

Modulistica

Edizione Giugno 2024 - Mod. C-SI-PM-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 MultiPIR.IT

Intermediario _____

Codice _____

Contraente _____

Con la presente si richiede il pagamento della prestazione assicurata dalla polizza in oggetto per: (barrare la casella prescelta)

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

reinvestimento totale parziale della Polizza N. _____ sul Prodotto _____

	Decesso*	Riscatto*
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		
Dati anagrafico fiscali degli aventi diritto (nome, cognome e codice fiscale di ciascun avente diritto)	SI	
Certificato di esistenza in vita dell'Assicurato (se l'Assicurato è diverso dal Contraente per riscatto) o autocertificazione e copia di un valido documento d'identità dell'Assicurato		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	
Certificato di decesso dell'Assicurato (in originale), rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice	SI	
Denuncia, tramite lettera raccomandata, 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. 26 delle Condizioni contrattuali) 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, Decreto del Giudice Tutelare in originale o in copia autenticata 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	
In caso di polizza sottoposta 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 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.

Come previsto dalla Legge di Stabilità 2017 e s.m.i. si ricorda che, ai fini dell'esenzione fiscale, è necessario detenere i premi versati (unico ed eventuali aggiuntivi) nel PIR per almeno 5 anni a partire dalla data di investimento di ciascun premio. Diversamente gli importi riscattati saranno soggetti ad imposizione fiscale secondo le regole ordinarie.

Luogo e data _____

Firma degli aventi diritto _____

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

Mod. C-SI-PM-0/RV

RICHIESTA DI VARIAZIONI

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

Polizza n. _____

Helvetia MultiPIR.IT

Intermediario _____

Codice _____

Contraente _____

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

CAMBIAMENTO DI BENEFICIO: il sottoscritto Contraente dichiara di attribuire il beneficio della assicurazione in oggetto come segue: in caso di decesso dell'Assicurato _____

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 Proposta-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 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.