

RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE PER INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DELL'ASSICURATO

Polizza n.: _____ Contraente/Assicurato: _____
Cognome e Nome

Io sottoscritto – in qualità di beneficiario della liquidazione - comunico che in data |__|_|-|__|_|-|__|_|, all'Assicurato è stata riconosciuta una Invalidità Totale Permanente di grado _____%

Firma del denunciante ► _____

Istruzioni operative

Al fine di ottenere il pagamento della prestazione assicurativa, la documentazione richiesta al fine di verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento della prestazione deve essere inoltrata, nel più breve tempo possibile, alla Società a mezzo posta (con lettera indirizzata a:

UniCredit Allianz Vita S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano) oppure consegnata alla Filiale del Distributore.

È comunque consentito all'Assicurato o ad altro soggetto (munito di idonea autorizzazione o titolo ad agire per conto dell'Assicurato) di richiedere la liquidazione della prestazione in forma libera, purché siano riportate le coordinate bancarie del conto corrente, intestato o cointestato all'Assicurato, per l'accredito, attraverso bonifico, dell'importo dovuto dalla Società.

Vengono di seguito indicati i documenti da consegnare unitamente alla richiesta scritta di liquidazione per Invalidità permanente:

- relazione del medico curante (medico specialista che ha in cura l'Assicurato) attestante le cause della sopraggiunta Invalidità permanente. Tale relazione potrà essere effettuata utilizzando l'apposito modulo predisposto dalla Società;
- certificazione di Invalidità Totale e Permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, etc);
- fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato

Dovranno inoltre essere inviati alla Società anche i seguenti documenti qualora disponibili:

- verbale del pronto soccorso
- verbale redatto dalle autorità intervenute (ad esempio, in caso di incidente stradale)

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

In caso di sinistro occorso al di fuori dei confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico italiano.

La documentazione relativa al sinistro dovrà essere redatta in lingua italiana, oppure differente purché accompagnata dalla relativa traduzione in lingua italiana.

La Società, anche nell'interesse dell'Assicurato, può riservarsi di richiedere altresì ulteriore documentazione in caso di particolari e circostanziate esigenze istruttorie e per una corretta erogazione della prestazione assicurativa.

RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE PER INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE DELL'ASSICURATO

Polizza n.: _____ **Contraente/Assicurato:** _____
Cognome e Nome

Io sottoscritto beneficiario della liquidazione per invalidità totale permanente dell'Assicurato della polizza sopra indicata:

Cognome e Nome
|_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|
M F
Data di nascita
Sesso

Codice fiscale

Luogo di nascita (Comune – Provincia – Nazione)
Cittadinanza

Residenza (da utilizzarsi anche come indirizzo di corrispondenza)
N. civico
CAP
Comune
Provincia
Nazione

Domicilio (se diverso da residenza)
N. civico
CAP
Comune
Provincia
Nazione

Indirizzo e-mail (facoltativo)
Telefono (facoltativo)
Cellulare (facoltativo)

Tipo documento
Numero documento
Data rilascio
Data scadenza

Rilasciato da
Luogo/Stato di rilascio

NON SONO SONO Persona Politicamente Esposta - PEP (per beneficiario persona giuridica indicare che si è PEP se almeno un titolare effettivo è PEP)

In caso di Persona Politicamente Esposta, indicare:

- Cognome e Nome del Titolare Effettivo PEP: _____
- Codice relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche (Legenda – Tabella A): _____
- Codice tipologia PEP (Legenda – Tabella B): _____

CHIEDO

la liquidazione dell'importo di mia spettanza a seguito del riconoscimento di uno stato di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato di grado _____ % avvenuto in data |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

Modalità di liquidazione

▪ chiedo il pagamento con bonifico su conto corrente a me intestato o cointestato

▪ 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 cointestatori del conto corrente:

1. _____
Cognome e Nome cointestatario

2. _____
Cognome e Nome cointestatario

3. _____
Cognome e Nome cointestatario

Istruzioni operative

La richiesta di liquidazione deve sempre pervenire all'Impresa in originale, sottoscritta dal beneficiario della liquidazione o da chi ne ha la rappresentanza legale, unitamente a copia fronte-retro di un valido documento d'identità di ciascuno di essi riportante firma visibile e della documentazione attestante il conferimento dei poteri di firma e rappresentanza in capo al soggetto indicato quale rappresentante legale.

Si allegano i seguenti documenti necessari a verificare l'obbligo di pagamento e la corretta individuazione degli aventi diritto (barrare le caselle relative alla documentazione che si allega):

- copia fronte-retro di un valido documento d'identità del beneficiario della prestazione riportante firma visibile
 - copia fronte-retro di un valido documento d'identità dell'eventuale rappresentante legale pro tempore riportante firma visibile, nonché della documentazione attestante il conferimento dei poteri di firma e rappresentanza
- relazione del medico curante (medico specialista che ha in cura l'Assicurato) attestante le cause della sopraggiunta Invalidità permanente. Tale relazione potrà essere effettuata utilizzando l'apposito modulo predisposto dalla Società;
 - certificazione di Invalidità Totale e Permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, etc);
 - fotocopia di un valido documento di identità dell'Assicurato

Dovranno inoltre essere inviati alla Società anche i seguenti documenti qualora disponibili:

- verbale del pronto soccorso
- verbale redatto dalle autorità intervenute (ad esempio, in caso di incidente stradale)

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

In caso di sinistro occorso al di fuori dei confini dell'Italia, la relativa documentazione sanitaria dovrà essere certificata da un medico italiano.

La documentazione relativa al sinistro dovrà essere redatta in lingua italiana, oppure differente purché accompagnata dalla relativa traduzione in lingua italiana.

La Società, anche nell'interesse dell'Assicurato, può riservarsi di richiedere altresì ulteriore documentazione in caso di particolari e circostanziate esigenze istruttorie e per una corretta erogazione della prestazione assicurativa.

Legenda

Tabella A - relazione con soggetto con importanti cariche pubbliche

01 soggetto stesso	06 coniuge di figlio/a di
02 genitore di	07 soggetto legato in unione civile/convivenza di fatto/istituti assimilabili con figlio/a di
03 coniuge di	08 titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari con
04 soggetto legato in unione civile/convivenza di fatto/istituti assimilabili con	09 soggetto che detiene solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di
05 figlio/a di	

Tabella B - tipologia PEP (carica in vigore o cessata da meno di un anno)

01 Presidente della Repubblica Italiana o di stato estero	15 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici italiani o esteri
02 Presidente del Consiglio italiano o carica analoga in stato estero	16 giudice della Corte Costituzionale o carica analoga in stato estero
03 Ministro italiano o carica analoga in stato estero	17 magistrato della Corte Costituzionale o carica analoga in stato estero
04 Vice Ministro italiano o carica analoga in stato estero	18 magistrato della Corte dei Conti o carica analoga in stato estero
05 Sottosegretario italiano o carica analoga in stato estero	19 consigliere di stato o carica analoga in stato estero
06 deputato italiano o carica analoga in stato estero	20 componente del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana
07 senatore italiano o carica analoga in stato estero	21 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti
08 parlamentare europeo o cariche analoghe in stato estero	22 ambasciatore italiano o carica equivalente in stato estero
09 Presidente di Regione o carica in stato estero	23 incaricato d'affari italiano o carica equivalente in stato estero
10 assessore regionale o carica analoga in stato estero	24 ufficiale di grado apicale delle forze armate italiane o carica equivalente in stato estero
11 consigliere regionale italiano o carica analoga in stato estero	25 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo di impresa controllata, anche indirettamente, dallo stato italiano o estero
12 Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana italiana o carica analoga in stato estero	26 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo di imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane o da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti
13 Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti o cariche analoghe in stato estero	27 direttore, vice direttore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgente funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali
14 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale	