

Modulistica

Edizione Giugno 2022 - 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 Polizza Giudiziarica 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.