

Poste Vita S.p.A. • 00144, Roma (RM), Viale Beethoven, 11 • Tel.: (+39) 06 549241 • Fax: (+39) 06 54924203 • PEC: postevita@pec.postevita.it • www.postevita.it
• Partita IVA 05927271006 • Codice Fiscale 07066630638 • Capitale Sociale Euro 1.216.607.898,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07066630638, REA n. 934547 • Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00133 • Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base alle delibere ISVAP n. 1144/1999, n. 1735/2000, n. 2462/2006 e n. 2987/2012 • Società capogruppo del gruppo assicurativo Poste Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043 • Società con socio unico, Poste Italiane S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di quest'ultima.

Poste Vita S.p.A.
Ufficio Liquidazioni Vita
Viale Beethoven, 11
00144 Roma

Data/...../.....

OGGETTO: Richiesta riscatto totale polizza Postaprevidenza Valore n.

Il sottoscritto in qualità di Aderente della polizza vita in oggetto, chiede il riscatto totale della polizza medesima per:

- Cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo superiore a 48 mesi;
- Invalidità permanente che comporti la riduzione delle capacità di lavoro a meno di un terzo.

A tal fine, allega alla presente richiesta la seguente documentazione:

- originale di polizza o dichiarazione di smarrimento;
- documentazione che attesti il verificarsi di uno dei requisiti previsti dalla normativa vigente per il riscatto della posizione individuale, come indicato nel "Regolamento" del piano individuale pensionistico Postaprevidenza Valore nel rispetto della normativa vigente;
- dichiarazione sottoscritta dell'Aderente che attesti l'importo dei premi che ha intenzione di non portare in deduzione o di non aver dedotto nell'anno solare della data di richiesta del riscatto e in quello precedente;
- dichiarazione di autorizzazione del Giudice Tutelare a riscuotere la somma dovuta a soggetti incapaci.

Richiede che il pagamento, che Poste Vita S.p.A. effettuerà entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa, sia disposto con:

- Accredito sul conto corrente BancoPosta n.
Intestato/cointestato a
- Accredito sul libretto postale n.
Intestato/cointestato a
- Assegno postale da inviare al seguente indirizzo
Bonifico sul conto corrente bancario nazionale n.
Intestato/cointestato a

da sottoscrivere obbligatoriamente nel caso di richiesta di riscatto per invalidità permanente

L'Aderente presta liberamente il consenso al trattamento dei propri dati personali relativi alla salute necessari alla gestione della fase pre-contrattuale e di post vendita per le finalità funzionali alla gestione ed esecuzione del contratto assicurativo come meglio descritte nell'informativa ex Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR)

Firma dell'Aderente

Cognome e Nome dell'Aderente

Indirizzo

CAP Città (PV)

L'Aderente
(firma leggibile)