SINISTRO – DENUNCIA DI DECESSO DELL'ASSICURATO

Polizza n.: _____ **Prodotto:** _____

Contraente: _____ **Assicurato:** _____
Cognome e Nome / Ragione Sociale — Cognome e Nome

Io sottoscritto comunico il **decesso dell'assicurato** avvenuto in data |__|__|-|__|__|-|__|__|__|__|, dovuto a (barrare una sola delle caselle):

☐ malattia non specificata ☐ omicidio, lesioni provocate intenzionalmente da altri ☐ suicidio o autolesioni
☐ infortunio ☐ causa sconosciuta

Firma del denunciante ►_____

Luogo e data _____

Spazio riservato al soggetto incaricato dell'Adeguata Verifica (da compilarsi solo se la richiesta è presentata per il tramite dell'Intermediario)

Ai sensi della normativa antiriciclaggio e relativi regolamenti attuativi vigenti, l'identificazione e la rilevazione dei dati dei firmatari della presente richiesta sono state effettuate da _____
Cognome e Nome Intermediario

Istruzioni operative e documentazione da produrre a corredo della pratica

La richiesta di liquidazione sottoscritta dal beneficiario o da chi ne ha la rappresentanza legale– unitamente ai documenti necessari – deve sempre pervenire all'Impresa **in originale** e potrà essere presentata direttamente alla rete di vendita oppure inviata a mezzo posta a:
Allianz S.p.A. – Circle Life, Piazza Tre Torri n. 3, 20145 Milano
Deve contenere, inoltre, gli estremi per l'accredito dell'importo dovuto dall'Impresa e – al fine di agevolare gli aventi diritto nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie – può essere formulata utilizzando l'apposito modulo predisposto dall'Impresa allegato alla presente denuncia.
I documenti necessari a verificare l'obbligo di pagamento e la corretta individuazione degli aventi diritto – redatti in lingua italiana, oppure differente purché accompagnati dalla relativa traduzione opportunamente giurata o certificata - sono i seguenti:

- copia fronte-retro di un valido documento d'identità del beneficiario riportante firma visibile (se il beneficiario è una persona fisica)
- copia fronte-retro di un valido documento d'identità riportante firma visibile del rappresentante legale pro tempore, nonché della documentazione attestante il conferimento dei poteri di firma e rappresentanza (se il beneficiario non è una persona fisica)
- copia del certificato di morte dell'assicurato, rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice
- copia della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà con firma autenticata in Comune, dinanzi al Notaio o presso il Tribunale che specifichi se l'assicurato abbia lasciato o meno testamento e quali siano gli eredi legittimi, loro dati anagrafici, il grado di parentela e capacità di agire (se l'assicurato coincide con il contraente)
  In caso di esistenza di testamento, deve esserne consegnata copia del verbale di pubblicazione e la suddetta dichiarazione sostitutiva deve riportarne gli estremi identificativi, precisando altresì che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato ed evidenziando quali siano gli eredi testamentari, i loro dati anagrafici e capacità di agire
  Nei casi in cui sussista la necessità di svolgere approfondimenti circa la legittimazione dell'avente diritto e/o la corretta erogazione del dovuto, l'Impresa potrà richiedere, al posto della dichiarazione sostitutiva, la copia dell'atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale
- copia del decreto del Giudice Tutelare contenente l'autorizzazione in capo al rappresentante legale dei minori o incapaci a riscuotere la somma dovuta, con esonero dell'Impresa da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa (se il beneficiario è minore d'età o incapace)
- liberatoria al pagamento della liquidazione firmata dal creditore pignoratizio/vincolatario o dal beneficiario accettante (in caso di polizza gravata da pegno o vincolo o beneficio accettato irrevocabile)
- copia della delibera assembleare oppure, se non presente, idonea documentazione prodotta dell'ente giuridico e motivazione circa l'assenza della delibera (se il beneficiario è una Persona Fisica o una Persona Giuridica diversa dalla società contraente)
- modulo antiriciclaggio Adeguata Verifica di Soggetto Persona Fisica (se il beneficiario è una persona fisica)
- modulo antiriciclaggio Adeguata Verifica di Soggetto Persona Giuridica (se il beneficiario è una persona giuridica)

Le richieste di pagamento incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.

L'Impresa, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. cartelle cliniche, verbale 118, etc.), in caso di particolari e circostanziate esigenze istruttorie e per una corretta erogazione della prestazione assicurativa (a titolo esemplificativo e non esaustivo: decesso dell'Assicurato avvenuto al di fuori del territorio della Repubblica italiana, discordanza tra i dati anagrafici del Beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non esaustiva, etc.).
Resta inteso che l'Impresa si riserva la facoltà di richiedere agli aventi diritto o ai loro rappresentanti legali, in qualsiasi momento, gli originali, al fine di verificare che le copie siano conformi agli stessi. Gli originali dovranno, in ogni caso, essere consegnati all'Impresa per esigenze legate ad un contenzioso o a seguito di richiesta delle Autorità Competenti.
L'Impresa provvederà a proprie spese alla restituzione degli originali agli aventi diritto o ai loro rappresentanti, una volta cessata l'esigenza di trattenerli.

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE BIANCA

Allianz

SINISTRO - RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE PER DECESSO DELL'ASSICURATO

Polizza n.: _____ **Prodotto:** _____

Contraente: _____ **Assicurato:** _____
Cognome e Nome / Ragione Sociale — Cognome e Nome

Io sottoscritto **Beneficiario** della polizza sopra indicata: _____
Cognome e Nome / Ragione Sociale

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Codice fiscale (se il Contraente è una persona giuridica, indicare il codice fiscale in formato numerico)

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Partita IVA

_____
Residenza / Sede legale (da utilizzarsi anche come indirizzo di corrispondenza) — N. civico — CAP — Comune — Provincia — Nazione

_____ _____ _____
Indirizzo e-mail — Telefono — Cellulare

Codice relazione tra il beneficiario e il contraente (**vedasi Legenda**): _____ se legame "Altro" (codice 17), dettagliare: _____

AVVERTENZE: si prega di fornire le ulteriori informazioni compilando l'apposito modulo antiriciclaggio Adeguata Verifica di Soggetto Persona Fisica o di Soggetto Persona Giuridica

CHIEDO

la **liquidazione** dell'importo di mia spettanza **a seguito del decesso dell'assicurato** avvenuto in data |__|__|-|__|__|-|__|__|__|__|

Modalità di liquidazione

chiedo il pagamento con le seguenti modalità:

- _____ **% bonifico** su conto corrente a me intestato o cointestato **(attenzione, non è consentito il pagamento su libretti di risparmio)**

  Banca: _____

  IBAN: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

  SWIFT/BIC: _____ **(obbligatorio in caso di bonifico su conto corrente estero)**
  L'Impresa si riserva di effettuare la verifica dell'IBAN tramite sistema interbancario

  eventuali cointestatari del conto corrente:

  1. _____ Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c **(vedasi Legenda):** _____
     Cognome e Nome cointestatario
     se legame "Altro" (cod. 17) dettagliare: _____
  2. _____ Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c **(vedasi Legenda):** _____
     Cognome e Nome cointestatario
     se legame "Altro" (cod. 17) dettagliare: _____
  3. _____ Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c **(vedasi Legenda):** _____
     Cognome e Nome cointestatario
     se legame "Altro" (cod. 17) dettagliare: _____

- _____ **% reinvestimento** su nuova proposta vita a me intestata
- _____ **% reinvestimento** a titolo di versamento aggiuntivo su polizza vita n. _____ a me intestata

Sottoscrizioni

- ho preso visione dell'informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza
- **dichiaro di ☐ non incassare / ☐ incassare l'importo di mia spettanza nell'ambito di attività d'impresa** **(barrare una sola casella)**
  Rientrano in tale classificazione le attività elencate all'art. 2195 del codice civile. In caso di riscossione nell'ambito di attività d'impresa, l'eventuale ritenuta fiscale sarà applicata a titolo d'acconto (per contratti stipulati dal 1/1/1996 al 31/12/2000) oppure non sarà applicata alcuna ritenuta fiscale, in quanto la prestazione percepita rientrerà nel reddito d'impresa (per contratti stipulati dopo il 31/12/2000)
- presto il consenso alla facoltà per l'Impresa di utilizzare comunicazioni a mezzo e-mail, se fornita, per la gestione della presente richiesta
- mi assumo tutte le responsabilità civili e penali cui posso andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

Firma del Beneficiario/Rappresentante legale ► _____

Luogo e data _____

Spazio riservato al soggetto incaricato dell'Adeguata Verifica (da compilarsi solo se la richiesta è presentata per il tramite dell'Intermediario)

Ai sensi della normativa antiriciclaggio e relativi regolamenti attuativi vigenti, l'identificazione e la rilevazione dei dati dei firmatari della presente richiesta sono state effettuate da _____ (Cognome e Nome)
che attesta di aver ricevuto in data odierna la documentazione necessaria a completamento della pratica

Istruzioni operative e documentazione da produrre a corredo della pratica

La richiesta di liquidazione sottoscritta dal beneficiario o da chi ne ha la rappresentanza legale– unitamente ai documenti necessari – deve sempre pervenire all'Impresa **in originale** e potrà essere presentata direttamente alla rete di vendita oppure inviata a mezzo posta a:

Allianz S.p.A. – Circle Life, Piazza Tre Torri n. 3, 20145 Milano

Si allegano i seguenti **documenti necessari** a verificare l'obbligo di pagamento e la corretta individuazione degli aventi diritto – **redatti in lingua italiana, oppure differente purché accompagnati dalla relativa traduzione opportunamente giurata o certificata**: (barrare le caselle relative alla documentazione che si allega)

- ☐ copia fronte-retro di un valido documento d'identità del beneficiario riportante firma visibile (se il beneficiario è una persona fisica)
- ☐ copia fronte-retro di un valido documento d'identità riportante firma visibile del rappresentante legale pro tempore, nonché della documentazione attestante il conferimento dei poteri di firma e rappresentanza (se il beneficiario non è una persona fisica)
- ☐ copia del certificato di morte dell'assicurato, rilasciato dall'Ufficio di Stato Civile in carta semplice
- ☐ copia della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà con firma autenticata in Comune, dinanzi al Notaio o presso il Tribunale che specifichi se l'assicurato abbia lasciato o meno testamento e quali siano gli eredi legittimi, i loro dati anagrafici, il grado di parentela e capacità di agire (se l'assicurato coincide con il contraente)
  In caso di esistenza di testamento, deve essere consegnata copia del verbale di pubblicazione e la suddetta dichiarazione sostitutiva deve riportarne gli estremi identificativi, precisando altresì che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato ed evidenziando quali siano gli eredi testamentari, i loro dati anagrafici e capacità di agire
  Limitatamente ai casi in cui sussista la necessità di svolgere approfondimenti circa la legittimazione dell'avente diritto e/o la corretta erogazione del dovuto, l'Impresa potrà richiedere, al posto della dichiarazione sostitutiva, la copia dell'atto di notorietà redatto dinanzi al Notaio o presso il Tribunale
- ☐ liberatoria al pagamento della liquidazione firmata dal creditore pignoratizio/vincolatario o dal beneficiario accettante (in caso di polizza gravata da pegno o vincolo o beneficio accettato irrevocabile)
- ☐ copia del decreto del Giudice Tutelare contenente l'autorizzazione in capo al rappresentante legale dei minori o incapaci a riscuotere la somma dovuta, con esonero dell'Impresa da ogni responsabilità in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa (se il beneficiario è minore d'età o incapace)
- ☐ copia della delibera assembleare oppure, se non presente, idonea documentazione prodotta dell'ente giuridico e motivazione circa l'assenza della delibera (se il beneficiario è una Persona Fisica o una Persona Giuridica diversa dalla società contraente)
- ☐ modulo antiriciclaggio Adeguata Verifica di Soggetto Persona Fisica (se il beneficiario è una persona fisica)
- ☐ modulo antiriciclaggio Adeguata Verifica di Soggetto Persona Giuridica (se il beneficiario è una persona giuridica)

Le spese relative all'acquisizione dei suddetti documenti gravano direttamente sugli aventi diritto.

L'Impresa, anche nell'interesse degli effettivi aventi diritto, si riserva altresì di richiedere ulteriore documentazione (es. cartelle cliniche, verbale 118, etc.), in caso di particolari e circostanziate esigenze istruttorie e per una corretta erogazione della prestazione assicurativa (a titolo esemplificativo e non esaustivo: decesso dell'Assicurato avvenuto al di fuori del territorio della Repubblica italiana, discordanza tra i dati anagrafici del Beneficiario indicati in polizza e i documenti prodotti dallo stesso, relazione medica incompleta e non esaustiva, etc.).

Resta inteso che l'Impresa si riserva la facoltà di richiedere agli aventi diritto o ai loro rappresentanti legali, in qualsiasi momento, gli originali, al fine di verificare che le copie siano conformi agli stessi. Gli originali dovranno, in ogni caso, essere consegnati all'Impresa per esigenze legate ad un contenzioso o a seguito di richiesta delle Autorità Competenti.

L'Impresa provvederà a proprie spese alla restituzione degli originali agli aventi diritto o ai loro rappresentanti, una volta cessata l'esigenza di trattenerli.

Avvertenze

Verificata la presenza dell'obbligo di pagamento, l'Impresa provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa presso la propria sede.

Le richieste di pagamento incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.

Decorso tale termine e a partire dal medesimo sono dovuti gli interessi legali a favore degli aventi diritto.

L'Impresa pagherà mediante accredito sul conto corrente intestato o cointestato al beneficiario, salvo il caso di pagamenti effettuati ai rappresentanti legali e informerà l'avente diritto mediante invio della quietanza di liquidazione al suo recapito.

Qualora l'operazione non fosse stata eseguita come richiesto, o in caso di mancata ricezione della quietanza di liquidazione, si invita a contattare:

Pronto Allianz - Servizio Clienti, Piazza Tre Torri n. 3, 20145 Milano
Numero Verde 800.68.68.68

Legenda

Relazione tra cointestatari del conto corrente

01 madre/padre	**12** nipote (di zio/a)
02 marito/moglie	**13** cugino/a
03 legato in unione civile/convivenza di fatto/istituti assimilabili	**14** fidanzato/a
04 fratello/sorella	**17** altro – da specificare nel modulo (a titolo esemplificativo: beneficienza, persona di fiducia, figlio/a del/la compagno/a, conoscente da tempo, padrino/madrina di battesimo, vicino/a di casa)
05 figlio/a	**18** rapporti aziendali - dipendente/datore di lavoro
06 nonno/a	**19** rapporti aziendali - procuratore o rappresentante legale
07 zio/a	**20** rapporti aziendali - socio o titolare effettivo
08 genero/nuora	**21** rapporti professionali - fornitore
09 cognato/a	**22** rapporti professionali - cliente
10 suocero/a	**23** rapporti professionali - distributore o partner
11 nipote (di nonno/a)	