

Modulo di richiesta per liquidazione delle prestazioni in caso di non autosufficienza

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 Futuro Indipendente**

Intermediario: _____ Codice: _____

Contraente: _____

Modalità di pagamento

Bonifico sul conto corrente n° _____ intestato a: _____

presso: _____ IBAN: _____

BIC: _____

Con la presente si chiede il pagamento della prestazione di non autosufficienza dell'Assicurato

Sulla polizza è attiva anche la Garanzia Complementare "Capitale Una Tantum"? SI NO

| Si allegano i documenti necessari per la valutazione dello stato di non autosufficienza (di cui all' Art. 34 delle Condizioni contrattuali)* | Non autosufficienza |
|---|---------------------|
| Copia del documento attestante la nomina di Amministratore di sostegno/Tutore/Procuratore (decreto del Giudice Tutelare/Atto notarile), laddove previsto. | SI |
| Relazione del medico curante (medico di famiglia e/o ospedaliero) attestante lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato con indicazione delle cause della perdita di autosufficienza. Tale relazione potrà essere effettuata preferibilmente utilizzando l'apposito modulo predisposto dalla Società, per garantire la completezza delle informazioni. | SI |
| Copia fronte-retro di un valido documento di identità dell'Assicurato riportante firma visibile. | SI |
| Coordinate bancarie dell'Assicurato per le operazioni di accredito (Banca e codice IBAN). Le coordinate dovranno essere sottoscritte in originale dall'Assicurato o altra persona avente titolo Amministratore di sostegno/Tutore/Procuratore. | SI |
| Documentazione medica, cartelle cliniche e/o accertamenti effettuati dall'Assicurato utili ad attestare la data di diagnosi della non autosufficienza ed il decorso della patologia o del trauma che la ha causata. | 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

Firma dell'Assicurato

Firma dell'Intermediario
(per autenticità delle 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.

Data _____

Firma dell'Interessato

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