

# RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE A SCADENZA

PRODOTTI CODICE L02  
PRODOTTI RAMO I - IV - V



FIDEURAM  
VITA

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

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

Luogo \_\_\_\_\_

Data 

giorno	mes	anno
--------	-----	------

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ nella sua qualità di Contraente, in base a quanto previsto nelle Condizioni di assicurazione regolanti l'assicurazione sulla vita n. \_\_\_\_\_ chiede la liquidazione del capitale al termine del differimento del \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa).

## BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE N. 1

(I dati che seguono sono da compilare nel caso in cui il Beneficiario della prestazione a scadenza sia diverso dal Contraente)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso  M  F

TIPO RELAZIONE (A) \_\_\_\_\_ TIPO RELAZIONE (B) \_\_\_\_\_ TIPO RELAZIONE (C) \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_ Codice Fiscale o Partita IVA \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

Indirizzo di corrispondenza \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

(se diverso dall'indirizzo di residenza)

Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

Estremi documento di identificazione: Tipo \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_ Data di rilascio \_\_\_\_\_

Autorità e luogo di rilascio \_\_\_\_\_

(A) indicare il tipo di relazione intercorrente tra il **Contraente** e l'**Assicurato** solo se il Contraente non coincide con l'Assicurato  
1=familiare/parentale, 2=professionale, 3=sovvenzione (beneficiario, ONLUS/ONG, istituto religioso etc.), 4=altro.

(B) indicare il tipo di relazione intercorrente tra il **Beneficiario** e il **Contraente** solo se il Beneficiario non coincide con il Contraente  
1=familiare/parentale, 2=professionale, 3=sovvenzione (beneficiario, ONLUS/ONG, istituto religioso etc.), 4=altro.

(C) indicare il tipo di relazione intercorrente tra il **Beneficiario** e l'**Assicurato** solo se il Contraente non coincide con l'Assicurato  
1=familiare/parentale, 2=professionale, 3=sovvenzione (beneficiario, ONLUS/ONG, istituto religioso etc.), 4=altro.

## BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE N. 2

(I dati che seguono sono da compilare nel caso in cui il Beneficiario della prestazione a scadenza sia diverso dal Contraente)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso  M  F

TIPO RELAZIONE (A) \_\_\_\_\_ TIPO RELAZIONE (B) \_\_\_\_\_ TIPO RELAZIONE (C) \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Nazione \_\_\_\_\_ Codice Fiscale o Partita IVA \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

Indirizzo di corrispondenza \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

(se diverso dall'indirizzo di residenza)

Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

Estremi documento di identificazione: Tipo \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_ Data di rilascio \_\_\_\_\_

Autorità e luogo di rilascio \_\_\_\_\_

(A) indicare il tipo di relazione intercorrente tra il **Contraente** e l'**Assicurato** solo se il Contraente non coincide con l'Assicurato  
1=familiare/parentale, 2=professionale, 3=sovvenzione (beneficiario, ONLUS/ONG, istituto religioso etc.), 4=altro.

(B) indicare il tipo di relazione intercorrente tra il **Beneficiario** e il **Contraente** solo se il Beneficiario non coincide con il Contraente  
1=familiare/parentale, 2=professionale, 3=sovvenzione (beneficiario, ONLUS/ONG, istituto religioso etc.), 4=altro.

(C) indicare il tipo di relazione intercorrente tra il **Beneficiario** e l'**Assicurato** solo se il Contraente non coincide con l'Assicurato  
1=familiare/parentale, 2=professionale, 3=sovvenzione (beneficiario, ONLUS/ONG, istituto religioso etc.), 4=altro.



**ALLEGATI**

- A1**  Fotocopia del codice fiscale e di un documento d'identità in corso di validità del Contraente (e del Beneficiario a scadenza se diverso dal Contraente)
- A2**  Fotocopia del codice fiscale e di un documento d'identità in corso di validità del legale rappresentante; certificato d'iscrizione alla C.C.I.A.A.  
Solo nel caso di Contraente persona giuridica: il Contraente è esercente attività d'impresa? **SI**  **NO**
- A3**  Questionario di adeguata verifica assicurativo

**N.B.** La Compagnia, per situazioni particolari, si riserva di chiedere ulteriore documentazione ad integrazione di quella sopra indicata.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CONTRAENTE  
O DEL RAPPRESENTANTE LEGALE IN CASO DI PERSONA GIURIDICA O INCAPACE DI AGIRE