

Allegato 1 – Modulo di denuncia sinistro

da inviare tramite posta ordinaria a: AXA FRANCE VIE S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia via E-mail a clp.it.sinistri@partners.axa o per posta ordinaria a: Gestione Sinistri AXA FRANCE– Corso Como 17 – 20154 Milano unitamente alla documentazione richiesta

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.

Helvetia E-Corporate Protection 2.0

Estremi del contratto di assicurazione di cui si richiede la liquidazione della prestazione in caso di decesso:

N. Polizza: _____ **N. Finanziamento:** _____
Data Emissione: _____ **Data Decorrenza:** _____
Assicurato 1: _____
Assicurato 2: _____
Assicurato 3: _____
Assicurato 4: _____

Il/I sottoscritto/i:

Legale Rappresentante dell'Azienda _____

a seguito di

- decesso
 Invalidità totale e permanente da infortunio
 Invalidità totale e permanente da malattia
 Inabilità totale temporanea

dell'Assicurato N. _____ sopra indicato, avvenuto/a in data _____
in qualità di Beneficiario della Polizza sopra riportata, chiede con la presente la liquidazione della prestazione assicurativa prevista.

Si prega di corrispondere gli importi spettanti a mezzo bonifico bancario sulle coordinate sotto indicate:

BENEFICIARIO	CODICE FISCALE/P.IVA	CODICE IBAN

In caso di decesso si allegano i seguenti documenti:

- denuncia da inviare entro 60 giorni dalla data in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato;
- conferma dei dati dell'Azienda Contraente in quanto Beneficiaria della prestazione (denominazione, Banca e coordinate bancarie – codice IBAN). Le coordinate dovranno essere sottoscritte in originale dal Legale Rappresentante dell'Azienda;
- copia leggibile di un valido documento d'identità e del codice fiscale del Legale Rappresentante dell'Azienda Contraente;
- piano di ammortamento iniziale del Finanziamento da cui è possibile individuare esattamente il debito residuo al momento del decesso, nonché gli elementi necessari per la valutazione del debito residuo stesso;
- copia leggibile di un valido documento d'identità dell'Assicurato deceduto;
- 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 emessa dall'ASL;
- visura camerale e/o procura attestante i poteri di firma del/i legale/i rappresentante/i aggiornata a 60 giorni;
- relazione del medico curante attestante le cause del decesso redatta anche mediante utilizzo di modulistica fornita dalla Compagnia ovvero, se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale della cartella clinica, completa di anamnesi, relativa al primo ricovero subito dall'Assicurato;
- in caso di decesso conseguenti ad infortunio, omicidio o suicidio copia di un articolo di giornale (se disponibile) che riporti le circostanze dell'accaduto e – appena possibile – copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti;
- in caso di decesso dovuto ad infortunio eventuale relazione rilasciata dalle autorità competenti con l'indicazione del luogo, del giorno, dell'ora, delle cause e delle circostanze determinanti la morte.

In caso di invalidità totale e permanente si allegano i seguenti documenti:

- denuncia da inviare entro 60 giorni dalla data in cui si è verificata l'invalidità totale e permanente;
- conferma dei dati dell'Azienda Contraente in quanto Beneficiaria della prestazione (denominazione, Banca e coordinate bancarie – codice IBAN). Le coordinate dovranno essere sottoscritte in originale dal Legale Rappresentante dell'Azienda;
- copia leggibile di un valido documento d'identità e del codice fiscale del Legale Rappresentante dell'Azienda Contraente;
- piano di ammortamento iniziale del Finanziamento da cui è possibile individuare esattamente il debito residuo al momento dell'invalidità totale e permanente, nonché gli elementi necessari per la valutazione del debito residuo stesso;
- copia leggibile di un valido documento d'identità dell'Assicurato interessato dall'invalidità totale e permanente;
- visura camerale e/o procura attestante i poteri di firma del/i legale/i rappresentante/i aggiornata a 60 giorni;
- certificazione di Ente Pubblico sulle cause ed il grado di invalidità totale e permanente ed eventuali precedenti

- patologici;
- relazione del medico curante redatta anche mediante utilizzo di modulistica fornita dalla Compagnia ovvero, se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale della cartella clinica, completa di anamnesi, relativa al primo ricovero subito dall'Assicurato;
- in caso di invalidità totale e permanente dovuta ad infortunio e/o incidente stradale copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti e – se presente – relazione rilasciata dalle autorità competenti con l'indicazione del luogo, del giorno, dell'ora, delle cause e delle circostanze relative al sinistro.

In caso di inabilità totale temporanea dell'Assicurato la documentazione da fornire alla Compagnia è:

- piano di ammortamento iniziale del Finanziamento da cui è possibile individuare esattamente la quantificazione della prestazione, nonché gli elementi necessari per la valutazione della stessa;
- copia leggibile di un valido documento d'identità dell'Assicurato interessato dall'inabilità totale temporanea;
- visura camerale e/o procura attestante i poteri di firma del/i legale/i rappresentante/i aggiornata a 60 giorni;
- certificato rilasciato dal medico curante o dagli enti preposti (INPS, INAIL) datato recentemente, attestante la causa, la data di inizio e la data dell'eventuale fine del periodo di Inabilità Totale Temporanea al lavoro;
- in caso di inabilità da infortunio (compreso incidente stradale) verbale rilasciato dalle Autorità, qualora intervenute (polizia, carabinieri, etc.), attestante le dinamiche dell'incidente (specificare per iscritto con autodichiarazione se le autorità non sono intervenute, con la motivazione), con allegato l'esito degli eventuali esami tossicologici richiesti dalle autorità; in mancanza, altra documentazione attestante le dinamiche dell'evento occorso, al fine di chiarire le circostanze di accadimento del sinistro.

Qualora lo stato di inabilità si protragga per ulteriori 30 giorni consecutivi, e così per ogni successivo periodo indennizzabile di inabilità, occorre inviare alla Compagnia un certificato rilasciato dal medico curante o dagli enti preposti (INPS, INAIL) datato recentemente, attestante la continuazione del periodo di inabilità.

Con riferimento ai documenti sopra riportati, a norma dell'articolo 8, comma 3 del Regolamento IVASS n. 41/2018, sarà cura della Compagnia e di AXA FRANCE VIE S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia non richiedere documentazione di cui la stessa già dispone avendola acquisita in occasione di precedenti rapporti e **sempreché risulti ancora in corso di validità.**

AXA FRANCE VIE S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia potrà chiedere documentazione ulteriore rispetto a quella di cui sopra per ipotesi specifiche, in considerazione di particolari esigenze istruttorie.

Il sottoscritto dichiara di sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e di consentire ad Helvetia Vita S.p.A. e ad AXA FRANCE VIE S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia tutte le indagini e gli accertamenti che ritenga necessari al fine di adempiere agli obblighi contrattuali relativamente alla presente denuncia.

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

Luogo e Data

Firma del Beneficiario (Legale Rappresentante)

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 al punto 3 dell'informativa, compresa la loro comunicazione come indicato nell'informativa.

Data

Firma dell'Interessato

Data

Firma dell'Interessato

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

Allegato 2 – Modulo richiesta estinzione Finanziamento

da inviare sottoscritto in originale tramite posta ordinaria a: **Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canale Banche, Via G. B. Cassinis 21 – 20139 Milano** oppure via E-mail a operationbanche@helvetia.it.

Nome Prodotto _____
N. Polizza: _____
Data decorrenza Polizza: _____
N. Finanziamento: _____

Il/la sottoscritto/a: _____
Rappresentante Legale dell'Azienda: _____
Contraente della Polizza sopra riportata informa Helvetia Vita S.p.A. di aver provveduto a:

ESTINGUERE TOTALMENTE IL FINANZIAMENTO

e pertanto chiede di:

mantenere in vigore le coperture assicurative relative alla Polizza di cui sopra secondo il piano di ammortamento originario

estinguere la Polizza e ricevere la quota parte di premio unico versato alla decorrenza e non goduto.

A tale proposito chiede che la liquidazione venga effettuata sulle seguenti coordinate bancarie:

Intestatario conto corrente: _____

Codice IBAN: _____

ESTINGUERE PARZIALMENTE IL FINANZIAMENTO

e pertanto chiede di:

mantenere in vigore le coperture assicurative relative alla Polizza di cui sopra secondo il piano di ammortamento originario.

ricevere la quota parte di premio unico versato alla decorrenza e non goduto mantenendo in vigore la Polizza per le prestazioni assicurate residue.

A tale proposito chiede che la liquidazione venga effettuata sulle seguenti coordinate bancarie:

Intestatario conto corrente: _____

Codice IBAN: _____

Luogo e Data

Firma del Contraente (Rappresentante Legale)
