

**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](mailto: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.