

**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 Aviva Italia S.p.a., con la polizza

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

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

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