

Spett.le
Nobis Vita S.p.A.
Viale G. Colleoni, 21
20864 Agrate Brianza MB

RICHIESTA LIQUIDAZIONE A SEGUITO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

Polizza Pensione Futura n.° _____

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di beneficiario/a della polizza vita in oggetto chiede la liquidazione della polizza medesima in seguito alla morte dell'Assicurato _____ e a tal fine allega alla presente:

- certificato di morte dell'Assicurato;
- dichiarazione sostitutiva autenticata dell'atto di notorietà da cui risulti l'esistenza o meno di testamento e, in caso affermativo, copia autentica del testamento pubblicato (per importi fino a € 100.000,00). Nel caso in cui la designazione beneficiaria sia genericamente determinata, dalla dichiarazione sostitutiva dovrà risultare l'elenco di tutti i predetti eredi con l'indicazione delle generalità complete, dell'età, dello stato civile e della capacità di agire di ciascuno di essi, del rapporto e del grado di parentela dell'Assicurato e con l'esplicita dichiarazione che oltre a quelli indicati non esistono, né esistevano alla morte dell'Assicurato, altre persone aventi comunque diritto per legge alla successione;
- copia di un documento d'identità valido e del codice fiscale;
- statuto, partita IVA e gli estremi del rappresentante legale (solo in caso di persone giuridiche);
- decreto di autorizzazione del Giudice Tutelare a riscuotere la somma dovuta a minori o incapaci.

Richiede che il pagamento, che Nobis Vita S.p.A. effettuerà con tempestività e comunque non oltre il termine massimo di sei mesi decorrenti dalla data di ricezione della richiesta, sia disposto con:

- Bonifico sul conto corrente bancario nazionale n. _____
Intestato/cointestato a _____

Nel caso in cui la domanda risulti incompleta o insufficiente, Nobis Vita S.p.A. richiede gli elementi integrativi, e il termine sopra indicato è sospeso fino alla data del completamento o della regolarizzazione della pratica.

Il Beneficiario dichiara di aver ricevuto e preso atto dell'informativa privacy resa in fase di sottoscrizione ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR) e acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili nei limiti delle finalità obbligatorie.

Cognome e Nome del Beneficiario _____
Indirizzo _____
CAP _____ Città _____ (Prov) _____

Il Beneficiario
(firma leggibile)

Luogo e data _____