

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 HDI Assicurazioni S.p.a., con la polizza

numero _____, con riferimento al sinistro occorso in data _____

in _____, rubricato con il n. _____

AUTORIZZA ESPRESSAMENTE HDI Assicurazioni S.p.a. a trasmettere l'assegno offerente alla liquidazione dl sinistro di cui sopra, presso la sede dell'Agenzia HDI Assicurazioni S.p.a.

individuata dal Cod. 825, Montani Marco Ag. Fermo, sita in via Giovanni Agnelli, 22 - 63900

Fermo (FM) esonerando espressamente HDI Assicurazioni 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 _____