

**MODULO DI RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI - POLIZZA N° \_\_\_\_\_ SCADENZA \_\_\_\_\_**

**DOMANDA PER**

<input type="checkbox"/> <b>SCADENZA</b>	<input type="checkbox"/> <b>DECESSO DELL'ASSICURATO</b>	<input type="checkbox"/> <b>PRESTITO € _____</b>
<input type="checkbox"/> <b>RISCATTO TOTALE</b>	<input type="checkbox"/> <b>RISCATTO PARZIALE NETTO DI € _____</b>	<input type="checkbox"/> <b>REINVESTIMENTO*</b>

PRESENTATA DA \_\_\_\_\_  **CONTRAENTE E/O**  **BENEFICIARIO**  
Cognome e nome / Denominazione e ragione sociale

Luogo nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Residenza Via / Piazza N. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Cod. Prof. (TAB 3) \_\_\_\_\_ Cod. Gruppo / Ramo (TAB 2) \_\_\_\_\_ Cod. Sottogruppo (TAB 1) \_\_\_\_\_

C.F. / Partita IVA \_\_\_\_\_ sesso  **M**  **F**

**RAPPRESENTANTE/DELEGATO AD OPERARE/TUTORE:**

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Luogo nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Residenza Via / Piazza N. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Cod. Prof. (TAB 3) \_\_\_\_\_ Cod. Gruppo / Ramo (TAB 2) \_\_\_\_\_ Cod. Sottogruppo (TAB 1) \_\_\_\_\_

**QUALIFICA:**  legale rappresentante  rappresentante/delegato ad operare/tutore sesso  **M**  **F** C.F. \_\_\_\_\_  
(per Società ed Associazioni)

**Estremi del documento dell'avente diritto o del Legale rappresentante/Delegato ad operare/Tutore**

Documento di riconoscimento:  carta d'identità  passaporto  patente  altro \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ Località di rilascio \_\_\_\_\_ Data rilascio \_\_\_\_\_

**Si richiede di bonificare l'importo derivante dalla presente richiesta utilizzando le seguenti coordinate bancarie:**

BANCA _____	AGENZIA/FIL. _____
CODICE IBAN <input style="width:100%;" type="text"/>	
INTESTATO A (*) _____	(*) Si evidenzia che il conto deve essere sempre intestato al Beneficiario.

**SI ALLEGANO I SEGUENTI DOCUMENTI (obbligatori secondo le Condizioni di assicurazione):**

- certificato di nascita o copia di un documento valido riportante i dati anagrafici dell'Assicurato;
- copia del documento di identità e codice fiscale dell'avente diritto, qualora non siano già stati presentati o siano scaduti;
- certificazione che attesti con certezza la qualità di Beneficiario laddove lo stesso non sia stato indicato univocamente.

**IN CASO DI SCADENZA DEL CONTRATTO:**

- domanda del Beneficiario che contenga le indicazioni che permettano di identificare il contratto;
- certificato di esistenza in vita dell'Assicurato se non coincidente con l'avente diritto;
- eventuale dichiarazione necessaria ai fini dell'art. 5 del Regolamento Isvap n. 38 (Contraenza unica).

**IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO:**

- domanda del Beneficiario che contenga la denuncia dell'evento e le indicazioni che permettano di identificare il contratto;
- certificato di morte dell'Assicurato;
- ove il Beneficiario non sia indicato univocamente: atto di notorietà attestante l'esistenza o meno di un testamento - l'ultimo noto non impugnato - con l'indicazione della data di stesura e pubblicazione, nonché l'indicazione di tutti gli eredi legittimi. Del testamento deve essere consegnata copia conforme all'originale;
- relazione medica sulle cause del decesso redatta dal medico dell'Assicurato, ove tale relazione si trovi nella disponibilità del Beneficiario. In caso contrario, il Beneficiario può sottoscrivere una richiesta alla Società di acquisire direttamente tale relazione, in virtù della delega conferita alla Società dall'Assicurato;
- ulteriore documentazione sanitaria necessaria a verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni rese dall'Assicurato circa il suo reale stato di salute prima della conclusione del contratto, ove tale documentazione si trovi nella disponibilità del Beneficiario. In caso contrario, il Beneficiario può sottoscrivere una richiesta alla Società di acquisire direttamente tale documentazione, in virtù della delega conferita alla Società dall'Assicurato;
- nel caso in cui l'evento sia connesso ad ipotesi di reato, eventuale documentazione giudiziaria relativa allo stesso, ove tale documentazione si trovi nella disponibilità del Beneficiario. In caso contrario, il Beneficiario può sottoscrivere una richiesta alla Società di acquisire direttamente tale documentazione, in virtù della delega conferita alla Società dall'Assicurato;
- autorizzazione del Giudice Tutelare rilasciata agli esercenti la potestà genitoriale per la riscossione di somme spettanti ai minori Beneficiari.

**IN CASO DI RISCATTO TOTALE O PARZIALE DEL CONTRATTO:**

- domanda del Contraente che contenga le indicazioni che permettano di identificare il contratto;
- certificato di esistenza in vita dell'Assicurato se non coincidente con l'avente diritto;
- eventuale dichiarazione necessaria ai fini dell'art. 5 del Regolamento Isvap n. 38 (Contraenza unica).

**In caso di polizza sottoposta a Pegno, Vincolo o Beneficiario Accettato, la presente richiesta avrà efficacia solo se sottoscritta anche dal Creditore, Vincolatario o Beneficiario. Attenzione: Le richieste di pagamento incomplete possono comportare tempi di liquidazione più lunghi.**

FIRMA DEL BENEFICIARIO ACCETTANTE O VINCOLATARIO (ove esista) \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'AVENTE DIRITTO/LEGALE RAPPRESENTANTE DELEGATO AD OPERARE/TUTORE \_\_\_\_\_

\* In caso di reinvestimento il numero della proposta/polizza è \_\_\_\_\_ (da compilare a cura dell'intermediario)

**Visto per la convalida delle firme o per la veridicità dei dati**  
 HDI Assicurazioni S.p.A.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_  
 L'Intermediario \_\_\_\_\_

OSSERVAZIONI \_\_\_\_\_



Agenzia / Sub-Agenzia Cod. \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_ Produttore Cod. \_\_\_\_\_

**MODULO DI RICHIESTA DELLE PRESTAZIONI - POLIZZA N° \_\_\_\_\_ SCADENZA \_\_\_\_\_**

**DOMANDA PER**

<input type="checkbox"/> <b>SCADENZA</b>	<input type="checkbox"/> <b>DECESSO DELL'ASSICURATO</b>	<input type="checkbox"/> <b>PRESTITO € _____</b>
<input type="checkbox"/> <b>RISCATTO TOTALE</b>	<input type="checkbox"/> <b>RISCATTO PARZIALE NETTO DI € _____</b>	<input type="checkbox"/> <b>REINVESTIMENTO*</b>

PRESENTATA DA \_\_\_\_\_  **CONTRAENTE E/O**  **BENEFICIARIO**  
Cognome e nome / Denominazione e ragione sociale

Luogo nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Residenza Via / Piazza N. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Cod. Prof. (TAB 3) \_\_\_\_\_ Cod. Gruppo / Ramo (TAB 2) \_\_\_\_\_ Cod. Sottogruppo (TAB 1) \_\_\_\_\_

C.F. / Partita IVA \_\_\_\_\_ sesso  **M**  **F**

**RAPPRESENTANTE/DELEGATO AD OPERARE/TUTORE:**

Cognome e nome \_\_\_\_\_ Luogo nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Residenza Via / Piazza N. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Cod. Prof. (TAB 3) \_\_\_\_\_ Cod. Gruppo / Ramo (TAB 2) \_\_\_\_\_ Cod. Sottogruppo (TAB 1) \_\_\_\_\_

**QUALIFICA:**  legale rappresentante  rappresentante/delegato ad operare/tutore sesso  **M**  **F** C.F. \_\_\_\_\_  
(per Società ed Associazioni)

**Estremi del documento dell'avente diritto o del Legale rappresentante/Delegato ad operare/Tutore**

Documento di riconoscimento:  carta d'identità  passaporto  patente  altro \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ Località di rilascio \_\_\_\_\_ Data rilascio \_\_\_\_\_

**Si richiede di bonificare l'importo derivante dalla presente richiesta utilizzando le seguenti coordinate bancarie:**

BANCA _____	AGENZIA/FIL. _____
CODICE IBAN <input style="width:100%;" type="text"/>	
INTESTATO A (*) _____	(*) Si evidenzia che il conto deve essere sempre intestato al Beneficiario.

**SI ALLEGANO I SEGUENTI DOCUMENTI (obbligatori secondo le Condizioni di assicurazione):**

- certificato di nascita o copia di un documento valido riportante i dati anagrafici dell'Assicurato;
- copia del documento di identità e codice fiscale dell'avente diritto, qualora non siano già stati presentati o siano scaduti;
- certificazione che attesti con certezza la qualità di Beneficiario laddove lo stesso non sia stato indicato univocamente.

**IN CASO DI SCADENZA DEL CONTRATTO:**

- domanda del Beneficiario che contenga le indicazioni che permettano di identificare il contratto;
- certificato di esistenza in vita dell'Assicurato se non coincidente con l'avente diritto;
- eventuale dichiarazione necessaria ai fini dell'art. 5 del Regolamento Isvap n. 38 (Contraenza unica).

**IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO:**

- domanda del Beneficiario che contenga la denuncia dell'evento e le indicazioni che permettano di identificare il contratto;
- certificato di morte dell'Assicurato;
- ove il Beneficiario non sia indicato univocamente: atto di notorietà attestante l'esistenza o meno di un testamento - l'ultimo noto non impugnato - con l'indicazione della data di stesura e pubblicazione, nonché l'indicazione di tutti gli eredi legittimi. Del testamento deve essere consegnata copia conforme all'originale;
- relazione medica sulle cause del decesso redatta dal medico dell'Assicurato, ove tale relazione si trovi nella disponibilità del Beneficiario. In caso contrario, il Beneficiario può sottoscrivere una richiesta alla Società di acquisire direttamente tale relazione, in virtù della delega conferita alla Società dall'Assicurato;
- ulteriore documentazione sanitaria necessaria a verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni rese dall'Assicurato circa il suo reale stato di salute prima della conclusione del contratto, ove tale documentazione si trovi nella disponibilità del Beneficiario. In caso contrario, il Beneficiario può sottoscrivere una richiesta alla Società di acquisire direttamente tale documentazione, in virtù della delega conferita alla Società dall'Assicurato;
- nel caso in cui l'evento sia connesso ad ipotesi di reato, eventuale documentazione giudiziaria relativa allo stesso, ove tale documentazione si trovi nella disponibilità del Beneficiario. In caso contrario, il Beneficiario può sottoscrivere una richiesta alla Società di acquisire direttamente tale documentazione, in virtù della delega conferita alla Società dall'Assicurato;
- autorizzazione del Giudice Tutelare rilasciata agli esercenti la potestà genitoriale per la riscossione di somme spettanti ai minori Beneficiari.

**IN CASO DI RISCATTO TOTALE O PARZIALE DEL CONTRATTO:**

- domanda del Contraente che contenga le indicazioni che permettano di identificare il contratto;
- certificato di esistenza in vita dell'Assicurato se non coincidente con l'avente diritto;
- eventuale dichiarazione necessaria ai fini dell'art. 5 del Regolamento Isvap n. 38 (Contraenza unica).

**In caso di polizza sottoposta a Pegno, Vincolo o Beneficiario Accettato, la presente richiesta avrà efficacia solo se sottoscritta anche dal Creditore, Vincolatario o Beneficiario. Attenzione: Le richieste di pagamento incomplete possono comportare tempi di liquidazione più lunghi.**

FIRMA DEL BENEFICIARIO ACCETTANTE O VINCOLATARIO (ove esista) \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'AVENTE DIRITTO/LEGALE RAPPRESENTANTE DELEGATO AD OPERARE/TUTORE \_\_\_\_\_

\* In caso di reinvestimento il numero della proposta/polizza è \_\_\_\_\_ (da compilare a cura dell'intermediario)

**Visto per la convalida delle firme o per la veridicità dei dati**  
 HDI Assicurazioni S.p.A.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_  
 L'Intermediario \_\_\_\_\_

OSSERVAZIONI \_\_\_\_\_



