

Richiesta di liquidazione causa decesso dell'assicurato

mittente (specificare se Beneficiario/Erede)		destinatario CREDEM VITA S.p.A. Via L. Sani, 1 42121 REGGIO EMILIA	
Assicurato (nome, cognome)		e p. c. al CREDITO EMILIANO	
Codice Fiscale Assicurato			
CDG Assicurato			
polizza n.	dipendenza	data invio	

Con la presente, facendo riferimento alla polizza soprariportata, Vi chiedo di dar corso alla seguente disposizione:

liquidazione causa decesso dell'Assicurato avvenuto il

Il sottoscritto in qualità di Beneficiario/Erede della polizza in oggetto dichiara che nella data sopraevidenziata è deceduto l'Assicurato della polizza stessa.

Pertanto richiedo il pagamento del capitale assicurato, determinato sulla base delle norme riportate nelle Condizioni di Assicurazione.

Il sottoscritto, sulla base della documentazione prodotta, dichiara infine di aver diritto alla riscossione del capitale assicurato ed autorizza CREDEM VITA SpA ad accreditare l'importo spettantegli sul conto corrente sottoindicato.

Con effetto dalla esecuzione del pagamento, dichiara di non avere più nulla a pretendere da CREDEM VITA SpA in dipendenza della polizza suindicata che, con il presente pagamento, deve intendersi estinta e priva di ogni ulteriore effetto.

IBAN intestazione conto corrente di accredito (anche se c/c CREDEM)
firma mittente
cognome, nome e visto incaricato per verifica firma e poteri