

Modulistica

Edizione Giugno 2022 - Mod. C-SI-IA-0/RP

Spedire a: Helvetia Vita S.p.A., Gestione Operativa – Previdenza

RICHIESTA DI PAGAMENTO

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

Polizza n. _____

Helvetia InAzienda

Intermediario _____ Codice _____

Contraente _____

Con la presente si richiede il pagamento della prestazione assicurata sulla polizza in oggetto per: (barrare la casella prescelta)

- RISCATTO totale RISCATTO parziale di Euro _____
 SCADENZA DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA INDIVIDUALE DECESSO dell'Assicurato

con la seguente modalità (barrare la casella prescelta):

- bonifico sul conto corrente n° _____ intestato a _____
presso _____ IBAN _____ BIC _____
 assegno circolare intestato al Contraente

| Si allegano i documenti (necessari quelli per i quali, in base al tipo di operazione richiesta, è riportata nel prospetto la voce "SI", che deve essere barrata per ogni documento che viene allegato) previsti dalle Condizioni contrattuali. | Decesso* | Riscatto* | Scadenza |
|--|----------|-----------|----------|
| Certificato di esistenza in vita dell'Assicurato o autocertificazione e copia di un valido documento d'identità dell'Assicurato | | SI | SI |
| Copia leggibile del codice fiscale e di un valido documento di identità del Legale rappresentante del Contraente | SI | SI | SI |
| Certificato di decesso dell'Assicurato (in originale), rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice | SI | | |
| Denuncia, tramite lettera raccomandata A/R, da inviare entro 60 giorni dalla data in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato | SI | | |
| Copia richiesta anticipazione TFR | | SI | |
| Copia lettera di dimissioni dipendente/di cessazione contratto di mandato | | SI | |
| Visura camerale o procura attestante i poteri di firma del/i Legale/i Rappresentante/i aggiornata a 60 giorni | SI | SI | SI |
| In caso di polizza sottoposta a pegno o a vincolo, assenso scritto del creditore pignoratizio/vincolatario | SI | SI | SI |

* Con riferimento ai documenti sopra riportati sarà cura della Società non richiedere documentazione di cui la stessa già dispone avendola acquisita in occasione di precedenti rapporti e **sempreché risulti ancora in corso di validità**.

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

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

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

Luogo e data _____

Timbro e Firma del Contraente (Delegato) _____

Firma dell'Intermediario (per autenticità della firma che precede) _____

Mod. C-SI-IA-0/RV

RICHIESTA DI VARIAZIONI

Spedire a: Helvetia Vita S.p.A., Gestione Operativa – Previdenza

Polizza n. _____

Helvetia InAzienda

Intermediario _____ Codice _____

Contraente _____

Con la presente si richiede la seguente variazione sulla assicurazione in oggetto (barrare la casella relativa all'operazione richiesta):

- TRASFERIMENTO DI CONTRAENZA: il sottoscritto Contraente dichiara di trasferire la contraenza del contratto a favore di:

_____ (di cui si allega copia del codice fiscale e di un documento di identità del Legale Rappresentante)

- ALTRO (specificare) _____

Luogo e data _____

Timbro e Firma del Contraente (Delegato) _____

Firma dell'Intermediario _____

Firma dell'eventuale Cessionario (nuovo Contraente) _____

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 della Convenzione/Polizza.

**Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 6 e 9 del Regolamento UE 679/2016
(compilare in caso di richiesta di trasferimento di contraenza)**

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 all'informativa, compresa la loro comunicazione.

Data

Firma dell'Interessato

Avvertenza: negando o comunque non prestando il proprio consenso al trattamento dei dati non si consentirà l'esecuzione della richiesta.