

# RICHIESTA FLASH BENEFIT

PRODOTTI CODICE L02

PRODOTTI RAMO I



FIDEURAM  
VITA

Spett.le Fideuram Vita S.p.A.  
Via E.Q. Visconti, 80 - 00193 Roma

Nome prodotto: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto ..... Beneficiario della polizza n. ....

Nato a ..... Prov. .... il .....

Codice Fiscale ..... Documento  Cartà identità  Passaporto  Patente  Altro

Numero ..... Data rilascio ..... Ente/Localtà rilascio .....

Residente in Via ..... Città ..... Prov. .... Cap .....

sotto la sua personale responsabilità e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni inesatte e/o mendaci.

## DICHIARA

che in data ..... è deceduto l'Assicurato ..... senza lasciare testamento

Dichiara inoltre che gli eredi legittimi dell'Assicurato sono:

(da compilare se i beneficiari in polizza sono generici es.: i fratelli, gli eredi legittimi, i figli)

..... in qualità di .....

..... in qualità di .....

..... in qualità di .....

Quanto sopra al fine di ricevere l'anticipazione del capitale assicurato a me spettante come da condizioni in mio possesso.

A tal fine allego dichiarazione sostitutiva di atto notorio e successivamente fornirò tutta la documentazione necessaria per la liquidazione del capitale assicurato come da Condizioni di assicurazione.

Il sottoscritto Beneficiario, consapevole della natura di anticipazione dell'erogazione Flash Benefit da parte della Società s'impegna a restituire le somme erogate a titolo di anticipazione nel caso che la liquidazione finale del capitale assicurato non dovesse risultare dovuta secondo quanto previsto dalle Condizioni di assicurazione in mio possesso.

Data e luogo

Il Beneficiario (firma)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_