

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 - Canale Banche
Via G.B. Cassinis 21
20139 Milano (MI)

Polizza n.: _____ Helvetia LoroDomani

Istituto Bancario: _____ Filiale di: _____

Contraente: _____

Modalità di pagamento

Bonifico sul conto corrente n° _____ intestato a: _____

presso: _____ IBAN: _____

BIC: _____

A. Con la presente si chiede il pagamento della prestazione assicurata sulla assicurazione 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 Compagnia 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		
In caso di polizza a pegno o a vincolo, assenso scritto del creditore pignoratorio/vincolatario	SI	SI	SI	SI

* 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.

La Compagnia 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'Incaricato della Banca
(per autenticità delle firme degli aventi diritto)

Firme degli aventi diritto

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

	Decesso (Flash Benefit)*
Si allegano i documenti necessari, di cui all' Art. 59 delle Condizioni contrattuali	
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 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 Beneficiario.

La Compagnia 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

Firma del Beneficiario

Firma dell'Incaricato della Banca
(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 Proposta-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.