

## Modulistica

Edizione Giugno 2023 - Mod. C-SI-HR-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 CERTAMENTE 0.75

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) di cui all'Art. 22 delle 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		
Denuncia, tramite lettera raccomandata A/R, 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. 22) 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 sottoposta a pegno o a vincolo, assenso scritto del creditore pignoratorio/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

Edizione Giugno 2023 Mod. C-SI-MU-0/RV

### RICHIESTA DI VARIAZIONI

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

Polizza n. \_\_\_\_\_

Helvetia CERTAMENTE 0.75

Intermediario \_\_\_\_\_

Codice \_\_\_\_\_

Contraente \_\_\_\_\_

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

CAMBIAMENTO DI BENEFICIARIO: 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 DEL PREMIO: 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)

**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.**