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

FONDO PENSIONE APERTO

Vittoria Formula Lavoro

iscritto all'albo al n.22

DENUNCIA DI SINISTRO

GENERALITA' DELL'ADERENTE

NUMERO POSIZIONE _____ CODICE AGENZIA _____

COGNOME _____ NOME _____ DATA DEL DECESSO _____

I SOTTOSCRITTI BENEFICIARI, IN BASE A QUANTO INDICATO NEL REGOLAMENTO, CHIEDONO LA LIQUIDAZIONE DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE MATURATA IN SEGUITO A DECESSO DELL'ADERENTE E A TAL FINE ALLEGANO I DOCUMENTI RICHIESTI (*NEL CASO IL CUI NUMERO DEI BENEFICIARI SIA SUPERIORE RISPETTO A QUELLI PREDISPOSTI NEL PRESENTE MODULO SI PREGA DI COMPILARE PIU' COPIE DELLO STESSO*).

GENERALITA' DEI BENEFICIARI

COGNOME _____ NOME _____ CODICE FISCALE/ PARTITA IVA _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROVINCIA _____ CITTADINANZA _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA: VIA E N. CIVICO _____ C.A.P. _____ LOCALITA' _____ PROVINCIA _____ TELEFONO _____

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

COGNOME _____ NOME _____ CODICE FISCALE/ PARTITA IVA _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____ PROVINCIA _____ CITTADINANZA _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA: VIA E N. CIVICO _____ C.A.P. _____ LOCALITA' _____ PROVINCIA _____ TELEFONO _____

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

SI RICHIEDE INOLTRE CHE IL PAGAMENTO DELLA SOMMA LIQUIDABILE SIA ESEGUITO A MEZZO BONIFICO UTILIZZANDO LE SEGUENTI COORDINATE:

DATI BANCARI

DENOMINAZIONE ISTITUTO DI CREDITO _____ AGENZIA/FILIALE _____

TITOLARE DEL CONTO CORRENTE _____ CODICE FISCALE TITOLARE DEL CONTO _____

paese		check		cin	abi					cab						c/c								
IBAN																								

ATTENZIONE

OGNI RICHIESTA SARA' SOGGETTA ALLE NORME ED ALLE REGOLE PREVISTE DAL REGOLAMENTO DEL FONDO E DALLA NOTA INFORMATIVA GIA' CONSEGNATE ALL'ATTO DELL'ADESIONE.

DATA _____ FIRMA DEL BENEFICIARIO _____ FIRMA DEL BENEFICIARIO _____

PER RICEVUTA

DATA _____ TIMBRO E FIRMA CANALE COLLOCATORE _____