

LA DOMANDA PUÒ ESSERE PRESENTATA SOLO DOPO IL
1° MARZO 2017 ED ENTRO IL 30 APRILE 2017

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

Domanda di rimborso parziale per Polizze Dormienti (Legge n. 388/2000, articolo 148, comma 1 e D.M. 28 ottobre 2016)

In qualità di Beneficiario Erede del Beneficiario Terzo delegato Altro _____

RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____
Nato a _____ Prov. _____
Stato Estero _____ il _____ Codice Fiscale _____
Indirizzo di residenza _____ CAP _____
Comune _____ Prov. _____ Stato Estero _____

ALTRI RECAPITI

Telefono _____ Cellulare _____ E-Mail _____

COORDINATE BANCARIE PER IL RIMBORSO

Nota: non sono validi IBAN di libretti postali

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

In caso di accoglimento totale della domanda verrà effettuato il rimborso sulle coordinate bancarie fornite, senza ulteriore comunicazione da parte della Società.

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, nella misura massima del 60% dell'importo della polizza, esclusivamente le polizze per le quali la data sopraindicata sia successiva al 01/01/2006 e precedente al 01/01/2009

NOTE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ. ART. 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara quanto segue:

- di aver già ricevuto un rimborso per questa polizza Sì No

- che il soggetto assicurato per questa polizza è attualmente in vita Sì No

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
- 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 o interdetti:

- originale della copia conforme dell'autorizzazione del giudice tutelare

Si dichiara che tutta la documentazione prodotta in copia è conforme all'originale

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

Data _____

Firma _____