

(DA INVIARE A POSTE VITA S.p.A. - UFFICIO LIQUIDAZIONI - PIAZZALE KONRAD ADENAUER, 3 - 00144 ROMA)

AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Documento di riconoscimento _____ numero _____

Rilasciato da _____

In qualità di beneficiario/a caso morte della polizza vita n. _____

Avente come assicurato deceduto _____

DICHIARA

di avere tuttora diritto alla riscossione della quota parte del capitale assicurato con la polizza vita sopra citata in forza della designazione beneficiaria espressa dal Contraente e non modificata da eventi successivi sopravvenuti.

OVVERO¹

In fede

(firma leggibile)

il _____ in _____

Spett.le

1) Compilare, nell'eventualità siano intervenute modifiche riguardanti i beneficiari, quali, a titolo esemplificativo: raggiungimento della maggiore età, conoscenza di diverse disposizioni testamentarie, decesso dell'avente diritto.

Poste Vita S.p.A.

00144 Roma (RM) Piazzale Konrad Adenauer 3 T (+39) 06 549241 F (+39) 06 54924203

Partita IVA 05927271006 Codice Fiscale 07066630638 www.postevita.it

Capitale Sociale € 561.607.898,00 i. v. Registro Imprese n. 29149/2000 REA n. 934547

Impresa iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00133 e autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 1144 del 12.03.1999 pubblicato sulla G.U. n. 68 del 23.03.1999 e n. 2462 del 14.09.2006 pubblicato sulla G.U. n. 225 del 27.09.2006.

