

Spett.le
Poste Vita S.p.A.
Funzione Tecnica
Piazzale Konrad Adenauer, 3
00144 - ROMA

Data.....

Oggetto: Richiesta riscatto della polizza Postaprevidenza Valore n°.....

Il sottoscritto, in qualità di Aderente della polizza vita in oggetto, chiede il riscatto della polizza medesima per :

Cessazione dell'attività lavorativa;
Ricorso da parte del datore di lavoro a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni, ordinaria o straordinaria;
Invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo.

e, a tal fine, allega alla presente richiesta la seguente documentazione:

- copia del documento di polizza;
- documentazione che attesti il verificarsi di uno dei requisiti previsti dalla normativa vigente per il riscatto della posizione individuale, come indicato nel "Regolamento" del piano individuale pensionistico Postaprevidenza Valore che si rifa alla normativa vigente;
- dichiarazione sottoscritta dell'Aderente che attesti l'importo dei premi che ha intenzione di non portare in deduzione o di non aver dedotto nell'anno solare della data di richiesta dell'anticipazione e in quello precedente.

Richiede che il pagamento, che Poste Vita S.p.A. effettuerà entro 30 giorni dalla data di ricevimento della documentazione completa, sia disposto con:

Accredito sul conto corrente BancoPosta n.
intestato / contestato a

Accredito sul libretto postale n.
intestato / contestato a

Assegno postale da inviare al seguente indirizzo:
.....

L'Aderente

Firma leggibile

*cognome nome Aderente
indirizzo
CAP Città (PV)*

