

Vera Vita Pensione Sicura albo Covip 5088

PIANO INDIVIDUALE PENSIONISTICO di tipo assicurativo – fondo pensione

Adesione numero: _____

RICHIESTA DI SOSPENSIONE PAGAMENTO GARANZIE ACCESSORIE

L'aderente

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Nato a _____ Prov _____ il ____/____/____

chiede la sospensione del pagamento dei premi relativi alla Garanzia Accessoria ad adesione facoltativa per il caso di Invalidità dell'Aderente

dichiarando di essere consapevole che, come indicato all'art. 12 - Allegato F delle Condizioni Generali di Contratto, il mancato pagamento anche di una sola rata di premio comporta la sospensione della garanzia. Se la garanzia non verrà riattivata con le modalità ed i tempi indicati all'art. 13 dello stesso Allegato F, questa si risolverà definitivamente.

In allegato:

- fotocopia del documento di identità e del codice fiscale dell'Aderente

LUOGO E DATA

FIRMA

ISTRUZIONI PER L'INVIO DEL MODULO:

inviare il presente modulo sottoscritto e compilato in tutte le sue parti, unitamente alla copia fronte e retro del documento di identità dell'aderente a: documenti@veravitaassicurazioni.it esclusivamente in formato PDF risulteranno illeggibili altri tipi di formati (ad esempio formati word, fotografie, formati jpeg o allegati compressi tipo zip) – l'indirizzo di cui sopra non è abilitato a ricevere allegati tramite PEC.