

posteprotezione mutuo

**MODULO DI ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA
PER MUTUO BANCOPOSTA
POSTEPROTEZIONE MUTUO**

Ufficio Postale/FrazionarioFiliale.....Numero telefono/Fax

DATI DEGLI ADERENTI ALLA COPERTURA ASSICURATIVA

1° ADERENTE: Cognome Nome.....

Data e luogo di nascita quota % assicurata.....

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

2° ADERENTE: Cognome Nome.....

Data e luogo di nascita quota % assicurata.....

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

3° ADERENTE: Cognome Nome.....

Data e luogo di nascita quota % assicurata.....

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

4° ADERENTE: Cognome Nome.....

Data e luogo di nascita quota % assicurata.....

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

DICHIARAZIONI DEGLI ADERENTI

In qualità di richiedente/i del Mutuo BancoPosta ("mutuo"), preso atto che Poste Italiane S.p.A. - Patrimonio BancoPosta ha stipulato, ai sensi dell'art. 1891 Codice civile, con Poste Vita S.p.A. e Poste Assicura S.p.A. una polizza di assicurazione collettiva a cui possono aderire le persone che richiedono un mutuo, **DICHIARA/NO:**

- di prestare il consenso necessario per la validità dell'assicurazione sulla sua vita (art. 1919 Codice civile)
- di essere stato informato che le coperture assicurative non sono obbligatorie e non sono necessarie per la concessione del mutuo
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del mutuo richiesto o di mancato assenso da parte di Poste Vita e/o Poste Assicura all'adesione alla Polizza Collettiva, le coperture richieste non saranno attivate
- di aver ricevuto e letto le Condizioni di Assicurazione riportate nel Set Informativo
- di avere un'età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti come indicato all'art. "Chi si può assicurare?" delle Condizioni di Assicurazione e di rientrare nei limiti assuntivi previsti
- di essere stato informato sull'importanza che hanno le informazioni riportate nel Questionario assuntivo ai fini, tra l'altro, della valutazione del rispetto delle condizioni di assicurabilità, e delle conseguenze derivanti da eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti
- di essere stato informato sulle franchigie, i termini di carenza, 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 la copertura Malattia Grave, l'importo massimo che Poste Assicura paga può essere inferiore all'importo del debito residuo di prendere atto, nel caso di mutuo cointestato, che le prestazioni saranno erogate come previsto dall'art. "Quando inizia e quanto dura il contratto?" delle Condizioni di Assicurazione, anche in riferimento alle ipotesi in cui non tutti i cointestatari siano assicurabili ai sensi delle Condizioni di Assicurazione
- di prendere atto delle condizioni applicabili nell'ipotesi di estinzione anticipata totale o parziale e di surroga passiva (c.d. portabilità) del mutuo ai sensi delle Condizioni di Assicurazione, con particolare riguardo, tra l'altro, all'ammontare del premio oggetto di restituzione
- 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.

1° ADERENTE:

Per la validità della copertura, io sottoscritto

DICHIARO inoltre:

- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire alle garanzie Morte, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. "Quando inizia e quanto dura il contratto?" delle Condizioni di Assicurazione, che prevedono il versamento di un premio unico anticipato.
- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, anche il Questionario anamnestico e di aver verificato la correttezza delle informazioni fornite.

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

- di essere a conoscenza del diritto di richiedere a Poste Vita S.p.A. e a Poste Assicura S.p.A. le credenziali per l'accesso all'area riservata.

2° ADERENTE:

Per la validità della copertura, io sottoscritto

DICHIARO inoltre:

- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire alle garanzie Morte, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. "Quando inizia e quanto dura il contratto?" delle Condizioni di Assicurazione, che prevedono il versamento di un premio unico anticipato.
- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, anche il Questionario anamnestico e di aver verificato la correttezza delle informazioni fornite.
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
- di essere a conoscenza del diritto di richiedere a Poste Vita S.p.A. e a Poste Assicura S.p.A. le credenziali per l'accesso all'area riservata.

3° ADERENTE:

Per la validità della copertura, io sottoscritto

DICHIARO inoltre:

- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire alle garanzie Morte, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. "Quando inizia e quanto dura il contratto?" delle Condizioni di Assicurazione, che prevedono il versamento di un premio unico anticipato.
- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, anche il Questionario anamnestico e di aver verificato la correttezza delle informazioni fornite.
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
- di essere a conoscenza del diritto di richiedere a Poste Vita S.p.A. e a Poste Assicura S.p.A. le credenziali per l'accesso all'area riservata.

4° ADERENTE:

Per la validità della copertura, io sottoscritto

DICHIARO inoltre:

- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire alle garanzie Morte, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. "Quando inizia e quanto dura il contratto?" delle Condizioni di Assicurazione, che prevedono il versamento di un premio unico anticipato.
- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, anche il Questionario anamnestico e di aver verificato la correttezza delle informazioni fornite.
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
- di essere a conoscenza del diritto di richiedere a Poste Vita S.p.A. e a Poste Assicura S.p.A. le credenziali per l'accesso all'area riservata.

Avvertenze:

- 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
- d) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- e) può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.
- f) 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."

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.

Per esigenze di riservatezza, l'aderente ha la facoltà di comunicare che, in caso di sua morte, Poste Vita S.p.A. può far riferimento al seguente referente terzo, diverso dal Beneficiario:

Codice fiscale: Data di nascita:/...../..... Sesso:

Domicilio Fiscale:

Indirizzo Recapito:

Indirizzo Posta Elettronica:

I dati personali 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.

L'aderente, 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 consegnata in occasione della sottoscrizione di questo contratto e comunque reperibile sul sito www.postevita.it.

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

Firma 1° aderente

Per esigenze di riservatezza, l'aderente ha la facoltà di comunicare che, in caso di sua morte, Poste Vita S.p.A. può far riferimento al seguente referente terzo, diverso dal Beneficiario:

Codice fiscale: [| | | | | | | | | | | | | | | | | |] Data di nascita:/...../..... Sesso:

Domicilio Fiscale:

Indirizzo Recapito:

Indirizzo Posta Elettronica:

I dati personali 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.

L'aderente, 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 consegnata in occasione della sottoscrizione di questo contratto e comunque reperibile sul sito www.postevita.it.

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

Firma 2° aderente

Per esigenze di riservatezza, l'aderente ha la facoltà di comunicare che, in caso di sua morte, Poste Vita S.p.A. può far riferimento al seguente referente terzo, diverso dal Beneficiario:

Codice fiscale: [| | | | | | | | | | | | | | | | | |] Data di nascita:/...../..... Sesso:.....

Domicilio Fiscale:

Indirizzo Recapito:

Indirizzo Posta Elettronica:

I dati personali 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.

L'aderente, 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 consegnata in occasione della sottoscrizione di questo contratto e comunque reperibile sul sito www.postevita.it.

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

Firma 3° aderente

Per esigenze di riservatezza, l'aderente ha la facoltà di comunicare che, in caso di sua morte, Poste Vita S.p.A. può far riferimento al seguente referente terzo, diverso dal Beneficiario:

Codice fiscale: [| | | | | | | | | | | | | | | | | |] Data di nascita:/...../..... Sesso:.....

Domicilio Fiscale:

Indirizzo Recapito:

Indirizzo Posta Elettronica:

I dati personali 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.

L'aderente, 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 consegnata in occasione della sottoscrizione di questo contratto e comunque reperibile sul sito www.postevita.it.

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

Firma 4° aderente

PRESTAZIONI ASSICURATE E PREMIO

.....
Importo mutuo finanziato durata / mesi premio totale lordo*

* In caso di premio finanziato, il premio relativo alla copertura assicurativa viene incassato al momento dell'erogazione del mutuo.
In caso di premio non finanziato, quando prevista questa modalità, il pagamento dovrà avvenire entro i 7 giorni successivi l'erogazione del mutuo.

Premio totale lordo euro

Costo totale complessivo a carico dell'assicurato (o di tutti gli assicurati, se più di uno) euro di cui importo percepito dall'intermediario
..... euro

In caso di più assicurati, si rimanda alla sezione "Dati degli aderenti alla copertura assicurativa" per le percentuali di ripartizione degli importi di cui sopra tra i singoli assicurati.

In caso di estinzione anticipata totale o trasferimento del mutuo, Poste Vita S.p.A. e Poste Assicura S.p.A. trattengono le spese amministrative sostenute per la gestione della pratica pari a 20 euro.

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

Firma 1° aderente Firma 2° aderente

Firma 3° aderente Firma 4° aderente

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

L'aderente/i e il 1° cointestatario del mutuo dichiarano 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 1° aderente Firma 2° aderente

Firma 3° aderente Firma 4° aderente

Firma 1° cointestatario

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

Il/i sottoscritto/i dichiara/no 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?;

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 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 mutuo?; Cosa succede se si estingue in anticipo tutto il mutuo?;

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?;

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?;

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?;

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

Firma 1° aderente Firma 2° aderente

Firma 3° aderente Firma 4° aderente

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 dare esecuzione al rapporto contrattuale, compresa la fase precontrattuale, nei termini e alle condizioni descritte nell'Informativa privacy resa da Poste Vita S.p.A., Poste Assicura S.p.A. e Poste Italiane S.p.A. consegnata all'aderente e disponibile sui siti internet delle citate società raggiungibili all'indirizzo www.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



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) 06 549241 - 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 mutuo

**MODULO DI ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA
PER MUTUO BANCOPOSTA
POSTEPROTEZIONE MUTUO**

Ufficio Postale/FrazionarioFiliale.....Numero telefono/Fax

DATI DEGLI ADERENTI ALLA COPERTURA ASSICURATIVA

1° ADERENTE: Cognome Nome.....

Data e luogo di nascita quota % assicurata.....

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

2° ADERENTE: Cognome Nome.....

Data e luogo di nascita quota % assicurata.....

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

3° ADERENTE: Cognome Nome.....

Data e luogo di nascita quota % assicurata.....

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

4° ADERENTE: Cognome Nome.....

Data e luogo di nascita quota % assicurata.....

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

DICHIARAZIONI DEGLI ADERENTI

In qualità di richiedente/i del Mutuo BancoPosta ("mutuo"), preso atto che Poste Italiane S.p.A. - Patrimonio BancoPosta ha stipulato, ai sensi dell'art. 1891 Codice civile, con Poste Vita S.p.A. e Poste Assicura S.p.A. una polizza di assicurazione collettiva a cui possono aderire le persone che richiedono un mutuo, **DICHIARA/NO:**

- di prestare il consenso necessario per la validità dell'assicurazione sulla sua vita (art. 1919 Codice civile)
- di essere stato informato che le coperture assicurative non sono obbligatorie e non sono necessarie per la concessione del mutuo
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del mutuo richiesto o di mancato assenso da parte di Poste Vita e/o Poste Assicura all'adesione alla Polizza Collettiva, le coperture richieste non saranno attivate
- di aver ricevuto e letto le Condizioni di Assicurazione riportate nel Set Informativo
- di avere un'età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti come indicato all'art. "Chi si può assicurare?" delle Condizioni di Assicurazione e di rientrare nei limiti assuntivi previsti
- di essere stato informato sull'importanza che hanno le informazioni riportate nel Questionario assuntivo ai fini, tra l'altro, della valutazione del rispetto delle condizioni di assicurabilità, e delle conseguenze derivanti da eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti
- di essere stato informato sulle franchigie, i termini di carenza, 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 la copertura Malattia Grave, l'importo massimo che Poste Assicura paga può essere inferiore all'importo del debito residuo di prendere atto, nel caso di mutuo cointestato, che le prestazioni saranno erogate come previsto dall'art. "Quando inizia e quanto dura il contratto?" delle Condizioni di Assicurazione, anche in riferimento alle ipotesi in cui non tutti i cointestatari siano assicurabili ai sensi delle Condizioni di Assicurazione
- di prendere atto delle condizioni applicabili nell'ipotesi di estinzione anticipata totale o parziale e di surroga passiva (c.d. portabilità) del mutuo ai sensi delle Condizioni di Assicurazione, con particolare riguardo, tra l'altro, all'ammontare del premio oggetto di restituzione
- 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.

1° ADERENTE:

Per la validità della copertura, io sottoscritto

DICHIARO inoltre:

- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire alle garanzie Morte, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. "Quando inizia e quanto dura il contratto?" delle Condizioni di Assicurazione, che prevedono il versamento di un premio unico anticipato.
- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, anche il Questionario anamnestico e di aver verificato la correttezza delle informazioni fornite.

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

- di essere a conoscenza del diritto di richiedere a Poste Vita S.p.A. e a Poste Assicura S.p.A. le credenziali per l'accesso all'area riservata.

2° ADERENTE:

Per la validità della copertura, io sottoscritto

DICHIARO inoltre:

- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire alle garanzie Morte, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. "Quando inizia e quanto dura il contratto?" delle Condizioni di Assicurazione, che prevedono il versamento di un premio unico anticipato.
- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, anche il Questionario anamnestico e di aver verificato la correttezza delle informazioni fornite.
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
- di essere a conoscenza del diritto di richiedere a Poste Vita S.p.A. e a Poste Assicura S.p.A. le credenziali per l'accesso all'area riservata.

3° ADERENTE:

Per la validità della copertura, io sottoscritto

DICHIARO inoltre:

- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire alle garanzie Morte, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. "Quando inizia e quanto dura il contratto?" delle Condizioni di Assicurazione, che prevedono il versamento di un premio unico anticipato.
- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, anche il Questionario anamnestico e di aver verificato la correttezza delle informazioni fornite.
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
- di essere a conoscenza del diritto di richiedere a Poste Vita S.p.A. e a Poste Assicura S.p.A. le credenziali per l'accesso all'area riservata.

4° ADERENTE:

Per la validità della copertura, io sottoscritto

DICHIARO inoltre:

- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire alle garanzie Morte, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. "Quando inizia e quanto dura il contratto?" delle Condizioni di Assicurazione, che prevedono il versamento di un premio unico anticipato.
- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, anche il Questionario anamnestico e di aver verificato la correttezza delle informazioni fornite.
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
- di essere a conoscenza del diritto di richiedere a Poste Vita S.p.A. e a Poste Assicura S.p.A. le credenziali per l'accesso all'area riservata.

Avvertenze:

- 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
- d) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- e) può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.
- f) 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."

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.

Per esigenze di riservatezza, l'aderente ha la facoltà di comunicare che, in caso di sua morte, Poste Vita S.p.A. può far riferimento al seguente referente terzo, diverso dal Beneficiario:

Codice fiscale: Data di nascita:/...../..... Sesso:

Domicilio Fiscale:

Indirizzo Recapito:

Indirizzo Posta Elettronica:

I dati personali 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.

L'aderente, 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 consegnata in occasione della sottoscrizione di questo contratto e comunque reperibile sul sito www.postevita.it.

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

Firma 1° aderente

Per esigenze di riservatezza, l'aderente ha la facoltà di comunicare che, in caso di sua morte, Poste Vita S.p.A. può far riferimento al seguente referente terzo, diverso dal Beneficiario:

Codice fiscale: [| | | | | | | | | | | | | | | | | |] Data di nascita:/...../..... Sesso:

Domicilio Fiscale:

Indirizzo Recapito:

Indirizzo Posta Elettronica:

I dati personali 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.

L'aderente, 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 consegnata in occasione della sottoscrizione di questo contratto e comunque reperibile sul sito www.postevita.it.

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

Firma 2° aderente

Per esigenze di riservatezza, l'aderente ha la facoltà di comunicare che, in caso di sua morte, Poste Vita S.p.A. può far riferimento al seguente referente terzo, diverso dal Beneficiario:

Codice fiscale: [| | | | | | | | | | | | | | | | | |] Data di nascita:/...../..... Sesso:.....

Domicilio Fiscale:

Indirizzo Recapito:

Indirizzo Posta Elettronica:

I dati personali 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.

L'aderente, 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 consegnata in occasione della sottoscrizione di questo contratto e comunque reperibile sul sito www.postevita.it.

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

Firma 3° aderente

Per esigenze di riservatezza, l'aderente ha la facoltà di comunicare che, in caso di sua morte, Poste Vita S.p.A. può far riferimento al seguente referente terzo, diverso dal Beneficiario:

Codice fiscale: [| | | | | | | | | | | | | | | | | |] Data di nascita:/...../..... Sesso:.....

Domicilio Fiscale:

Indirizzo Recapito:

Indirizzo Posta Elettronica:

I dati personali 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.

L'aderente, 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 consegnata in occasione della sottoscrizione di questo contratto e comunque reperibile sul sito www.postevita.it.

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

Firma 4° aderente

PRESTAZIONI ASSICURATE E PREMIO

.....
Importo mutuo finanziato durata / mesi premio totale lordo*

* In caso di premio finanziato, il premio relativo alla copertura assicurativa viene incassato al momento dell'erogazione del mutuo.
In caso di premio non finanziato, quando prevista questa modalità, il pagamento dovrà avvenire entro i 7 giorni successivi l'erogazione del mutuo.

Premio totale lordo euro

Costo totale complessivo a carico dell'assicurato (o di tutti gli assicurati, se più di uno) euro di cui importo percepito dall'intermediario
..... euro

In caso di più assicurati, si rimanda alla sezione "Dati degli aderenti alla copertura assicurativa" per le percentuali di ripartizione degli importi di cui sopra tra i singoli assicurati.

In caso di estinzione anticipata totale o trasferimento del mutuo, Poste Vita S.p.A. e Poste Assicura S.p.A. trattengono le spese amministrative sostenute per la gestione della pratica pari a 20 euro.

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

Firma 1° aderente Firma 2° aderente

Firma 3° aderente Firma 4° aderente

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

L'aderente/i e il 1° cointestatario del mutuo dichiarano 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 1° aderente Firma 2° aderente

Firma 3° aderente Firma 4° aderente

Firma 1° cointestatario

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

Il/i sottoscritto/i dichiara/no 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?;

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 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 mutuo?; Cosa succede se si estingue in anticipo tutto il mutuo?;

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?;

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?;

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?;

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

Firma 1° aderente Firma 2° aderente

Firma 3° aderente Firma 4° aderente

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 dare esecuzione al rapporto contrattuale, compresa la fase precontrattuale, nei termini e alle condizioni descritte nell'Informativa privacy resa da Poste Vita S.p.A., Poste Assicura S.p.A. e Poste Italiane S.p.A. consegnata all'aderente e disponibile sui siti internet delle citate società raggiungibili all'indirizzo www.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



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) 06 549241 - 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 mutuo

**MODULO DI ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA
PER MUTUO BANCOPOSTA
POSTEPROTEZIONE MUTUO**

Ufficio Postale/FrazionarioFiliale.....Numero telefono/Fax

DATI DEGLI ADERENTI ALLA COPERTURA ASSICURATIVA

1° ADERENTE: Cognome Nome.....

Data e luogo di nascita quota % assicurata.....

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

2° ADERENTE: Cognome Nome.....

Data e luogo di nascita quota % assicurata.....

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

3° ADERENTE: Cognome Nome.....

Data e luogo di nascita quota % assicurata.....

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

4° ADERENTE: Cognome Nome.....

Data e luogo di nascita quota % assicurata.....

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

DICHIARAZIONI DEGLI ADERENTI

In qualità di richiedente/i del Mutuo BancoPosta ("mutuo"), preso atto che Poste Italiane S.p.A. - Patrimonio BancoPosta ha stipulato, ai sensi dell'art. 1891 Codice civile, con Poste Vita S.p.A. e Poste Assicura S.p.A. una polizza di assicurazione collettiva a cui possono aderire le persone che richiedono un mutuo, **DICHIARA/NO:**

- di prestare il consenso necessario per la validità dell'assicurazione sulla sua vita (art. 1919 Codice civile)
- di essere stato informato che le coperture assicurative non sono obbligatorie e non sono necessarie per la concessione del mutuo
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del mutuo richiesto o di mancato assenso da parte di Poste Vita e/o Poste Assicura all'adesione alla Polizza Collettiva, le coperture richieste non saranno attivate
- di aver ricevuto e letto le Condizioni di Assicurazione riportate nel Set Informativo
- di avere un'età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti come indicato all'art. "Chi si può assicurare?" delle Condizioni di Assicurazione e di rientrare nei limiti assuntivi previsti
- di essere stato informato sull'importanza che hanno le informazioni riportate nel Questionario assuntivo ai fini, tra l'altro, della valutazione del rispetto delle condizioni di assicurabilità, e delle conseguenze derivanti da eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti
- di essere stato informato sulle franchigie, i termini di carenza, 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 la copertura Malattia Grave, l'importo massimo che Poste Assicura paga può essere inferiore all'importo del debito residuo di prendere atto, nel caso di mutuo cointestato, che le prestazioni saranno erogate come previsto dall'art. "Quando inizia e quanto dura il contratto?" delle Condizioni di Assicurazione, anche in riferimento alle ipotesi in cui non tutti i cointestatari siano assicurabili ai sensi delle Condizioni di Assicurazione
- di prendere atto delle condizioni applicabili nell'ipotesi di estinzione anticipata totale o parziale e di surroga passiva (c.d. portabilità) del mutuo ai sensi delle Condizioni di Assicurazione, con particolare riguardo, tra l'altro, all'ammontare del premio oggetto di restituzione
- 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.

1° ADERENTE:

Per la validità della copertura, io sottoscritto

DICHIARO inoltre:

- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire alle garanzie Morte, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. "Quando inizia e quanto dura il contratto?" delle Condizioni di Assicurazione, che prevedono il versamento di un premio unico anticipato.
- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, anche il Questionario anamnestico e di aver verificato la correttezza delle informazioni fornite.

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

- di essere a conoscenza del diritto di richiedere a Poste Vita S.p.A. e a Poste Assicura S.p.A. le credenziali per l'accesso all'area riservata.

2° ADERENTE:

Per la validità della copertura, io sottoscritto

DICHIARO inoltre:

- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire alle garanzie Morte, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. "Quando inizia e quanto dura il contratto?" delle Condizioni di Assicurazione, che prevedono il versamento di un premio unico anticipato.
- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, anche il Questionario anamnestico e di aver verificato la correttezza delle informazioni fornite.
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
- di essere a conoscenza del diritto di richiedere a Poste Vita S.p.A. e a Poste Assicura S.p.A. le credenziali per l'accesso all'area riservata.

3° ADERENTE:

Per la validità della copertura, io sottoscritto

DICHIARO inoltre:

- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire alle garanzie Morte, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. "Quando inizia e quanto dura il contratto?" delle Condizioni di Assicurazione, che prevedono il versamento di un premio unico anticipato.
- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, anche il Questionario anamnestico e di aver verificato la correttezza delle informazioni fornite.
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
- di essere a conoscenza del diritto di richiedere a Poste Vita S.p.A. e a Poste Assicura S.p.A. le credenziali per l'accesso all'area riservata.

4° ADERENTE:

Per la validità della copertura, io sottoscritto

DICHIARO inoltre:

- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire alle garanzie Morte, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. "Quando inizia e quanto dura il contratto?" delle Condizioni di Assicurazione, che prevedono il versamento di un premio unico anticipato.
- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, anche il Questionario anamnestico e di aver verificato la correttezza delle informazioni fornite.
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
- di essere a conoscenza del diritto di richiedere a Poste Vita S.p.A. e a Poste Assicura S.p.A. le credenziali per l'accesso all'area riservata.

Avvertenze:

- 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
- d) verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- e) può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.
- f) 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."

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.

Per esigenze di riservatezza, l'aderente ha la facoltà di comunicare che, in caso di sua morte, Poste Vita S.p.A. può far riferimento al seguente referente terzo, diverso dal Beneficiario:

Codice fiscale: Data di nascita:/...../..... Sesso:

Domicilio Fiscale:

Indirizzo Recapito:

Indirizzo Posta Elettronica:

I dati personali 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.

L'aderente, 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 consegnata in occasione della sottoscrizione di questo contratto e comunque reperibile sul sito www.postevita.it.

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

Firma 1° aderente

Per esigenze di riservatezza, l'aderente ha la facoltà di comunicare che, in caso di sua morte, Poste Vita S.p.A. può far riferimento al seguente referente terzo, diverso dal Beneficiario:

Codice fiscale: [| | | | | | | | | | | | | | | | | |] Data di nascita:/...../..... Sesso:

Domicilio Fiscale:

Indirizzo Recapito:

Indirizzo Posta Elettronica:

I dati personali 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.

L'aderente, 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 consegnata in occasione della sottoscrizione di questo contratto e comunque reperibile sul sito www.postevita.it.

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

Firma 2° aderente

Per esigenze di riservatezza, l'aderente ha la facoltà di comunicare che, in caso di sua morte, Poste Vita S.p.A. può far riferimento al seguente referente terzo, diverso dal Beneficiario:

Codice fiscale: [| | | | | | | | | | | | | | | | | |] Data di nascita:/...../..... Sesso:.....

Domicilio Fiscale:

Indirizzo Recapito:

Indirizzo Posta Elettronica:

I dati personali 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.

L'aderente, 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 consegnata in occasione della sottoscrizione di questo contratto e comunque reperibile sul sito www.postevita.it.

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

Firma 3° aderente

Per esigenze di riservatezza, l'aderente ha la facoltà di comunicare che, in caso di sua morte, Poste Vita S.p.A. può far riferimento al seguente referente terzo, diverso dal Beneficiario:

Codice fiscale: [| | | | | | | | | | | | | | | | | |] Data di nascita:/...../..... Sesso:.....

Domicilio Fiscale:

Indirizzo Recapito:

Indirizzo Posta Elettronica:

I dati personali 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.

L'aderente, 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 consegnata in occasione della sottoscrizione di questo contratto e comunque reperibile sul sito www.postevita.it.

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

Firma 4° aderente

PRESTAZIONI ASSICURATE E PREMIO

Importo mutuo finanziato durata / mesi premio totale lordo*

* In caso di premio finanziato, il premio relativo alla copertura assicurativa viene incassato al momento dell'erogazione del mutuo.
In caso di premio non finanziato, quando prevista questa modalità, il pagamento dovrà avvenire entro i 7 giorni successivi l'erogazione del mutuo.

Premio totale lordo euro

Costo totale complessivo a carico dell'assicurato (o di tutti gli assicurati, se più di uno) euro di cui importo percepito dall'intermediario
..... euro

In caso di più assicurati, si rimanda alla sezione "Dati degli aderenti alla copertura assicurativa" per le percentuali di ripartizione degli importi di cui sopra tra i singoli assicurati.

In caso di estinzione anticipata totale o trasferimento del mutuo, Poste Vita S.p.A. e Poste Assicura S.p.A. trattengono le spese amministrative sostenute per la gestione della pratica pari a 20 euro.

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

Firma 1° aderente Firma 2° aderente

Firma 3° aderente Firma 4° aderente

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

L'aderente/i e il 1° cointestatario del mutuo dichiarano 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 1° aderente Firma 2° aderente

Firma 3° aderente Firma 4° aderente

Firma 1° cointestatario

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

Il/i sottoscritto/i dichiara/no 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?;

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 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 mutuo?; Cosa succede se si estingue in anticipo tutto il mutuo?;

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?;

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?;

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?;

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

Firma 1° aderente Firma 2° aderente

Firma 3° aderente Firma 4° aderente

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 dare esecuzione al rapporto contrattuale, compresa la fase precontrattuale, nei termini e alle condizioni descritte nell'Informativa privacy resa da Poste Vita S.p.A., Poste Assicura S.p.A. e Poste Italiane S.p.A. consegnata all'aderente e disponibile sui siti internet delle citate società raggiungibili all'indirizzo www.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



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) 06 549241 - 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.

