

Convenzione/Polizza	Contraente
Ramo/Numero 5500099	Cognome e Nome/Ragione Sociale PREVIDENZA COOPERATIVA Cod. Fiscale 97979660582

Agenzia
Agenzia BOLOGNA DIREZIONE Cod. Agenzia 3834 Cod. Subagenzia 63 POLIZZE CORPORATE Cod. Produttore

Assicurato
Cognome e Nome Cod. Fiscale

Il sottoscritto in qualità di ☐ Beneficiario oppure ☐ Vincolatario / Creditore Pignoratizio (in caso di vincolo / pegno):

Cognome e Nome	Sesso	Data di nascita
		__/__/__

Luogo di nascita	Cod. Fiscale

Domicilio Fiscale (Indirizzo)	(Località)	Prov.	(CAP)

Documento di riconoscimento					
Tipo	Numero	Data rilascio	Rilasciato da	Località rilascio	Data scadenza
		__/__/__			__/__/__

☐ **Legale Rappresentante** (da compilare nel caso in cui il Beneficiario sia persona giuridica)

Cognome e Nome	Sesso	Data di nascita
		__/__/__

Luogo di nascita	Codice Fiscale

Domicilio Fiscale (Indirizzo)	(Località)	Prov.	(CAP)

Documento di riconoscimento					
Tipo	Numero	Data rilascio	Rilasciato da	Località rilascio	Data scadenza
		__/__/__			__/__/__

☐ **Procuratore / Mandatario / Amministratore di sostegno / Tutore / Curatore** (da compilare in caso di richiesta di persona che agisce in forza di Mandato e/o Procura e/o nomina di Amministratore di sostegno o Tutore o Curatore del Beneficiario)

(da compilare in caso di richiesta di persona che agisce in forza di Mandato e/o Procura e/o nomina di Amministratore di sostegno o Tutore o Curatore del Beneficiario)

Cognome e Nome	Sesso	Data di nascita
		__/__/__

Luogo di nascita	Codice Fiscale

Domicilio Fiscale (Indirizzo)	(Località)	Prov.	(CAP)

Documento di riconoscimento					
Tipo	Numero	Data rilascio	Rilasciato da	Località rilascio	Data scadenza
		__/__/__			__/__/__

richiede a UnipolSai Assicurazioni S.p.A. di dar corso all'operazione di liquidazione indicata con una "X" ed allega i documenti necessari indicati a pagina 2 e 3:

<input type="checkbox"/> Decesso dell'Assicurato
<input type="checkbox"/> Invalidità totale e permanente dell'Assicurato

Beneficiari previsti da Convenzione (indicare con una "X" quanto contrattualmente previsto)

<input type="checkbox"/> Eredi testamentari
<input type="checkbox"/> Eredi legittimi
<input type="checkbox"/> Aveni diritto art. 2122 C.C.
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)

Le possibilità sopra indicate sono valide solo per i casi contrattualmente previsti.

DICHIARAZIONE DEL BENEFICIARIO SULLE MODALITA' DI PAGAMENTO																																																																							
Bonifico Bancario (intestato al Beneficiario) Codice IBAN <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 2.5%;"> </td><td style="width: 2.5%;"> </td><td style="width: 2.5%;"> </td><td style="width: 2.5%;"> </td><td style="width: 2.5%;"> </td><td style="width: 2.5%;"> </td><td style="width: 2.5%;"> </td><td style="width: 2.5%;"> </td><td style="width: 2.5%;"> </td><td style="width: 2.5%;"> </td><td style="width: 2.5%;"> </td><td style="width: 2.5%;"> </td><td style="width: 2.5%;"> </td><td style="width: 2.5%;"> </td><td style="width: 2.5%;"> </td><td style="width: 2.5%;"> </td><td style="width: 2.5%;"> </td><td style="width: 2.5%;"> </td><td style="width: 2.5%;"> </td><td style="width: 2.5%;"> </td><td style="width: 2.5%;"> </td><td style="width: 2.5%;"> </td><td style="width: 2.5%;"> </td><td style="width: 2.5%;"> </td><td style="width: 2.5%;"> </td><td style="width: 2.5%;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">paese</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">check</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">cin</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">abi</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">cab</td><td colspan="15"></td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">c/c</td> </tr> </table>																																																			paese	check	cin	abi	cab																c/c
paese	check	cin	abi	cab																c/c																																																			
Banca												Filiale																																																											
Cognome e nome Intestatario c/c												Codice Fiscale Intestatario c/c																																																											
Il sottoscritto: <input type="checkbox"/> dichiara di avere ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali; <input type="checkbox"/> richiede che ogni eventuale comunicazione sia trasmessa al domicilio fiscale sopraindicato; <input type="checkbox"/> prende atto che i dati e la documentazione allegata al presente modulo saranno utilizzati da UnipolSai Assicurazioni S.p.A. al fine di gestire la liquidazione richiesta.																																																																							
Luogo e data												Firma del Richiedente (o del Procuratore / Mandatario / Amministratore di sostegno / Tutore / Curatore) L'Agente (per autenticità della firma, se la richiesta è inviata tramite Agenzia)																																																											
Elenco documenti necessari per la liquidazione																																																																							
La presente domanda di liquidazione compilata e sottoscritta dall'avente diritto (in alternativa potrà essere effettuata su carta semplice), nella quale dovranno essere indicati tutti i dati identificativi dell'avente diritto • stesso: nel caso in cui gli aventi diritto siano più di uno, ciascuno di questi dovrà compilare e sottoscrivere una singola richiesta completa di tutti i dati significativi.												<input type="checkbox"/> in tutti i casi di liquidazione																																																											
• Fotocopia fronte retro del documento di riconoscimento valido e codice fiscale di ciascun avente diritto.												<input type="checkbox"/> in tutti i casi di liquidazione																																																											
Comunicazione di svincolo redatta e sottoscritta dal vincolatario o benestare del creditore pignoratizio, solo nel • caso in cui il contratto risulti vincolato o ceduto in pegno, che autorizzi il pagamento all'avente diritto o, viceversa, comunicazione che indichi l'ammontare del debito residuo vantato.												<input type="checkbox"/> se ricorre il caso																																																											
• Documentazione necessaria alla verifica dell'effettivo potere di rappresentanza nel caso in cui l'avente diritto sia persona giuridica (es.: visura camerale, verbale di assemblea con attestazione dei poteri o altro equivalente)												<input type="checkbox"/> in tutti i casi di liquidazione																																																											
Mandato e/o procura e/o decreto di nomina di amministratore di sostegno o del tutore dell'avente diritto, • nonché copia fronte/retro del documento di riconoscimento valido e codice fiscale del procuratore/mandatario/amministratore di sostegno/tutore.												<input type="checkbox"/> se ricorre il caso																																																											
• Certificato di morte dell'Assicurato (*)												<input type="checkbox"/> in caso di decesso dell'Assicurato																																																											
Decreto del Giudice Tutelare che autorizza la riscossione e dispone sul reimpiego delle somme, con esonero della Società da ogni responsabilità circa il pagamento della somma stessa e da ogni ingerenza e responsabilità circa l'eventuale reimpiego, nel caso di beneficio a favore di minore o di incapace (ottenibile con ricorso al Giudice Tutelare del luogo di residenza del minore o incapace) (*). Gli importi da far autorizzare verranno comunicati dalla Società.												<input type="checkbox"/> se ricorre il caso																																																											
Se i beneficiari della prestazione assicurativa contrattualmente previsti sono: - eredi testamentari: ◌ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (ottenibile presso gli uffici del Comune di residenza ovvero presso un Notaio) dalla quale risulti se l'assicurato ha lasciato o meno testamento e se quest'ultimo, di cui deve essere rimesso l'atto notarile di pubblicazione, è l'unico o l'ultimo conosciuto, valido e non impugnato; la Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà deve precisare chi sono gli eredi testamentari. - eredi legittimi: ◌ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (ottenibile presso gli uffici del Comune di residenza ovvero presso un Notaio) dalla quale risulti chi sono gli eredi legittimi e se l'assicurato ha lasciato o meno testamento e se quest'ultimo, di cui deve essere rimesso l'atto notarile di pubblicazione, è l'unico o l'ultimo conosciuto, valido e non impugnato. • - aventi diritto a norma dell'art. 2122 C.C.: ◌ Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (ottenibile presso gli uffici del Comune di residenza ovvero presso un Notaio) dalla quale risulti chi sono gli aventi diritto a norma dell'art. 2122 del Codice Civile e se l'assicurato ha lasciato o meno testamento e se quest'ultimo, di cui deve essere rimesso l'atto notarile di pubblicazione, è l'unico o l'ultimo conosciuto, valido e non impugnato. - altro: ◌ Nel caso che quali aventi diritto siano designati in via generica soggetti diversi da quelli sopra indicati, la Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dovrà indicare i dati anagrafici degli aventi diritto medesimi.												<input type="checkbox"/> se ricorre il caso																																																											

<p>In caso di decesso:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ø relazione medica sulle cause del decesso, redatta su apposito modulo fornito dalla Società, disponibile anche presso le Agenzie oppure redatta su carta semplice fornendo tutte le informazioni previste dal modulo stesso (*); Ø In caso di morte violenta (infortunio, omicidio o suicidio) documento rilasciato dall'autorità competente da cui si desumono le precise circostanze del decesso. 	<p>Ø se ricorre il caso</p>
<p>In caso di invalidità permanente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ø relazione medica sulle cause dell'invalidità permanente, redatta su apposito modulo fornito dalla Società, disponibile anche presso le Agenzie oppure redatta su carta semplice fornendo tutte le informazioni previste dal modulo stesso (*); Ø copia della domanda di invalidità presentata all'Ente Previdenziale di appartenenza (ad esempio INPS) qualora sussistano i requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva; Ø certificato attestante il riconoscimento da parte dell'Ente Previdenziale, al quale obbligatoriamente appartiene l'Assicurato (ad esempio INPS), del diritto a conseguire la pensione di inabilità o l'assegno ordinario di invalidità (non saranno, pertanto, considerate valide le attestazioni relative al riconoscimento di invalidità civile di cui alla L. 118/1971); Ø dichiarazione del datore di lavoro circa l'avvenuta cessazione del rapporto di lavoro come conseguenza diretta dell'invalidità riconosciuta, se prevista da convenzione. 	<p>Ø se ricorre il caso</p>
<p>Questionario Antiriciclaggio sull'operazione di liquidazione debitamente compilato e sottoscritto dall'avente diritto</p> <ul style="list-style-type: none"> Fotocopia fronte retro del documento di riconoscimento valido e codice fiscale dell'Esecutore (Legale Rappresentante/ Procuratore/Mandatario/Amministratore di sostegno/Tutore/Curatore) 	<p>Ø in caso di decesso dell'Assicurato</p>

(*) Documenti da presentare in originale o copia conforme all'originale numerata ed autenticata in ogni pagina.

I pagamenti vengono effettuati previa consegna da parte degli aventi diritto di tutta la documentazione sopra elencata in relazione alla causa del pagamento, fatta eccezione per quella già prodotta in precedenza e ancora in corso di validità.

Eventuali ulteriori documenti potranno essere richiesti solo nel caso in cui quelli precedentemente elencati non risultassero sufficienti a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e/o ad individuare con esattezza gli aventi diritto.