

Autorizzazione al rilascio di informazioni a terze persone diverse dall'Assicurato

ATTENZIONE: Compilare i seguenti campi richiesti al solo scopo di identificare le persone autorizzate a conoscere informazioni sullo stato della polizza o del sinistro

Sig/ra.....
Codice fiscale.....
Tipologia di documento.....
Indirizzo di posta elettronica
Numero di telefono.....

Dichiaro di aver letto e compreso l'Informativa privacy resa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 e di prestare libero consenso al trattamento dei miei dati sensibili (in particolare, di quelli idonei a rivelare il mio stato di salute) nei termini indicati nell'Informativa stessa

Data/...../..... Firma dell'Assicurato (o di chi ne fa le veci)

La ringraziamo per la sua attenzione e collaborazione ricordandole che un modulo incompleto, non firmato o, nei casi previsti, non accompagnato dalla documentazione sopra descritta non potrà dare luogo all'avvio della istruttoria di liquidazione e ritarderà, in ogni caso, le operazioni di valutazione e conseguentemente di indennizzo del danno subito.

Le ricordiamo inoltre che la documentazione da allegare sopra citata non è in ogni caso esaustiva e non esonera la Compagnia dal richiedere eventuale ulteriore documentazione necessaria ai fini istruttori.

Poste Assicura S.p.A.

00144 Roma (RM) Viale Beethoven 11 • Tel.: (+39) 06 549241 • Fax: (+39) 06 54924203 • PEC: posteassicura@pec.poste-assicura.it • www.poste-assicura.it

• Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001, Capitale Sociale Euro 25.000.000,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07140521001, REA 1013058
• Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00174 • Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base alla delibera ISVAP n. 2788/2010 • Società appartenente al gruppo assicurativo Poste Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043 • Società con socio unico, Poste Vita S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di quest'ultima.