

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 Viva S.p.a., con la polizza numero _____, con riferimento al sinistro occorso in data _____ in _____, rubricato con il n. _____

AUTORIZZA ESPRESSAMENTE “Allianz Viva S.p.a.” a trasmettere l'assegno offerente alla liquidazione dl sinistro di cui sopra, presso la sede dell'Agenzia “Allianz Viva S.p.a.” individuata dal Cod. 1902, Montani Marco Ag. Fermo, sita in via Giovanni Agnelli, 22 - 63900 Fermo (FM) esonerando espressamente “Allianz Viva 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 _____