

Data / /

OGGETTO: Richiesta liquidazione a seguito di decesso dell'assicurato
polizza Postaprevenienza Valore n.

Il/La sottoscritto/a in qualità di beneficiario/a della polizza vita in oggetto chiede la liquidazione della polizza medesima in seguito alla morte dell'Assicurato e a tal fine allega alla presente:

- certificato di morte dell'Assicurato;
- dichiarazione sostitutiva autenticata dell'atto di notorietà da cui risulti l'esistenza o meno di testamento e, in caso affermativo, copia autentica del testamento pubblicato. Nel caso in cui la designazione beneficiaria sia genericamente determinata, dalla dichiarazione sostitutiva dovrà risultare l'elenco di tutti i predetti eredi con l'indicazione delle generalità complete, dell'età, dello stato civile e della capacità di agire di ciascuno di essi, del rapporto e del grado di parentela dell'Assicurato e con l'esplicita dichiarazione che oltre a quelli indicati non esistono, né esistevano alla morte dell'Assicurato, altre persone aventi comunque diritto per legge alla successione;
- copia di un documento d'identità valido e del codice fiscale;
- statuto, partita IVA e gli estremi del rappresentante legale (solo in caso di persone giuridiche);
- decreto di autorizzazione del Giudice Tutelare a riscuotere la somma dovuta a minori o incapaci.

Oltre alla documentazione elencata, l'Avente diritto deve identificarsi presso un Ufficio Postale (in caso di incapace o minore dovrà identificarsi il legale rappresentante).

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.

Il Beneficiario dichiara di aver ricevuto e preso atto dell'informativa privacy resa in fase di sottoscrizione ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR) e acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili nei limiti delle finalità obbligatorie.

Cognome e Nome del Beneficiario

Indirizzo

CAP Città (Prov)

Il Beneficiario
(firma leggibile)

.....