

Spett.le
Intesa Sanpaolo Life dac
Ufficio Postale Milano Centro
Casella Postale 450 Via Cordusio, 4
20123 Milano



RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE DEL CAPITALE IN CASO DI DECESSO

CONTRATTI DI ASSICURAZIONE SULLA VITA

Luogo Data/...../.....

Codice contratto numero

Il sottoscritto/a¹
con Codice Fiscale o Partita IVA , nato/a a
il e residente in Via n° CAP.....
città provincia nazione, in riferimento all'assicurazione sulla
vita n. denominata
con assicurato il/la Sig./Sig.ra ,
in seguito al decesso dello stesso/a, chiede la liquidazione della prestazione assicurativa in seguito al verificarsi del sinistro sulle seguenti
coordinate bancarie: IBAN _ _ _ _ _ BIC _ _ _ _ _ intestate a
.....

Al fine della suddetta liquidazione allego la seguente documentazione:

- Originale contrattuale con eventuali appendici o Dichiarazione attestante lo smarrimento dei documenti originali;
- Certificato di morte dell'assicurato della polizza sopra menzionata, con indicazione della data di nascita dell'assicurato stesso;
- Dichiarazione di non residenza in Irlanda compilata e firmata in originale, secondo il modello riportato e/o allegato nella documentazione contrattuale;
- Consenso espresso al trattamento di dati personali generali e sensibili firmato in originale;
- Modulo di adeguata verifica e identificazione della clientela - Gianos 3D;
- Copia di un documento identificativo valido firmato ed indirizzo completo del/della sottoscritto/a²;
- Copia autenticata dell'eventuale testamento (in questo caso la Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà ne riporta gli estremi, dando menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre, la suddetta Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire);
- In assenza di testamento, Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale dalla quale risulti che l'assicurato è deceduto senza lasciare testamento nonché (qualora gli eredi legittimi siano beneficiari della polizza) le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità;
- Eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza l'impresa di assicurazione alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinate ai beneficiari minorenni/incapaci di agire;
- Altro (indicare)

Firma:

**ATTENZIONE: LA PRESENTE RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA E SOTTOSCRITTA IN ORIGINALE DA UN SOLO BENEFICIARIO;
IN CASO DI PIÙ BENEFICIARI COMPILARE, PER CIASCUNO DI ESSI, UN APPOSITO MODULO DI RICHIESTA**

Per ulteriori chiarimenti è a sua disposizione il servizio *ProntoLife* al Numero 02.30.30.00.00

¹ In caso di persona giuridica, indicare il rappresentante legale.

In caso di beneficiario minorenni/incapace di agire, indicare il Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno.

² In caso di persona giuridica, allegare anche un documento attestante la qualifica di rappresentante legale del/della sottoscritto/a.