poste**protezione** prestito **mio** flessibile

# MODULO DI ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA PER PRESTITI PERSONALI BANCOPOSTA POSTEPROTEZIONE PRESTITO MIO FLESSIBILE

Ufficio Postale/Frazionario .....Filiale.....Numero telefono/Fax .....

## DATI DEL RICHIEDENTE (COMPILARE IN STAMPATELLO)

Cognome ..... Nome.....

Data e luogo di nascita..... Prov.....

Residente in.....Via.....n..... Cap ..... Località..... Prov.....

Codice fiscale:: | | | | | | | | | | | | | | | | |

## DICHIARAZIONI DEL RICHIEDENTE

**In qualità di richiedente** di un Prestito personale flessibile BancoPosta ("prestito flessibile"), preso atto che Poste Italiane S.p.A. - Patrimonio BancoPosta ha stipulato, ai sensi dell'art. 1891 del Codice civile, con Poste Vita e Poste Assicura una polizza di assicurazione collettiva a cui possono aderire le persone che richiedono un prestito flessibile, **dichiara:**

- di prestare il consenso necessario per la validità dell'assicurazione sulla sua vita (art. 1919 del Codice civile)
- di essere stato informato che **le coperture assicurative non sono obbligatorie** e non sono necessarie per la concessione del prestito
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del prestito richiesto o di mancato assenso all'adesione alla Polizza Collettiva da parte di Poste Vita e/o Poste Assicura, le coperture richieste non saranno attivate e il contratto non inizia
- di aver ricevuto e letto le Condizioni di Assicurazione riportate nel Set Informativo
- di aver compiuto **18 anni** e di non aver ancora compiuto **69 anni** come indicato all'art "*Chi si può assicurare"* e di rientrare nei limiti assuntivi previsti
- di essere stato informato sull'importanza delle informazioni riportate nel *Questionario assuntivo* per la valutazione del rispetto delle condizioni di assicurabilità, e delle conseguenze di eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti
- di essere stato informato sulle franchigie, sulle carenze, le esclusioni e gli ulteriori limiti previsti dalle singole coperture, che potrebbero limitare o escludere il diritto a beneficiare delle prestazioni
- di essere stato informato che per le coperture «Malattia Grave», «Disoccupazione» e «Ricovero da Infortunio o Malattia», l'importo massimo che Poste Assicura paga può essere inferiore all'importo del debito residuo alla data del sinistro
- di essere stato informato che le coperture «Disoccupazione» e «Ricovero da Infortunio o Malattia» sono acquistabili in funzione della professione svolta
- di essere a conoscenza che, nel caso di esercizio delle opzioni *Salto rata* o *Cambio rata* previste dal prestito mio flessibile, la copertura continua ad operare adeguandosi automaticamente al nuovo piano di ammortamento, come previsto nelle Condizioni di Assicurazione
- di essere stato informato della possibilità di **recedere entro 60 giorni** dalla stipula del contratto e delle conseguenze applicabili in tali ipotesi, con riguardo al rimborso del premio.

Per la validità della copertura io sottoscritto/a .....

**dichiaro inoltre:**

- di appartenere alla seguente categoria lavorativa.....
- di svolgere la seguente professione.....
- di svolgere la seguente attività .....
- di appartenere al seguente settore.....
- di avere la seguente tipologia contrattuale.....
- di essere un lavoratore pubblico o privato.....
- di aderire alle coperture: .....
- di essere informato che la variazione del cambio di professione può comportare la cessazione della copertura «Disoccupazione», se acquistata. In questi casi Poste Assicura restituisce la quota parte di premio pagato e non goduto, al netto delle imposte
- di aver sottoscritto il *Questionario assuntivo* e di aver verificato la correttezza delle informazioni fornite
- di essere a conoscenza del diritto di richiedere a Poste Vita o a Poste Assicura le credenziali per l'accesso all'area riservata.

***Avvertenza:***

a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
b) la lettera a) non si applica nei casi in cui il soggetto esercita il diritto all'oblio oncologico
c) prima della sottoscrizione del questionario sanitario, il richiedente
   - verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
   - può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.
d) Il richiedente che esercita il diritto all'oblio oncologico non è tenuto a sottoporsi ad accertamenti medici che forniscono indicazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

Mod. 4006F - Ed. Giugno 2025

❑ Originale per Poste Assicura ❑ Copia per il cliente ❑ Copia per l'ufficio postale

***Avvertenza:*** *Poste Vita e Poste Assicura informano il richiedente del diritto all'oblio oncologico, ovvero del diritto delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni né subire indagini in merito alla pregressa patologia da cui siano state precedentemente affette e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva da almeno dieci anni oppure da almeno cinque anni (se la patologia è insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età) oppure dal termine inferiore previsto per le specifiche casistiche dal Decreto del Ministero della Salute n. 96 del 2024 e successive modifiche o integrazioni.*

Il richiedente chiede
- l'invio della documentazione precontrattuale e contrattuale in modalità: ❑ cartacea ❑ elettronica
- l'invio delle comunicazioni in corso di validità del contratto, in modalità: ❑ cartacea ❑ elettronica

***Avvertenza: in caso di mancata indicazione dei dati anagrafici del/i Beneficiario/i, Poste Vita potrà avere, alla morte dell'assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/i Beneficiario/i. La modifica o revoca del/i Beneficiario/i deve essere comunicata a Poste Vita.***

Il richiedente indica come Beneficiario/i:

Cognome.....
Nome ……
Codice fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Data di nascita: ……/……../……..… Sesso:……..
Domicilio Fiscale: .....
Indirizzo Recapito: .....
Indirizzo Posta Elettronica: .....

Cognome.....
Nome ……
Codice fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Data di nascita: ……/……../……..… Sesso:……..
Domicilio Fiscale: .....
Indirizzo Recapito: .....
Indirizzo Posta Elettronica: .....

Cognome.....
Nome ……
Codice fiscale:: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Data di nascita: ……/……../……..… Sesso:……..
Domicilio Fiscale: .....
Indirizzo Recapito: .....
Indirizzo Posta Elettronica: .....

Cognome.....
Nome ……
Codice fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Data di nascita: ……/……../……..… Sesso:……..
Domicilio Fiscale: .....
Indirizzo Recapito: .....
Indirizzo Posta Elettronica: .....

Si precisa che l'Impresa di Assicurazione potrebbe inviare comunicazioni al Beneficiario designato anche prima del verificarsi dell'evento previsto per l'erogazione della prestazione assicurata.

Il Contraente vuole escludere l'invio al Beneficiario, se indicato in forma nominativa, di comunicazioni prima del verificarsi dell'evento?

❑ SI ❑ NO

Mod. 4006F - Ed. Giugno 2025

❑ Originale per Poste Assicura ❑ Copia per il cliente ❑ Copia per l'ufficio postale

Per esigenze di riservatezza, il richiedente ha la facoltà di comunicare che, in caso di sua morte, Poste Vita può far riferimento al seguente referente terzo, diverso dal Beneficiario/i: .....

Codice fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Data di nascita: ……./……../……..… Sesso:……..

Domicilio Fiscale: .....

Indirizzo Recapito: .....

Indirizzo Posta Elettronica: .....

I dati personali del Beneficiario/i e dell'eventuale referente terzo comunicati saranno utilizzati dal Gruppo Poste Vita nei limiti strettamente inerenti la finalità di conclusione, gestione ed esecuzione del contratto e/o per adempiere ad obblighi derivanti dalla legge, dai regolamenti o dalla normativa comunitaria.

Il richiedente, in virtù dell'art. 14 comma 5 del Regolamento 2016/679/UE (GDPR) si impegna ad informare i soggetti sopra citati circa il conferimento dei propri dati personali al Gruppo Poste Vita ed alle relative finalità e modalità di trattamento descritte nell'Informativa Privacy di Poste Vita e Poste Assicura consegnata in occasione della sottoscrizione di questo contratto e comunque reperibile sui siti www.postevita.poste.it e www.posteassicura.poste.it.

Luogo e data ..... ...../...../.....Firma del richiedente …….....

## PERIODICITÀ E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

il premio unico sarà corrisposto:

❑ tramite conferimento di mandato all'Ente Erogante *(premio finanziato*). L'incasso del premio avverrà contestualmente all'erogazione del prestito.

❑ direttamente dal richiedente, con uno dei mezzi di pagamento previsti *(premio non finanziato)*:

- addebito su libretto di risparmio postale
- addebito su conto corrente BancoPosta
- addebito su altro conto corrente bancario
- bonifico intestato a Poste Assicura S.p.A. - Premi Danni Incassi CPI NF - IBAN IT38I0760103200001055735011, causale pagamento: CPI - "Codice fiscale aderente" - Recupero Rate
- pagamento del bollettino su conto corrente postale n. IT26R0760103200001056781147

## MANDATO SEPA

In caso di addebito su conto corrente BancoPosta o altro conto corrente bancario, il richiedente sottoscrive un unico mandato SEPA valido sia per Poste Vita sia per Poste Assicura e autorizza Poste Assicura ad incassare il premio lordo totale. Poste Assicura provvede a pagare a Poste Vita la quota di premio relativa alla copertura "Morte".
Il numero di mandato SEPA corrispondente all'incasso del premio viene riportato nella comunicazione inviata da Poste Assicura in cui sono indicati i numeri di polizza Vita e Danni.

Luogo e data ..... .../.../.....Firma del richiedente……

## COSTI A CARICO DEL RICHIEDENTE

.....

importo prestito finanziato | durata/mesi | premio finito complessivo*

* In caso di premio finanziato, il premio relativo alla copertura assicurativa viene incassato al momento dell'erogazione del prestito.
In caso di premio non finanziato, il premio dovrà essere pagato entro 7 giorni successivi l'erogazione del prestito.

Premio totale lordo ..... euro, di cui euro ..... relativo alla copertura "Morte" prestata da Poste Vita ed euro ..... relativo alle coperture danni prestate da Poste Assicura. Per il servizio di "Job replacement" utile al reinserimento nel mondo del lavoro Poste Assicura riconosce a AK Group s.r.l. l'1% del premio pagato per la copertura Disoccupazione pari a euro.....

Costo totale a carico del richiedente ..... euro, di cui importo percepito dall'intermediario.....euro.
In caso di estinzione anticipata totale del prestito, Poste Vita e Poste Assicura trattengono le spese amministrative sostenute per la gestione della pratica pari a 30 euro.

Luogo e data ..... .../.../.....Firma del richiedente .....

## MODALITÀ DI RIMBORSO DEL PREMIO PAGATO E NON GODUTO

Il richiedente sceglie come modalità di rimborso del premio, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione:

❑ accredito conto corrente BancoPosta - IBAN [ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ]

❑ accredito conto corrente bancario - IBAN [ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ]

❑ accredito sul libretto di risparmio postale dellassicurato N. [ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ]

❑ assegno intestato all'assicurato

Mod. 4006F - Ed. Giugno 2025

❑ Originale per Poste Assicura ❑ Copia per il cliente ❑ Copia per l'ufficio postale

## INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

Il richiedente dichiara di aver ricevuto e preso visione del Set Informativo contenente il Documento Informativo relativo al Prodotto assicurativo danni, il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita, diversi dai prodotti di investimento assicurativi, il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi e le Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, reso in sede di sottoscrizione del contratto. Dichiara inoltre di aver preso visione e di aver ricevuto l'informativa privacy del Gruppo Assicurativo Poste Vita e, nei casi previsti dalla normativa vigente. L'informativa precontrattuale del distributore prevista dalla normativa vigente in materia di regole di comportamento per la distribuzione dei prodotti assicurativi diversi dai prodotti d'investimento assicurativi.

Luogo e data ..... ..../..../.....Firma del richiedente .....

## CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

Il richiedente dichiara di approvare espressamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:

**INFORMAZIONI GENERALI: Cosa è escluso dal contratto?**

**LA LEGGE CHE REGOLA IL CONTRATTO: Entro quanto tempo si può denunciare il sinistro?, Entro quanto tempo viene pagato il sinistro?; Cosa succede se una controversia è di carattere medico?; Cosa succede per la copertura Tutela Legale se l'assicurato e ARAG non sono d'accordo?**

**IL PAGAMENTO DEL PREMIO: Come e quando si paga il premio?; Cosa succede se non si paga il premio?**

**DOPO LA FIRMA DEL CONTRATTO: Come, quando e perché si può modificare il contratto? Come si presenta un reclamo?; Quando e come si disdice il contratto?; Quando e come si recede dal contratto?; Cosa succede se si estingue in anticipo parte del prestito? Cosa succede se si estingue in anticipo tutto il prestito?**

**COPERTURA MORTE; Cosa prevede la copertura?; Cosa è escluso dalla copertura?; Chi si può assicurare?; Chi non si può assicurare? Cos'è e cosa prevede la carenza?; Dove vale la copertura?; Come si denuncia un sinistro?**

**COPERTURA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA: Cosa prevede la copertura?; Cosa è escluso dalla copertura?; Chi si può assicurare?; Chi non si può assicurare?; Cos'è e cosa prevede la carenza?; Dove vale la copertura?; Come si denuncia un sinistro?**

**COPERTURA TUTELA LEGALE: Cosa prevede la copertura?; Cosa è escluso dalla copertura?; Chi si può assicurare?; Chi non si può assicurare?; Cos'è e cosa prevede la carenza?; Dove vale la copertura?; Come si denuncia un sinistro?; Come gestisce il sinistro ARAG?**

**COPERTURA MALATTIA GRAVE: Cosa prevede la copertura?; Quale Malattia Grave dà diritto alla somma forfettaria?; Cosa è escluso dalla copertura?; Chi si può assicurare?; Chi non si può assicurare?; Cos'è e cosa prevede la carenza?; Dove vale la copertura?; Come si denuncia un sinistro?**

**COPERTURA DISOCCUPAZIONE: Cosa prevede la copertura?; Cosa succede se l'assicurato cambia professione? Cosa è escluso dalla copertura?; Chi si può assicurare?; Chi non si può assicurare?; Cos'è e cosa prevede la carenza?; Dove vale la copertura?; Come si denuncia un sinistro?**

**COPERTURA RICOVERO DA INFORTUNIO O MALATTIA: Cosa prevede la copertura?; Cosa è escluso dalla copertura? Chi si può assicurare?; Chi non si può assicurare? Cos'è e cosa prevede la carenza?; Dove vale la copertura?; Come si denuncia un sinistro?**

Luogo e data ..... ..../..../.....Firma del richiedente .....

## TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA SALUTE

Il trattamento dei dati personali relativi alla salute avviene in virtù del consenso prestato in fase di compilazione del Questionario assuntivo, al solo fine di poter eseguire il contratto, compresa la fase precontrattuale, nei termini e alle condizioni descritte nell'Informativa privacy di Poste Vita e Poste Assicura consegnata al richiedente e disponibile sui siti internet delle citate società raggiungibili all'indirizzo www.postevita.poste.it e www.posteassicura.poste.it.

## SEZIONE RISERVATA A POSTE ITALIANE S.P.A. - PATRIMONIO BANCOPOSTA

Ufficio Postale ……..... Frazionario ……..…….....……...……

Data ……

L'incaricato di Poste Italiane S.p.A. - Patrimonio BancoPosta ……..……..

Mod. 4006F - Ed. Giugno 2025

❑ Originale per Poste Assicura ❑ Copia per il cliente ❑ Copia per l'ufficio postale

# RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER L'ADDEBITO IN CONTO CORRENTE DELLE DISPOSIZIONI SEPA CORE DIRECT DEBIT

(Opzione allineamento elettronico archivi - Servizio SEDA)

Cognome e Nome del richiedente del prestito .....

Indirizzo: Via/C.so/P.zza/Largo ..... N. ..... CAP .....

Località ..... Provincia ..... Paese .....

Codice Fiscale: .....

Titolare del conto di pagamento/Libretto di risparmio postale:

Conto corrente/Libretto di risparmio postale n. .....

IBAN: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Ragione sociale del creditore: Poste Assicura S.p.A.

Codice IBAN del creditore: **IT38I0760103200001055735011**

Sede Legale: Viale Europa n. 190 CAP 00144

Località ROMA Provincia RM Paese ITALIA

Il sottoscritto autorizza il creditore a disporre sul conto di pagamento sopra indicato:

❑ un singolo addebito

Con l'addebito sul conto corrente/libretto di risparmio sopra indicato, il sottoscritto delegato sottoscrive un unico mandato di addebito, valido sia per Poste Vita sia per Poste Assicura, e autorizza Poste Assicura ad incassare il premio lordo totale. Poste Assicura provvederà poi a pagare a Poste Vita la quota di premio relativa alla copertura "Morte". L'incasso del premio avverrà contestualmente all'erogazione del mutuo.

In caso di addebito sul conto corrente, il numero di mandato SEPA, corrispondente all'incasso del premio, verrà riportato nella comunicazione successivamente inviata da Poste Assicura, nella quale sono indicati i numeri di polizza Vita e Danni.

Luogo e data ..... ..../..../.....

Firma del richiedente del prestito……

Mod. 4006F - Ed. Giugno 2025

❑ Originale per Poste Assicura ❑ Copia per il cliente ❑ Copia per l'ufficio postale

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ COMMERCIALI E/O PROMOZIONALI

Preso atto di quanto descritto nell'informativa di Poste Vita e Poste Assicura, ai sensi dell'art. 13 e seguenti del Regolamento (UE) 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, consegnata preliminarmente alla sottoscrizione del presente contratto di polizza, il contraente esprime liberamente il proprio consenso in merito alle finalità del trattamento di seguito riportate.
Il suddetto consenso al trattamento dei dati personali rilasciati dal contraente è facoltativo ed un eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto sul regolare svolgimento delle prestazioni legate ai contratti stipulati con Poste Vita e Poste Assicura.

1. per comunicazioni a carattere promozionale, pubblicitario o commerciale e l'offerta diretta di prodotti o servizi del Gruppo Assicurativo Poste Vita e/o di Poste Italiane e/o delle società del Gruppo Poste Italiane – mediante l'impiego del telefono e della posta cartacea, nonché mediante sistemi automatizzati di chiamata senza l'intervento di un operatore e mediante posta elettronica, telefax, messaggi del tipo Sms, Mms o di altro tipo oltreché mediante altri canali come ad esempio le aree riservate dei siti di Poste e/o del Gruppo Poste e/o i canali social di Poste – e inoltre, con gli stessi mezzi, per indagini statistiche e di mercato volte anche alla rilevazione del grado di soddisfazione della clientela sulla qualità dei prodotti o servizi di Poste diversi da quelli postali, e/o delle società del Gruppo Poste Italiane

   acconsento ❑ non acconsento ❑

2. per comunicazioni a carattere promozionale, pubblicitario o commerciale e l'offerta di prodotti o servizi di soggetti terzi, non appartenenti al Gruppo Poste Italiane – mediante l'impiego del telefono e della posta cartacea, nonché mediante sistemi automatizzati di chiamata senza l'intervento di un operatore e mediante posta elettronica, telefax, messaggi del tipo SMS, MMS, o di altro tipo, oltrechè mediante altri canali come ad esempio le aree riservate dei siti di Poste e/o del Gruppo Poste e/o i canali social di Poste – e inoltre, con gli stessi mezzi, per loro indagini statistiche e di mercato volte anche alla rilevazione del grado di soddisfazione della clientela sulla qualità dei loro prodotti o servizi

   acconsento ❑ non acconsento ❑

3. per svolgere attività di profilazione consistente nell'individuazione di preferenze, gusti, abitudini, necessità e scelte di consumo e nella definizione del profilo dell'Interessato, in modo da soddisfare le esigenze dell'Interessato medesimo, nonché per effettuare, previo lo specifico consenso di cui ai punti 1 e/o 2, comunicazioni a carattere promozionale, pubblicitario o commerciale personalizzate, con i mezzi indicati ai precedenti punti 1 e 2

   acconsento ❑ non acconsento ❑

4. per comunicare i dati di profilazione dell'Interessato alle società del Gruppo Poste Italiane e consentire a queste ultime di conoscerne preferenze, gusti, abitudini, necessità e scelte di consumo in modo da migliorare i prodotti o servizi offerti nel Gruppo Poste Italiane e soddisfare le esigenze dell'Interessato medesimo, nonché per effettuare, previo specifico consenso, comunicazioni a carattere promozionale, pubblicitario o commerciale personalizzate, con i mezzi indicati di cui al punto 1.

   acconsento ❑ non acconsento ❑

Mod. 4006F - Ed. Giugno 2025

❑ Originale per Poste Assicura ❑ Copia per il cliente ❑ Copia per l'ufficio postale

**Poste Vita S.p.A.** - 00144, Roma (RM), Viale Europa, 190 - 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. 07066630638, 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.

**Poste Assicura S.p.A.**- 00144, Roma (RM), Viale Europa, 190 - Tel.: (+39) 06549241 - Fax: (+39) 06 54924203 - PEC: posteassicura@pec.poste-assicura.it - www.poste-assicura.it - Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001, Capitale Sociale Euro 25.000.000,00 i.v. - Registro Imprese di Roma n. 07140521001, REA n. 1013058 - Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n.1.00174 - Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base alla delibera ISVAP n. 2788/2010 - Società appartenente al gruppo assicurativo Poste Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043 - Società con socio unico, Poste Vita S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di quest'ultima.

poste**protezione** prestito **mio** flessibile

# MODULO DI ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA PER PRESTITI PERSONALI BANCOPOSTA POSTEPROTEZIONE PRESTITO MIO FLESSIBILE

Ufficio Postale/Frazionario .....Filiale.....Numero telefono/Fax .....

## DATI DEL RICHIEDENTE (COMPILARE IN STAMPATELLO)

Cognome ..... Nome.....

Data e luogo di nascita..... Prov.....

Residente in.....Via.....n..... Cap ..... Località..... Prov.....

Codice fiscale:: | | | | | | | | | | | | | | | | |

## DICHIARAZIONI DEL RICHIEDENTE

**In qualità di richiedente** di un Prestito personale flessibile BancoPosta ("prestito flessibile"), preso atto che Poste Italiane S.p.A. - Patrimonio BancoPosta ha stipulato, ai sensi dell'art. 1891 del Codice civile, con Poste Vita e Poste Assicura una polizza di assicurazione collettiva a cui possono aderire le persone che richiedono un prestito flessibile, **dichiara:**

- di prestare il consenso necessario per la validità dell'assicurazione sulla sua vita (art. 1919 del Codice civile)
- di essere stato informato che **le coperture assicurative non sono obbligatorie** e non sono necessarie per la concessione del prestito
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del prestito richiesto o di mancato assenso all'adesione alla Polizza Collettiva da parte di Poste Vita e/o Poste Assicura, le coperture richieste non saranno attivate e il contratto non inizia
- di aver ricevuto e letto le Condizioni di Assicurazione riportate nel Set Informativo
- di aver compiuto **18 anni** e di non aver ancora compiuto **69 anni** come indicato all'art "*Chi si può assicurare"* e di rientrare nei limiti assuntivi previsti
- di essere stato informato sull'importanza delle informazioni riportate nel *Questionario assuntivo* per la valutazione del rispetto delle condizioni di assicurabilità, e delle conseguenze di eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti
- di essere stato informato sulle franchigie, sulle carenze, le esclusioni e gli ulteriori limiti previsti dalle singole coperture, che potrebbero limitare o escludere il diritto a beneficiare delle prestazioni
- di essere stato informato che per le coperture «Malattia Grave», «Disoccupazione» e «Ricovero da Infortunio o Malattia», l'importo massimo che Poste Assicura paga può essere inferiore all'importo del debito residuo alla data del sinistro
- di essere stato informato che le coperture «Disoccupazione» e «Ricovero da Infortunio o Malattia» sono acquistabili in funzione della professione svolta
- di essere a conoscenza che, nel caso di esercizio delle opzioni *Salto rata* o *Cambio rata* previste dal prestito mio flessibile, la copertura continua ad operare adeguandosi automaticamente al nuovo piano di ammortamento, come previsto nelle Condizioni di Assicurazione
- di essere stato informato della possibilità di **recedere entro 60 giorni** dalla stipula del contratto e delle conseguenze applicabili in tali ipotesi, con riguardo al rimborso del premio.

Per la validità della copertura io sottoscritto/a .....

**dichiaro inoltre:**

- di appartenere alla seguente categoria lavorativa.....
- di svolgere la seguente professione.....
- di svolgere la seguente attività .....
- di appartenere al seguente settore.....
- di avere la seguente tipologia contrattuale.....
- di essere un lavoratore pubblico o privato.....
- di aderire alle coperture: .....
- di essere informato che la variazione del cambio di professione può comportare la cessazione della copertura «Disoccupazione», se acquistata. In questi casi Poste Assicura restituisce la quota parte di premio pagato e non goduto, al netto delle imposte
- di aver sottoscritto il *Questionario assuntivo* e di aver verificato la correttezza delle informazioni fornite
- di essere a conoscenza del diritto di richiedere a Poste Vita o a Poste Assicura le credenziali per l'accesso all'area riservata.

***Avvertenza:***

a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
b) la lettera a) non si applica nei casi in cui il soggetto esercita il diritto all'oblio oncologico
c) prima della sottoscrizione del questionario sanitario, il richiedente
   - verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
   - può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.
d) Il richiedente che esercita il diritto all'oblio oncologico non è tenuto a sottoporsi ad accertamenti medici che forniscono indicazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

Mod. 4006F - Ed. Giugno 2025

❑ Originale per Poste Assicura ❑ Copia per il cliente ❑ Copia per l'ufficio postale

***Avvertenza:*** *Poste Vita e Poste Assicura informano il richiedente del diritto all'oblio oncologico, ovvero del diritto delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni né subire indagini in merito alla pregressa patologia da cui siano state precedentemente affette e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva da almeno dieci anni oppure da almeno cinque anni (se la patologia è insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età) oppure dal termine inferiore previsto per le specifiche casistiche dal Decreto del Ministero della Salute n. 96 del 2024 e successive modifiche o integrazioni.*

Il richiedente chiede
- l'invio della documentazione precontrattuale e contrattuale in modalità: ❑ cartacea ❑ elettronica
- l'invio delle comunicazioni in corso di validità del contratto, in modalità: ❑ cartacea ❑ elettronica

***Avvertenza: in caso di mancata indicazione dei dati anagrafici del/i Beneficiario/i, Poste Vita potrà avere, alla morte dell'assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/i Beneficiario/i. La modifica o revoca del/i Beneficiario/i deve essere comunicata a Poste Vita.***

Il richiedente indica come Beneficiario/i:

Cognome.....
Nome ……
Codice fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Data di nascita: ……/……../……..… Sesso:……..
Domicilio Fiscale: .....
Indirizzo Recapito: .....
Indirizzo Posta Elettronica: .....

Cognome.....
Nome ……
Codice fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Data di nascita: ……/……../……..… Sesso:……..
Domicilio Fiscale: .....
Indirizzo Recapito: .....
Indirizzo Posta Elettronica: .....

Cognome.....
Nome ……
Codice fiscale:: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Data di nascita: ……/……../……..… Sesso:……..
Domicilio Fiscale: .....
Indirizzo Recapito: .....
Indirizzo Posta Elettronica: .....

Cognome.....
Nome ……
Codice fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Data di nascita: ……/……../……..… Sesso:……..
Domicilio Fiscale: .....
Indirizzo Recapito: .....
Indirizzo Posta Elettronica: .....

Si precisa che l'Impresa di Assicurazione potrebbe inviare comunicazioni al Beneficiario designato anche prima del verificarsi dell'evento previsto per l'erogazione della prestazione assicurata.

Il Contraente vuole escludere l'invio al Beneficiario, se indicato in forma nominativa, di comunicazioni prima del verificarsi dell'evento?

❑ SI ❑ NO

Mod. 4006F - Ed. Giugno 2025

❑ Originale per Poste Assicura ❑ Copia per il cliente ❑ Copia per l'ufficio postale

Per esigenze di riservatezza, il richiedente ha la facoltà di comunicare che, in caso di sua morte, Poste Vita può far riferimento al seguente referente terzo, diverso dal Beneficiario/i: .....

Codice fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Data di nascita: ……/……../……..… Sesso:……..

Domicilio Fiscale: .....

Indirizzo Recapito: .....

Indirizzo Posta Elettronica: .....

I dati personali del Beneficiario/i e dell'eventuale referente terzo comunicati saranno utilizzati dal Gruppo Poste Vita nei limiti strettamente inerenti la finalità di conclusione, gestione ed esecuzione del contratto e/o per adempiere ad obblighi derivanti dalla legge, dai regolamenti o dalla normativa comunitaria.

Il richiedente, in virtù dell'art. 14 comma 5 del Regolamento 2016/679/UE (GDPR) si impegna ad informare i soggetti sopra citati circa il conferimento dei propri dati personali al Gruppo Poste Vita ed alle relative finalità e modalità di trattamento descritte nell'Informativa Privacy di Poste Vita e Poste Assicura consegnata in occasione della sottoscrizione di questo contratto e comunque reperibile sui siti www.postevita.poste.it e www.posteassicura.poste.it.

Luogo e data ..... ...../...../.....Firma del richiedente …….....

## PERIODICITÀ E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

il premio unico sarà corrisposto:

❑ tramite conferimento di mandato all'Ente Erogante *(premio finanziato*). L'incasso del premio avverrà contestualmente all'erogazione del prestito.

❑ direttamente dal richiedente, con uno dei mezzi di pagamento previsti *(premio non finanziato)*:

- addebito su libretto di risparmio postale
- addebito su conto corrente BancoPosta
- addebito su altro conto corrente bancario
- bonifico intestato a Poste Assicura S.p.A. - Premi Danni Incassi CPI NF - IBAN IT38I0760103200001055735011, causale pagamento: CPI - "Codice fiscale aderente" - Recupero Rate
- pagamento del bollettino su conto corrente postale n. IT26R0760103200001056781147

## MANDATO SEPA

In caso di addebito su conto corrente BancoPosta o altro conto corrente bancario, il richiedente sottoscrive un unico mandato SEPA valido sia per Poste Vita sia per Poste Assicura e autorizza Poste Assicura ad incassare il premio lordo totale. Poste Assicura provvede a pagare a Poste Vita la quota di premio relativa alla copertura "Morte".
Il numero di mandato SEPA corrispondente all'incasso del premio viene riportato nella comunicazione inviata da Poste Assicura in cui sono indicati i numeri di polizza Vita e Danni.

Luogo e data ..... ..../..../.....Firma del richiedente……

## COSTI A CARICO DEL RICHIEDENTE

.....

importo prestito finanziato | durata/mesi | premio finito complessivo*

* In caso di premio finanziato, il premio relativo alla copertura assicurativa viene incassato al momento dell'erogazione del prestito.
In caso di premio non finanziato, il premio dovrà essere pagato entro 7 giorni successivi l'erogazione del prestito.

Premio totale lordo ..... euro, di cui euro ..... relativo alla copertura "Morte" prestata da Poste Vita ed euro ..... relativo alle coperture danni prestate da Poste Assicura. Per il servizio di "Job replacement" utile al reinserimento nel mondo del lavoro Poste Assicura riconosce a AK Group s.r.l. l'1% del premio pagato per la copertura Disoccupazione pari a euro.....

Costo totale a carico del richiedente ..... euro, di cui importo percepito dall'intermediario.....euro.
In caso di estinzione anticipata totale del prestito, Poste Vita e Poste Assicura trattengono le spese amministrative sostenute per la gestione della pratica pari a 30 euro.

Luogo e data ..... ..../..../.....Firma del richiedente .....

## MODALITÀ DI RIMBORSO DEL PREMIO PAGATO E NON GODUTO

Il richiedente sceglie come modalità di rimborso del premio, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione:

❑ accredito conto corrente BancoPosta - IBAN [ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ]

❑ accredito conto corrente bancario - IBAN [ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ]

❑ accredito sul libretto di risparmio postale dellassicurato N. [ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ]

❑ assegno intestato all'assicurato

❑ Originale per Poste Assicura ❑ Copia per il cliente ❑ Copia per l'ufficio postale

Mod. 4006F - Ed. Giugno 2025

## INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

Il richiedente dichiara di aver ricevuto e preso visione del Set Informativo contenente il Documento Informativo relativo al Prodotto assicurativo danni, il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita, diversi dai prodotti di investimento assicurativi, il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi e le Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, reso in sede di sottoscrizione del contratto. Dichiara inoltre di aver preso visione e di aver ricevuto l'informativa privacy del Gruppo Assicurativo Poste Vita e, nei casi previsti dalla normativa vigente. L'informativa precontrattuale del distributore prevista dalla normativa vigente in materia di regole di comportamento per la distribuzione dei prodotti assicurativi diversi dai prodotti d'investimento assicurativi.

Luogo e data ..... ..../..../.....Firma del richiedente .....

## CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

Il richiedente dichiara di approvare espressamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:

**INFORMAZIONI GENERALI: Cosa è escluso dal contratto?**

**LA LEGGE CHE REGOLA IL CONTRATTO: Entro quanto tempo si può denunciare il sinistro?, Entro quanto tempo viene pagato il sinistro?; Cosa succede se una controversia è di carattere medico?; Cosa succede per la copertura Tutela Legale se l'assicurato e ARAG non sono d'accordo?**

**IL PAGAMENTO DEL PREMIO: Come e quando si paga il premio?; Cosa succede se non si paga il premio?**

**DOPO LA FIRMA DEL CONTRATTO: Come, quando e perché si può modificare il contratto? Come si presenta un reclamo?; Quando e come si disdice il contratto?; Quando e come si recede dal contratto?; Cosa succede se si estingue in anticipo parte del prestito? Cosa succede se si estingue in anticipo tutto il prestito?**

**COPERTURA MORTE; Cosa prevede la copertura?; Cosa è escluso dalla copertura?; Chi si può assicurare?; Chi non si può assicurare? Cos'è e cosa prevede la carenza?; Dove vale la copertura?; Come si denuncia un sinistro?**

**COPERTURA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA: Cosa prevede la copertura?; Cosa è escluso dalla copertura?; Chi si può assicurare?; Chi non si può assicurare?; Cos'è e cosa prevede la carenza?; Dove vale la copertura?; Come si denuncia un sinistro?**

**COPERTURA TUTELA LEGALE: Cosa prevede la copertura?; Cosa è escluso dalla copertura?; Chi si può assicurare?; Chi non si può assicurare?; Cos'è e cosa prevede la carenza?; Dove vale la copertura?; Come si denuncia un sinistro?; Come gestisce il sinistro ARAG?**

**COPERTURA MALATTIA GRAVE: Cosa prevede la copertura?; Quale Malattia Grave dà diritto alla somma forfettaria?; Cosa è escluso dalla copertura?; Chi si può assicurare?; Chi non si può assicurare?; Cos'è e cosa prevede la carenza?; Dove vale la copertura?; Come si denuncia un sinistro?**

**COPERTURA DISOCCUPAZIONE: Cosa prevede la copertura?; Cosa succede se l'assicurato cambia professione? Cosa è escluso dalla copertura?; Chi si può assicurare?; Chi non si può assicurare?; Cos'è e cosa prevede la carenza?; Dove vale la copertura?; Come si denuncia un sinistro?**

**COPERTURA RICOVERO DA INFORTUNIO O MALATTIA: Cosa prevede la copertura?; Cosa è escluso dalla copertura? Chi si può assicurare?; Chi non si può assicurare? Cos'è e cosa prevede la carenza?; Dove vale la copertura?; Come si denuncia un sinistro?**

Luogo e data ..... ..../..../.....Firma del richiedente .....

## TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA SALUTE

Il trattamento dei dati personali relativi alla salute avviene in virtù del consenso prestato in fase di compilazione del Questionario assuntivo, al solo fine di poter eseguire il contratto, compresa la fase precontrattuale, nei termini e alle condizioni descritte nell'Informativa privacy di Poste Vita e Poste Assicura consegnata al richiedente e disponibile sui siti internet delle citate società raggiungibili all'indirizzo www.postevita.poste.it e www.posteassicura.poste.it.

## SEZIONE RISERVATA A POSTE ITALIANE S.P.A. - PATRIMONIO BANCOPOSTA

Ufficio Postale ……..... Frazionario ……..…….....……...……

Data ……

L'incaricato di Poste Italiane S.p.A. - Patrimonio BancoPosta ……..……..

Mod. 4006F - Ed. Giugno 2025

❑ Originale per Poste Assicura ❑ Copia per il cliente ❑ Copia per l'ufficio postale

# RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER L'ADDEBITO IN CONTO CORRENTE DELLE DISPOSIZIONI SEPA CORE DIRECT DEBIT

(Opzione allineamento elettronico archivi - Servizio SEDA)

Cognome e Nome del richiedente del prestito .....

Indirizzo: Via/C.so/P.zza/Largo ..... N. ..... CAP .....

Località ..... Provincia ..... Paese .....

Codice Fiscale: .....

Titolare del conto di pagamento/Libretto di risparmio postale:

Conto corrente/Libretto di risparmio postale n. .....

IBAN: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Ragione sociale del creditore: Poste Assicura S.p.A.

Codice IBAN del creditore: **IT38I0760103200001055735011**

Sede Legale: Viale Europa n. 190 CAP 00144

Località ROMA Provincia RM Paese ITALIA

Il sottoscritto autorizza il creditore a disporre sul conto di pagamento sopra indicato:

❑ un singolo addebito

Con l'addebito sul conto corrente/libretto di risparmio sopra indicato, il sottoscritto delegato sottoscrive un unico mandato di addebito, valido sia per Poste Vita sia per Poste Assicura, e autorizza Poste Assicura ad incassare il premio lordo totale. Poste Assicura provvederà poi a pagare a Poste Vita la quota di premio relativa alla copertura "Morte". L'incasso del premio avverrà contestualmente all'erogazione del mutuo.

In caso di addebito sul conto corrente, il numero di mandato SEPA, corrispondente all'incasso del premio, verrà riportato nella comunicazione successivamente inviata da Poste Assicura, nella quale sono indicati i numeri di polizza Vita e Danni.

Luogo e data ..... ..../..../.....

Firma del richiedente del prestito……

Mod. 4006F - Ed. Giugno 2025

❑ Originale per Poste Assicura ❑ Copia per il cliente ❑ Copia per l'ufficio postale

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ COMMERCIALI E/O PROMOZIONALI

Preso atto di quanto descritto nell'informativa di Poste Vita e Poste Assicura, ai sensi dell'art. 13 e seguenti del Regolamento (UE) 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, consegnata preliminarmente alla sottoscrizione del presente contratto di polizza, il contraente esprime liberamente il proprio consenso in merito alle finalità del trattamento di seguito riportate.
Il suddetto consenso al trattamento dei dati personali rilasciati dal contraente è facoltativo ed un eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto sul regolare svolgimento delle prestazioni legate ai contratti stipulati con Poste Vita e Poste Assicura.

1. per comunicazioni a carattere promozionale, pubblicitario o commerciale e l'offerta diretta di prodotti o servizi del Gruppo Assicurativo Poste Vita e/o di Poste Italiane e/o delle società del Gruppo Poste Italiane – mediante l'impiego del telefono e della posta cartacea, nonché mediante sistemi automatizzati di chiamata senza l'intervento di un operatore e mediante posta elettronica, telefax, messaggi del tipo Sms, Mms o di altro tipo oltreché mediante altri canali come ad esempio le aree riservate dei siti di Poste e/o del Gruppo Poste e/o i canali social di Poste – e inoltre, con gli stessi mezzi, per indagini statistiche e di mercato volte anche alla rilevazione del grado di soddisfazione della clientela sulla qualità dei prodotti o servizi di Poste diversi da quelli postali, e/o delle società del Gruppo Poste Italiane

   acconsento ❑ non acconsento ❑

2. per comunicazioni a carattere promozionale, pubblicitario o commerciale e l'offerta di prodotti o servizi di soggetti terzi, non appartenenti al Gruppo Poste Italiane – mediante l'impiego del telefono e della posta cartacea, nonché mediante sistemi automatizzati di chiamata senza l'intervento di un operatore e mediante posta elettronica, telefax, messaggi del tipo SMS, MMS, o di altro tipo, oltrechè mediante altri canali come ad esempio le aree riservate dei siti di Poste e/o del Gruppo Poste e/o i canali social di Poste – e inoltre, con gli stessi mezzi, per loro indagini statistiche e di mercato volte anche alla rilevazione del grado di soddisfazione della clientela sulla qualità dei loro prodotti o servizi

   acconsento ❑ non acconsento ❑

3. per svolgere attività di profilazione consistente nell'individuazione di preferenze, gusti, abitudini, necessità e scelte di consumo e nella definizione del profilo dell'Interessato, in modo da soddisfare le esigenze dell'Interessato medesimo, nonché per effettuare, previo lo specifico consenso di cui ai punti 1 e/o 2, comunicazioni a carattere promozionale, pubblicitario o commerciale personalizzate, con i mezzi indicati ai precedenti punti 1 e 2

   acconsento ❑ non acconsento ❑

4. per comunicare i dati di profilazione dell'Interessato alle società del Gruppo Poste Italiane e consentire a queste ultime di conoscerne preferenze, gusti, abitudini, necessità e scelte di consumo in modo da migliorare i prodotti o servizi offerti nel Gruppo Poste Italiane e soddisfare le esigenze dell'Interessato medesimo, nonché per effettuare, previo specifico consenso, comunicazioni a carattere promozionale, pubblicitario o commerciale personalizzate, con i mezzi indicati di cui al punto 1.

   acconsento ❑ non acconsento ❑

Mod. 4006F - Ed. Giugno 2025

❑ Originale per Poste Assicura ❑ Copia per il cliente ❑ Copia per l'ufficio postale

**Poste Vita S.p.A.** - 00144, Roma (RM), Viale Europa, 190 - 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. 07066630638, 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.

**Poste Assicura S.p.A.**- 00144, Roma (RM), Viale Europa, 190 - Tel.: (+39) 06549241 - Fax: (+39) 06 54924203 - PEC: posteassicura@pec.poste-assicura.it - www.poste-assicura.it - Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001, Capitale Sociale Euro 25.000.000,00 i.v. - Registro Imprese di Roma n. 07140521001, REA n. 1013058 - Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n.1.00174 - Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base alla delibera ISVAP n. 2788/2010 - Società appartenente al gruppo assicurativo Poste Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043 - Società con socio unico, Poste Vita S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di quest'ultima.

posteprotezione prestito **mio** flessibile

# MODULO DI ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA PER PRESTITI PERSONALI BANCOPOSTA POSTEPROTEZIONE PRESTITO MIO FLESSIBILE

Ufficio Postale/Frazionario .....Filiale.....Numero telefono/Fax .....

## DATI DEL RICHIEDENTE (COMPILARE IN STAMPATELLO)

Cognome ..... Nome.....

Data e luogo di nascita..... Prov.....

Residente in.....Via.....n..... Cap ..... Località..... Prov.....

Codice fiscale:: | | | | | | | | | | | | | | | | |

## DICHIARAZIONI DEL RICHIEDENTE

**In qualità di richiedente** di un Prestito personale flessibile BancoPosta ("prestito flessibile"), preso atto che Poste Italiane S.p.A. - Patrimonio BancoPosta ha stipulato, ai sensi dell'art. 1891 del Codice civile, con Poste Vita e Poste Assicura una polizza di assicurazione collettiva a cui possono aderire le persone che richiedono un prestito flessibile, **dichiara:**

- di prestare il consenso necessario per la validità dell'assicurazione sulla sua vita (art. 1919 del Codice civile)
- di essere stato informato che **le coperture assicurative non sono obbligatorie** e non sono necessarie per la concessione del prestito
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del prestito richiesto o di mancato assenso all'adesione alla Polizza Collettiva da parte di Poste Vita e/o Poste Assicura, le coperture richieste non saranno attivate e il contratto non inizia
- di aver ricevuto e letto le Condizioni di Assicurazione riportate nel Set Informativo
- di aver compiuto **18 anni** e di non aver ancora compiuto **69 anni** come indicato all'art "*Chi si può assicurare"* e di rientrare nei limiti assuntivi previsti
- di essere stato informato sull'importanza delle informazioni riportate nel *Questionario assuntivo* per la valutazione del rispetto delle condizioni di assicurabilità, e delle conseguenze di eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti
- di essere stato informato sulle franchigie, sulle carenze, le esclusioni e gli ulteriori limiti previsti dalle singole coperture, che potrebbero limitare o escludere il diritto a beneficiare delle prestazioni
- di essere stato informato che per le coperture «Malattia Grave», «Disoccupazione» e «Ricovero da Infortunio o Malattia», l'importo massimo che Poste Assicura paga può essere inferiore all'importo del debito residuo alla data del sinistro
- di essere stato informato che le coperture «Disoccupazione» e «Ricovero da Infortunio o Malattia» sono acquistabili in funzione della professione svolta
- di essere a conoscenza che, nel caso di esercizio delle opzioni *Salto rata* o *Cambio rata* previste dal prestito mio flessibile, la copertura continua ad operare adeguandosi automaticamente al nuovo piano di ammortamento, come previsto nelle Condizioni di Assicurazione
- di essere stato informato della possibilità di **recedere entro 60 giorni** dalla stipula del contratto e delle conseguenze applicabili in tali ipotesi, con riguardo al rimborso del premio.

Per la validità della copertura io sottoscritto/a .....

**dichiaro inoltre:**

- di appartenere alla seguente categoria lavorativa.....
- di svolgere la seguente professione.....
- di svolgere la seguente attività .....
- di appartenere al seguente settore.....
- di avere la seguente tipologia contrattuale.....
- di essere un lavoratore pubblico o privato.....
- di aderire alle coperture: .....
- di essere informato che la variazione del cambio di professione può comportare la cessazione della copertura «Disoccupazione», se acquistata. In questi casi Poste Assicura restituisce la quota parte di premio pagato e non goduto, al netto delle imposte
- di aver sottoscritto il *Questionario assuntivo* e di aver verificato la correttezza delle informazioni fornite
- di essere a conoscenza del diritto di richiedere a Poste Vita o a Poste Assicura le credenziali per l'accesso all'area riservata.

***Avvertenza:***

a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
b) la lettera a) non si applica nei casi in cui il soggetto esercita il diritto all'oblio oncologico
c) prima della sottoscrizione del questionario sanitario, il richiedente
   - verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
   - può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.
d) Il richiedente che esercita il diritto all'oblio oncologico non è tenuto a sottoporsi ad accertamenti medici che forniscono indicazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

Mod. 4006F - Ed. Giugno 2025

❑ Originale per Poste Assicura ❑ Copia per il cliente ❑ Copia per l'ufficio postale

***Avvertenza:*** *Poste Vita e Poste Assicura informano il richiedente del diritto all'oblio oncologico, ovvero del diritto delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni né subire indagini in merito alla pregressa patologia da cui siano state precedentemente affette e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva da almeno dieci anni oppure da almeno cinque anni (se la patologia è insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età) oppure dal termine inferiore previsto per le specifiche casistiche dal Decreto del Ministero della Salute n. 96 del 2024 e successive modifiche o integrazioni.*

Il richiedente chiede
- l'invio della documentazione precontrattuale e contrattuale in modalità: ❑ cartacea ❑ elettronica
- l'invio delle comunicazioni in corso di validità del contratto, in modalità: ❑ cartacea ❑ elettronica

***Avvertenza: in caso di mancata indicazione dei dati anagrafici del/i Beneficiario/i, Poste Vita potrà avere, alla morte dell'assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/i Beneficiario/i. La modifica o revoca del/i Beneficiario/i deve essere comunicata a Poste Vita.***

Il richiedente indica come Beneficiario/i:

Cognome.....
Nome ……
Codice fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Data di nascita: ……/……../……..… Sesso:……..
Domicilio Fiscale: .....
Indirizzo Recapito: .....
Indirizzo Posta Elettronica: .....

Cognome.....
Nome ……
Codice fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Data di nascita: ……/……../……..… Sesso:……..
Domicilio Fiscale: .....
Indirizzo Recapito: .....
Indirizzo Posta Elettronica: .....

Cognome.....
Nome ……
Codice fiscale:: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Data di nascita: ……/……../……..… Sesso:……..
Domicilio Fiscale: .....
Indirizzo Recapito: .....
Indirizzo Posta Elettronica: .....

Cognome.....
Nome ……
Codice fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Data di nascita: ……/……../……..… Sesso:……..
Domicilio Fiscale: .....
Indirizzo Recapito: .....
Indirizzo Posta Elettronica: .....

Si precisa che l'Impresa di Assicurazione potrebbe inviare comunicazioni al Beneficiario designato anche prima del verificarsi dell'evento previsto per l'erogazione della prestazione assicurata.

Il Contraente vuole escludere l'invio al Beneficiario, se indicato in forma nominativa, di comunicazioni prima del verificarsi dell'evento?

❑ SI ❑ NO

Mod. 4006F - Ed. Giugno 2025

❑ Originale per Poste Assicura ❑ Copia per il cliente ❑ Copia per l'ufficio postale

Per esigenze di riservatezza, il richiedente ha la facoltà di comunicare che, in caso di sua morte, Poste Vita può far riferimento al seguente referente terzo, diverso dal Beneficiario/i: .....

Codice fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Data di nascita: ……/……../……..… Sesso:……..

Domicilio Fiscale: .....

Indirizzo Recapito: .....

Indirizzo Posta Elettronica: .....

I dati personali del Beneficiario/i e dell'eventuale referente terzo comunicati saranno utilizzati dal Gruppo Poste Vita nei limiti strettamente inerenti la finalità di conclusione, gestione ed esecuzione del contratto e/o per adempiere ad obblighi derivanti dalla legge, dai regolamenti o dalla normativa comunitaria.

Il richiedente, in virtù dell'art. 14 comma 5 del Regolamento 2016/679/UE (GDPR) si impegna ad informare i soggetti sopra citati circa il conferimento dei propri dati personali al Gruppo Poste Vita ed alle relative finalità e modalità di trattamento descritte nell'Informativa Privacy di Poste Vita e Poste Assicura consegnata in occasione della sottoscrizione di questo contratto e comunque reperibile sui siti www.postevita.poste.it e www.posteassicura.poste.it.

Luogo e data ..... ...../...../.....Firma del richiedente …….....

## PERIODICITÀ E MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

il premio unico sarà corrisposto:

❑ tramite conferimento di mandato all'Ente Erogante *(premio finanziato*). L'incasso del premio avverrà contestualmente all'erogazione del prestito.

❑ direttamente dal richiedente, con uno dei mezzi di pagamento previsti *(premio non finanziato)*:

- addebito su libretto di risparmio postale
- addebito su conto corrente BancoPosta
- addebito su altro conto corrente bancario
- bonifico intestato a Poste Assicura S.p.A. - Premi Danni Incassi CPI NF - IBAN IT38I0760103200001055735011, causale pagamento: CPI - "Codice fiscale aderente" - Recupero Rate
- pagamento del bollettino su conto corrente postale n. IT26R0760103200001056781147

## MANDATO SEPA

In caso di addebito su conto corrente BancoPosta o altro conto corrente bancario, il richiedente sottoscrive un unico mandato SEPA valido sia per Poste Vita sia per Poste Assicura e autorizza Poste Assicura ad incassare il premio lordo totale. Poste Assicura provvede a pagare a Poste Vita la quota di premio relativa alla copertura "Morte".
Il numero di mandato SEPA corrispondente all'incasso del premio viene riportato nella comunicazione inviata da Poste Assicura in cui sono indicati i numeri di polizza Vita e Danni.

Luogo e data ..... ..../..../.....Firma del richiedente……

## COSTI A CARICO DEL RICHIEDENTE

.....

importo prestito finanziato | durata/mesi | premio finito complessivo*

* In caso di premio finanziato, il premio relativo alla copertura assicurativa viene incassato al momento dell'erogazione del prestito.
In caso di premio non finanziato, il premio dovrà essere pagato entro 7 giorni successivi l'erogazione del prestito.

Premio totale lordo ..... euro, di cui euro ..... relativo alla copertura "Morte" prestata da Poste Vita ed euro ..... relativo alle coperture danni prestate da Poste Assicura. Per il servizio di "Job replacement" utile al reinserimento nel mondo del lavoro Poste Assicura riconosce a AK Group s.r.l. l'1% del premio pagato per la copertura Disoccupazione pari a euro.....

Costo totale a carico del richiedente ..... euro, di cui importo percepito dall'intermediario.....euro.
In caso di estinzione anticipata totale del prestito, Poste Vita e Poste Assicura trattengono le spese amministrative sostenute per la gestione della pratica pari a 30 euro.

Luogo e data ..... ..../..../.....Firma del richiedente .....

## MODALITÀ DI RIMBORSO DEL PREMIO PAGATO E NON GODUTO

Il richiedente sceglie come modalità di rimborso del premio, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione:

❑ accredito conto corrente BancoPosta - IBAN [ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ]

❑ accredito conto corrente bancario - IBAN [ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ]

❑ accredito sul libretto di risparmio postale dellassicurato N. [ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ]

❑ assegno intestato all'assicurato

❑ Originale per Poste Assicura ❑ Copia per il cliente ❑ Copia per l'ufficio postale

Mod. 4006F - Ed. Giugno 2025

## INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

Il richiedente dichiara di aver ricevuto e preso visione del Set Informativo contenente il Documento Informativo relativo al Prodotto assicurativo danni, il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita, diversi dai prodotti di investimento assicurativi, il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi e le Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, reso in sede di sottoscrizione del contratto. Dichiara inoltre di aver preso visione e di aver ricevuto l'informativa privacy del Gruppo Assicurativo Poste Vita e, nei casi previsti dalla normativa vigente. L'informativa precontrattuale del distributore prevista dalla normativa vigente in materia di regole di comportamento per la distribuzione dei prodotti assicurativi diversi dai prodotti d'investimento assicurativi.

Luogo e data ..... ..../..../.....Firma del richiedente .....

## CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

Il richiedente dichiara di approvare espressamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:

**INFORMAZIONI GENERALI: Cosa è escluso dal contratto?**

**LA LEGGE CHE REGOLA IL CONTRATTO: Entro quanto tempo si può denunciare il sinistro?, Entro quanto tempo viene pagato il sinistro?; Cosa succede se una controversia è di carattere medico?; Cosa succede per la copertura Tutela Legale se l'assicurato e ARAG non sono d'accordo?**

**IL PAGAMENTO DEL PREMIO: Come e quando si paga il premio?; Cosa succede se non si paga il premio?**

**DOPO LA FIRMA DEL CONTRATTO: Come, quando e perché si può modificare il contratto? Come si presenta un reclamo?; Quando e come si disdice il contratto?; Quando e come si recede dal contratto?; Cosa succede se si estingue in anticipo parte del prestito? Cosa succede se si estingue in anticipo tutto il prestito?**

**COPERTURA MORTE; Cosa prevede la copertura?; Cosa è escluso dalla copertura?; Chi si può assicurare?; Chi non si può assicurare? Cos'è e cosa prevede la carenza?; Dove vale la copertura?; Come si denuncia un sinistro?**

**COPERTURA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO O MALATTIA: Cosa prevede la copertura?; Cosa è escluso dalla copertura?; Chi si può assicurare?; Chi non si può assicurare?; Cos'è e cosa prevede la carenza?; Dove vale la copertura?; Come si denuncia un sinistro?**

**COPERTURA TUTELA LEGALE: Cosa prevede la copertura?; Cosa è escluso dalla copertura?; Chi si può assicurare?; Chi non si può assicurare?; Cos'è e cosa prevede la carenza?; Dove vale la copertura?; Come si denuncia un sinistro?; Come gestisce il sinistro ARAG?**

**COPERTURA MALATTIA GRAVE: Cosa prevede la copertura?; Quale Malattia Grave dà diritto alla somma forfettaria?; Cosa è escluso dalla copertura?; Chi si può assicurare?; Chi non si può assicurare?; Cos'è e cosa prevede la carenza?; Dove vale la copertura?; Come si denuncia un sinistro?**

**COPERTURA DISOCCUPAZIONE: Cosa prevede la copertura?; Cosa succede se l'assicurato cambia professione? Cosa è escluso dalla copertura?; Chi si può assicurare?; Chi non si può assicurare?; Cos'è e cosa prevede la carenza?; Dove vale la copertura?; Come si denuncia un sinistro?**

**COPERTURA RICOVERO DA INFORTUNIO O MALATTIA: Cosa prevede la copertura?; Cosa è escluso dalla copertura? Chi si può assicurare?; Chi non si può assicurare? Cos'è e cosa prevede la carenza?; Dove vale la copertura?; Come si denuncia un sinistro?**

Luogo e data ..... ..../..../.....Firma del richiedente .....

## TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA SALUTE

Il trattamento dei dati personali relativi alla salute avviene in virtù del consenso prestato in fase di compilazione del Questionario assuntivo, al solo fine di poter eseguire il contratto, compresa la fase precontrattuale, nei termini e alle condizioni descritte nell'Informativa privacy di Poste Vita e Poste Assicura consegnata al richiedente e disponibile sui siti internet delle citate società raggiungibili all'indirizzo www.postevita.poste.it e www.posteassicura.poste.it.

## SEZIONE RISERVATA A POSTE ITALIANE S.P.A. - PATRIMONIO BANCOPOSTA

Ufficio Postale ……..... Frazionario ……..…….....……...……

Data ……

L'incaricato di Poste Italiane S.p.A. - Patrimonio BancoPosta ……..……..

Mod. 4006F - Ed. Giugno 2025

❑ Originale per Poste Assicura ❑ Copia per il cliente ❑ Copia per l'ufficio postale

# RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER L'ADDEBITO IN CONTO CORRENTE DELLE DISPOSIZIONI SEPA CORE DIRECT DEBIT

(Opzione allineamento elettronico archivi - Servizio SEDA)

Cognome e Nome del richiedente del prestito .....

Indirizzo: Via/C.so/P.zza/Largo ..... N. ..... CAP .....

Località ..... Provincia ..... Paese .....

Codice Fiscale: .....

Titolare del conto di pagamento/Libretto di risparmio postale:

Conto corrente/Libretto di risparmio postale n. .....

IBAN: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Ragione sociale del creditore: Poste Assicura S.p.A.

Codice IBAN del creditore: **IT38I0760103200001055735011**

Sede Legale: Viale Europa n. 190 CAP 00144

Località ROMA Provincia RM Paese ITALIA

Il sottoscritto autorizza il creditore a disporre sul conto di pagamento sopra indicato:

❑ un singolo addebito

Con l'addebito sul conto corrente/libretto di risparmio sopra indicato, il sottoscritto delegato sottoscrive un unico mandato di addebito, valido sia per Poste Vita sia per Poste Assicura, e autorizza Poste Assicura ad incassare il premio lordo totale. Poste Assicura provvederà poi a pagare a Poste Vita la quota di premio relativa alla copertura "Morte". L'incasso del premio avverrà contestualmente all'erogazione del mutuo.

In caso di addebito sul conto corrente, il numero di mandato SEPA, corrispondente all'incasso del premio, verrà riportato nella comunicazione successivamente inviata da Poste Assicura, nella quale sono indicati i numeri di polizza Vita e Danni.

Luogo e data ..... ..../..../.....

Firma del richiedente del prestito……

Mod. 4006F - Ed. Giugno 2025

❑ Originale per Poste Assicura ❑ Copia per il cliente ❑ Copia per l'ufficio postale

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ COMMERCIALI E/O PROMOZIONALI

Preso atto di quanto descritto nell'informativa di Poste Vita e Poste Assicura, ai sensi dell'art. 13 e seguenti del Regolamento (UE) 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, consegnata preliminarmente alla sottoscrizione del presente contratto di polizza, il contraente esprime liberamente il proprio consenso in merito alle finalità del trattamento di seguito riportate.
Il suddetto consenso al trattamento dei dati personali rilasciati dal contraente è facoltativo ed un eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto sul regolare svolgimento delle prestazioni legate ai contratti stipulati con Poste Vita e Poste Assicura.

1. per comunicazioni a carattere promozionale, pubblicitario o commerciale e l'offerta diretta di prodotti o servizi del Gruppo Assicurativo Poste Vita e/o di Poste Italiane e/o delle società del Gruppo Poste Italiane – mediante l'impiego del telefono e della posta cartacea, nonché mediante sistemi automatizzati di chiamata senza l'intervento di un operatore e mediante posta elettronica, telefax, messaggi del tipo Sms, Mms o di altro tipo oltreché mediante altri canali come ad esempio le aree riservate dei siti di Poste e/o del Gruppo Poste e/o i canali social di Poste – e inoltre, con gli stessi mezzi, per indagini statistiche e di mercato volte anche alla rilevazione del grado di soddisfazione della clientela sulla qualità dei prodotti o servizi di Poste diversi da quelli postali, e/o delle società del Gruppo Poste Italiane

   acconsento ❑ non acconsento ❑

2. per comunicazioni a carattere promozionale, pubblicitario o commerciale e l'offerta di prodotti o servizi di soggetti terzi, non appartenenti al Gruppo Poste Italiane – mediante l'impiego del telefono e della posta cartacea, nonché mediante sistemi automatizzati di chiamata senza l'intervento di un operatore e mediante posta elettronica, telefax, messaggi del tipo SMS, MMS, o di altro tipo, oltrechè mediante altri canali come ad esempio le aree riservate dei siti di Poste e/o del Gruppo Poste e/o i canali social di Poste – e inoltre, con gli stessi mezzi, per loro indagini statistiche e di mercato volte anche alla rilevazione del grado di soddisfazione della clientela sulla qualità dei loro prodotti o servizi

   acconsento ❑ non acconsento ❑

3. per svolgere attività di profilazione consistente nell'individuazione di preferenze, gusti, abitudini, necessità e scelte di consumo e nella definizione del profilo dell'Interessato, in modo da soddisfare le esigenze dell'Interessato medesimo, nonché per effettuare, previo lo specifico consenso di cui ai punti 1 e/o 2, comunicazioni a carattere promozionale, pubblicitario o commerciale personalizzate, con i mezzi indicati ai precedenti punti 1 e 2

   acconsento ❑ non acconsento ❑

4. per comunicare i dati di profilazione dell'Interessato alle società del Gruppo Poste Italiane e consentire a queste ultime di conoscerne preferenze, gusti, abitudini, necessità e scelte di consumo in modo da migliorare i prodotti o servizi offerti nel Gruppo Poste Italiane e soddisfare le esigenze dell'Interessato medesimo, nonché per effettuare, previo specifico consenso, comunicazioni a carattere promozionale, pubblicitario o commerciale personalizzate, con i mezzi indicati di cui al punto 1.

   acconsento ❑ non acconsento ❑

Mod. 4006F - Ed. Giugno 2025

❑ Originale per Poste Assicura ❑ Copia per il cliente ❑ Copia per l'ufficio postale

**Poste Vita S.p.A.** - 00144, Roma (RM), Viale Europa, 190 - 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. 07066630638, 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.

**Poste Assicura S.p.A.**- 00144, Roma (RM), Viale Europa, 190 - Tel.: (+39) 06549241 - Fax: (+39) 06 54924203 - PEC: posteassicura@pec.poste-assicura.it - www.poste-assicura.it - Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001, Capitale Sociale Euro 25.000.000,00 i.v. - Registro Imprese di Roma n. 07140521001, REA n. 1013058 - Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n.1.00174 - Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base alla delibera ISVAP n. 2788/2010 - Società appartenente al gruppo assicurativo Poste Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043 - Società con socio unico, Poste Vita S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di quest'ultima.