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 di un valido documento di identità e copia 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 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 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_____

In fede
Firma del Contraente

_____
(o Rappresentante)

Firma dell'Incaricato della Banca

_____

helvetia
La tua Assicurazione svizzera

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, relativa alla Proposta-Certificato sottoscritta in data _____, presso la Filiale di _____ chiedo con la presente il riscatto parziale della somma assicurata pari ad Euro _____, (alla quale la Compagnia applicherà i costi di riscatto e le imposte previste per legge), da riscattare disinvestendo i Capitali riferiti alla Componente Unit Linked e alla Componente Gestione Separata in misura proporzionale rispetto al valore complessivo del contratto presente al momento della richiesta di riscatto parziale.

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 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 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 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_____

In fede
Firma del Contraente

_____
(o Rappresentante)

Firma dell'Incaricato della Banca

_____

helvetia
La tua Assicurazione svizzera

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;
- certificato medico attestante la causa del decesso o Scheda di Morte ISTAT emesso dall'ASL;
- atto notorio o equivalente dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (di seguito dichiarazione sostitutiva) redatta in Tribunale, dal Notaio o dal Sindaco (o da un suo incaricato a ricoprire il ruolo di pubblico ufficiale), purché riportante l'indicazione che il Contraente abbia 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/la dichiarazione sostitutiva deve riportarne gli estremi precisando altresì che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido ed evidenziando quali sono gli eredi testamentari, loro età e capacità di agire;
  - ✓ **in caso di assenza di testamento e laddove i beneficiari indicati in polizza siano gli eredi legittimi**: nell'atto di notorietà/nella dichiarazione sostitutiva dovrà risultare la non esistenza di disposizioni testamentarie e quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire;
  - ✓ **in caso di assenza di testamento e laddove i beneficiari in polizza siano indicati con designazione specifica**: nell'atto di notorietà/nella dichiarazione sostitutiva dovrà risultare la non esistenza di disposizioni testamentarie;
- 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 Società da ogni responsabilità in ordine 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 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.**

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_____, lì _____

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

_____

_____

_____

_____