

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

**OGGETTO:** Richiesta liquidazione per scadenza polizza Postaprevidenza Valore n. ....

Il/La sottoscritto/a ..... in qualità di Aderente della polizza vita in oggetto chiede il riscatto per scadenza della polizza medesima per:

- Raggiungimento età pensionabile.

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

- documentazione che attesti la maturazione alla prestazione pensionistica complementare;
- dichiarazione che indichi l'opzione scelta e l'eventuale percentuale di liquidazione sotto forma di capitale o di rendita (in caso di mancata dichiarazione in tal senso Poste Vita S.p.A. liquiderà il 100% della prestazione a scadenza sotto forma di rendita vitalizia mensile a favore dell'Assicurato);
- 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 soggetti 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.

Cognome e Nome dell'Aderente .....

Indirizzo .....

CAP ..... Città ..... (Prov) .....

L'Aderente  
(firma leggibile)

.....

