

Modulo di richiesta per liquidazione sinistro

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 Protetto

Intermediario: _____ Codice: _____

Contraente: _____

Modalità di pagamento

Bonifico sul conto corrente n° _____ intestato a: _____

presso: _____ IBAN: _____

BIC: _____

assegno di traenza intestato agli aventi diritto

altro (specificare) _____

A. Con la presente si chiede il pagamento della prestazione assicurata relativa alla polizza in oggetto per:
barrare la casella prescelta

DECESSO DELL'ASSICURATO

DECESSO CAUSATO DA INFORTUNIO

DECESSO CAUSATO DA INFORTUNIO CONSEGUENTEMENTE AD INCIDENTE STRADALE

INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE

MALATTIA GRAVE

Si allegano i documenti (necessari quelli per i quali, in base al tipo di prestazione richiesta, è riportata nel prospetto la voce "SI", che deve essere barrata per ogni documento che viene allegato) di cui agli Artt. 59, 60, 61 e 62 delle Condizioni contrattuali	Decesso*	Decesso da infortunio*	ITP*	Malattia Grave*
Dati anagrafico fiscali degli aventi diritto (nome, cognome e codice fiscale di ciascun avente diritto)	SI	SI	SI	SI
Certificato di decesso dell'Assicurato (in originale), rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice	SI	SI		
Certificato Ente che certifica grado dell'invalidità/Certificato medico attestante la natura della malattia e la data di diagnosi			SI	SI
Certificato medico attestante la causa del decesso o Scheda di Morte ISTAT emessa dall'ASL	SI	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	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	SI	SI
Denuncia, tramite lettera raccomandata, da inviare entro 60 giorni dalla data in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato o, con riferimento alle coperture complementari ITP e malattia grave, entro 15 giorni dall'epoca di insorgenza della malattia o di accadimento dell'infortunio o dal momento in cui il Contraente o l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità	SI	SI	SI	SI
Atto di notorietà (ovvero dichiarazione sostitutiva a norma di quanto previsto dalle Condizioni contrattuali) per l'individuazione degli aventi diritto (da cui risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento) o testamento dell'Assicurato	SI	SI		
Relazione del medico curante dell'Assicurato circa le cause del decesso ed eventuali precedenti patologici	SI	SI		
Copia integrale 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	SI		
Certificazione medica (copia di esami specialistici, copia integrale di tutte le cartelle cliniche relative agli eventuali ricoveri subiti, ecc.) relativa alla natura, decorso, conseguenze dell'infortunio ai fini dell'accertamento del decesso dovuto all'infortunio stesso		SI		
Luogo, giorno e ora dell'infortunio, nonché cause, circostanze ed eventuali testimoni dell'infortunio stesso al fine di comprovare che il decesso è conseguente a quell'infortunio		SI		
In caso di polizza sottoposta a pegno o a vincolo, assenso scritto del creditore pignoratizio/vincolatario	SI	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 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

B. Con la presente si chiede il pagamento relativo all'opzione FLASH BENEFIT

Si allegano i documenti necessari, di cui all' Art. 59 delle Condizioni contrattuali	Decesso (Flash Benefit)*
Certificato di decesso dell'Assicurato (in originale), rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice	SI
Copia leggibile del codice fiscale e di un valido documento di identità del Beneficiario designato	SI
Denuncia, tramite lettera raccomandata, da inviare a seguito del verificarsi del decesso dell'Assicurato	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 Beneficiario.

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 del Beneficiario

Firma dell'Intermediario
(per autenticità della firma del Beneficiario)

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 di ogni Interessato

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