Vittoria Assicurazioni

SOCIETÀ PER AZIONI - CAP. SOC. EURO 67.378.924 INT. VERS. - P.IVA, COD.FISC. E REG. IMPRESE MILANO N. 01329510158 - SEDE E DIREZIONE: ITALIA - 20149 MILANO - VIA IGNAZIO GARDELLA, 2 - ISCRITTA ALL'ALBO IMPRESE DI ASSICURAZIONE E RIASSICURAZIONE SEZ. I N. 1.00014 - CAPOGRUPPO DEL GRUPPO VITTORIA ASSICURAZIONI ISCRITTO ALL'ALBO DEI GRUPPI ASSICURATIVI N. 008

linea PREVIDENZA COMPLEMENTARE

PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO VITTORIA

DENUNCIA DI SINISTRO

PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO VITTORIA

PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO DI TIPO ASSICURATIVO - FONDO PENSIONE
(ART.13 del Decreto Legislativo 5 dicembre 2005, N.252)
Iscritto all'albo tenuto dalla Covip con il n.° 5.081

N. POSIZIONE _____ **AGENZIA/CANALE** _____ **CODICE AGENZIA/CANALE** _____

ADERENTE - Cognome e Nome _____ **DATA DEL DECESSO** _____

I sottoscritti Beneficiari, in base a quanto indicato nel Regolamento, chiedono la liquidazione della posizione individuale maturata in seguito al decesso dell'Aderente, e a tal fine allegano i documenti richiesti nello specifico "*Articolo 15 - Pagamenti della Compagnia*" delle Condizioni di Polizza. (*Nel caso in cui il numero dei beneficiari sia superiore rispetto a quelli predisposti nel presente modulo si prega di compilare più copie dello stesso)*

1) _____ _____
Cognome e Nome — Codice Fiscale/Partita Iva

_____ _____ _____ _____
Comune di nascita — Prov. — Data di nascita — Recapito telefonico

_____ _____ _____ _____
RESIDENZA – Indirizzo — Comune — Prov. — C.A.P.

_____ _____ _____ _____
DOC. IDENTIFICATIVO VALIDO — N. DOCUMENTO — RILASCIATO DA — IN DATA

2) _____ _____
Cognome e Nome — Codice Fiscale/Partita Iva

_____ _____ _____ _____
Comune di nascita — Prov. — Data di nascita — Recapito telefonico

_____ _____ _____ _____
RESIDENZA – Indirizzo — Comune — Prov. — C.A.P.

_____ _____ _____ _____
DOC. IDENTIFICATIVO VALIDO — N. DOCUMENTO — RILASCIATO DA — IN DATA

Si richiede inoltre che il pagamento della somma liquidabile sia eseguito a mezzo bonifico bancario utilizzando le seguenti coordinate:

ISTITUTO DI CREDITO : _____ AGENZIA/FIL.: _____

C/C INTESTATO A : _____

CODICE FISCALE INTESTATARIO C/C : | | | | | | | | | | | | | | | | |

paese		check		cin	abi					cab					c/c													
IBAN																												

Data _____ **Beneficiari: 1)** _____ **2)** _____
Firma ed eventuale Timbro dell'Azienda — Firma ed eventuale Timbro dell'Azienda

PER RICEVUTA

Data _____ _____
Timbro e Firma del Canale Collocatore

Ai sensi del D.lgs. n. 196 del 30/06/2003 i dati personali conferiti con la presente richiesta verranno trattati da Vittoria Assicurazioni S.p.A. al solo scopo di provvedere alla liquidazione della prestazioni e per ottemperare agli obblighi di legge vigenti.