

Spett.le Poste Vita
Ufficio Liquidazioni
Piazzale Konrad Adenauer n° 3
00144
Roma (RM)
Fax 06.54924278

Autocertificazione smarrimento documenti contrattuali

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il _ / _ / _ _
a _____, Provincia (___), Stato _____
Codice fiscale _____, residente a
_____, in via/piazza _____ in qualità di titolare della
polizza denominata _____ n° _____, consapevole delle sanzioni
penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del
D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

- Di non essere più in possesso del titolo originale di polizza perché smarrito o distrutto.

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì di non aver mai ceduto a terzi detta documentazione e si impegna a
tenervi sollevati e indenni da qualsiasi azione o pretesa che possa essere avanzata nei vostri confronti da
parte di terzi in dipendenza della documentazione smarrita.

Si allega una copia del documento in corso di validità.

Data _ / _ / _ _

Firma

Poste Vita S.p.A.

00144, Roma (RM), Piazzale Konrad Adenauer, 3 • Tel.: (+39) 06 549241 • Fax: (+39) 06 54924203 • PEC: postevita@pec.postevita.it • www.postevita.it

Partita IVA 05927271006 • Codice Fiscale 07066630638 • Capitale Sociale Euro 1.216.607.898,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 29149/2000, REA n. 934547 • Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00133 • Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base alle delibere ISVAP n. 1144/1999, n. 1735/2000, n. 2462/2006 e n. 2987/2012 • Società capogruppo del gruppo assicurativo Poste Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043 • Società con socio unico, Poste Italiane S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di quest'ultima.

