

LA DOMANDA PUÒ ESSERE PRESENTATA SOLO DOPO IL  
2 OTTOBRE 2017 ED ENTRO IL 20 NOVEMBRE 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 \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_  
*Spazi utilizzabili per IBAN conto corrente italiano*  
*Spazi utilizzabili per IBAN conto corrente estero*  
Esclusivamente in caso di conto estero specificare il codice BIC-SWIFT \_\_\_\_\_

**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 01/07/2009*

**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](http://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 \_\_\_\_\_