

**Richiesta di liquidazione per decesso assicurato**

		Data _____
Contraente:	CASSA ASSICURATIVA PER IL RISCHIO VITA PER I LAVORATORI DIPENDENTI DELL'INDUSTRIA ALIMENTARE	
Assicurato _____		
Codice Fiscale _____		
Nato il _____	Deceduto il _____	
Dipendente dell'Azienda _____		
Partita IVA <input type="text"/>		

In riferimento a quanto in oggetto il sottoscritto:

<b>Cognome e nome</b>	
<b>Luogo e data nascita</b>	Nato/a a _____ (_____) il _____
<b>Domicilio fiscale</b>	Via _____ n. _____ Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____ Recapiti telefonici: _____
<b>Codice fiscale</b>	<input type="text"/>
<b>Documento di riconoscimento</b>	Tipo _____ Numero _____ Data Rilascio _____ Autorità/Luogo _____

in qualità di Beneficiario ai sensi dell'art.536 del C.C., in nome proprio e in nome e per conto degli eventuali ulteriori eredi indicati nell'elenco allegato, chiede la liquidazione delle prestazioni previste dal Regolamento della Cassa Rischio Vita ed allega i documenti indicati a pagina 3.

Richiede che il pagamento sia effettuato con:

 **Assegno bancario** **Bonifico bancario**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI COMUNI** -Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'informativa privacy, descritta a pagina 3, prevista dall' art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 196/2003) anche in nome e per conto degli altri interessati, di impegnarsi a consegnarne loro una copia e di acconsentire al trattamento nei limiti e per le finalità indicate nell'informativa.

<b>Il richiedente</b>  _____	<b>Il Contraente ( la Cassa )</b> (timbro e firma del Legale Rappresentante)
------------------------------------	---



<b>3) Cognome e nome</b>	_____																		
<b>Grado di parentela</b>	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello/Sorella <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Altro _____																		
<b>Luogo e data nascita</b>	Nato/a a _____ (____) il _____																		
<b>Domicilio fiscale</b>	Via _____ n. _____ Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____																		
<b>Codice Fiscale</b>	<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> </tr> </table>																		
<b>Documento di riconoscimento</b>	Tipo _____ Numero _____ Data Rilascio _____ Autorità/Luogo _____																		
<b>Codice IBAN</b>	Cod. Paese	CIN IBAN	CIN	Codice ABI	Codice CAB	Numero conto corrente													
	<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> </tr> </table>				<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> </tr> </table>				<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> </tr> </table>				<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> </tr> </table>				<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> </tr> </table>		
Banca: _____ Filiale: _____																			
Intestatario: _____																			

<b>4) Cognome e nome</b>	_____																		
<b>Grado di parentela</b>	<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Fratello/Sorella <input type="checkbox"/> Nipote <input type="checkbox"/> Altro _____																		
<b>Luogo e data nascita</b>	Nato/a a _____ (____) il _____																		
<b>Domicilio fiscale</b>	Via _____ n. _____ Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____																		
<b>Codice Fiscale</b>	<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> </tr> </table>																		
<b>Documento di riconoscimento</b>	Tipo _____ Numero _____ Data Rilascio _____ Autorità/Luogo _____																		
<b>Codice IBAN</b>	Cod. Paese	CIN IBAN	CIN	Codice ABI	Codice CAB	Numero conto corrente													
	<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> </tr> </table>				<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> </tr> </table>				<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> </tr> </table>				<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> </tr> </table>				<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> <td style="width:33.33%; height: 20px;"> </td> </tr> </table>		
Banca: _____ Filiale: _____																			
Intestatario: _____																			

**ELENCO DEI DOCUMENTI NECESSARI PER LA LIQUIDAZIONE**

Per procedere al pagamento, dovranno essere consegnati alla Cassa Rischio Vita i documenti necessari a **verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento** e ad **individuare con esattezza gli Aventi diritto**.

01	<b>Certificato di morte dell'Assicurato</b>	<b>Sempre</b>
02	<b>Testamento</b> in copia autentica o in caso non esista testamento, <b>Dichiarazione sostitutiva dell'Atto Notorio</b> , rilasciato ai sensi dell'Art. 47 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000 che si è aperta successione legale, in cui siano specificati nome cognome e data di nascita di ciascun erede e da cui risulti la non esistenza di testamento (ottenibile presso l'Ufficio Anagrafe del Comune di Residenza, o presso un Notaio)	<b>Nel caso in cui non esista testamento</b>
03	<b>Fotocopia</b> fronte retro di <b>un documento di identità valido</b> di ciascun Avente diritto indicato nella Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto Notorio (o nel Testamento)	<b>Sempre</b>
04	Copia autentica del <b>Decreto del Giudice Tutelare</b> che autorizza la riscossione e dispone sul reimpiego delle somme. (ottenibile con ricorso al Giudice Tutelare del luogo di residenza del minore)	<b>Solo se il beneficio è a favore di un minore o di un incapace</b>
05	<b>Fotocopia del Codice Fiscale</b>	<b>Sempre</b>
06	<b>Ultima busta paga o Stato di Servizio</b>	<b>Sempre</b>

**INFORMATIVA PER FINALITÀ LIQUIDATIVE SU POLIZZE COLLETTIVE**

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (in seguito denominato Codice), e in relazione ai dati personali che Lei ci fornisce, La informiamo di quanto segue.

1) Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali comuni da Lei forniti ha unicamente lo scopo di consentire alla Cassa e al Gruppo Assicurativo Poste Vita di effettuare pagamenti conseguenti a polizze vita. In particolare, il trattamento è relativo alla gestione amministrativa dei dati, comprese le rilevazioni e le registrazioni contabili, nonché all'adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti o normative comunitarie, ovvero da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge e da Organi di vigilanza e controllo.

2) I dati sono trattati dalla Cassa e dal Gruppo Assicurativo Poste Vita, con sede in Piazzale Konrad Adenauer,3 – 00144 – Roma, Titolare del trattamento, solo con le modalità e procedure, anche informatiche, necessarie per la finalità indicata e sempre in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati personali.

3) I dati personali non saranno trasferiti all'estero o diffusi, se non in adempimento di obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria, ovvero in base a disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da Organi di vigilanza o controllo. Potranno essere comunicati ad altri soggetti (banche ed istituti di credito), che operano come autonomi titolari, per l'effettuazione delle operazioni di pagamento. Potranno inoltre essere comunicati ad ANIA ed alle imprese assicuratrici per finalità di tutela dei diritti dell'industria assicurativa rispetto alle frodi.

4) Il conferimento da parte Sua dei dati personali è facoltativo, ma è necessario per effettuare pagamenti conseguenti alla polizza vita. In caso di Suo rifiuto potremmo non essere in grado di disporre il pagamento.

# Questionario di Adeguata Verifica a Distanza del Beneficiario Persona Fisica

## LIQUIDAZIONI

(ai sensi del d.lgs. n. 231/07 e in ottemperanza all'art. 22 comma 4 e all'art. 8 comma 1, lett. "b" del Regolamento IVASS n. 5/14)

Il mancato inserimento delle informazioni richieste comporterà l'impossibilità di eseguire l'operazione. La compilazione del Questionario è pertanto necessaria in ogni sua parte.

### Numero Polizza

Numero polizza .....

### Tipologia di liquidazione

Liquidazione per sinistro  Liquidazione a scadenza

### Identificazione del Beneficiario

#### Relazione intercorrente tra Contraente e Beneficiario

Rapporto lavorativo/professionale  Rapporto commerciale  Rapporto di parentela/coniugio/convivenza  
 Rapporto contrattuale  Altro rapporto .....

#### Relazione intercorrente tra Assicurato e Beneficiario (solo per sinistro)

Rapporto lavorativo/professionale  Rapporto commerciale  Rapporto di parentela/coniugio/convivenza  
 Rapporto contrattuale  Altro rapporto .....

#### Informazioni relative al Beneficiario

Cognome ..... Nome .....

Sesso M/F ..... nato/a a ..... Prov (.....) Paese ..... in data ...../...../.....

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Paese di cittadinanza 1 .....

Paese di cittadinanza 2 .....

residente a ..... Prov (.....) Paese .....

in via/piazza ..... n. .... CAP .....

e domiciliato in (se diverso da residenza) ..... Prov (.....) Paese .....

in via/piazza ..... n. .... CAP .....

tipo documento ..... n. .... rilasciato/a da .....

luogo ..... Prov (.....) Paese ..... in data ...../...../..... e con scadenza .....

#### DICHIARAZIONE AI FINI NORMATIVA CRS/FATCA

Paese di residenza fiscale 1 ..... Numero di identificazione fiscale (NIF/TIN) <sup>(1)</sup> .....

Paese di residenza fiscale 2 ..... Numero di identificazione fiscale (NIF/TIN) <sup>(1)</sup> .....

DICHIARAZIONE PERSONA POLITICAMENTE ESPOSTA EX ART. 23: <sup>(2)</sup>  SI  NO

Note: in caso di risposta SI, se la PEP non è il beneficiario, indicare cognome e nome del familiare/soggetto collegato che riveste la qualifica di PEP:

Cognome ..... Nome .....

## Poteri di rappresentanza

L'operazione è effettuata tramite altro soggetto (Esecutore) che rappresenta il Beneficiario in qualità di:

Tutore  Curatore  Amministratore di sostegno  Procuratore  Delegato

Facoltizzato in virtù di: .....  
N° ..... emesso da ..... in data ...../...../..... luogo .....

### Relazione intercorrente tra Beneficiario ed Esecutore (eventuale)

Rapporto lavorativo/professionale  Rapporto commerciale  Rapporto di parentela/coniugio/convivenza  
 Rapporto contrattuale  Altro rapporto .....

### Informazioni relative all'Esecutore (eventuale)

Cognome ..... Nome .....  
Sesso M/F ..... nato/a a ..... Prov (.....) Paese ..... in data ...../...../.....  
codice fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
Paese di cittadinanza 1 .....  
Paese di cittadinanza 2 .....  
residente a ..... Prov (.....) Paese .....  
in via/piazza ..... n. .... CAP .....  
e domiciliato in (se diverso da residenza) ..... Prov (.....) Paese .....  
in via/piazza ..... n. .... CAP .....  
tipo documento ..... n. .... rilasciato/a da .....  
luogo ..... Prov (.....) Paese ..... in data ...../...../..... e con scadenza .....

## Modalità di pagamento

Bonifico

Codice IBAN: .....  
Denominazione Intermediario Finanziario: .....  
Paese Intermediario Finanziario .....  
Intestatario del conto .....

Assegno

## Informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13, d.lgs. n. 196/03)

Poste Vita S.p.A. con sede in Piazzale Konrad Adenauer, 3 00144 Roma, Titolare del trattamento, informa che i dati personali forniti con la compilazione del presente modulo saranno trattati con modalità cartacee ed elettroniche per le finalità relative all'adeguata verifica del cliente e di profilatura di rischio di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo, ai sensi del d.lgs. n. 231/2007, nonché allo scambio automatico di informazioni in materia fiscale tra amministrazioni finanziarie, da e verso altri Stati, secondo quanto disposto di volta in volta dalle autorità competenti. Per le predette finalità, il conferimento dei dati è obbligatorio. In assenza di tale conferimento o qualora dalle verifiche e dalle misure effettuate, emerga la falsità o l'incoerenza delle informazioni fornite a distanza, non sarà possibile eseguire l'operazione. Poste Vita, per assicurare il corretto svolgimento di tutte le attività necessarie o strumentali all'esecuzione della richiesta, ove necessario, potrà comunicare i Suoi dati personali a soggetti terzi, compresi Organi di Vigilanza e Controllo, Autorità, nonché soggetti esterni che svolgono specifici incarichi per conto della Società. I predetti soggetti opereranno come distinti Titolari di trattamento o in qualità di Responsabili all'uopo nominati. Per esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del d.lgs. n. 196/03 (accesso, rettifica, integrazione, cancellazione dei dati, opposizione al trattamento, ecc), è possibile rivolgersi al Responsabile del trattamento in persona del Responsabile pro-tempore della funzione Compliance.

## Firma

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali derivanti da mendaci affermazioni, dichiara di aver fornito tutte le informazioni necessarie e aggiornate delle quali è a conoscenza al fine di consentire a Poste Vita di adempiere agli obblighi di adeguata verifica del cliente e di profilatura di rischio di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo.

Luogo e data ...../...../..... Firma del Beneficiario / Esecutore .....

**<sup>(1)</sup>TIN/NIF**

Il TIN è il numero di identificazione del contribuente utilizzato per scopi di imposta negli Stati Uniti.

Il NIF è il numero di identificazione fiscale utilizzato per scopi di imposta nei Paesi di residenza fiscale.

**<sup>(2)</sup> Persone politicamente esposte**

**Articolo 1, comma 2, lettera o) del d.lgs. n. 231/2007**

2. o) "persone politicamente esposte": le persone fisiche residenti in altri Stati comunitari o in Stati extracomunitari che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche nonché i loro familiari diretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami, individuate sulla base dei criteri di cui all'allegato tecnico al presente decreto.

**Articolo 1, Allegato Tecnico al d.lgs. n. 231/2007**

1. Per persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche s'intendono:

- a) i capi di Stato, i Capi di Governo, i Ministri e i Vice Ministri o Sottosegretari;
- b) i Parlamentari;
- c) i membri delle Corti Supreme, delle Corti Costituzionali e di altri Organi Giudiziari di alto livello le cui decisioni non sono generalmente soggette a ulteriore appello, salvo in circostanze eccezionali;
- d) i membri delle Corti dei Conti e dei Consigli di Amministrazione delle Banche Centrali;
- e) gli Ambasciatori, gli incaricati d'affari e gli Ufficiali di alto livello delle forze armate;
- f) i membri degli organi di amministrazione, direzione o vigilanza delle imprese possedute dallo Stato.

In nessuna delle categorie sopra specificate rientrano i funzionari di livello medio o inferiore. Le categorie di cui alle lettere da a) a e) comprendono, laddove applicabili, le posizioni a livello europeo e internazionale.

2. Per familiari diretti s'intendono:

- a) il coniuge;
- b) i figli e i loro coniugi;
- c) coloro che nell'ultimo quinquennio hanno convissuto con i soggetti di cui alle precedenti lettere;
- d) i genitori.

3. Ai fini dell'individuazione dei soggetti con i quali le persone di cui al numero 1 intrattengono notoriamente stretti legami si fa riferimento a:

- a) qualsiasi persona fisica che ha notoriamente la titolarità effettiva congiunta di entità giuridiche o qualsiasi altra stretta relazione d'affari con una persona di cui al comma 1;
- b) qualsiasi persona fisica che sia unica titolare effettiva di entità giuridiche o soggetti giuridici notoriamente creati di fatto a beneficio della persona di cui al comma 1.

4. Senza pregiudizio dell'applicazione, in funzione del rischio, di obblighi rafforzati di adeguata verifica della clientela, quando una persona ha cessato di occupare importanti cariche pubbliche da un periodo di almeno un anno i soggetti destinatari del presente decreto non sono tenuti a considerare tale persona come politicamente esposta.

**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI  
ai sensi degli artt. 13 GDPR (Reg. UE 679/2016)**

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che i dati da Lei forniti, ai sensi della legislazione in vigore, vengono trattati per il fine esclusivo della gestione del rapporto associativo. Il conferimento dei dati è dunque strettamente funzionale all'instaurazione di tale rapporto, il quale senza i dati richiesti potrebbe non essere, in tutto o in parte, eseguito.

I dati saranno trattati con modalità e procedure effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici necessari per il fine indicato, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza.

I suoi dati potranno essere conosciuti solo da soggetti specificatamente autorizzati a trattarli in qualità di responsabili o incaricati, di volta in volta individuati e coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni e comunque in conformità alle istruzioni ricevute.

I suoi dati personali saranno trattati con misure di sicurezza adeguate a ridurre al minimo i rischi di distruzione e/o perdita, accesso non autorizzato e/o illecito trattamento.

I suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Per lo svolgimento delle attività connesse al vincolo associativo i suoi dati potranno essere comunicati a soggetti terzi e da questi trattati esclusivamente per le finalità di gestione dei servizi assicurativi e/o di elaborazione ed invio di materiale informativo sulle attività della Cassa.

L'elenco aggiornato dei responsabili e delle società incaricate per l'elaborazione ed invio del materiale informativo, potrà essere da Lei conosciuto facendo specifica richiesta alla Cassa. La Cassa, inoltre, potrà rivolgersi ad Enti Pubblici ed ai datori di lavoro per verificare la correttezza e la liceità dei trattamenti.

I dati saranno trattati per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle prestazioni assicurative richieste e connesse al vincolo associativo.

I dati saranno conservati solo per il tempo necessario alle finalità di legge. Successivamente saranno distrutti i formati cartacei ed ogni supporto informatico/elettronico ove siano contenuti e ove si faccia in qualsiasi modo riferimento ai dati trattati.

In qualità di interessato ha diritto, in qualunque momento, di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati presso la Cassa, di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza e richiederne l'integrazione, l'aggiornamento e/o la rettifica; ha inoltre il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima ed il blocco dei dati qualora trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento e di richiedere la portabilità dei dati, di revocare il consenso al trattamento facendo valere questi e gli altri diritti previsti dal GDPR tramite semplice comunicazione al Titolare. L'interessato può proporre reclamo ad una Autorità di controllo.

L'informativa estesa è disponibile sul sito [www.cassavita.it](http://www.cassavita.it) nella sezione "Normativa".

Ogni richiesta, segnalazione e/o comunicazione potrà essere inviata al titolare del trattamento o al DPO incaricato, a mezzo mail **[dpo@cassavita.it](mailto:dpo@cassavita.it)**

Il titolare del trattamento dati è **CASSA RISCHIO VITA** con sede legale in Via Morgagni, 33 – 00161 Roma **[info@cassavita.it](mailto:info@cassavita.it)**