza/liberalità
 Affinità Convivenza di fatto o unione civile Lavoro/affari Altro (specificare) _____

_____ **X** _____
 Data e luogo Firma leggibile del Beneficiario o dell'Esecutore