Sinistro - Denuncia non autosufficienza dell'Assicurato

Polizza n.: _____ **Prodotto:** _____

Contraente/Assicurato: _____
COGNOME E NOME

Io sottoscritto comunico che in data _____ , all'Assicurato è stato riconosciuto lo **stato di non autosufficienza**.

Firma del denunciante _____
(Che conferma di aver preso visione dell'Informativa sulla privacy)

_____ _____
Luogo **Data**

ISTRUZIONI OPERATIVE E DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE A CORREDO DELLA PRATICA

Al fine di ottenere il pagamento della prestazione assicurativa, l'avente diritto **dovranno far pervenire all'Impresa** tutti i documenti necessari a verificare l'obbligo di pagamento e ad individuare correttamente gli aventi diritto.

La richiesta di liquidazione – unitamente ai documenti necessari – potrà essere presentata dal Beneficiario direttamente alla Compagnia a mezzo posta a: **Allianz Global Life dac. - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste** o **Posta Elettronica Certificata (PEC) a: comunicazioni@pec.geniallife.it**, eventualmente anticipato tramite email all'indirizzo clienti@geniallife.it.

La **richiesta di liquidazione** deve sempre pervenire all'Impresa **in originale**, sottoscritta dal beneficiario o da chi ne ha la rappresentanza legale, unitamente a **copia fronte-retro di un valido documento d'identità** di ciascuno di essi riportante firma visibile e alla **documentazione attestante il conferimento dei poteri di firma e rappresentanza** in capo al soggetto indicato quale rappresentante legale.

Deve contenere, inoltre, gli estremi per l'accredito dell'importo dovuto dall'Impresa e – al fine di agevolare gli aventi diritto nel fornire in modo completo tutte le informazioni necessarie – può essere formulata utilizzando l'apposito modulo predisposto dall'Impresa allegato alla presente denuncia.

I documenti necessari a verificare l'obbligo di pagamento e la corretta individuazione degli aventi diritto sono i seguenti:

- **copia della relazione del medico curante** (medico specialista che ha in cura l'Assicurato) attestante lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato con indicazione sulle cause della perdita di autosufficienza. Tale relazione potrà essere effettuata preferibilmente utilizzando l'apposito modulo predisposto dall'Impresa
- **questionario per il calcolo dell'indice "ADL"**, messo a disposizione dall'Impresa
- **copia degli accertamenti e della cartella clinica** relativi alla prima diagnosi della patologia causante la perdita dello stato di autosufficienza e dei successivi follow up a conferma dell'iter clinico della malattia e delle limitazioni funzionali residue
- modulo antiriciclaggio **Adeguata Verifica di Soggetto Persona Fisica**

Dalla data in cui l'Impresa riceve la documentazione completa, decorre il periodo di accertamento da parte dell'Impresa, che in ogni caso non può superare 90 giorni.

L'Impresa si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica che risultasse necessaria per l'accertamento dello stato di Non Autosufficienza con conseguente sospensione del periodo di accertamento fino alla ricezione della documentazione integrativa.

Resta inteso che l'Impresa si riserva la facoltà di richiedere agli aventi diritto o ai loro rappresentanti legali, in qualsiasi momento, gli originali, al fine di verificare che le copie siano conformi agli stessi. Gli originali dovranno, in ogni caso, essere consegnati all'Impresa per esigenze legate ad un contenzioso o a seguito di richiesta delle Autorità Competenti.

L'Impresa provvederà a proprie spese alla restituzione degli originali agli aventi diritto o ai loro rappresentanti, una volta cessata l'esigenza di trattenerli.

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE BIANCA

genialLife by Allianz

Sinistro - Richiesta di liquidazione per non autosufficienza dell'Assicurato

Polizza n.: **Prodotto:**

Contraente/Assicurato:
COGNOME E NOME

Io sottoscritto **Beneficiario** della polizza sopra indicata*:

COGNOME E NOME

* **AVVERTENZE**: si prega di fornire le ulteriori informazioni compilando l'apposito modulo antiriciclaggio Adeguata Verifica di Soggetto Persona Fisica

CHIEDO

la liquidazione dell'importo di mia spettanza a seguito del riconoscimento di uno **stato di non autosufficienza** avvenuto in data

MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE

Chiedo il pagamento con **bonifico** su conto corrente a me intestato o cointestato (attenzione, non è consentito il pagamento su libretti di risparmio)

Banca:

IBAN:

SWIFT/BIC: (obbligatorio in caso di bonifico su conto corrente estero)

L'Impresa si riserva di effettuare la verifica dell'IBAN tramite sistema interbancario

Eventuali cointestatari del conto corrente:

1. COGNOME E NOME COINTESTATARIO
   Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda):
   se legame "Altro" (cod. 17) dettagliare:
2. COGNOME E NOME COINTESTATARIO
   Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda):
   se legame "Altro" (cod. 17) dettagliare:
3. COGNOME E NOME COINTESTATARIO
   Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda):
   se legame "Altro" (cod. 17) dettagliare:

4. COGNOME E NOME COINTESTATARIO

Codice relazione tra intestatario e cointestatario c/c (Legenda):

se legame "Altro" (cod. 17) dettagliare:

SOTTOSCRIZIONI

Mi assumo tutte le responsabilità civili e penali cui posso andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

Firma del Beneficiario/Rappresentante legale

(Che conferma di aver preso visione dell'Informativa sulla privacy)

Luogo **Data**

ISTRUZIONI OPERATIVE E DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE A CORREDO DELLA PRATICA

La **richiesta di liquidazione** deve sempre pervenire all'Impresa **in originale**, sottoscritta dal beneficiario o da chi ne ha la rappresentanza legale, unitamente a copia fronte-retro di un valido documento d'identità di ciascuno di essi riportante firma visibile e della documentazione attestante il conferimento dei poteri di firma e rappresentanza in capo al soggetto indicato quale rappresentante legale.

Si allegano i seguenti documenti necessari a verificare l'obbligo di pagamento e la corretta individuazione degli aventi diritto (barrare le caselle relative alla documentazione che si allega):

- ☐ **copia fronte-retro di un valido documento d'identità del beneficiario** riportante firma visibile
- ☐ **copia fronte-retro di un valido documento d'identità dell'eventuale rappresentante legale** pro tempore riportante firma visibile, nonché della documentazione attestante il conferimento dei poteri di firma e rappresentanza

N.B.: non è necessario allegare tali documenti qualora gli stessi fossero già in possesso della Società e non scaduti

- ☐ **copia della relazione del medico curante** (medico specialista che ha in cura l'Assicurato) attestante lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato con indicazione sulle cause della perdita di autosufficienza. Tale relazione potrà essere effettuata preferibilmente utilizzando l'apposito modulo predisposto dall'Impresa
- ☐ **questionario per il calcolo dell'indice "ADL"**, messo a disposizione dall'Impresa
- ☐ **copia degli accertamenti e della cartella clinica** relativi alla prima diagnosi della patologia causante la perdita dello stato di autosufficienza e dei successivi follow up a conferma dell'iter clinico della malattia e delle limitazioni funzionali residue
- ☐ modulo antiriciclaggio **Adeguata Verifica di Soggetto Persona Fisica**

Dalla data in cui l'Impresa riceve la documentazione completa, decorre il periodo di accertamento da parte dell'Impresa, che in ogni caso non può superare 90 giorni.

L'Impresa si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica che risultasse necessaria per l'accertamento dello stato di Non Autosufficienza con conseguente sospensione del periodo di accertamento fino alla ricezione della documentazione integrativa.

Resta inteso che l'Impresa si riserva la facoltà di richiedere agli aventi diritto o ai loro rappresentanti legali, in qualsiasi momento, gli originali, al fine di verificare che le copie siano conformi agli stessi. Gli originali dovranno, in ogni caso, essere consegnati all'Impresa per esigenze legate ad un contenzioso o a seguito di richiesta delle Autorità Competenti.

L'Impresa provvederà a proprie spese alla restituzione degli originali agli aventi diritto o ai loro rappresentanti, una volta cessata l'esigenza di trattenerli.

AVVERTENZE

Verificata la sussistenza dell'obbligo di pagamento, l'Impresa provvede alla liquidazione dell'importo dovuto entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa presso la propria sede.

Decorso tale termine e a partire dal medesimo sono dovuti gli interessi legali a favore degli aventi diritto.

L'Impresa pagherà mediante accredito sul conto corrente intestato o cointestato al beneficiario, salvo il caso di pagamenti effettuati ai rappresentanti legali e informerà l'avente diritto mediante invio della quietanza di liquidazione al suo recapito.

Qualora l'operazione non fosse stata eseguita come richiesto, o in caso di mancata ricezione della quietanza di liquidazione, si invita a contattare:

GenialLife by Allianz - Servizio Clienti - Allianz Global Life dac. - Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste o tramite email all'indirizzo clienti@geniallife.it o Posta Elettronica Certificata (PEC) a comunicazioni@pec.geniallife.it.

LEGENDA

Relazione tra cointestatari del conto corrente

Cod.	Descrizione
01	Madre/padre
02	Marito/moglie
03	Legato in unione civile/convivenza di fatto/istituti assimilabili
04	Fratello/sorella
05	Figlio/a
06	Nonno/a
07	Zio/a
08	Genero/nuora
09	Cognato/a
10	Suocero/a
11	Nipote (di nonno/a)
12	Nipote (di zio/a)
13	Cugino/a
14	Fidanzato/a
17	Altro – da specificare nel modulo (a titolo esemplificativo: beneficienza, persona di fiducia, figlio/a del/la compagno/a, conoscente da tempo, padrino/madrina di battesimo, vicino/a di casa)
18	Rapporti aziendali - dipendente/datore di lavoro
19	Rapporti aziendali - procuratore o rappresentante legale
20	Rapporti aziendali - socio o titolare effettivo
21	Rapporti professionali - fornitore
22	Rapporti professionali - cliente
23	Rapporti professionali - distributore o partner