

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

**OGGETTO:** Richiesta anticipazione polizza Postaprevidenza 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 Postaprevidenza 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, il cliente deve identificarsi presso un Ufficio Postale o tramite 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 nazionale 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)

.....

