

Da trasmettere, unitamente alla documentazione necessaria:

- a mezzo lettera raccomandata a:  
**Banco BPM Vita S.p.A. – Direzione Operazioni, Via Massaua n. 6, 20146 Milano**
- a mezzo posta elettronica certificata a: **gestioneclienti@pec.bancobpmvita.it**
- alla competente filiale della Banca Intermediaria

## RICHIESTA DI PAGAMENTO DEL CAPITALE PER DECESSO DELL'ASSICURATO

### AVVERTENZE:

- Il presente modulo è stato predisposto da Banco BPM Vita S.p.A. per facilitare la raccolta delle informazioni utili alla liquidazione della prestazione maturata;
- La richiesta, ove effettuata con il presente modulo, deve essere **compilata e sottoscritta da ciascun Beneficiario**.

### BENEFICIARIO

Il sottoscritto Nome e Cognome	<input type="text"/>
Codice Fiscale	<input type="text"/>
Residente in via	<input type="text"/>
Comune e Provincia	<input type="text"/>
Recapito telefonico	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>

in qualità di Beneficiario della polizza numero

il cui Assicurato (nome e cognome)

è deceduto in data  /  /  **richiedo il pagamento della quota di capitale**  
a me spettante sul seguente conto corrente

**IBAN**

### INFORMAZIONI SULL'ASSICURATO

Il sottoscritto dichiara che l'Assicurato, alla data del sinistro, svolgeva la seguente attività lavorativa:

<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente privato	<input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente pubblico
<input type="checkbox"/> Lavoratore Autonomo	<input type="checkbox"/> Pensionato
<input type="checkbox"/> Non occupato	

### CONSENSO NECESSARIO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto dichiara di aver preso conoscenza dell'Informativa sulla protezione e sul trattamento dei dati personali per il Beneficiario della prestazione assicurativa e altri soggetti non rientranti nella categoria di Contraente/Assicurato e di acconsentire al trattamento dei propri dati personali per le finalità richiamate alla lettera A dell'informativa.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Luogo

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma del Beneficiario



### ESTREMI DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL BENEFICIARIO

Documento d'identità  n.

Rilasciato da  in data  /  /

**ATTENZIONE: LE RICHIESTE DI PAGAMENTO INCOMPLETE DELLE INFORMAZIONI O DELLA DOCUMENTAZIONE COMPORTERANNO TEMPI DI LIQUIDAZIONE PIÙ LUNGH**

## DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA

- Copia fronte/retro di un **Documento di identità** in corso di validità e del **Codice fiscale** del Beneficiario;
- **certificato di morte**;
- **dichiarazione sostitutiva di atto notorio con firma autenticata** (contenente l'elenco degli eredi e indicazione se l'Assicurato è deceduto lasciando o meno disposizioni testamentarie). In caso di testamento allegare **copia autentica o estratto autentico dell'atto di ultima volontà**;
- in presenza di beneficiari minorenni o incapaci, **copia autentica del provvedimento del Giudice Tutelare** con il quale si autorizza l'esercente la potestà parentale/Tutore/Curatore/Amministratore alla riscossione della prestazione;
- **relazione del medico curante** (sul sito della Compagnia è reperibile un esempio di modulo, ad uso facoltativo, per facilitare la raccolta delle informazioni mediche ai fini della liquidazione della prestazione assicurata);

## ULTERIORI DOCUMENTI EVENTUALMENTE DA PRESENTARE

- In caso di decesso conseguente a causa violenta (es. incidente stradale, infortunio, omicidio o suicidio): **Copia del verbale dell'Autorità Giudiziaria**;
- **Copia della cartella clinica relativa all'ultimo ricovero** (eventualmente intervenuto tra la data del decesso e il 5° anno antecedente la sottoscrizione del contratto).

**INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE E SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  
ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/2016 – GDPR  
(Beneficiari e altri soggetti non rientranti nella categoria di Contraente/Assicurato)

**A. NATURA DEI DATI TRATTATI PER LE FINALITÀ CONNESSE ALLA GESTIONE DEL RAPPORTO ASSICURATIVO**

I Suoi dati personali (anagrafici, fiscali, di natura economica, eventualmente anche relativi alla Sua salute, biometrici, genetici, giudiziari) comunicati direttamente da Lei o reperiti dalla Società da fonti pubbliche, siti web o da soggetti terzi, quali società di informazione commerciale e creditizia o di servizi, tramite banche dati, elenchi tematici o settoriali, saranno raccolti e trattati dalla Società per le finalità strettamente connesse alla liquidazione del sinistro o pagamento di altre prestazioni, agli eventuali adempimenti a specifici obblighi di legge o contrattuali (es. attività di antiriciclaggio e vigilanza assicurativa sui sinistri) ed alla prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative indagini e/o azioni legali.

Per tali servizi, la Società deve obbligatoriamente ottenere il Suo consenso al trattamento dei Suoi dati. Il mancato conferimento da parte Sua comporta l'impossibilità di ottenere le prestazioni contrattuali inerenti al rapporto assicurativo.

**B. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

I Suoi dati saranno trattati con logiche di organizzazione ed elaborazione strettamente correlate al conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa, attraverso idonee modalità e procedure che comportano anche l'utilizzo di strumenti informatici e telematici o comunque automatizzati nonché con l'impiego di algoritmi dedicati.

All'interno della Società i dati saranno trattati da personale dipendente e/o collaboratore appositamente designato, nell'ambito delle rispettive funzioni ed in conformità alle istruzioni ricevute, così da garantire la sicurezza, l'integrità e la riservatezza dei dati stessi nel rispetto delle misure organizzative, fisiche e logiche previste dalle disposizioni vigenti.

Per talune attività la Società potrà utilizzare soggetti terzi che, sempre secondo le istruzioni impartite e nel rispetto delle misure di sicurezza previste, svolgeranno compiti di natura tecnica e organizzativa.

I Suoi dati saranno conservati per un periodo di tempo compatibile con l'assolvimento degli obblighi di legge e di quelli contrattuali.

**C. COMUNICAZIONE DEI DATI A SOGGETTI TERZI**

I Suoi dati potranno essere comunicati, per quanto di loro rispettiva e specifica competenza a soggetti terzi pubblici o privati, appartenenti al settore assicurativo o ad esso correlati che concorrono nella costituzione della c.d. "catena assicurativa".

L'elenco aggiornato dei soggetti costituenti la c.d. "catena assicurativa" potrà essere da Lei richiesto contattando il Responsabile della Protezione dei Dati, ai recapiti indicati alla lettera D della presente informativa.

I Suoi dati personali, inoltre, potranno essere comunicati per finalità amministrative e contabili a società controllanti, controllate o collegate ai sensi dell'art. 2359 c.c..

Nell'ambito delle finalità indicate nella presente informativa e nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, Le comunichiamo che i Suoi dati personali potranno essere trasferiti verso Paesi membri dell'Unione Europea.

**D. DIRITTI DELL'INTERESSATO**

In qualsiasi momento, avrà il diritto di chiedere:

- la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano e la loro natura;
- l'aggiornamento o la rettifica in caso di inesattezza;
- le finalità e modalità del trattamento;
- in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici, la logica applicata al trattamento;
- la cancellazione ("diritto all'oblio"), la trasformazione in forma anonima, il blocco dei dati trattati;
- la portabilità dei dati trattati, ossia ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile i dati personali forniti.

Sarà Suo diritto, inoltre, revocare in qualsiasi momento il conferimento al trattamento dei Suoi dati, nel rispetto degli obblighi di legge e secondo le modalità previste dal GDPR.

Fermo restando il diritto a esporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, per esercitare i Suoi diritti e richiedere maggiori informazioni in ordine al trattamento dei Suoi dati personali, ai soggetti e alle categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati nonché ai Responsabili del trattamento, potrà contattare il Responsabile della Protezione dei Dati al seguente recapito: Banco BPM Vita S.p.A. - Responsabile della Protezione dei Dati, Via Massaua n. 6, 20146 Milano – e-mail: [privacy@bancobpmvita.it](mailto:privacy@bancobpmvita.it).

**E. TITOLARE DEL TRATTAMENTO**

Il Titolare del trattamento è Banco BPM Vita S.p.A., Via Massaua n. 6, 20146 Milano.

## RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE

La Relazione del Medico curante deve essere compilata dal medico che ha avuto in cura l'Assicurato e fa parte della documentazione sanitaria richiesta da Banco BPM Vita S.p.A. per procedere al pagamento del capitale previsto in caso di decesso.

Il presente modello è stato predisposto da Banco BPM Vita S.p.A. per facilitare la raccolta delle informazioni mediche utili ai fini della liquidazione della prestazione assicurata ed è utilizzabile a discrezione del Beneficiario e/o del Medico Curante

### AVVERTENZA:

È importante redigere questa Relazione con ogni scrupolosità, mettendo in rilievo tutte le circostanze che possono illustrare la genesi, l'inizio e il decorso della malattia che ha portato al decesso dell'Assicurato.

È altresì importante non omettere dati e circostanze note sulle eventuali malattie pregresse, anche se queste non avessero avuto alcun rapporto con la malattia terminale.

### Assicurato

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

### Estremi del decesso

Luogo del decesso \_\_\_\_\_ Cause del decesso \_\_\_\_\_

### Medico curante

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Tel/Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

1. Da quanto tempo era il medico dell'Assicurato? \_\_\_\_\_

2. In quali epoche visitò l'Assicurato? \_\_\_\_\_

Per quali malattie? \_\_\_\_\_

3. L'Assicurato ha sofferto di qualche malattia acuta o cronica?  SI  NO

In caso affermativo quali e a quale data sono state diagnosticate? \_\_\_\_\_

Indicare l'eventuale trattamento farmacologica continuativo e regolare a cui era sottoposto e da quale data \_\_\_\_\_

4. L'Assicurato è stato assente dal lavoro negli ultimi 12 mesi per più di 30 giorni lavorativi consecutivi a causa di malattia o di infortunio?  SI  NO

5. L'Assicurato è stato ricoverato negli ultimi 5 anni in Ospedali e/o Case di Cura?  SI  NO

In caso affermativo specificare:

nome/i della/e struttura/e ospedaliera/e \_\_\_\_\_

data/e del ricovero \_\_\_\_\_

motivo/i del/i ricovero/i: \_\_\_\_\_

6. Quale fu la causa di morte dell'Assicurato?

7. Quando fu diagnosticata la malattia?

8. Per tale malattia l'Assicurato fu sottoposto ambulatorialmente ad accertamenti diagnostici e/o trattamenti terapeutici?  SI  NO

In caso affermativo specificare:

quali \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

nome della struttura ospedaliera \_\_\_\_\_

9. E 'stato eseguito esame autoptico (istologico, tossicologico)?  SI  NO

In caso affermativo, con quale esito? \_\_\_\_\_

10. Quali altre notizie e/o informazioni Lei può aggiungere? \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ IL MEDICO CURANTE (Timbro e Firma) \_\_\_\_\_