

---

## Modulo di richiesta per riscatto totale

---

Spett.le  
**Helvetia Vita S.p.A.**  
Gestione Operativa - Canale Banche  
Via G.B. Cassinis 21 - 20139 Milano

**Oggetto: Richiesta di riscatto totale**

**Proposta-Certificato n.** \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Contraente del contratto  
indicato in oggetto, relativo alla Proposta-Certificato sottoscritta in data \_\_\_\_\_, presso la Filiale di  
\_\_\_\_\_ chiedo con la presente il riscatto totale della somma assicurata del  
contratto stesso.

Richiedo che la liquidazione dell'importo a me spettante venga effettuata a mezzo bonifico bancario da accreditare sulle  
seguenti coordinate bancarie:

Conto corrente n. \_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_

Istituto di credito \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

A tal fine allego i seguenti documenti:

- certificato di esistenza in vita dell'Assicurato (nel caso sia diverso dal Contraente), ovvero autocertificazione di esistenza in vita;
- copia leggibile di un valido documento di identità e del codice fiscale del Contraente (Legale Rappresentante in caso di Contraente persona giuridica);
- copia leggibile di un valido documento di identità dell'Assicurato (se diverso dal Contraente);
- 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);
- in caso di polizza sottoposta a pegno o a vincolo, assenso scritto del creditore pignoratorio/vincolatario.

**Affinché la Compagnia possa valutare la non applicabilità del tasso di adeguamento è inoltre necessario produrre, in aggiunta alla documentazione sopra riportata, anche quella di seguito indicata:**

- **in caso di riscatto richiesto per spese sanitarie gravi relative al Contraente, il coniuge o per i figli:**
  - certificazione a cura della struttura pubblica competente che riconosca il carattere straordinario della terapia o dell'intervento ovvero la necessità degli stessi;
  - fatture o ricevute fiscali attestanti gli oneri effettivamente sostenuti, ad eccezione delle ipotesi in cui, valutata la particolare necessità e urgenza delle spese, la Compagnia non ritenga opportuno corrispondere al Contraente le somme necessarie prima della terapia o dell'intervento a fronte della presentazione di preventivo di spesa (in questo caso produrre in seguito, appena disponibili, le relative fatture);
  - in caso di spese sanitarie per il coniuge o per i figli è necessario allegare anche certificato di stato di famiglia, rilasciato dal comune di residenza, attestante il rapporto di parentela e documento di identità in corso di validità del familiare;
- **in caso di riscatto parziale per acquisto della prima casa di abitazione per sé o per i figli:**
  - atto notarile da cui risulti la proprietà dell'abitazione e l'indicazione che si tratta della prima casa (in alternativa copia del compromesso completo di attestazione notarile riportante le stesse informazioni);
  - in caso di acquisto della prima casa per il coniuge o per i figli è necessario allegare anche certificato di stato di famiglia, rilasciato dal comune di residenza, attestante il rapporto di parentela e documento di identità in corso di validità del familiare;
- **in caso di riscatto richiesto per malattia grave dell'Assicurato:**
  - documentazione medica che attesti la diagnosi di malattia grave (Ictus, Infarto o Cancro) dell'Assicurato;
- **in caso di riscatto richiesto per invalidità totale e permanente dell'Assicurato:**
  - certificato attestante l'invalidità totale e permanente rilasciato dall'INPS o da altro ente preposto con indicazione del grado di invalidità e completo della documentazione presentata per il rilascio;
- **in caso di riscatto richiesta per non autosufficienza dell'Assicurato:**
  - **Piano Assistenziale Individualizzato (PAI):** documento che sintetizza le condizioni in cui versa il soggetto non autosufficiente e indica le terapie e il trattamento a cui deve sottoporsi al fine di favorire una condizione di vita, di salute e di benessere dignitosa.

Con riferimento ai documenti sopra riportati, sarà cura della Compagnia 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.**

Il Contraente dichiara che il presente riscatto  non è  è finalizzato al reinvestimento in altra polizza vita emessa da Helvetia Vita S.p.A., denominata \_\_\_\_\_

In caso di risposta affermativa il Contraente dichiara di aver ricevuto, prima dell'operazione di riscatto, il documento informativo per le operazioni di trasformazione, di averlo letto e di averlo firmato per accettazione, nonché di aver ricevuto il Set Informativo del nuovo prodotto da sottoscrivere.

Luogo \_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

---

**Firma dell'Incaricato della Banca**

---

**Firma del Contraente**  
(o Legale Rappresentante/Delegato)

## Modulo di richiesta per riscatto parziale

Spett.le  
**Helvetia Vita S.p.A.**  
Gestione Operativa - Canale Banche  
Via G.B. Cassinis 21 - 20139 Milano

**Oggetto: Richiesta di riscatto parziale**

**Proposta-Certificato n.** \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Contraente del contratto indicato in oggetto, relativo alla Proposta-Certificato sottoscritta in data \_\_\_\_\_, presso la Filiale di \_\_\_\_\_ chiedo con la presente il riscatto parziale della somma assicurata pari ad Euro \_\_\_\_\_, al lordo delle imposte previste per legge.

Richiedo che la liquidazione dell'importo a me spettante venga effettuata a mezzo bonifico bancario da accreditare sulle seguenti coordinate bancarie:

Conto corrente n. \_\_\_\_\_ intestato a \_\_\_\_\_  
Istituto di credito \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

A tal fine allego i seguenti documenti:

- certificato di esistenza in vita dell'Assicurato (nel caso sia diverso dal Contraente), ovvero autocertificazione di esistenza in vita;
- copia leggibile di un valido documento di identità e del codice fiscale del Contraente (Legale Rappresentante in caso di Contraente persona giuridica);
- copia leggibile di un valido documento di identità dell'Assicurato (se diverso dal Contraente);
- 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);
- in caso di polizza sottoposta a pegno o a vincolo, assenso scritto del creditore pignoratorio/vincolatario.

**Affinché la Compagnia possa valutare la non applicabilità del tasso di adeguamento è inoltre necessario produrre, in aggiunta alla documentazione sopra riportata, anche quella di seguito indicata:**

- **in caso di riscatto richiesto per spese sanitarie gravi relative al Contraente, il coniuge o per i figli:**
  - certificazione a cura della struttura pubblica competente che riconosca il carattere straordinario della terapia o dell'intervento ovvero la necessità degli stessi;
  - fatture o ricevute fiscali attestanti gli oneri effettivamente sostenuti, ad eccezione delle ipotesi in cui, valutata la particolare necessità e urgenza delle spese, la Compagnia non ritenga opportuno corrispondere al Contraente le somme necessarie prima della terapia o dell'intervento a fronte della presentazione di preventivo di spesa (in questo caso produrre in seguito, appena disponibili, le relative fatture);
  - in caso di spese sanitarie per il coniuge o per i figli è necessario allegare anche certificato di stato di famiglia, rilasciato dal comune di residenza, attestante il rapporto di parentela e documento di identità in corso di validità del familiare;
- **in caso di riscatto parziale per acquisto della prima casa di abitazione per sé o per i figli:**
  - atto notarile da cui risulti la proprietà dell'abitazione e l'indicazione che si tratta della prima casa (in alternativa copia del compromesso completo di attestazione notarile riportante le stesse informazioni);
  - in caso di acquisto della prima casa per il coniuge o per i figli è necessario allegare anche certificato di stato di famiglia, rilasciato dal comune di residenza, attestante il rapporto di parentela e documento di identità in corso di validità del familiare;
- **in caso di riscatto richiesto per malattia grave dell'Assicurato:**
  - documentazione medica che attesti la diagnosi di malattia grave (Ictus, Infarto o Cancro) dell'Assicurato;
- **in caso di riscatto richiesto per invalidità totale e permanente dell'Assicurato:**
  - certificato attestante l'invalidità totale e permanente rilasciato dall'INPS o da altro ente preposto con indicazione del grado di invalidità e completo della documentazione presentata per il rilascio;
- **in caso di riscatto richiesta per non autosufficienza dell'Assicurato:**
  - **Piano Assistenziale Individualizzato (PAI):** documento che sintetizza le condizioni in cui versa il soggetto non autosufficiente e indica le terapie e il trattamento a cui deve sottoporsi al fine di favorire una condizione di vita, di salute e di benessere dignitosa.

Con riferimento ai documenti sopra riportati, sarà cura della Compagnia 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.**

Il Contraente dichiara che il presente riscatto  non è  è finalizzato al reinvestimento in altra polizza vita emessa da Helvetia Vita S.p.A., denominata \_\_\_\_\_

In caso di risposta affermativa il Contraente dichiara di aver ricevuto, prima dell'operazione di riscatto, il documento informativo per le operazioni di trasformazione, di averlo letto e di averlo firmato per accettazione, nonché di aver ricevuto il Set Informativo del nuovo prodotto da sottoscrivere.

Luogo \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma dell'Incaricato della Banca**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Contraente**  
(o Legale Rappresentante/Delegato)

## 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.

**ATTENZIONE:** le richieste di pagamento incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.

Spett.le  
**Helvetia Vita S.p.A.**  
Gestione Operativa - Canale Banche  
Via G.B. Cassinis 21  
20139 Milano

**Oggetto: Denuncia Sinistro Proposta-Certificato n. \_\_\_\_\_**

I sottoscritti: \_\_\_\_\_  
a causa del decesso dell'Assicurato \_\_\_\_\_ avvenuto in data \_\_\_\_\_, in qualità di Beneficiari in caso di decesso della posizione assicurativa indicata in oggetto, relativa alla Proposta-Certificato n. \_\_\_\_\_ sottoscritta da \_\_\_\_\_, chiedono con la presente la liquidazione per sinistro del capitale in caso di decesso previsto contrattualmente.

Si prega di corrispondere gli importi spettanti a mezzo bonifico bancario come sotto dettagliato:

BENEFICIARIO	CODICE FISCALE/P.IVA	CODICE IBAN	%

A tal fine si allegano i seguenti documenti:

- consenso all'utilizzo dei dati personali sottoscritto dagli aventi diritto in caso di decesso (Reg. UE 679/2016);
  - copia leggibile di un valido documento di identità e del codice fiscale di ciascun avente diritto;
  - certificato di decesso dell'Assicurato (in originale), rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice;
  - documentazione attestante la designazione del Beneficiario, quale:
    - **in caso di designazione effettuata facendo riferimento alla qualità di eredi legittimi o testamentari**, atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicato:
      - se il Contraente ha lasciato o meno testamento (solo qualora il Contraente stesso coincida con l'Assicurato). In caso di esistenza di testamento, deve esserne inviata copia autenticata e l'atto di notorietà deve riportarne gli estremi precisando che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido ed evidenziando quali sono gli eredi testamentari, loro età e capacità di agire;
      - quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire.
- Per capitali non superiori ad Euro 250.000,00, determinati anche considerando la somma delle prestazioni dovute dalla Compagnia a fronte di più contratti aventi il medesimo Assicurato, potrà essere considerata valida anche la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che dovrà comunque contenere gli stessi elementi sopra indicati;
- **in caso di designazione effettuata con riferimento a un soggetto specificatamente individuato:**
    - se è presente un testamento:
      - copia autentica o estratto autentico dell'atto di ultima volontà;
      - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti, sotto la propria piena responsabilità, quali sono i Beneficiari e che il Beneficiario ha effettuato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare che il testamento presentato è l'unico o, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido, che non sono state mosse contestazioni relative al testamento o ai testamenti, che oltre ai Beneficiari menzionati nella dichiarazione stessa non ve ne sono altri e che nel testamento non sono presenti revoche o modifiche della designazione dei Beneficiari. Nella dichiarazione sostitutiva è necessario inoltre indicare quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire;
    - se non è presente un testamento:
      - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti, sotto la propria piena responsabilità, che il Beneficiario ha effettuato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare la non esistenza di disposizioni testamentarie, nonché l'indicazione di tutte le persone nominate come Beneficiari. Nella dichiarazione sostitutiva è necessario inoltre indicare quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire;
  - qualora gli aventi diritto risultino 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 Compagnia da ogni responsabilità relativa al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa;
  - 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);
  - in caso di polizza sottoposta a pegno o a vincolo, assenso scritto del creditore pignoratorio/vincolatario.

Con riferimento ai documenti sopra riportati, sarà cura della Compagnia non richiedere documentazione di cui la stessa già dispone avendola acquisita in occasione di precedenti rapporti e **sempreché risulti ancora in corso di validità.**

La Compagnia potrà chiedere documentazione ulteriore rispetto a quella di cui sopra per ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

**Resta inteso che le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.**

Luogo \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

In fede  
Firma del Beneficiario/i

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Firma dell'Incaricato della Banca**

\_\_\_\_\_

**PRIVACY**

**Per una lettura del testo dell'informativa privacy ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 si rimanda al testo riportato in coda alla Proposta-Certificato.**

**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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

## Modulo di richiesta di liquidazione per scadenza

---

Spett.le  
**Helvetia Vita S.p.A.**  
Gestione Operativa - Canale Banche  
Via G.B. Cassinis 21  
20139 Milano

**Oggetto: Richiesta di liquidazione per scadenza**  
**Proposta-Certificato n. \_\_\_\_\_**

I sottoscritti:

\_\_\_\_\_ a causa della scadenza del contratto indicato in oggetto, relativo alla Proposta-Certificato sottoscritta in data \_\_\_\_\_, presso la Filiale di \_\_\_\_\_, in qualità di Beneficiari della posizione assicurativa, chiedono con la presente la liquidazione del capitale previsto contrattualmente.  
Si prega di corrispondere gli importi spettanti a mezzo bonifico bancario come sotto dettagliato:

BENEFICIARIO	CODICE FISCALE/P.IVA	CODICE IBAN	%

A tal fine si allegano i seguenti documenti:

- consenso all'utilizzo dei dati personali sottoscritto dai Beneficiari a scadenza (Reg. UE 679/2016);
- copia di un valido documento di identità e del codice fiscale di ogni Beneficiario;
- certificato di esistenza in vita dell'Assicurato (nel caso sia diverso dal Contraente), ovvero autocertificazione di esistenza in vita;
- copia di un valido documento di identità dell'Assicurato (se diverso dal Contraente);
- 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);
- in caso di polizza sottoposta a pegno o a vincolo, assenso scritto del creditore pignoratizio/vincolatario.

Con riferimento ai documenti sopra riportati, sarà cura della Compagnia 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.**

Luogo \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

In fede  
Firma del Beneficiario/i

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Firma dell'Incaricato della Banca**

\_\_\_\_\_

**PRIVACY**

**Per una lettura del testo dell'informativa privacy ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 si rimanda al testo riportato in coda alla Proposta-Certificato.**

**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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_