

MODALITA' DI PAGAMENTO richiesto dall'avente diritto al risarcimento/indennizzo

BONIFICO: COD. IBAN: _____

Intestazione del conto (se diverso): _____

Cod. Fiscale (se diverso): _____

ASSEGNO PRESSO: RESIDENZA

DOMICILIO

AGENZIA*

*AUTORIZZAZIONE di trasmissione assegno presso AGENZIA (esclusa liquidazione concordata):

Il sottoscritto _____

C.F. _____ assicurato con Allianz S.p.a., con la polizza numero

_____, con riferimento al sinistro occorso in data _____ in

_____, rubricato con il n. _____

AUTORIZZA ESPRESSAMENTE “Allianz S.p.a.” a trasmettere l'assegno offerente alla liquidazione dl sinistro di cui sopra, presso la sede dell'Agenzia “Allianz S.p.a.” individuata dal Cod. 1902, Montani Marco Ag. Fermo, sita in via Giovanni Agnelli, 22 - 63900 Fermo (FM) esonerando espressamente “Allianz S.p.a.” da ogni qualsivoglia responsabilità in ordine a siffatta domiciliazione ivi compreso il materiale conferimento dell'assegno in questione al sottoscritto.

Data _____

Firma _____

(approvazione esplicita dei dati inseriti in tutte le sessioni del modulo- allegare documento identità)

Timbro/firma Agenzia _____