helvetia
La tua Assicurazione svizzera

Modulistica

Edizione Giugno 2022- Mod. C-SI-MA-0/RP — Spedire a: Helvetia Vita S.p.A., Gestione Operativa – Canali Tradizionali

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 Multiattiva – Versione Accumulo**

Intermediario _____ **Codice** _____

Contraente _____

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

□ EROGAZIONE RENDITA □ DECESSO dell'Assicurato □ RISCATTO totale □ RISCATTO parziale di Euro _____ tramite (barrare la casella prescelta):

□ bonifico sul conto corrente n° _____ intestato a _____
presso _____ IBAN _____ BIC _____

□ assegno circolare intestato agli aventi diritto (non ammesso in caso di erogazione della rendita)

□ reinvestimento □ totale □ parziale della Polizza N. _____ sul Prodotto _____

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***	**Erogazione Rendita***	**Riscatto***
Dati anagrafico fiscali degli aventi diritto (nome, cognome e codice fiscale di ciascun avente diritto)	SI	SI	
Certificato di esistenza in vita dell'Assicurato (se l'Assicurato è diverso dall'avente diritto per erogazione rendita, diverso dal Contraente per riscatto) 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 Contraente			SI
Copia leggibile del codice fiscale e di un valido documento di identità degli aventi diritto e consenso all'utilizzo dei dati personali sottoscritto dagli aventi diritto	SI	SI	
Certificato di decesso dell'Assicurato (in originale), rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice	SI		
Certificato medico attestante la causa del decesso o Scheda di Morte ISTAT emessa dall'ASL	SI		
Denuncia, tramite lettera raccomandata, da inviare entro 60 giorni dalla data in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato	SI		
Atto di notorietà (ovvero dichiarazione sostitutiva a norma di quanto previsto all'Art. 28) per l'individuazione degli aventi diritto (da cui risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento) o testamento dell'Assicurato	SI		
In caso di aventi diritto minorenni o incapaci, copia autenticata del Decreto del Giudice Tutelare 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	SI	SI	
Visura camerale o procura attestante i poteri di firma del/i Legale/i Rappresentante/i aggiornata a 60 giorni (solo in caso di Contraente persona giuridica)	SI	SI	SI
In caso di polizza 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 — Firma degli aventi diritto

_____ _____
Firma dell'Intermediario (per autenticità delle firme degli aventi diritto) — Firma degli aventi diritto

---

Mod. C-SI-MA-0/RV

RICHIESTA DI VARIAZIONI — Spedire a: Helvetia Vita S.p.A., Gestione Operativa – Canali Tradizionali

Polizza n. _____ **Helvetia Multiattiva – Versione Accumulo**

Intermediario _____ **Codice** _____

Contraente _____

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

□ CAMBIAMENTO DI BENEFICIO: il sottoscritto Contraente dichiara di attribuire il beneficio della assicurazione in oggetto come segue: in caso di decesso dell'Assicurato _____

□ 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)

□ CAMBIO RATEAZIONE DEL PREMIO: il sottoscritto Contraente chiede, a partire dalla prima ricorrenza annuale del contratto successiva alla data della presente richiesta, la corresponsione del relativo premio in rate:
□ ANNUALI □ SEMESTRALI □ QUADRIMESTRALI □ TRIMESTRALI □ BIMESTRALI □ MENSILI

□ INTERRUZIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI: si comunica che, relativamente al contratto in oggetto, il Contraente ha sospeso il pagamento dei premi a partire dalla rata scadente il
_____
N.B. Si prega di allegare le eventuali quietanze insolute

□ ALTRO (specificare)_____

_____ _____
Luogo e data — Firma del Contraente

_____ _____
Firma dell'Intermediario — Firma dell'eventuale Cessionario (nuovo Contraente)

helvetia
La tua Assicurazione svizzera

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

(compilare in caso di richiesta di erogazione rendita, trasferimento di contraenza o pagamento per decesso Assicurato)

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 di ogni Interessato

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