
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 Protezione Leader**

Istituto Bancario: _____ Filiale di: _____

Contraente: _____

Con la presente si chiede il pagamento della prestazione assicurata sulla assicurazione in oggetto per decesso dell'Assicurato:

Bonifico sul conto corrente n° _____ intestato a: _____

presso: _____ IBAN: _____

BIC: _____

Si allegano i documenti di cui all'Art. 23 delle Condizioni contrattuali:

- copia leggibile di un valido documento di identità e del codice fiscale del rappresentante legale del Contraente;
- visura camerale o procura attestante i poteri di firma del/i legale/i rappresentante/i aggiornata a 60 giorni;
- 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;
- visura camerale o procura attestante i poteri di firma del/i legale/i rappresentante/i aggiornata a 60 giorni;
- in caso di polizza a pegno o a vincolo, assenso scritto del creditore pignoratizio/vincolatario;
- relazione del medico curante redatta anche mediante utilizzo di modulistica fornita dalla Compagnia e, se vi è stato ricovero in ospedale, copia integrale della cartella clinica, completa di anamnesi, relativa al primo ricovero subito dall'Assicurato;
- copia di un articolo di giornale (se disponibili) che riporti le circostanze dell'accaduto e – appena possibile – copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria che ha effettuato gli accertamenti in caso di decesso conseguente ad infortunio, omicidio o suicidio.

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.

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 Contraente (timbro Società e firma)

Firma dell'Incaricato della Banca
(per autenticità della firma del Contraente)

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 dell'Interessato

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

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO