

## DELEGA DEL CONTRAENTE AD EFFETTUARE VERSAMENTI DI PREMI AGGIUNTIVI SULLA POLIZZA POSTAFUTURO DA GRANDE

<b>POLIZZA N.</b> ..... <b>SOTTOSCRITTA: IN DATA</b> ...../...../..... <input type="checkbox"/> all'interno dei locali dell'intermediario <input type="checkbox"/> fuori dai locali dell'Intermediario <b>NOME E COGNOME CONTRAENTE:</b> ..... <b>CF. CONTRAENTE DELEGANTE:</b> ..... <b>U.P. IN CUI È EFFETTUATO IL VERSAMENTO AGGIUNTIVO:</b> .....
--

È possibile effettuare il versamento aggiuntivo di premio se la valutazione del profilo del Contraente risulti adeguata, secondo la normativa e la metodologia di valutazione dell'Intermediario.  
 È pertanto necessaria la contestuale presenza del Contraente e del delegato al momento del versamento del premio aggiuntivo.

Il/la sottoscritto/ ..... (nome e cognome o ragione sociale), nato/a ..... (Prov. ....) il ...../...../....., residente a ..... (indicare Comune e Provincia) in Via/Piazza ..... (indirizzo e numero civico), documento di identità ..... (specificare tipo documento) n. .... (indicare numero documento) rilasciato il ...../...../..... da ..... nella sua qualità di contraente della polizza *Postafuturo da grande*, n. ...., sottoscritta in data ...../...../....., decorso un anno dalla data di sottoscrizione del contratto avvenuta il giorno ...../...../....., in ottemperanza a quanto disposto in materia di contrasto al riciclaggio, nonché dall'art. 8 delle condizioni di assicurazione prevedente la possibilità, per le persone fisiche diverse dal contraente munite di delega, di effettuare versamenti aggiuntivi non inferiori a € 250,00 ciascuno e non superiori a € 2.500,00.

### DELEGA

il/la Sig./Sig.<sup>ra</sup> ..... (nome e cognome), nato/a ..... (Prov. ....) il ...../...../....., residente a ..... (indicare Comune e Provincia) in Via/Piazza..... (indirizzo e numero civico), identificato con documento di identità (specificare tipo documento) n. .... (indicare numero documento) rilasciato il ...../...../..... da ....., a corrispondere la somma di € ..... sulla polizza n. .... quale premio unico aggiuntivo, da versare secondo le modalità descritte nell'art. 9 delle condizioni di assicurazione di seguito riportate:

addebito su conto BancoPosta - intestato al delegato - n. .... ;

Il delegante dichiara, altresì, che il summenzionato premio aggiuntivo non è originato in alcun modo da rapporti di lavoro, di collaborazione o professionali intercorrenti e/o intercorsi tra il delegato ed i soggetti parte del contratto di assicurazione in oggetto (i.e., contraente primo assicurato e/o beneficiario secondo assicurato), e che tra il delegato ed il delegante sussiste il rapporto di seguito specificato (parentela o altro):

.....

Luogo e data ...../...../..... Firma leggibile del delegante .....

All. 1: fotocopia di un documento di riconoscimento del delegante in corso di validità.

All. 2: fotocopia di un documento di riconoscimento del delegato in corso di validità.

Il soggetto delegato prende atto ed accetta che l'esecuzione del versamento aggiuntivo secondo le modalità sopra individuate non comporta alcun diritto a richiederne la restituzione.

Luogo e data ...../...../..... Firma leggibile del delegato .....

**Poste Vita S.p.A.**

00144, Roma (RM), Viale Europa, 190 • 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.

