

MODULO DI DENUNCIA DI DECESSO

(da inviare tramite raccomandata A.R., unitamente alla documentazione richiesta a:
Helvetia Vita S.p.A. – Gestione Operativa – Canale Banche, Via G. B. Cassinis 21 – 20139 Milano)

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.

Mutuo Protetto Plus

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

N. Adesione/Polizza:	_____	N. Mutuo:	_____
Data Emissione:	_____	Data Decorrenza:	_____
N. Polizza Collettiva Vita:	_____	N. Polizza Collettiva Danni:	_____
Assicurato:	_____		

Il/I sottoscritto/i:

A seguito del decesso dell'Assicurato sopra indicato, avvenuto in data: _____

in qualità di Beneficiari caso morte della polizza sopra riportata, chiede/ono con la presente la liquidazione della prestazione assicurativa prevista in caso di decesso.

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

BENEFICIARIO	CODICE FISCALE	CODICE IBAN

A tal fine si allegano i seguenti documenti:

- copia leggibile di un valido documento di identità e del codice fiscale di ciascun avente diritto;
- Piano di ammortamento del Mutuo in essere alla data di decorrenza dell'assicurazione, da cui è possibile individuare esattamente il debito residuo al momento del decesso, nonché gli elementi necessari a Helvetia Vita S.p.A per la valutazione del debito residuo stesso;
- 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;
- documentazione attestante la designazione dei Beneficiari quale atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale, sul quale viene indicato:
 - se l'Assicurato ha lasciato o meno testamento. 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 legittimi, loro età e capacità di agire;
 - quali sono gli eredi legittimi, loro età e capacità di agire.

Per capitali non superiori a 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;

- 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;

- 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;
- 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 decesso dovuto ad infortunio.

Il/I sottoscritto/i dichiara/no inoltre di sciogliere da ogni riserbo i medici curanti e di consentire ad Helvetia Vita S.p.A. tutte le indagini e gli accertamenti che ritenga necessari al fine di adempiere agli obblighi contrattuali relativamente alla presente denuncia di decesso.

Con riferimento ai documenti sopra riportati, a norma dell'articolo 8, comma 3 del Regolamento IVASS n. 41/2018, sarà cura della Compagnia non richiedere documentazione di cui la stessa già dispone avendola acquisita in occasione di precedenti rapporti e **sempreché risultati ancora in corso di validità.**

Helvetia Vita S.p.A. 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 e Data

Firma dei Beneficiari (o aventi diritto)

Luogo e Data

Firma dell'Incaricato di 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 all'interno del Modulo di Adesione.

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 di ogni Interessato

MODULO RICHIESTA ESTINZIONE MUTUO

da inviare sottoscritto in originale tramite e-mail a:

Helvetia Vita S.p.A.: operationbanche@helvetia.it

Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A.: bancassurancerisponde@helvetia.it

N. Polizza: _____
Data decorrenza Polizza: _____
N. Mutuo/Finanziamento: _____
Intermediario _____

Il/la sottoscritto/a: _____

Cod. identificativo/ NDG: _____

Aderente/Assicurato della polizza sopra riportata informa le Compagnie Helvetia Italia Assicurazioni S.p.A. ed Helvetia Vita S.p.A. di aver provveduto a:

ESTINGUERE TOTALMENTE IL MUTUO

e pertanto chiede di:

- mantenere in vigore le coperture assicurative relative alla polizza di cui sopra secondo il piano di ammortamento originario e designa quali nuovi Beneficiari della polizza stessa i seguenti soggetti:

(riportare i nuovi beneficiari qualora la polizza originaria prevedesse l'Istituto Bancario quale beneficiario)

- 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 MUTUO

e pertanto chiede di:

- mantenere in vigore le coperture assicurative relative alla polizza sopra riportata 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 dell'Aderente/Assicurato

Luogo e Data

Firma dell'Incaricato di Banca

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO