
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 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 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 _____

In fede
Firma del Contraente
(o Legale Rappresentante/Delegato)

Firma dell'Incaricato della Banca

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.

Il disinvestimento delle quote dei Fondi Esterni collegati al contratto avverrà anch'esso mantenendo la stessa proporzione in essere al momento della richiesta di riscatto parziale e sulla base del valore delle stesse quale rilevato alla data di valorizzazione prevista dalle Condizioni contrattuali.

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 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**.

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 _____

In fede
Firma del Contraente

(o Legale Rappresentante/Delegato)

Firma dell'Incaricato della Banca

Modulo di richiesta switch tra Fondi Esterni del capitale della Componente Unit-Linked

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

**Oggetto: Richiesta di trasferimento quote
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 la modifica del mio investimento come di seguito indicato:

Asset Allocation Attuale relativa alla Componente Unit-Linked		Asset Allocation Desiderata relativa alla Componente Unit-Linked	
Fondo Esterno(OICR)/Linea Guidata	(%)	Fondo Esterno(OICR)/Linea Guidata	(%)

Si ricorda che, qualora la richiesta di switch sia effettuata anteriormente al 10° anniversario dalla data di decorrenza del contratto, a seguito dello switch la percentuale investita nella Componente Gestione Separata non varia.

Luogo _____, li _____

In fede
Firma del Contraente

(o Legale Rappresentante/Delegato)

Firma dell'Incaricato della Banca

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 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 ulteriore documentazione in specifiche ipotesi, 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

