POSTEVITA FONDOSALUTE

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

Richiesta liquidazione sinistro

GARANZIA TEMPORANEA CASO MORTE

per il personale non dirigente di Poste Italiane S.p.A. e delle Società del Gruppo Poste Italiane.

DATA

Spedire a: Poste Vita S.p.A. - Insurance Office, Gestione Liquidazioni Vita Viale Beethoven, 11 - 00144, Roma.

CODICE DI ADESIONE AL FONDO.....

NOME E COGNOME DELL'ASSICURATO .....

DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE.

- Certificato di morte dell'Assicurato.
- Dichiarazione dell'Autorità Giudiziaria attestante le cause del decesso (per tutti i casi di morte violenta).
- 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, dall'atto notorio dovrà risultare l'elenco di tutti gli eredi con l'indicazione delle generalità complete, dell'età, dello stato civile, della capacità di agire di ciascuno di essi, del rapporto e grado di parentela con l'Assicurato e con l'esplicita dichiarazione che oltre a quelli elencati non esistono, né esistevano alla morte dell'Assicurato, altre persone aventi comunque diritto per legge alla successione.
- Il decreto di autorizzazione del Giudice Tutelare a riscuotere la somma dovuta con esonero di Poste Vita S.p.A. da ogni responsabilità circa il pagamento della somma stessa, nel caso in cui tra i Beneficiari vi siano soggetti minori od incapaci.
- Per ogni Beneficiario: la copia di un documento di identità e il codice fiscale.
- Documentazione di carattere sanitario (cartelle ed esami clinici).

Il pagamento della prestazione dovrà avvenire tramite bonifico bancario sulle seguenti coordinate:

IBAN

C/C INTESTATO A .....

BANCA E FILIALE .....

.....

(Per le Nazioni non aderenti all'IBAN indicare le coordinate bancarie di riferimento utilizzate dalla Banca per la ricezione di bonifici internazionali).

PosteVita S.p.A. si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione ad integrazione di quanto già trasmesso, così come previsto dal disposto contrattuale.

✔ .....

FIRMA DEL BENEFICIARIO

Posteitaliane

Postevita
GruppoAssicurativoPostevita