Modulo di richiesta per liquidazione sinistro

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

Spedire a: Helvetia Vita S.p.A.
Gestione Operativa – Canali Tradizionali
Via G.B: Cassinis 21 - 20139 Milano (MI)

Polizza n.: _____ Helvetia Leader Protetto

Intermediario: _____ Codice: _____

Contraente: _____

Con la presente si chiede il pagamento della prestazione assicurata relativa alla polizza in oggetto per decesso dell'Assicurato:

❑ Bonifico sul conto corrente n° _____ intestato a: _____

presso: _____ IBAN: _____

BIC: _____

❑ assegno di traenza intestato al Contraente o agli aventi diritto

❑ altro (specificare) _____

Si allegano i documenti di cui all'Art. 23 delle Condizioni contrattuali:

- consenso all'utilizzo dei dati personali sottoscritto dagli aventi diritto;
- copia leggibile di un valido documento di identità e del codice fiscale del rappresentante legale del Contraente o degli aventi diritto;
- dati anagrafico fiscali degli aventi diritto (nome, cognome e codice fiscale di ciascun avente diritto);
- in caso di aventi diritto 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 Società da ogni responsabilità relativa al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa;
- atto di notorietà (ovvero dichiarazione sostitutiva a norma di quanto previsto all'Art. 23 delle Condizioni contrattuali) per l'individuazione degli aventi diritto (da cui risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento) o testamento dell'Assicurato;
- visura camerale o procura attestante i poteri di firma del/i legale/i rappresentante/i aggiornata a 60 giorni;
- 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 emesso dall'ASL;
- in caso di polizza sottoposta a pegno o a vincolo, assenso scritto del creditore pignoratizio/vincolatario;
- relazione del medico curante redatta anche mediante utilizzo di modulistica fornita dalla Società 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.

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 oppure 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 Firma del Contraente (timbro Società e firma) oppure
Firma degli aventi diritto

_____
Firma dell'Intermediario (per autenticità della firma del Contraente o degli aventi diritto)

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 Polizza.

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 all'informativa, compresa la loro comunicazione.

Luogo e data _____ _____
Firma dell'Interessato/i

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