

## 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 Nuova Omnia Decrescente – V. Unico

Intermediario: \_\_\_\_\_ Codice: \_\_\_\_\_

Contraente: \_\_\_\_\_

Con la presente si chiede il pagamento della prestazione assicurata sulla assicurazione in oggetto per decesso dell'assicurato.

bonifico sul conto corrente n° \_\_\_\_\_ intestato a: \_\_\_\_\_  
presso: \_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_  
BIC: \_\_\_\_\_

assegno di traenza intestato agli aventi diritto

altro (specificare) \_\_\_\_\_

Si allegano i documenti di cui all'Art. 19 delle Condizioni Contrattuali:

- Dati anagrafici fiscali degli aventi diritto (nome, cognome e codice fiscale di ciascun avente diritto)
- 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
- 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
- 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
- Denuncia, tramite lettera raccomandata, da inviare entro 60 giorni dalla data in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato
- 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)
- Atto di notorietà (ovvero dichiarazione sostitutiva a norma di quanto previsto all'Art. 19 delle Condizioni contrattuali) per l'individuazione degli aventi diritto (da cui risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento) o testamento dell'Assicurato
- Relazione del medico curante dell'Assicurato circa le cause del decesso ed eventuali precedenti patologici
- Copia integrale della cartella clinica relativa ad eventuali ricoveri dell'Assicurato presso Ospedali e/o Case di Cura
- Copia integrale degli atti della Polizia Giudiziaria intervenuta se il decesso è connesso a causa violenta
- In caso di polizza a pegno o a vincolo, assenso scritto del creditore pignoratizio/vincolatario

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 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

\_\_\_\_\_  
Firme degli aventi diritto

\_\_\_\_\_  
Firma dell'Intermediario  
(per autenticità delle firme degli aventi diritto)

\_\_\_\_\_  
Firme 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 di ogni Interessato

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