

**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 Italiana Assicurazioni Spa, con la polizza

numero \_\_\_\_\_, con riferimento al sinistro occorso in data \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_, rubricato con il n. \_\_\_\_\_

AUTORIZZA ESPRESSAMENTE Italiana Assicurazioni Spa a trasmettere l'assegno offerente alla

liquidazione del sinistro di cui sopra, presso la sede dell'Agenzia Italiana Assicurazioni Spa

individuata dal Cod. 4154, Montani Marco Ag. Fermo, sita in via Giovanni Agnelli, 22 - 63900

Fermo (FM) esonerando espressamente Italiana Assicurazioni Spa 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

---

---