

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	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

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.

FIRME

FIRMA DEL CONTRAENTE

FIRMA DEL BENEFICIARIO (se diverso dal contraente)

(compilare e firmare anche i successivi campi qualora il modulo venga inviato alla Compagnia dopo il termine del differimento del _____ ed il Beneficiario della prestazione a scadenza a tale data sia un soggetto diverso dal Contraente.
(gg/mm/aaaa)

Il sottoscritto _____

Cognome

Nome

Codice fiscale o partita IVA _____ in qualità di Beneficiario della prestazione maturata a scadenza rinuncia alla suddetta prestazione.

FIRMA DEL BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE A SCADENZA