

## MODULO DI DENUNCIA DI DECESSO

(da inviare tramite raccomandata A.R., unitamente alla documentazione richiesta a:  
**Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canale Banche, Via G. B. Cassinis 21 – 20139 Milano**)

Il presente modulo viene messo a disposizione al solo fine di agevolare la richiesta di pagamento e a titolo di servizio alla clientela.

**ATTENZIONE:** le richieste di pagamento incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.

### Mutuo Protetto<sup>+</sup>

Estremi del contratto di assicurazione di cui si richiede la liquidazione della prestazione in caso di decesso:

<b>N. Adesione/Polizza:</b>	_____	<b>N. Finanziamento:</b>	_____
<b>Data Emissione:</b>	_____	<b>Data Decorrenza:</b>	_____
<b>N. Polizza Collettiva Vita:</b>	_____	<b>N. Polizza Collettiva Danni:</b>	_____
<b>Assicurato:</b>	_____		

Il/i sottoscritto/i:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A seguito del decesso dell'Assicurato sopra indicato, avvenuto in data: \_\_\_\_\_

in qualità di Beneficiari caso morte della polizza sopra riportata, chiede/ono con la presente la liquidazione della prestazione assicurativa prevista in caso di decesso.

Si prega di corrispondere gli importi spettanti a mezzo bonifico bancario sulle coordinate sotto indicate:

BENEFICIARIO	Codice Fiscale	CODICE IBAN

#### A tal fine si allegano i seguenti documenti:

- copia leggibile di un valido documento di identità e del codice fiscale di ciascun avente diritto;
- Piano di ammortamento del Finanziamento in essere alla data di decorrenza dell'assicurazione, da cui è possibile individuare esattamente il debito residuo al momento del decesso, nonché gli elementi necessari a Helvetia Vita per la valutazione del debito residuo stesso;
- certificato di decesso dell'Assicurato (in originale), rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
- certificato medico attestante la causa del decesso o Scheda di Morte ISTAT emessa dall'ASL;
- documentazione attestante la designazione dei Beneficiari quale atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicato:
  - se l'Assicurato ha lasciato o meno testamento. In caso di esistenza di testamento, deve esserne inviata copia autenticata e l'atto di notorietà deve riportarne gli estremi precisando che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido ed evidenziando quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire;
  - quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire.

Per capitali non superiori a Euro 250.000,00, determinati anche considerando la somma delle prestazioni dovute dalla Compagnia a fronte di più contratti aventi il medesimo Assicurato, potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati.

- qualora gli aventi diritto risultino minorenni o incapaci, Decreto del Giudice Tutelare in originale o in copia autenticata contenente l'autorizzazione in capo al Legale Rappresentante dei minorenni o incapaci a riscuotere la somma dovuta con esonero della Compagnia da ogni responsabilità relativa al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa;

- relazione del medico curante redatta anche mediante utilizzo di modulistica fornita dalla Compagnia e, se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale della cartella clinica, completa di anamnesi, relativa al primo ricovero subito dall'Assicurato;
- copia di un articolo di giornale (se disponibili) che riporti le circostanze dell'accaduto e – appena possibile – copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti in caso di decesso conseguente ad infortunio, omicidio o suicidio;
- eventuale relazione rilasciata dalle autorità competenti con l'indicazione del luogo, del giorno, dell'ora, delle cause e delle circostanze determinanti la morte, in caso di decesso dovuto ad infortunio.

Il/I sottoscritto/i dichiara/no inoltre di sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e di consentire ad Helvetia Vita S.p.A. tutte le indagini e gli accertamenti che ritenga necessari al fine di adempiere agli obblighi contrattuali relativamente alla presente denuncia di decesso.

Con riferimento ai documenti sopra riportati, a norma dell'articolo 8, comma 3 del Regolamento IVASS n. 41/2018, sarà cura della Compagnia non richiedere documentazione di cui la stessa già dispone avendola acquisita in occasione di precedenti rapporti e **sempreché risulti ancora in corso di validità.**

La Compagnia potrà chiedere documentazione ulteriore rispetto a quella di cui sopra per ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

**Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.**

**Luogo e Data**

**Firma dei Beneficiari (o aventi diritto)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Luogo e Data**

**Firma dell'Incaricato di Banca**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

### PRIVACY

Per una lettura del testo dell'informativa privacy ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 si rimanda al testo riportato all'interno del Modulo di adesione.

#### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ARTT. 6 E 9 DEL REGOLAMENTO UE 679/2016

Acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 679/2016, il/la sottoscritto/a, in qualità di Interessato/a e consapevole che il trattamento potrà riguardare anche categorie particolari di dati personali, ed in particolare "i dati relativi alla salute":

dà     nega

il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute, per le finalità di cui al punto 3 dell'informativa, compresa la loro comunicazione come indicato nell'informativa.

**Data**

**Firma di ogni Interessato**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## MODULO RICHIESTA ESTINZIONE FINANZIAMENTO

da inviare sottoscritto in originale tramite e-mail a:

**Helvetia Vita S.p.A.: [operationbanche@helvetia.it](mailto:operationbanche@helvetia.it)**

**Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.: [bancassurancerisponde@helvetia.it](mailto:bancassurancerisponde@helvetia.it)**

**N. Polizza:** \_\_\_\_\_  
**Data decorrenza Polizza:** \_\_\_\_\_  
**N. Finanziamento:** \_\_\_\_\_  
**Intermediario** \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a: \_\_\_\_\_

Cod. identificativo/ NDG: \_\_\_\_\_

Aderente/Assicurato della polizza sopra riportata informa le Compagnie Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. ed Helvetia Vita S.p.A. di aver provveduto a:

**ESTINGUERE TOTALMENTE IL FINANZIAMENTO**

e pertanto chiede di:

- mantenere in vigore le coperture assicurative relative alla polizza di cui sopra secondo il piano di ammortamento originario e designa quali nuovi Beneficiari della polizza stessa i seguenti soggetti:

\_\_\_\_\_ *(riportare i nuovi beneficiari qualora la polizza originaria prevedesse l'Istituto Bancario quale beneficiario)*

- estinguere la polizza e ricevere la quota parte di premio unico versato alla decorrenza e non goduto. A tale proposito chiede che la liquidazione venga effettuata sulle seguenti coordinate bancarie:

Intestatario conto corrente: \_\_\_\_\_

Codice IBAN: \_\_\_\_\_

**ESTINGUERE PARZIALMENTE IL FINANZIAMENTO**

e pertanto chiede di:

- mantenere in vigore le coperture assicurative relative alla polizza sopra riportata secondo il piano di ammortamento originario.
- ricevere la quota parte di premio unico versato alla decorrenza e non goduto mantenendo in vigore la polizza per le prestazioni assicurate residue.

A tale proposito chiede che la liquidazione venga effettuata sulle seguenti coordinate bancarie:

Intestatario conto corrente: \_\_\_\_\_

Codice IBAN: \_\_\_\_\_

**Luogo e Data**

**Firma dell'Aderente/Assicurato**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Luogo e Data**

**Firma dell'Incaricato di Banca**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO