

## Modulistica

Edizione Giugno 2024 - 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

	Decesso*	Riscatto*	Scadenza
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.			
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) \_\_\_\_\_



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 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.**