



## Modulo Sinistro Collettive

### AVVERTENZE

- La richiesta di pagamento deve essere **compilata e sottoscritta dal Beneficiario** della Polizza
- Il Beneficiario può richiedere che le relative comunicazioni vengano inviate esclusivamente ad uno specifico indirizzo di posta elettronica, ferma restando la possibilità di revocare in qualsiasi momento tale scelta inviando apposita comunicazione a Intesa Sanpaolo Assicurazioni S.p.A.- Gestione Tecnica- Via Gioia 22, 20124 Milano.
- In caso di **più Beneficiari** deve essere compilata una richiesta di pagamento per ciascun beneficiario per la quota di propria spettanza.
- Per ciascun Beneficiario deve essere **indicato un conto corrente** a sé intestato (o cointestato) per l'accredito della propria quota di capitale; in caso di conto corrente cointestato è necessario indicare il legame tra Beneficiario e cointestatari.

Beneficiario  
Persona fisica

Cognome.....

Nome.....

Data di nascita ...../...../..... Codice fiscale .....

Via.....

Comune ..... Prov..... CAP.....

Telefono cellulare .....

**Con l'indicazione del seguente indirizzo e-mail, il Beneficiario richiede che le comunicazioni relative alla gestione della pratica di liquidazione vengano inviate esclusivamente tramite posta elettronica**

E-mail.....

Beneficiario  
Minore o incapace di agire

Cognome.....

Nome.....

Data di nascita ...../...../..... Codice fiscale .....

Via.....

Comune ..... Prov..... CAP.....

Legale Rappresentante

Cognome.....

Nome.....

Data di nascita ...../...../..... Codice fiscale .....

Via.....

Comune ..... Prov..... CAP.....

Telefono cellulare .....

**Con l'indicazione del seguente indirizzo e-mail, il Beneficiario richiede che le comunicazioni relative alla gestione della pratica di liquidazione vengano inviate esclusivamente tramite posta elettronica**

E-mail.....

**SOLO PER BENEFICIARIO INCAPACE**

Tenuto conto dell'informativa rilasciata ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 da Intesa Sanpaolo Assicurazione S.p.A., nel seguito riportata, prendo atto del trattamento dei miei Dati Personali effettuato per le finalità descritte nell'Informativa e acconsento al trattamento delle categorie particolari di Dati Personali del Beneficiario incapace, compresa la loro comunicazione e successivo trattamento da parte delle categorie di destinatari di cui all'Informativa

Firma Legale Rappresentante .....

Beneficiario BANCA

Solo per Finanziamento

Denominazione Banca .....

Filiale .....

Via .....

Comune ..... Prov..... CAP.....

## Beneficiario Persona Fisica

In qualità di Beneficiario della Polizza numero: .....

Con Assicurato ora deceduto, Cognome e Nome .....

Chiedo il pagamento della quota di capitale a me spettante sul conto corrente

IBAN .....

Solo per pagamenti su coordinate bancarie estere, indicare:

BIC..... SWIFT .....

Il conto corrente è cointestato? SI  NO

Solo in caso di conto corrente cointestato indicare uno dei seguenti legami tra Beneficiario e cointestati\*

- Beneficiario legato da rapporti di parentela o da legame affettivo con i cointestati
- Beneficiario legato da rapporti aziendali o professionali con i cointestati
- Altro legame (da specificare) .....

\* Indicare "altro legame" se almeno uno dei cointestati non ha rapporti di parentela con il Beneficiario.

Denominazione Banca: .....

- P.E.P.\* SI  NO

\*Persona politicamente esposta

- Autocertificazione Common Reporting Standard (CRS) e FACTA

Dichiaro di avere Residenza fiscale al di fuori dell'Italia e/o di avere cittadinanza oppure sede legale o stabili organizzazione negli USA:

SI  NO

In caso di risposta SI riportare di seguito il TIN (per la residenza fiscale USA, allegando inoltre il modello W9) o il NIF (per altra residenza fiscale estera, se previsto)

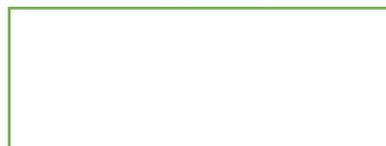
STATO DI RESIDENZA FISCALE	TIN\TIF	SE NON DISPONIBILE INDICARE MOTIVAZIONE
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Data..... Firma del Beneficiario .....

## Beneficiario BANCA (Finanziamento Protetto)

Debito residuo alla data del decesso ...../...../.....: Euro .....

Chiedo il pagamento della quota di capitale a me spettante sul conto corrente (Banca presso la quale è acceso il Finanziamento) IBAN .....



Data .....

Timbro e firma della Banca

## Beneficiario MINORE o Incapace di agire

In qualità di Legale Rappresentante della Polizza numero: .....

Con Assicurato ora deceduto, Cognome e Nome .....

Chiedo il pagamento della quota di capitale spettante al Beneficiario sul conto corrente allo stesso Beneficiario o su quello autorizzato dal Giudice Tutelare IBAN .....

Solo per pagamenti su coordinate bancarie estere, indicare:

BIC..... SWIFT .....

Il conto corrente è cointestato? SI  NO

Solo in caso di conto corrente cointestato indicare uno dei seguenti legami tra Beneficiario e cointestatarì\*

- Beneficiario legato da rapporti di parentela o da legame affettivo con i cointestatarì
- Beneficiario legato da rapporti aziendali o professionali con i cointestatarì
- Altro legame (da specificare) .....

\* Indicare "altro legame" se almeno uno dei cointestatarì non ha rapporti di parentela con il Beneficiario.

Denominazione Banca: .....

- P.E.P.\* SI  NO

\*Persona politicamente esposta

- Autocertificazione Common Reporting Standard (CRS) e FACTA

Dichiaro di avere Residenza fiscale al di fuori dell'Italia e/o di avere cittadinanza oppure sede legale o stabili organizzazione negli USA: SI  NO

In caso di risposta SI riportare di seguito il TIN (per la residenza fiscale USA, allegando inoltre il modello W9) o il NIF (per altra residenza fiscale estera, se previsto)

STATO DI RESIDENZA FISCALE	TIN/TIF	SE NON DISPONIBILE INDICARE MOTIVAZIONE
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Data..... Firma del Legale Rappresentante .....

Aiutaci a servirti meglio: mandaci la documentazione completa e riceverai al più presto il tuo capitale.

## Documenti da allegare alla Richiesta di pagamento

- Copia fronte\retro di un **Documento di identità** in corso di validità e **del Codice Fiscale** del Beneficiario
- Certificato di morte dell'Assicurato in originale con indicazione della data di nascita e dello stato civile;
- Atto notorio o dichiarazione sostitutiva di atto notorio (Allegato A) avente il medesimo contenuto, rilasciato dal Notaio o da un Tribunale
- Decreto del Giudice Tutelare che autorizza chi esercita la patria potestà parentale\Tutore\Amministratore di sostegno all'incasso del capitale designato al Beneficiario (l'autorizzazione deve riportare i dati di Polizza)
- Copia fronte\retro di un **Documento di identità** in corso di validità e **del Codice Fiscale** di chi esercita la potestà parentale\Tutore\Curatore\Amministratore di sostegno.
- Attestazione di avvenuta adeguata verifica (Allegato D): per procedere al pagamento di quanto richiesto, nel rispetto di quanto stabilito dagli artt. 17 e segg. Del D.Lgs 231/07 in tema di obblighi di adeguata verifica della clientela, è necessario che la Compagnia riceva il Questionario di adeguata verifica. In particolare:
  - se il conto corrente è di una Banca del Gruppo Intesa Sanpaolo, il Questionario disponibile presso la Banca deve essere inviato a Intesa Sanpaolo Vita dall'incaricato della filiale stessa;
  - se il conto corrente è di una Banca non appartenente al Gruppo Intesa Sanpaolo, è necessario che la Sua Banca trasmetta alla Compagnia l'attestazione di avvenuta adeguata verifica:
    - con Posta Elettronica Certificata (PEC) a [uff.portafoglioliquidazioni@pec.intesasnpaolovita.it](mailto:uff.portafoglioliquidazioni@pec.intesasnpaolovita.it) oppure
    - con raccomandata, in busta intestata dalla Banca, a Intesa Sanpaolo Vita S.p.A.- Gestione Tecnica- Via Gioia 22 - 20124 Milano.

Qualora scelga di rivolgersi ad un intermediario terzo, e non a una filiale del Gruppo Intesa Sanpaolo, è inoltre indispensabile che Lei ci trasmetta il **questionario di aggiornamento dati del Beneficiario persona fisica (Allegato E)**, correttamente compilato in ogni sua parte con i dati richiesti e da Lei firmato, da inviare per posta all'indirizzo sopra indicato.

### ULTERIORI DOCUMENTI DA ALLEGARE IN CASI PARTICOLARI

1. Se la polizza è una TEMPORANEA CASO MORTE
  - Relazione del medico curante
  - Copia della cartella clinica dell'eventuale ultimo ricovero del Cliente intervenuto tra i 7 anni precedenti la stipula del contratto e il decesso.
  - Copia del verbale dell'autorità giudiziaria intervenuta (nel caso l'Assicurato sia deceduto per morte violenta - es. incidente stradale).

**In base all'analisi di tali documenti, la Compagnia potrà richiedere ulteriore documentazione**

  - Copia della documentazione dei ricoveri (copia integrale e conforme all'originale della cartella clinica completa di anamnesi remota, compresa eventuale certificazione rilasciata dal Pronto Soccorso) e degli esami diagnostici strumentali o di laboratorio relativa:
    - ai 10 anni precedenti la sottoscrizione della polizza e fino alla data del decesso, se l'evento si è verificato nei primi 7 anni di durata del contratto;
    - ai 7 anni precedenti la sottoscrizione della polizza e fino alla data del decesso, se l'evento si è verificato dopo 7 anni di durata del contratto.
  - Copia del verbale dell'autorità giudiziaria intervenuta (nel caso l'Assicurato sia deceduto per morte violenta -es. incidente stradale)
    - è verificato dopo 7 anni di durata del contratto.

## 2. Se la Polizza è collegata a un PRESTITO o a un MUTUO

- Relazione del medico curante
- Copia della documentazione dei ricoveri (copia integrale e conforme all'originale della cartella clinica completa di anamnesi remota, compresa eventuale certificazione rilasciata dal Pronto Soccorso) e degli esami diagnostici strumentali o di laboratorio relativa:
  - ai 10 anni precedenti la sottoscrizione della polizza e fino alla data del decesso, se l'evento si è verificato nei primi 7 anni di durata del contratto;
  - ai 7 anni precedenti la sottoscrizione della polizza e fino alla data del decesso, se l'evento si
- Copia del verbale dell'autorità giudiziaria intervenuta (nel caso l'Assicurato sia deceduto per morte violenta - es. incidente stradale).
- Debito residuo alla data di decesso e copia del piano di ammortamento.
- Modulo ISTAT di decesso

Per quanto riguarda la documentazione sanitaria o relativa alle circostanze del decesso dell'Assicurato necessaria per l'erogazione dell'indennizzo, la Compagnia e il Beneficiario cooperano in buona fede nell'esecuzione del contratto e fanno quanto in loro potere, anche tenendo conto del principio di "vicinanza alla prova", per acquisire tale documentazione.

Il Beneficiario raccoglie e presenta direttamente alla Compagnia la predetta documentazione; qualora abbia particolari difficoltà ad acquisirla, potrà mettersi in contatto con la Compagnia al fine di conferirle specifico mandato affinché la Compagnia, nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei Dati Personali, si possa attivare per il suo recupero.

In ogni caso il Beneficiario consegnerà la documentazione, se la stessa è già in suo possesso.

La Compagnia riconosce, per entrambe le ipotesi previste ai precedenti punti 1 e 2, fino a un massimo di 50,00 euro a titolo di indennità forfettaria per le spese sostenute per ottenere le cartelle cliniche e/o le certificazioni mediche utili per la valutazione dei presupposti per la liquidazione.

Intesa Sanpaolo Vita rimborsa tali spese una sola volta, indipendentemente dal numero di contratti collegati al medesimo Cliente. L'importo viene riconosciuto, dietro presentazione di idonea documentazione comprovante la spesa sostenuta