

Richiesta di liquidazione per decesso assicurato

Polizza n. 57 /		Data _____
Contraente:	CASSA ASSICURATIVA PER IL RISCHIO VITA PER I LAVORATORI DIPENDENTI DELL'INDUSTRIA ALIMENTARE	
Assicurato _____		
Nato il _____	Deceduto il _____	
Dipendente dell'Azienda _____		
Partita IVA <input type="text"/>		

In riferimento a quanto in oggetto il sottoscritto:

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

<input type="checkbox"/> Assegno bancario, cointestato agli eredi legittimi , da inviare al domicilio suindicato												
<input type="checkbox"/> Bonifico bancario sul seguente conto corrente cointestato agli eredi legittimi:												
<table border="0"><tr><td>Cod. Paese</td><td>CIN IBAN</td><td>CIN</td><td>Codice ABI</td><td>Codice CAB</td><td>Numero conto corrente</td></tr><tr><td>Codice IBAN</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	Cod. Paese	CIN IBAN	CIN	Codice ABI	Codice CAB	Numero conto corrente	Codice IBAN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cod. Paese	CIN IBAN	CIN	Codice ABI	Codice CAB	Numero conto corrente							
Codice IBAN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
Banca: _____	Filiale: _____											

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.

Il richiedente _____	Il Contraente (la Cassa) (timbro e firma del Legale Rappresentante)
------------------------------------	---

ELENCO EREDI LEGITTIMI (come da Dichiarazione Sostitutiva Atto Notorio)

1) Cognome e nome Grado di parentela	_____ <input type="checkbox"/> Coniuge; <input type="checkbox"/> Figlio/a ; <input type="checkbox"/> Fratello/Sorella; <input type="checkbox"/> Nipote; <input type="checkbox"/> Altro _____
Luogo e data nascita	Nato/a a _____ (____) il _____
Domicilio fiscale	Via _____ n. _____ Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____
Codice fiscale	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Documento di riconoscimento	Tipo _____ Numero _____ Data Rilascio _____ Autorità/Luogo _____

2) Cognome e nome Grado di parentela	_____ <input type="checkbox"/> Coniuge; <input type="checkbox"/> Figlio/a ; <input type="checkbox"/> Fratello/Sorella; <input type="checkbox"/> Nipote; <input type="checkbox"/> Altro _____
Luogo e data nascita	Nato/a a _____ (____) il _____
Domicilio fiscale	Via _____ n. _____ Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____
Codice fiscale	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Documento di riconoscimento	Tipo _____ Numero _____ Data Rilascio _____ Autorità/Luogo _____

3) Cognome e nome Grado di parentela	_____ <input type="checkbox"/> Coniuge; <input type="checkbox"/> Figlio/a ; <input type="checkbox"/> Fratello/Sorella; <input type="checkbox"/> Nipote; <input type="checkbox"/> Altro _____
Luogo e data nascita	Nato/a a _____ (____) il _____
Domicilio fiscale	Via _____ n. _____ Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____
Codice fiscale	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Documento di riconoscimento	Tipo _____ Numero _____ Data Rilascio _____ Autorità/Luogo _____

4) Cognome e nome Grado di parentela	_____ <input type="checkbox"/> Coniuge; <input type="checkbox"/> Figlio/a ; <input type="checkbox"/> Fratello/Sorella; <input type="checkbox"/> Nipote; <input type="checkbox"/> Altro _____
Luogo e data nascita	Nato/a a _____ (____) il _____
Domicilio fiscale	Via _____ n. _____ Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____
Codice fiscale	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Documento di riconoscimento	Tipo _____ Numero _____ Data Rilascio _____ Autorità/Luogo _____

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	Certificato di morte dell'Assicurato;	Sempre
02	Testamento in copia autentica.	In caso esista testamento
03	Dichiarazione sostitutiva dell'Atto Notorio , 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).	Nel caso in cui non esista testamento
04	Fotocopia fronte retro di un documento di identità valido di ciascun Avente diritto indicato nella Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto Notorio (o nel Testamento)	Sempre
05	Copia autentica del Decreto del Giudice Tutelare che autorizza la riscossione e dispone sul reimpiego delle somme. (ottenibile con ricorso al Giudice Tutelare del luogo di residenza del minore).	Solo se il beneficio è a favore di un minore o di un incapace

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 alla UGF Assicurazioni S.p.A. 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 dalla UGF Assicurazioni S.p.A., con sede in Bologna Via Stalingrado, 45, 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.

5) Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso la Cassa e la UGF Assicurazioni S.p.A. e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi all'oro trattamento (Artt. 7-10 del Codice). Per l'esercizio dei Suoi diritti Lei può rivolgersi al "Responsabile per il Riscontro agli interessati" presso il Titolare del trattamento: UGF Assicurazioni S.p.A. - Via Stalingrado 45 – 40128 Bologna (BO) - Fax: 051/5076633 - e-mail: privacy@ugfassicurazioni.it

INFORMAZIONI SULL'OPERAZIONE DI LIQUIDAZIONE

DICHIARAZIONI DEL BENEFICIARIO

ai sensi del Regolamento IVASS n. 5 del 21 luglio 2014 e del D.P.R. 28.12.2000 n. 445

**Impossibilità di effettuare l'adeguata verifica: obbligo di astensione
(Al sensi dell'ART. 16 del Regolamento IVASS n. 5 del 21 luglio 2014)**

Gentile beneficiario, I dati richiesti nel presente modulo sono raccolti per adempiere agli obblighi di legge in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo stabiliti dal Decreto. Il conferimento dei dati è necessario ai sensi dell'art. 5 del Regolamento IVASS n. 5 del 21 luglio 2014 al fine di consentire il rispetto degli obblighi di Adeguata Verifica della Clientela. Il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità di eseguire l'operazione richiesta con restituzione delle disponibilità finanziarie di spettanza mediante la liquidazione dei relativi importi tramite bonifico su un conto corrente bancario indicato dal contraente ed allo stesso intestato.

Riferimento al contratto Cod. Agenzia Ramo/polizza

Generalità del Beneficiario

Cognome e Nome/ Ragione sociale
 Luogo e Data di nascita/ Costituzione.....(.....)/...../.....
 Codice Fiscale / P.Ivā
 Residenza / Sede Legale ... Prov.....
 Via..... n°..... CAP.....
 Tipo Documento identificativo..... n°.....
 Rilasciato da in data
 Persona Politicamente esposta: Sì No Carica pubblica occupata/legame

Esecutore coincide con il beneficiario : Sì No

Esecutore coincide con il legale rappresentante : Sì No

Generalità dell'eventuale esecutore per conto del Beneficiario

Cognome e Nome.....
 Luogo e Data di nascita.....(.....)/...../.....
 Codice Fiscale
 Residenza Prov.....
 Via..... n°..... CAP.....
 Tipo Documento identificativo..... n°.....
 Rilasciato da in data
 Persona Politicamente esposta: Sì No Carica pubblica occupata/legame

Relazioni tra beneficiario ed esecutore:

- Esecutore legato da rapporti di parentela, di affinità, di coniugio o di convivenza *more uxorio*/da rapporti aziendali o professionali con il beneficiario
 - Esecutore non legato da rapporti di parentela, di affinità, di coniugio o di convivenza *more uxorio*/da rapporti aziendali o professionali con il beneficiario
 - Amministratore di sostegno
 - Esecutore testamentario
 - Procuratore
 - Tutore
 - Trustee
 - Altro
- Specificare legame.....

Documentazione raccolta che attesta i poteri del soggetto che agisce in nome e per conto del beneficiario

- Procura
- Delibera assemblea/C.d.A.
- Provvedimento giudice tutelare
- Statuto/Visura camerale

Io/noi sottoscritto/i come sopra identificato/i, nella mia/nostra qualità di Beneficiario/Esecutore per conto del Beneficiario

DICHIARO/DICHIARIAMO

che il Titolare Effettivo del Beneficiario (persona giuridica) del rapporto è:

- Io/gli stesso/i Legale/i Rappr.te/i Società quotata Pubblica Amministrazione
- Interm. finanziario non individuabile la/le persone appresso indicate

I° Titolare effettivo - Cognome e Nome.....
 Luogo e Data di nascita.....(.....) /...../.....
 Codice Fiscale
 Residenza Prov.....
 Via..... n°..... CAP.....
 Tipo Documento identificativo..... n°.....
 Rilasciato da in data
 Persona Politicamente esposta: Sì No Carica pubblica occupata/legame

II° Titolare effettivo - Cognome e Nome.....
 Luogo e Data di nascita.....(.....) /...../.....
 Codice Fiscale
 Residenza Prov.....
 Via..... n°..... CAP.....
 Tipo Documento identificativo..... n°.....
 Rilasciato da in data
 Persona Politicamente esposta: Sì No Carica pubblica occupata/legame

III° Titolare effettivo - Cognome e Nome.....
 Luogo e Data di nascita.....(.....) /...../.....
 Codice Fiscale
 Residenza Prov.....
 Via..... n°..... CAP.....
 Tipo Documento identificativo..... n°.....
 Rilasciato da in data
 Persona Politicamente esposta: Sì No Carica pubblica occupata/legame

IV° Titolare effettivo - Cognome e Nome.....
 Luogo e Data di nascita.....(.....) /...../.....
 Codice Fiscale
 Residenza Prov.....
 Via..... n°..... CAP.....
 Tipo Documento identificativo..... n°.....
 Rilasciato da in data
 Persona Politicamente esposta: Sì No Carica pubblica occupata/legame

In quanto (*modalità del controllo*):

- Possiede/controlla (possiedono/controllano) la società attraverso il possesso/controllo diretto o indiretto di almeno il 25% più uno del capitale sociale
- Esercita/no in altro modo il controllo sulla direzione della società
Specificare modalità:
- E'/sono beneficiario/i di almeno il 25% del patrimonio dell'entità giuridica
- E'/sono persona/e principale/i nel cui interesse è istituita o agisce l'entità giuridica
- Esercita/no il controllo su almeno il 25% del patrimonio dell'entità giuridica
- Soggetto/i titolare/i di una percentuale dei voti all'interno dell'organo decisionale dell'organizzazione superiore al 25% o del diritto di esprimere la maggioranza dei preposti all'amministrazione
- Soggetto/i preposto/i all'amministrazione in considerazione dell'eventuale influenza esercitata con particolare riguardo alle decisioni relative alla nomina dei preposti all'amministrazione
- Fiduciante.....
- Altro (specificare).....

2 - Informazioni sull'operazione

Mezzi di pagamento

- Bonifico

Informazioni sul Percipiente ("beneficiario")

- Percipiente ("beneficiario") coincidente con il Beneficiario
- Percipiente ("beneficiario") diverso dal Beneficiario

Cognome Nome/Denominazione Percipiente ("beneficiario")

Specificare il legame tra le parti

- percipiente ("beneficiario") legato da rapporti di parentela, di affinità, di coniugio o di convivenza *more uxorio*/da rapporti aziendali o professionali con il beneficiario
- percipiente ("beneficiario") non legato da rapporti di parentela, di affinità, di coniugio o di convivenza *more uxorio*/da rapporti aziendali o professionali con il beneficiario

Paese di destinazione delle somme:

- Assegno
- Rimessa in agenzia

Informazioni sul beneficiario Persona non fisica (da compilare anche in caso di obblighi semplificati)

- S.p.A.
- Persona giuridica (eccetto S.p.A.)/Ditta individuale
- Trust/strutture analoghe

Beneficiario/Classe di beneficiari _____

- Enti religiosi
- Non profit/strutture analoghe

Beneficiario/Classe di beneficiari _____

Codice Sintetico: _____ Descrizione _____

Codice S.A.E.: _____ Descrizione _____

Codice ATECO: _____ Descrizione _____

Rilascio/amo la presente dichiarazione ai sensi e per gli effetti di cui all'Art 21 del Decreto e Art. 46 e seguenti del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, sotto la mia/nostra esclusiva responsabilità e consapevole/i del fatto che, in caso di dichiarazione mendace, formazione od uso di atti falsi, verranno applicate nei miei/nostri confronti le sanzioni penali ed amministrative previste dal Codice Penale e dalle norme speciali.

Sono/siamo stato/i informato/i che in base all'Art. 23 del Decreto quando gli enti o le persone soggetti al Decreto non sono in grado di rispettare gli obblighi di adeguata verifica della clientela stabiliti dall'articolo 18, comma 1, lettere a), b) e c), non possono instaurare il rapporto continuativo ne' eseguire operazioni o prestazioni professionali, ovvero pongono fine al rapporto continuativo o alla prestazione professionale già in essere.

Luogo _____

Data ____/____/____

Firma leggibile del dichiarante

Firma dell'Intermediario
 subagente collaboratore)

Timbro e Firma dell'Agente

DEFINIZIONI

Persone politicamente esposte

Art. 1, comma 2, lettera o) del Decreto

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 di criteri di cui all'allegato tecnico al Decreto.

Art. 23, comma 9 del Regolamento IVASS n. 5 del 21 luglio 2014

Le imprese definiscono le procedure per verificare se il cliente, il beneficiario o il titolare effettivo residenti sul territorio nazionale siano persone che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche sulla base dei criteri di cui all'Allegato tecnico del Decreto.

Art. 1 Allegato Tecnico al Decreto

(Rif. art. 1, comma 2, lettera o) del Decreto)

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.

ULTERIORI INFORMAZIONI

Riferimento al contratto Cod. Agenzia N. proposta

Modalità di svolgimento dell'operazione

- In presenza del beneficiario/esecutore
 Per corrispondenza/corriere

Luogo _____

Data ____/____/____

Firma dell'Intermediario
(subagente collaboratore)

Timbro e Firma dell'Agente

**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 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**

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