LA DOMANDA PUÒ ESSERE PRESENTATA SOLO DOPO IL 22 FEBBRAIO 2016 E DEVE PERVENIRE ENTRO L'8 APRILE 2016

RACCOMANDATA A/R
Spett.le CONSAP S.p.A.
Rapporti Dormienti
Via Yser, 14 - 00198 Roma
(Class: B1 Coll: RD2)

Domanda di rimborso parziale per Polizze Dormienti (Legge n. 388/2000, articolo 148, comma 1 e D.M. 6 agosto 2015 art. 7)

RICHIEDENTE

In qualità di ◯Beneficiario ◯Erede del Beneficiario ◯Terzo Delegato ◯Altro ______________________

*N.B.: in caso di **terzo delegato** allegare originale della **delega alla trattazione della domanda** unitamente alla **copia del documento del delegante** in corso di validità*

Cognome ______________________ Nome ______________________

Nato a ______________________ Pr ____

Stato estero ______________________ il __________ C.F. ______________________

Indirizzo ______________________ cap ________

Comune ______________________ Pr ____ Stato estero ______________________

Tel. ______________ Cell. ______________ E-Mail ______________________

COORDINATE BANCARIE PER IL RIMBORSO

C/C intestato a ______________________ Istituto ______________________

Spazi utilizzabili per IBAN conto corrente italiano

IBAN: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Spazi utilizzabili per IBAN conto corrente estero

Esclusivamente in caso di conto estero specificare il codice **BIC-SWIFT**: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

*N.B.: in caso di **terzo delegato all'incasso** allegare **originale della delega alla riscossione** dei benefici economici da parte di terzi autenticata dai competenti uffici comunali ovvero **originale della procura notarile** all'incasso; il richiedente si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni delle coordinate bancarie*

☐ In presenza di ulteriori richiedenti oltre a barrare la casella, compilare l'allegato disponibile nel sito www.consap.it, sezione ***Polizze Dormienti***

POLIZZA VITA

Compilare un solo modulo per ogni polizza

Numero polizza ______________________ Importo € ____________

Assicuratore ______________________

Contraente ______________________ Soggetto Assicurato ______________________

Beneficiari ______________________

☐ Dichiaro di non aver ricevuto alla data odierna alcun rimborso, da parte dell'Intermediario o di Consap, per questa polizza.

Selezionare una delle due opzioni: ◯Il decesso dell'assicurato è avvenuto in data ____________

◯La polizza è scaduta in data ____________

N.B.: Sono rimborsabili esclusivamente le polizze per le quali la data sopraindicata sia successiva al 01/01/2006 e precedente al 01/04/2008

Documenti allegati alla presente domanda di rimborso:

☒ **originale** dell'attestazione dell'Intermediario conforme al modello pubblicato sul sito www.consap.it, sezione ***Polizze Dormienti***
☒ copia fronte/retro del documento di riconoscimento in corso di validità
☒ copia del codice fiscale o della tessera sanitaria (valida come carta nazionale dei servizi)
☒ copia della polizza

Nel caso di terzo delegato alla trattazione della domanda:

☐ **originale** della delega alla trattazione della domanda unitamente alla
☐ copia del documento del delegante in corso di validità

Nel caso di terzo delegato all'incasso:

☐ **originale** della delega alla riscossione dei benefici economici da parte di terzi autenticata dai competenti uffici comunali
☐ **originale** della procura notarile all'incasso

Nel caso di erede del beneficiario:

☐ **originale** dell'autocertificazione attestante il decesso del beneficiario della polizza e gli eredi ai sensi dell'art. 47 D.P.R 445/2000 (specificare se trattasi di unici eredi)

Nel caso di erede del beneficiario di una polizza in cui il beneficiario NON sia individuato con nome e cognome:

☐ **originale** dell'autocertificazione attestante il decesso del soggetto assicurato e gli eredi ai sensi dell'art. 47 D.P.R 445/2000 (specificare se trattasi di unici eredi)

Nel caso di minori:

☐ **originale** della copia dell'autorizzazione del giudice tutelare

Nel caso di interdetti:

☐ **originale** della copia dell'autorizzazione del giudice tutelare

Acconsento al trattamento dei miei dati personali per le finalità sopra indicate, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e sollevo Consap da ogni responsabilità per il mancato pervenimento dei documenti allegati in originale

Firma

Data ______________ ______________________