

## Modulistica

Edizione Giugno 2020 - Mod C-FI-HE-0/RP

### RICHIESTA DI PAGAMENTO

Spedire a: Helvetia Vita S.p.A. - Gestione Operativa - Canali Tradizionali

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

Convenzione n.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Helvetia Tutela Esclusiva (tariffe 607 – 608)**

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

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

**Con la presente si chiede il pagamento della prestazione assicurata sulla Convenzione in oggetto per: barrare la casella relativa all'operazione richiesta)**

DECESSO DELL'ASSICURATO  INVALIDITA' TOTALE E PERMANENTE DELL'ASSICURATO

Il pagamento è richiesto con la seguente modalità (barrare la casella prescelta):

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Altro (Specificare) \_\_\_\_\_

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) di cui all'Art. 35 delle Condizioni contrattuali	DECESSO*	INVALIDITA**
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/Certificato Ente che certifica grado dell'invalidità	SI	SI
Copia leggibile del codice fiscale e di un valido documento d'identità degli aventi diritto e del legale rappresentante dell'azienda e consenso all'utilizzo dei dati personali sottoscritto dagli aventi diritto	SI	SI
Dati anagrafico fiscali degli aventi diritto (nome, cognome e codice fiscale di ciascun avente diritto)	SI	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
Denuncia, tramite lettera raccomandata A/R, da inviare entro 60 giorni dalla data in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato o l'invalidità totale e permanente	SI	SI
Atto notorio (ovvero dichiarazione sostitutiva a norma di quanto previsto all'Art. 35 delle Condizioni contrattuali) per l'individuazione degli aventi diritto (da cui risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento) e/o copia del testamento dell'Assicurato	SI	
Relazione del medico curante dell'Assicurato circa le cause del decesso o la certificazione di Ente Pubblico sulle cause ed il grado di invalidità totale e permanente ed eventuali precedenti patologici	SI	SI
Copia integrale della cartella clinica relativa ad eventuali ricoveri dell'Assicurato presso Ospedali e/o Case di Cura	SI	SI
Copia integrale degli atti della Polizia Giudiziaria intervenuta se il decesso è connesso a causa violenta	SI	
Visura camerale o procura attestante i poteri di firma del/i legale/i rappresentante/i aggiornata a 60 giorni	SI	SI
In caso di polizza a pegno o a vincolo, assenso scritto del creditore pignoratorio/vincolatario	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 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

Mod C-FI-HE-0/RV

### RICHIESTA DI PAGAMENTO

Spedire a: Helvetia Vita S.p.A. - Gestione Operativa - Canali Tradizionali

Convenzione n.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Helvetia Tutela Esclusiva (tariffe 607 – 608)**

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

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

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

CAMBIAMENTO DI BENEFICIO: il sottoscritto Contraente dichiara di attribuire il beneficio  in caso di decesso  in caso di invalidità totale e permanente della Convenzione in oggetto come segue:

ALTRO (Specificare): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma del Contraente

\_\_\_\_\_  
Firma dell'Intermediario

\_\_\_\_\_  
Firma dell'eventuale 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 pagamento per decesso o invalidità 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

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma di ogni Interessato

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma di ogni Interessato

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma di ogni Interessato

\_\_\_\_\_

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.**