

Poste Vita S.p.A.
Ufficio Liquidazioni Vita
Viale Europa, 190
00144 Roma

Data / /

OGGETTO: Richiesta anticipazione polizza Postaprevenienza Valore n.

Il/La sottoscritto/a in qualità di Aderente della polizza vita in oggetto chiede l'anticipazione della polizza medesima per:

- Spese Sanitarie
- Acquisto prima casa
- Ristrutturazione prima casa
- Altre cause

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

- documentazione che attesti il verificarsi di uno dei requisiti previsti dalla normativa vigente per l'anticipazione, come indicato nel "Documento sulle Anticipazioni" del piano individuale pensionistico Postaprevenienza Valore nel rispetto della normativa vigente (in caso di invio di preventivo o compromesso l'aderente dovrà inviare entro 18 mesi dalla liquidazione le relative fatture o il relativo rogito);
- dichiarazione dei contributi versati e non dedotti (Allegato A);
- copia di un documento d'identità valido e del codice fiscale;
- decreto di autorizzazione del Giudice Tutelare a riscuotere la somma dovuta a minori o incapaci;

Oltre alla documentazione elencata, la Compagnia si riserva di chiedere al cliente di procedere all'identificazione presso qualsiasi Ufficio Postale, preferibilmente quello di sottoscrizione della polizza, o mediante Area Riservata.

Richiede che il pagamento, che Poste Vita S.p.A. effettuerà con tempestività e comunque non oltre il termine massimo di sei mesi decorrenti dalla data di ricezione della richiesta, 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 n.....
Intestato/cointestato a

Nel caso in cui la domanda risulti incompleta o insufficiente, Poste Vita S.p.A. richiede gli elementi integrativi, e il termine sopra indicato è sospeso fino alla data del completamento o della regolarizzazione della pratica.

da sottoscrivere obbligatoriamente nel caso di richiesta di anticipazione per spese sanitarie

L'Aderente presta liberamente il consenso al trattamento dei propri dati personali relativi alla salute necessari alla gestione della fase precontrattuale 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 (Prov)

L'Aderente
(firma leggibile)

DICHIARAZIONE CONTRIBUTI VERSATI E NON DEDOTTI

Cognome Nome
Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

[illegible]

Firma _____

1. la dichiarazione dovrà essere compilata e sottoscritta anche se i contributi versati e non dedotti sono pari a zero;
2. nella dichiarazione dovranno essere inseriti anche i contributi relativi a posizioni maturate presso altre forme di previdenza e trasferite nel presente Piano Individuale Pensionistico.