

**CONTRATTO
DI ASSICURAZIONE
TEMPORANEA
CASO MORTE
A CAPITALE E A PREMIO
ANNUO COSTANTI**

postap**ersona** affetti**protetti**

Posteitaliane

Postevita
GruppoAssicurativoPostevita

L'AREA RISERVATA DI POSTEVITA.IT e POSTE-ASSICURA.IT È INTERAMENTE DEDICATA A TE.

Iscriviti per poter consultare e verificare la tua posizione assicurativa. Ovunque ti trovi, nella massima sicurezza, 24 ore su 24, 7 giorni su 7.

SERVIZI ONLINE



ASSICURATIVI



Area riservata assicurativa



Check-up



Gestione TFR



Quotazioni



Crea la tua pensione



Network salute



Preventivi Poste Assicura



Preventivi Poste Vita

NELL'AREA RISERVATA POTRAI:

- esaminare le condizioni contrattuali sottoscritte;
- controllare le coperture assicurative e lo stato delle tue pratiche;
- verificare lo stato dei pagamenti dei premi e relative scadenze;
- visualizzare e modificare i tuoi dati di contatto;
- consultare la corrispondenza e le certificazioni;
- variare la modalità con la quale desideri ricevere le comunicazioni da parte della Compagnia.

SEI GIÀ REGISTRATO SU POSTE.IT?

Accedi dal sito postevita.it o poste-assicura.it con il tuo **Nome Utente e Password** (stesse credenziali utilizzate per il sito poste.it) e completa la registrazione inserendo le informazioni richieste.

NON SEI REGISTRATO SU POSTE.IT?

Segui questi veloci passaggi:

- 1) vai sul sito postevita.it o poste-assicura.it e **clicca su Registrati**;
- 2) inserisci i tuoi **dati anagrafici**;
- 3) inserisci i tuoi dati di indirizzo ed il numero di cellulare.
Fai molta attenzione all'inserimento del **numero di cellulare**, perché a quel numero ti verrà inviato il **codice di attivazione** che permette la conclusione della registrazione;
- 4) scegli la tua **Password**;
- 5) stampa i dati o salva la pagina che ti viene proposta dal sistema perché contiene il tuo Nome Utente (User ID o Indirizzo Email) e il tuo **codice cliente**;
- 6) ricevi tramite sms il codice di conferma;
- 7) inserisci il **codice di conferma** ricevuto tramite sms;
- 8) entra adesso nella tua area riservata del sito postevita.it o poste-assicura.it con Nome Utente e Password.
Avrai accesso immediato alla tua posizione assicurativa.

Dal secondo login in poi ti sarà sufficiente inserire Nome Utente e Password (in quanto sempre valida, sia che tu sia già registrato o meno).

Per assistenza in fase di registrazione o di accesso, contatta l'Assistenza Clienti.

ASSISTENZA CLIENTI



Chiamaci

Poste Vita 800.31.61.81

Poste Assicura 800.13.18.11

attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00

e il sabato dalle 8.00 alle 14.00

(chiamata gratuita per chi chiama da cellulare o rete fissa).



Scrivici

infoclienti@postevita.it

infoclienti@poste-assicura.it

INDICE

Condizioni di Assicurazione	PAG.	1/9
Art. 1 - Oggetto del contratto	PAG.	1/9
Art. 2 - Definizione di non fumatore	PAG.	1/9
Art. 3 - Perdita dello stato di non fumatore	PAG.	1/9
Art. 4 - Passaggio dallo stato di fumatore a quello di non fumatore	PAG.	1/9
Art. 5 - Conclusione del contratto ed effetto dell'assicurazione	PAG.	1/9
Art. 6 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato	PAG.	2/9
Art. 7 - Durata del contratto - Modalità assuntive.....	PAG.	2/9
7.1 Obbligo di astensione	PAG.	3/9
Art. 8 - Cumulo.....	PAG.	3/9
Art. 9 - Revoca della Proposta	PAG.	3/9
Art. 10 - Diritto di Recesso	PAG.	3/9
Art. 11 - Disdetta	PAG.	4/9
Art. 12 - Rischio morte	PAG.	4/9
Art. 13 - Condizioni di carenza senza rapporto di visita medica.....	PAG.	5/9
Art. 14 - Pagamento del premio	PAG.	5/9
Art. 15 - Mancato pagamento del premio.....	PAG.	6/9
Art. 16 - Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione del contratto	PAG.	6/9
Art. 17 - Beneficiari delle prestazioni in caso di decesso dell'Assicurato.....	PAG.	6/9
Art. 18 - Cessione del contratto	PAG.	6/9
Art. 19 - Pegno e vincolo.....	PAG.	7/9
Art. 20 - Non pignorabilità e non sequestrabilità.....	PAG.	7/9
Art. 21 - Verifica dello stato di non fumatore in caso di sinistro	PAG.	7/9
Art. 22 - Obbligo di comunicazioni da inoltrare a Poste Vita S.p.A. in caso di decesso dell'Assicurato	PAG.	7/9
Art. 23 - Documentazione da consegnare a Poste Vita S.p.A. per la liquidazione delle prestazioni - Modalità di pagamento delle prestazioni	PAG.	7/9
Art. 24 - Riferimento a norme di Legge.....	PAG.	9/9
Art. 25 - Tasse e imposte	PAG.	9/9
Art. 26 - Foro competente e procedimento di mediazione	PAG.	9/9
Documento di Polizza (Fac-simile)	PAG.	1/4
Modulo di Proposta (Fac-simile)	PAG.	1/4
Dichiarazione di buono stato di salute	PAG.	1/2
Glossario	PAG.	1/2
Relazione del medico curante sulle cause di morte dell'Assicurato	PAG.	1/2

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Postapersona Affetti Protetti

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE TEMPORANEA CASO MORTE A CAPITALE E A PREMIO ANNUO COSTANTI PERSONALIZZATA IN BASE ALL'ABITUDINE AL FUMO
(tariffa non fumatori 0TCMN)
(tariffa fumatori 0TCMF)

Premessa

Il presente contratto è disciplinato:

- dalle Condizioni di Assicurazione che seguono;
- da quanto stabilito nel Documento di Polizza e nelle eventuali appendici rilasciate da Poste Vita S.p.A.;
- in caso di Contratto sottoscritto Fuori Sede, da quanto stabilito nel Modulo di Proposta;
- dalle disposizioni di legge in materia.

Art. 1 - Oggetto del contratto

In base al presente contratto, nel caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale, Poste Vita S.p.A. si impegna a corrispondere ai Beneficiari designati il capitale assicurato il cui importo è indicato nel documento di polizza. **In ogni caso il capitale assicurato non può essere superiore a Euro 350.000,00.**

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza della polizza questa si intenderà estinta ed i premi pagati resteranno acquisiti da Poste Vita S.p.A.

Art. 2 - Definizione di non fumatore

Si definisce non fumatore l'Assicurato che non ha fatto uso neanche sporadicamente di tabacco negli ultimi due anni e che non ha smesso di fumare su consiglio di un medico.

Alla data di sottoscrizione del contratto di assicurazione, lo stato di non fumatore deve essere attestato da apposita dichiarazione sottoscritta dal Contraente e dall'Assicurato.

Art. 3 - Perdita dello stato di non fumatore

Se l'Assicurato, dichiaratosi non fumatore, inizia o ricomincia a fumare, anche sporadicamente, il medesimo ed il Contraente sono tenuti entro 30 giorni, ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile, a darne immediata comunicazione scritta mediante raccomandata con avviso di ricevimento a:

**Poste Vita S.p.A.
Gestione Portafoglio Vita
Viale Beethoven, 11
00144 Roma**

In questo caso Poste Vita S.p.A. procederà come previsto dall'Art. 1898 del Codice Civile con la riduzione del capitale assicurato in base al rapporto tra il premio previsto per il non fumatore e quello previsto per il fumatore.

Art. 4 - Passaggio dallo stato di fumatore a quello di non fumatore

Se l'Assicurato, dichiaratosi in precedenza fumatore, abbia smesso di fumare da almeno 24 mesi, il medesimo ed il Contraente potranno darne comunicazione scritta mediante raccomandata con avviso di ricevimento a:

**Poste Vita S.p.A.
Gestione Portafoglio Vita
Viale Beethoven, 11
00144 Roma**

In questo caso Poste Vita S.p.A. procederà come previsto dall'Art. 1897 del Codice Civile ed il capitale assicurato verrà aumentato in base al rapporto tra il premio previsto per il fumatore e quello previsto per il non fumatore.

Art. 5 - Conclusione del contratto ed effetto dell'assicurazione

Il contratto può essere sottoscritto presso gli Uffici Postali abilitati di Poste Italiane S.p.A., distribuiti su tutto il territorio italiano, mediante sottoscrizione del Documento di Polizza, ovvero Fuori Sede, mediante la compilazione e sottoscrizione da parte del Contraente del Modulo di Proposta e successivamente del Documento di Polizza già firmato da Poste Vita S.p.A. La Società si riserva la facoltà di utilizzare ulteriori

modalità di conclusione del contratto qualora ammesse e disciplinate dalla legge.

Il contratto è concluso nel momento in cui il Documento di Polizza, firmato da Poste Vita S.p.A., viene sottoscritto dal Contraente.

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato versato il premio, alle ore 24 del giorno indicato nel Documento di Polizza.

La copertura assicurativa è in ogni caso subordinata alla dichiarazione dello stato di fumatore o non fumatore, alla dichiarazione di buono stato di salute, ovvero, alla presentazione degli accertamenti sanitari e/o alla sottoscrizione dei questionari sulle attività sportive e/o dei questionari sulle professioni.

N.B.: ogni documentazione prodotta in relazione alla stipula del contratto assicurativo rimarrà presso la Società, che non avrà nessun obbligo di restituzione.

Art. 6 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete.

In caso di dichiarazioni inesatte e reticenti relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso alla conclusione del Contratto, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, la Compagnia, secondo quanto previsto dagli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile:

- a) in caso di dolo o colpa grave:
 - ha diritto di impugnare il Contratto dichiarando al Contraente di voler esercitare il diritto di chiedere l'annullamento del Contratto, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o le reticenze. La Compagnia decade dal diritto di impugnare il Contratto trascorsi tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza;
 - qualora l'evento si verifichi prima che sia decorso il termine dianzi indicato per l'impugnazione, la Compagnia non è tenuta a pagare la somma assicurata.
- b) ove non sussista dolo o colpa grave ha diritto:
 - di recedere dal Contratto, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o le reticenze;
 - di ridurre la somma dovuta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose, ove l'evento si verifichi prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'Assicuratore o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal Contratto.

La Compagnia decade da tali diritti trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore dell'assicurazione, salvo il caso che la verità sia stata alterata o taciuta in malafede.

Art. 7 - Durata del contratto - Modalità assuntive

Per durata del contratto si intende l'arco di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza del contratto indicate in polizza.

Per questo contratto è prevista una durata fissa a scelta del Contraente di 10 o 15 anni.

L'età assicurativa minima in ingresso dell'Assicurato alla decorrenza del contratto, è **di 18 anni** mentre **quella massima è di 70 anni**.

L'età assicurativa massima dell'Assicurato **a scadenza è di 80 anni**, per cui per gli Assicurati con **età assicurativa superiore a 65 anni** sarà possibile emettere solo contratti **con durata di 10 anni**.

Nella tabella di seguito si riporta la documentazione prevista per la sottoscrizione del Contratto in relazione ai capitali assicurati ed all'età assicurativa al momento della sottoscrizione della polizza. **Comunque il capitale assicurato massimo non può essere superiore a Euro 350.000,00.**

Capitali assicurati Euro	Età all'ingresso fino a 60 anni	Età all'ingresso Da 61 a 70 anni
Fino a Euro 200.000,00	Dichiarazione di buono stato di salute (con clausola di carenza 6 mesi) Ovvero, nei casi in cui non sia possibile sottoscriverlo: Visita medica (come di seguito definita) con compilazione del Rapporto di visita medica e/o sottoscrizione questionari inviati dalla Compagnia	Visita medica Analisi completa delle urine ed i seguenti esami del sangue: emocromo completo, colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi, Glicemia, Hbs Ag e HCV (senza carenza)
Da Euro 200.001,00 a Euro 350.000,00	Visita medica Analisi completa delle urine ed i seguenti esami del sangue: emocromo completo, colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi, Glicemia, Hbs Ag e HCV (senza carenza)	Visita medica Analisi completa delle urine ed i seguenti esami del sangue: emocromo completo, colesterolo totale, HDL, LDL, trigliceridi, Glicemia, Hbs Ag e HCV (senza carenza)

7.1 Obbligo di astensione

Ove preliminarmente all'emissione della polizza o in corso di contratto o in sede di liquidazione o al pagamento della prestazione assicurativa, il soggetto sottoposto ad adeguata verifica della clientela prevista dalla normativa e regolamentazione vigente, non fornisca informazioni utili a consentire a Poste Vita S.p.A. di adempiere ai propri obblighi, la Compagnia ai sensi dell'Art. 23 del D.lgs. n. 231/2007 sarà obbligata:

- ad astenersi dall'instaurare il rapporto continuativo,
- ad astenersi dall'eseguire una movimentazione finanziaria o a porre fine ai rapporti continuativi in essere o con la clientela di riferimento,
- a valutare la condotta del cliente ai fini della normativa applicabile.

L'esercizio da parte della Compagnia degli obblighi di cui sopra comporterà, in caso di interruzione del rapporto continuativo in essere, la restituzione al soggetto sopra indicato dei fondi secondo le modalità indicate dal legislatore.

Art. 8 - Cumulo

Nel caso in cui alla sottoscrizione della polizza siano in vigore altri contratti della stessa tipologia emessi senza visita medica e stipulati con la Compagnia, qualora il cumulo delle prestazioni assicurate in caso di decesso superi Euro 200.000,00, l'Assicurato dovrà presentare il rapporto di visita medica descritto all'articolo precedente.

In ogni caso il capitale assicurato per ogni Assicurato non può superare Euro 350.000,00.

Restano validi i limiti legati all'età dell'Assicurato al momento dell'emissione, previsti dal precedente articolo.

Art. 9 Revoca della Proposta

In caso di sottoscrizione del Contratto presso gli Uffici Postali di Poste Italiane S.p.A., le previsioni normative relative alla revoca della proposta non trovano applicazione.

In caso di sottoscrizione del Contratto al di fuori dei locali dell'intermediario, la proposta contrattuale può essere revocata, attraverso apposita comunicazione, nel periodo antecedente la conclusione del contratto mediante l'invio tramite raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo:

Poste Vita S.p.A.
Gestione Portafoglio Vita
Viale Beethoven, 11
00144 Roma

Il contratto decorre dal momento in cui il premio viene incassato ed il contratto viene emesso.

Poste Vita S.p.A. rimborserà al Contraente il premio corrisposto entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa alla revoca.

Art. 10 - Diritto di Recesso

Il Contraente ha la facoltà di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione dello

stesso e contestuale versamento del premio, ovvero dalla sua conclusione.

La volontà di recedere deve essere comunicata a Poste Vita S.p.A. per mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento, alla quale devono essere allegati i documenti previsti all'Art 23 delle Condizioni di Assicurazione, indirizzata al seguente recapito:

**Poste Vita S.p.A.
Gestione Portafoglio Vita
Viale Beethoven, 11
00144 Roma**

In alternativa, è possibile recarsi presso l'Ufficio Postale che ha in carico la polizza e che fornirà adeguata assistenza, per presentare la richiesta.

A seguito di recesso le parti sono libere da qualsiasi obbligo derivante dal contratto a partire dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso attestata dal timbro postale di invio.

Poste Vita S.p.A. è tenuta al rimborso del premio versato, al netto delle eventuali imposte, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, comprensiva di tutta la relativa documentazione (Art. 23 delle Condizioni di Assicurazione).

Art. 11 - Disdetta

Il Contraente ha la facoltà di disdire il contratto in qualsiasi momento. **La disdetta comporta la risoluzione definitiva del contratto e nulla è più dovuto da entrambe le parti.** La disdetta deve essere comunicata a Poste Vita S.p.A. tramite raccomandata con avviso di ricevimento al seguente recapito:

**Poste Vita S.p.A.
Gestione Portafoglio Vita
Viale Beethoven, 11
00144 Roma**

Art. 12 - Rischio morte

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali.

È escluso dalla garanzia soltanto il decesso causato da:

- dolo del Contraente o dei Beneficiari;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- infortuni e/o malattie dovuti/correlati all'uso di droghe (se non prescritte) o da alcolismo cronico o acuto dell'assicurato. Sono parimenti esclusi gli eventi dovuti/correlati al consumo anche occasionale di stupefacenti, di sostanze psicotrope, allucinogeni e simili e/o allo stato di ubriachezza;
- partecipazione attiva dall'Assicurato a fatti di guerra o missioni di pace, salvo che non derivino da obblighi verso lo Stato italiano. In questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o trascorso questo periodo, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione;
- professione che comporti una maggiorazione di rischio (quali le professioni che comportino esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni, ed i lavori sotterranei, subacquei o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi e stive, ecc.) e che, seppur praticata al momento della sottoscrizione del contratto non venga dichiarata;
- attività sportiva che comporti una maggiorazione di rischio (quale pilotaggio aereo, deltaplano, paracadutismo, alpinismo, nuoto subacqueo, motorismo, pugilato ed attività analoghe) e dichiarata come non praticata al momento della sottoscrizione del contratto o intrapresa, senza averne data comunicazione a Poste Vita S.p.A., successivamente a tale momento.

N.B.: la compagnia si riserva di verificare l'indennizzabilità in tutti quei casi in cui la documentazione medica a supporto della richiesta di prestazione sia stata prodotta da un medico che pratica attività in un

Paese non compreso tra quelli di seguito elencati: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Isole del Canale, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Isola di Man, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Malta, Monaco, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Irlanda, Norvegia, Portogallo, San Marino, Stati Uniti, Svezia, Svizzera.

Art. 13 - Condizioni di carenza senza rapporto di visita medica

L'Assicurato può richiedere che gli venga accordata la piena copertura assicurativa senza l'applicazione del periodo di carenza, purché presenti a Poste Vita S.p.A. il rapporto di visita medica.

Negli altri casi, qualora il contratto venga concluso senza rapporto di visita medica e il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi sei mesi dalla conclusione del contratto, Poste Vita S.p.A. pagherà una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto di eventuali imposte.

Tale limitazione non si applica, e quindi Poste Vita S.p.A. garantisce l'intero capitale assicurato, esclusivamente nel caso in cui il decesso avvenga per conseguenza diretta di una delle cause sotto specificate, purché sopravvenuta dopo l'entrata in vigore della garanzia:

- a) una delle seguenti malattie infettive acute: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrospinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b) shock anafilattico;
- c) infortunio, inteso come l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte, fermo quanto disposto all'Art. 12 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dalla data di effetto dell'assicurazione e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il capitale assicurato non sarà pagato, salvo il caso in cui l'Assicurato si sia sottoposto a specifici test Hiv previsti dalla Compagnia.

In tale caso, non sarà corrisposto il capitale assicurato ma in suo luogo, a condizione che il contratto risulti in regola con il pagamento dei premi, sarà corrisposta esclusivamente una somma pari all'ammontare dei premi versati.

Art. 14 - Pagamento del premio

A fronte della garanzia del pagamento del capitale assicurato dal contratto è dovuto dal Contraente un premio annuo anticipato di importo costante per tutta la durata del contratto e comunque non oltre la morte dell'Assicurato.

Nel caso in cui la prima annualità di premio non sia corrisposta in tutto o in parte, la Società si riserva la facoltà di agire per l'esecuzione del contratto nel termine di un anno dal giorno in cui il premio è scaduto (Art. 1924 c.c.).

A fronte delle garanzie prestate nel corso della durata contrattuale è previsto il pagamento di un premio ricorrente in rate annuali/mensili per tutta la durata del contratto.

Il premio minimo è di Euro 50,00 l'anno. La possibilità di frazionamento del premio annuo in rate mensili, senza costi aggiuntivi, è prevista solo per importi di premio annuo uguali o superiori a Euro 100,00.

Il versamento del premio annuale/mensile potrà essere regolato tramite addebito su Conto BancoPosta o su Libretto di Risparmio Postale.

In caso di Contratto sottoscritto Fuori Sede non è previsto il pagamento tramite Libretto di Risparmio Postale. Per i contratti relativi all'assicurazione sulla vita, è vietato ricevere denaro contante, a titolo di pagamento dei premi. In caso di estinzione del conto BancoPosta, al fine di consentire la prosecuzione del contratto, è consentito il versamento del premio esclusivamente con periodicità annuale, oltre che con addebito sul Libretto di Risparmio Postale, anche con regolamento presso l'Ufficio Postale.

In caso di pagamento mediante addebito su Conto BancoPosta o su Libretto di Risparmio Postale, sia con cadenza annuale che con cadenza mensile, il giorno della scadenza verrà effettuato un unico tentativo di prelievo dal Conto BancoPosta/Libretto di Risparmio Postale di riferimento.

Il Contraente prende atto e riconosce, nei confronti di Poste Vita S.p.A., che in caso di assenza di fondi disponibili sufficienti alla data di scadenza, il pagamento del premio o della rata di premio non potrà andare a buon fine.

In ogni caso, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo a quello della scadenza.

Laddove fallisca il tentativo di prelievo di cui sopra, il pagamento potrà avvenire presso l'Ufficio Postale previa richiesta scritta da parte del Contraente, ferme le successive scadenze di pagamento.

Comunque, trascorso un anno dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, si determina la

risoluzione del contratto ed i premi versati restano acquisiti da Poste Vita S.p.A.

Art. 15 - Mancato pagamento del premio

Decorsi trenta giorni dalla prima rata di premio rimasta insoluta, la garanzia è sospesa. Il Contraente ha la facoltà di riattivare il contratto come descritto al successivo Art. 16.

Trascorso un anno dalla scadenza del premio o della prima rata di premio, senza che sia stato effettuato il pagamento, il contratto è risolto ed i premi versati restano acquisiti da Poste Vita S.p.A.

Art. 16 - Ripresa del pagamento dei premi: riattivazione del contratto

Entro il termine massimo di 6 mesi dalla scadenza del premio o della prima rata di premio non pagata, il contratto può essere riattivato presso l'Ufficio Postale.

La riattivazione sarà concessa dietro pagamento in un'unica soluzione di tutti i premi arretrati e della rata di premio in scadenza nei 30 giorni successivi alla riattivazione. Il contratto entrerà nuovamente in vigore, per l'intero suo valore, dalle ore 24 del giorno di pagamento dell'intero importo dovuto.

Trascorsi più di sei mesi dalla scadenza del premio o della prima rata di premio non pagata e comunque non oltre il termine massimo di un anno dalla suddetta scadenza, il contratto può essere riattivato previa richiesta del Contraente ed accettazione scritta di Poste Vita S.p.A.

La riattivazione può essere subordinata alla verifica dello stato di salute dell'Assicurato. Qualora Poste Vita S.p.A. accetti di riattivare il contratto senza visita medica si applicherà un periodo di carenza come previsto all'Art. 13 delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 17 - Beneficiari delle prestazioni in caso di decesso dell'Assicurato

Al momento della sottoscrizione del contratto il Contraente designa i Beneficiari caso morte e può, in qualsiasi momento, revocare o modificare tale designazione.

La designazione dei Beneficiari e l'eventuale revoca o modifica degli stessi deve essere comunicata per iscritto a Poste Vita S.p.A., tramite lettera raccomandata con avviso di ricevimento o, alternativamente, effettuata presso l'Ufficio Postale che ha in carico la Polizza. In tale seconda ipotesi, la designazione o l'eventuale revoca o modifica avrà efficacia dal momento in cui la richiesta è validamente presentata presso l'Ufficio Postale.

La designazione e l'eventuale revoca o modifica degli stessi può essere disposta anche per testamento.

La designazione dei Beneficiari non può essere revocata o modificata nei seguenti casi (Art. 1921 Codice Civile):

- a) dopo che il Contraente ed i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto a Poste Vita S.p.A., rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- b) dagli eredi, dopo la morte del Contraente;
- c) dopo che, verificatosi l'evento previsto, i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio.

Ove si verifichi uno dei casi di cui sopra, pegno o vincolo del contratto richiedono il consenso scritto dei Beneficiari.

Diritto proprio del Beneficiario

Ai sensi dell'Art. 1920 del Codice Civile il Beneficiario acquista, per effetto della designazione, un diritto proprio ai vantaggi dell'assicurazione. Ciò significa, in particolare, che le somme corrispostegli a seguito di decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

Art. 18 - Cessione del contratto

Il Contraente ha la facoltà di sostituire a sé un terzo nei rapporti derivanti dal presente contratto, secondo quanto disposto dall'Art. 1406 Codice Civile.

La richiesta dovrà essere sottoscritta dal Contraente cedente e dal Contraente cessionario presso l'Ufficio Postale, previa l'identificazione ai fini della vigente normativa antiriciclaggio (D. Lgs. 231/07 e successive modificazioni) ed inviata a Poste Vita S.p.A. tramite raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo:

**Poste Vita S.p.A.
Gestione Portafoglio Vita
Viale Beethoven, 11
00144 Roma**

Poste Vita S.p.A. provvederà ad inviare una comunicazione di avvenuta cessione del contratto sia al

Contraente cedente che al Contraente cessionario. Poste Vita S.p.A. può opporre al cessionario tutte le eccezioni derivanti dal presente contratto, secondo quanto previsto dall'Art. 1409 Codice Civile.
In caso di decesso del Contraente, a condizione che sia persona diversa dall'Assicurato, la contraenza della polizza si intende trasferita all'Assicurato.

Art. 19 - Pegno e vincolo

Il Contraente può dare in pegno a terzi il credito derivante dal presente contratto, ovvero vincolarlo a favore di terzi.

Poste Vita S.p.A. effettua l'annotazione della costituzione del pegno o del vincolo su apposita appendice di polizza, previa notifica della documentazione attestante la costituzione del pegno o del vincolo, effettuata per raccomandata con avviso di ricevimento, firmata dal Contraente e, laddove esistente, dal Beneficiario la cui designazione sia irrevocabile.

Il creditore pignoratorio o il soggetto in favore del quale è costituito il vincolo potrà richiedere a Poste Vita S.p.A. i crediti derivanti dal presente contratto nei limiti di quanto garantito o vincolato, previa esibizione del mandato irrevocabile ad esso conferito dal Contraente e, laddove esistente, dal Beneficiario la cui designazione sia irrevocabile.

Poste Vita S.p.A. può opporre al creditore pignoratorio o al soggetto in favore del quale è costituito il vincolo le eccezioni che le spettano verso il Contraente sulla base del presente contratto.

Art. 20 - Non pignorabilità e non sequestrabilità

Ai sensi, per gli effetti e nei limiti di cui all'Art. 1923 del Codice Civile, le somme dovute dalla Compagnia al Contraente o al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

Art. 21 - Verifica dello stato di non fumatore in caso di sinistro

Fermo restando l'obbligo di comunicare la perdita dello stato di non fumatore, in caso di sinistro l'assicuratore verifica l'effettiva permanenza dello stato di non fumatore dell'Assicurato.

L'Assicurato consente a Poste Vita S.p.A. di effettuare tutte le indagini e visite mediche che riterrà utili per tale accertamento, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo abbiano curato o che lo abbiano avuto in cura dopo la sottoscrizione del contratto. Qualora venga accertato che, nel corso della durata contrattuale, si era verificata la perdita dello stato di non fumatore dell'Assicurato, senza che il medesimo o il Contraente avessero adempiuto all'obbligo di darne comunicazione con le modalità previste all' Art. 3, Poste Vita S.p.A. si riserva di rifiutare o ridurre la prestazione ai sensi degli articoli 1892 e 1898 del Codice Civile.

7/9

Art. 22 - Obbligo di comunicazioni da inoltrare a Poste Vita S.p.A. in caso di decesso dell'Assicurato

In caso di decesso dell'Assicurato i Beneficiari designati devono dare immediata comunicazione dell'accaduto a Poste Vita S.p.A. tramite raccomandata con avviso di ricevimento, entro il termine di cui all'Art. 2952 del Codice Civile, a decorrere dalla data in cui si è verificato l'evento su cui il diritto si fonda.

Art. 23 - Documentazione da consegnare a Poste Vita S.p.A. per la liquidazione delle prestazioni - Modalità di pagamento delle prestazioni

Relativamente alla liquidazione delle prestazioni previste dal contratto, gli aventi diritto possono:

- recarsi presso l'Ufficio Postale che ha in carico la polizza e che fornirà adeguata assistenza, per presentare la richiesta, ovvero
- inviare preventivamente, a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento a:

**Poste Vita S.p.A.
Liquidazioni Vita
Viale Beethoven, 11
00144 Roma**

i documenti, necessari per la verifica dell'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e l'individuazione degli aventi diritto.

In particolare, per riscuotere le somme dovute:

- in caso di **recesso** il Contraente deve inviare a Poste Vita S.p.A. (**Gestione Portafoglio Vita**) la richiesta firmata di pagamento corredata da:
 - a) originale di polizza;
 - b) eventuali appendici;
- in caso di **decesso dell'Assicurato** i Beneficiari devono inviare a Poste Vita S.p.A.:
 - a) richiesta di pagamento firmata dai Beneficiari;

- b) certificato di morte dell'Assicurato;
- c) decreto di autorizzazione del Giudice Tutelare a riscuotere la somma dovuta con esonero di Poste Vita S.p.A. da ogni responsabilità circa il pagamento della somma stessa, nel caso in cui tra i Beneficiari vi siano soggetti minori o incapaci;
- d) copia di un documento identificativo e del codice fiscale per ogni Beneficiario;
- e) relazione dell'ultimo medico curante da redigersi su apposito modulo "Relazione del medico curante sulle cause di morte dell'assicurato" oppure relazione medica dalla quale risulti la causa di morte e la data di insorgenza della malattia che ne ha determinato il decesso;
- f) in caso di morte violenta (infortunio, suicidio, omicidio) a causa della quale sia intervenuta l'Autorità Giudiziaria copia del verbale redatto dalle Forze dell'Ordine, o Certificato della Procura, o altro documento rilasciato dall'Autorità competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso;
- g) comunicazione redatta e sottoscritta dal vincolatario o dal creditore pignoratorio, sull'ammontare del debito residuo ed autorizzazione al pagamento, solo nel caso in cui la polizza risulti vincolata o ceduta in pegno.

Per le designazioni di Beneficiari effettuate con il riferimento alla qualità di eredi testamentari o legittimi:

- nel caso in cui il Contraente sia deceduto senza lasciare testamento:

- (i) dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata da cui risulti, sotto la propria responsabilità, che il Contraente è deceduto senza lasciare testamento, che il beneficiario ha espletato ogni tentativo ed ha compiuto quanto in suo potere per accertare la non esistenza di disposizioni testamentarie da parte del Contraente e quali sono gli eredi legittimi, il loro grado di parentela, la loro data di nascita e capacità di agire;

- nel caso in cui il Contraente sia deceduto lasciando uno o più testamenti:

- (i) dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata da cui risulti, sotto la propria responsabilità:

- che il beneficiario ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare che il testamento presentato è l'unico o, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido, che non sono state mosse contestazioni avverso il testamento o i testamenti, che oltre ai beneficiari menzionati nella dichiarazione stessa non ve ne sono altri e che nel testamento non sono presenti revoche o modifiche della designazione dei beneficiari;

- quali sono gli eredi testamentari, la loro data di nascita e capacità di agire;

- copia autentica o estratto autentico dell'atto di ultima volontà

Per le designazioni di Beneficiari effettuate in modo diverso dal riferimento alla qualità di eredi legittimi o testamentari (ad esempio, beneficiario individuato nominativamente oppure "figli nati e nascituri" etc.):

- nel caso in cui il Contraente sia deceduto senza lasciare testamento:

- (i) dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata da cui risulti, sotto la propria responsabilità, che il Contraente è deceduto senza lasciare testamento, che il beneficiario ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare la non esistenza di disposizioni testamentarie da parte del Contraente nonché l'indicazione di tutte le persone nominate come beneficiari per quanto a conoscenza del dichiarante, con indicazione della loro data di nascita e capacità di agire;

- nel caso siano presenti disposizioni testamentarie da parte del Contraente:

- (i) dichiarazione sostitutiva autenticata dell'atto di notorietà da cui risulti, sotto la propria responsabilità, quali sono i beneficiari e che il beneficiario ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare che il testamento presentato è l'unico o, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido, che non sono state mosse contestazioni avverso il testamento o i testamenti, che oltre ai beneficiari menzionati nella dichiarazione stessa non ve ne sono altri e che nel testamento non sono presenti revoche o modifiche della designazione dei beneficiari;

- (ii) copia autentica o estratto autentico dell'atto di ultima volontà.

Poste Vita S.p.A. si riserva la facoltà di richiedere la produzione dell'originale di polizza qualora il beneficiario intenda far valere condizioni contrattuali difformi rispetto a quanto previsto nella documentazione in possesso della Compagnia o quando quest'ultima contesti l'autenticità della polizza o di altra documentazione contrattuale che il beneficiario intenda far valere.

Eventuali ulteriori documenti, ivi compresi gli originali, potranno essere richiesti nel caso in cui quelli precedentemente elencati non risultassero sufficienti a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e/o ad individuare con esattezza gli aventi diritto.

In ottemperanza agli obblighi di adeguata verifica della clientela derivanti dal D.lgs. n. 231/2007 in materia Antiriciclaggio, Poste Vita S.p.A. si riserva comunque di poter richiedere, anche nel caso in cui l'avente diritto coincida con il Contraente, documentazione ed informazioni ulteriori, tramite i mezzi considerati più idonei, al fine di ottemperare gli obblighi imposti dalla normativa vigente.

Nel caso in cui l'avente diritto, diverso dal Contraente, richieda la prestazione direttamente a Poste Vita S.p.A., dovrà inviare il Modulo di Adeguata Verifica della Clientela (AVC), compilato in ogni sua parte e debitamente sottoscritto, disponibile contattando il numero verde 800-316181 della Compagnia e sul sito internet www.postevita.it.

Poste Vita S.p.A. esegue il pagamento, delle prestazioni previste dal contratto, entro 30 giorni dal ricevimento presso la propria sede della documentazione sopraelencata completa in ogni sua parte.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi di mora al saggio legale, a partire dal termine stesso, a favore degli aventi diritto.

In caso di decesso dell'Assicurato il pagamento della prestazione è previsto tramite accredito sul conto BancoPosta o sul Libretto di Risparmio Postale, assegno postale, mediante bonifico su conto corrente bancario nazionale o bonifico bancario internazionale (circuito europeo), secondo le indicazioni degli aventi diritto.

Art. 24 - Riferimento a norme di Legge

Per tutto quanto non è espressamente regolato dal presente contratto, valgono le norme della legge italiana.

Art. 25 - Tasse e imposte

Eventuali tasse e imposte relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto.

Art. 26 - Foro competente e procedimento di mediazione

Per ogni controversia relativa al presente contratto è competente l'Autorità Giudiziaria del Comune di residenza o di domicilio del Contraente/Assicurato o degli aventi diritto, previo esperimento del procedimento di Mediazione di cui al D. Lgs. 28/2010 (così come da ultimo modificato dal D.L. n. 69/2013, convertito con modificazioni in Legge n. 98/2013) nei casi previsti dalla legge o se voluta dalle parti e salvo diverse disposizioni di legge pro tempore vigenti.

La domanda di mediazione è presentata mediante deposito di un'istanza presso un organismo di mediazione, accreditato presso il Ministero della Giustizia, nel luogo del giudice territorialmente competente.

Poste Vita S.p.A. • 00144, Roma (RM), Viale Beethoven, 11 • 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.



Polizza di Assicurazione sulla vita Nr

AVVERTENZE:

- a) *le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;*
- b) *prima della sottoscrizione del questionario "Dichiarazione di buono stato di salute" l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso;*
- c) *anche nei casi non espressamente previsti da Poste Vita S.p.A., l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, a proprie spese.*

CLAUSOLA DI RECESSO:

Il Contraente può recedere entro 30 giorni dal perfezionamento del presente Contratto, mediante lettera raccomandata A.R. indirizzata a Poste Vita S.p.A. Poste Vita S.p.A. rimborserà al Contraente, entro 30 giorni dal ricevimento della predetta documentazione, il premio corrisposto diminuito delle eventuali spese sostenute per l'emissione del Contratto, nella misura e con le modalità indicate nel set Informativo.

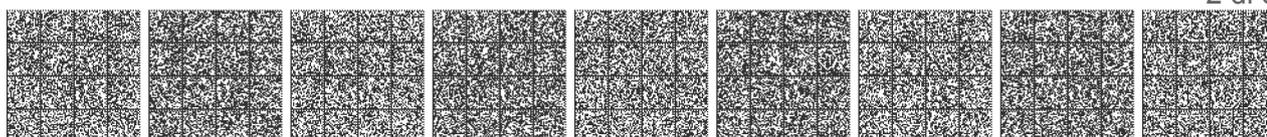
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA SALUTE:

L'Assicurato presta liberamente il consenso al trattamento dei dati personali relativi alla salute per le finalità assicurative indicate nell'Informativa (ex Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR)) e funzionali alla gestione ed esecuzione del contratto assicurativo.

L'Assicurato

.....
(Firma)

COPIA PER POSTE VITA
 COPIA PER IL CONTRAENTE
 COPIA PER L'UFFICIO POSTALE



Poste Vita S.p.A. • 00144, Roma (RM), Viale Beethoven, 11 • 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.



Polizza di Assicurazione sulla vita Nr

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE:

Il Contraente dichiara altresì di aver ricevuto e preso visione del set Informativo (POSTAPERSONA AFFETTI PROTETTI Mod. 105 Ed. GENNAIO 2019) contenente: DIP Vita, DIP Aggiuntivo Vita, Condizioni di Assicurazione, Documento di Polizza, Modulo di Proposta, Glossario, Dichiarazione di Buono Stato di Salute. Dichiaro, inoltre, di aver preso visione e di aver ricevuto (nei casi previsti dalla normativa vigente) il documento riepilogativo dei principali obblighi di comportamento degli intermediari, e di aver preso visione e di aver ricevuto la dichiarazione contenente le informazioni generali sull'intermediario, in conformità alle disposizioni di legge e regolamentari applicabili.

Detti documenti formano parte integrante del presente Contratto.

Il Contraente

(o del Rappresentante Legale, nei casi previsti)

.....

(Firma)

Il Contraente
(Firma)

L'Assicurato
(Firma)

L'Addetto
all'intermediazione
Poste Italiane S.p.A.
Patrimonio BancoPosta

.....
(o del Rappresentante Legale,
nei casi previsti)

.....
(se diverso dal
Contraente)

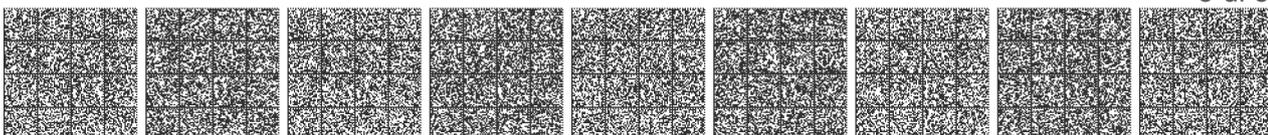
.....

Poste Vita S.p.A.

Roberto Manzato
Rappresentante Legale
di Poste Vita S.p.A.
in virtù di
Procura Speciale

Polizza emessa in

COPIA PER POSTE VITA COPIA PER IL CONTRAENTE COPIA PER L'UFFICIO POSTALE



Poste Vita S.p.A. • 00144, Roma (RM), Viale Beethoven, 11 • 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.



Polizza di Assicurazione sulla vita Nr.

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

Preso atto di quanto descritto nell'informativa (ex Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR)) 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 il Gruppo Assicurativo Poste Vita.

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, 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 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

Luogo e data

..... Il/...../.....

Il Contraente

.....
(Firma)

Inoltre, dichiara di essere stato informato circa la valutazione di adeguatezza del prodotto. Detti documenti formano parte integrante della presente proposta di contratto.

Il Contraente

.....

Revoca e recesso

Revoca

La proposta contrattuale, formulata con la sottoscrizione del presente Modulo di Proposta, può essere revocata, attraverso apposita comunicazione, nel periodo antecedente la conclusione del contratto mediante l'invio tramite raccomandata A.R., indirizzata a Poste Vita S.p.A., allegando copia del Modulo di Proposta. Gli effetti del Contratto, in ogni caso, decorrono, a condizione che sia stato incassato il premio iniziale, a partire dalla Data di Decorrenza indicata nel Documento di Polizza. Poste Vita S.p.A. rimborserà al Contraente il premio corrisposto entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa alla revoca.

Recesso

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla Data Decorrenza del Contratto come sopra indicata, mediante invio di lettera raccomandata A.R., indirizzata a Poste Vita S.p.A., allegando originale di polizza ed eventuali appendici. Poste Vita S.p.A. rimborserà al Contraente, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione relativa al recesso, corredata della documentazione di cui sopra, il premio corrisposto al netto delle eventuali spese sostenute per l'emissione del contratto.

Avvertenze

Ai sensi della normativa vigente si forniscono le seguenti avvertenze relative alla compilazione della documentazione sanitaria

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;*
- prima della sottoscrizione del questionario "Dichiarazione di buono stato di salute" l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso;*
- anche nei casi non espressamente previsti da Poste Vita S.p.A., l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, a proprie spese.*

Consenso al trattamento dei dati personali relativi alla salute

L'Assicurando presta liberamente il consenso al trattamento dei dati personali relativi alla salute per le finalità assicurative indicate nell'Informativa (ex Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR)) e funzionali alla gestione ed esecuzione del contratto assicurativo.

L'Assicurato

.....
(Firma)

Consenso al trattamento dei dati personali per finalità commerciali e/o promozionali

Preso atto di quanto descritto nell'informativa (ex Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR)) consegnata preliminarmente alla sottoscrizione della presente proposta, 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 il Gruppo Assicurativo Poste Vita.

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, 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 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

Luogo e data

Il Contraente

.....
(Firma)

La/e firma/e sopra riportata/e è/sono stata/e apposta/e alla presenza dell'addetto all'intermediazione, il quale dichiara di aver accertato l'esatta identità dei firmatari mediante valido documento di riconoscimento.

**Timbro e Firma dell'addetto all'intermediazione
Poste Italiane S.p.A. - Patrimonio BancoPosta**

.....

DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE

Le risposte del presente questionario sono obbligatorie. Rispondere SI o NO ad ogni domanda (In caso di mancata compilazione vale quanto disposto dall'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione)

Cognome e Nome
Data e Luogo di Nascita
Indirizzo

Ai fini della validità della presente copertura assicurativa, l'Assicurando dichiara di essere in buono stato di salute e:

- 1) **Dichiara di non essere dimagrito** involontariamente negli ultimi 2 anni **e di non essere in stato di sovrappeso** (come da Tabella Indice di Massa Corporea, predisposta dalla Compagnia)? SI NO
- 2) **Dichiara di non essere stato ricoverato in ospedale o in casa di cura** negli ultimi 5 anni (salvo in caso di appendicectomia, ernia inguinale, adenotonsillectomia, emorroidectomia, colecistectomia senza postumi, varici agli arti inferiori, meniscectomia, chirurgia estetica, parto)? SI NO
- 3) **Dichiara di non soffrire e di non aver sofferto negli ultimi 5 anni, di malattie per cui è stata necessaria una cura farmacologica** continuativa di oltre 21 giorni? SI NO
- 4) **Dichiara di non essere titolare di una pensione d'invalidità** superiore al 20% per infortunio o malattia? SI NO
- 5) **Dichiara di non prevedere di doversi sottoporre ad interventi chirurgici o accertamenti sanitari** nei prossimi 6 mesi? SI NO
- 6) **Dichiara di non essere mai risultato positivo ad un test HIV?** SI NO
- 7) **Dichiara di non aver mai fatto uso, a fini non terapeutici, di sostanze allucinogene o stupefacenti?** SI NO

Qualora abbia dato almeno una risposta negativa alle domande dalla 1 alla 7 si rimanda alla compilazione del Rapporto di Visita Medica.

- 8) **Dichiara di non essere esposto a rischi particolari nell'esercizio della propria professione** (quali le professioni che comportino esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni, lavori sotterranei, subacquee o su impalcature, tetti, ponti, in miniere, cave, pozzi e stive, ecc.)? SI NO

In caso di risposta negativa, specificare l'attività professionale esercitata

- 9) **Dichiara di non praticare sport pericolosi** (quali pilotaggio aereo, deltaplano, paracadutismo, alpinismo, nuoto subacqueo, motorismo, vela, pugilato, ecc.)? SI NO

In caso di risposta negativa, specificare lo/gli sport pericoloso/ praticato/i

Qualora abbia dato almeno una risposta negativa alle domande 8 e 9 l'Assicurando dovrà compilare i questionari sulle attività sportive e/o sulle professioni inviati dalla Compagnia.

Ai sensi della normativa vigente si forniscono le seguenti AVVERTENZE:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione (Artt. 1892 - 1893 Cod. Civ.);
- b) prima della sottoscrizione del questionario "Dichiarazione di buono stato di salute" l'Assicurando deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso;
- c) anche nei casi non espressamente previsti da Poste Vita S.p.A., l'Assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, a proprie spese.

Il Contraente

L'Assicurando
(se diverso dal Contraente)

.....

.....

Il sottoscritto Assicurando, con l'apposizione della firma in calce, dichiara di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e/o visitato, nonché le altre persone, ospedali, case di cura ed istituti in genere ai quali l'Assicuratore credesse in ogni tempo di rivolgersi per informazioni, acconsentendo, in particolare, che tali informazioni siano dall'Assicuratore stesso comunicate ad altre persone o Enti, nei limiti delle necessita tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

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

L'Assicurando

.....

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA SALUTE:

L'Assicurando presta liberamente il consenso al trattamento dei propri dati personali relativi alla salute necessari alla gestione della fase pre-contrattuale e di post vendita per le finalità funzionali alla gestione ed esecuzione del contratto assicurativo come meglio descritte nell'informativa ex Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR).

L'Assicurando

.....
(Firma)

GLOSSARIO

Anno assicurativo: periodo calcolato in anni interi a partire dalla decorrenza.

Appendice: documento che forma parte integrante del contratto e che viene emesso unitamente o in seguito a questo per modificare alcuni aspetti concordati tra Poste Vita S.p.A. ed il Contraente.

Assicurato: la persona fisica sulla cui vita viene stipulato il contratto, che può coincidere o no con il Contraente. In caso di decesso dell'Assicurato il capitale viene corrisposto al Beneficiario.

Beneficiario: la persona fisica o giuridica che viene designata in polizza dal Contraente e che riceve il capitale assicurato in caso di decesso dell'Assicurato in corso di contratto.

Carenza: periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avviene in tale periodo, Poste Vita S.p.A. non corrisponde la prestazione assicurata.

Caricamenti: parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi di Poste Vita S.p.A.

Cessione, pegno e vincolo: condizione per cui il Contraente ha la facoltà di cedere a terzi il contratto, così come di darlo in pegno o di vincolare le somme assicurate. Tali atti divengono efficaci solo quando Poste Vita S.p.A., a seguito di comunicazione scritta del Contraente, ne fa annotazione sul contratto o su un'appendice dello stesso.

Compagnia: società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa, definita anche Compagnia o Impresa di assicurazione, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.

Conflitto di interessi: insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse di Poste Vita S.p.A. può contrastare con quello del Contraente.

Contraente: la persona fisica o giuridica, che può coincidere o no con l'Assicurato o il Beneficiario, che firma il contratto di assicurazione, designa e eventualmente modifica i Beneficiari e si impegna al versamento dei premi a Poste Vita S.p.A. È il Contraente che ha il diritto di recedere o riscattare il contratto prima della scadenza.

Contratto (di assicurazione sulla vita): contratto con il quale Poste Vita S.p.A., a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale al verificarsi di un evento attinente la vita dell'Assicurato.

Contratto sottoscritto Fuori Sede: contratto di assicurazione sulla vita stipulato tra Poste Vita S.p.A. e un contraente, al di fuori degli Uffici Postali abilitati.

Decorrenza della garanzia: momento in cui le garanzie divengono efficaci ed il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio o la prima rata di premio.

Detraibilità fiscale del premio versato: misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione dalle imposte sui redditi.

Dichiarazione di buono stato di salute: modulo costituito da domande sullo stato di salute, sull'abitudine al fumo e sulle abitudini di vita dell'Assicurato che Poste Vita S.p.A. utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Diritto di Recesso: il diritto del Contraente di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla sottoscrizione dello stesso.

Documento di polizza: documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.

Durata contrattuale: periodo durante il quale il contratto è efficace.

Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata da Poste Vita S.p.A., elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Età Assicurativa: per età assicurativa si intende l'età, espressa in anni, compiuta all'ultimo compleanno dell'Assicurato. Se dall'ultimo compleanno sono trascorsi meno di sei mesi, l'età è quella compiuta; se invece sono trascorsi sei mesi o più, l'età compiuta viene aumentata di un anno.

IVASS (già ISVAP): Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni. È l'Autorità incaricata di vigilare sulle attività delle Imprese di Assicurazione. A partire dal 1 gennaio 2013 L'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni - www.ivass.it) è subentrato in tutti i poteri, funzioni e competenze all'ISVAP, ai sensi del decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135.

Liquidazione: pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

Mediazione: è l'attività svolta da un terzo imparziale e finalizzata ad assistere due o più soggetti sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, sia nella formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa.

Modulo di Proposta: Modulo sottoscritto dal Contraente in qualità di proponente con il quale manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Polizza: documento che fornisce la prova dell'esistenza del contratto di assicurazione.

Poste Vita S.p.A.: l'impresa di assicurazione, Capogruppo del Gruppo Assicurativo Poste Vita e facente parte del più ampio Gruppo Poste Italiane, che emette la polizza.

Premio: l'importo che il Contraente si impegna a versare a Poste Vita S.p.A. previsto per il contratto assicurativo.

Prescrizione: estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione sulla vita si prescrivono nel termine previsto dall'Art. 2952 del Codice Civile.

Prestazione assicurata: somma pagabile sotto forma di capitale che Poste Vita S.p.A. garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

Revoca: diritto del Contraente di revocare la proposta prima della conclusione del contratto (i.e., prima che la Compagnia comunichi al Contraente la sua accettazione).

In questo modo viene interrotto il completamento del contratto di assicurazione ed il contraente acquista il diritto alla restituzione di quanto eventualmente pagato (escluse le spese per l'emissione del contratto se previste e quantificate nella proposta).

Ricorrenza annuale: l'anniversario della data di decorrenza del contratto di assicurazione.

Riduzione: diminuzione della prestazione inizialmente assicurata conseguente alla scelta effettuata dal Contraente di sospendere il pagamento dei premi.

Riscatto: facoltà del Contraente di interrompere anticipatamente il contratto.

Scadenza: data in cui cessano gli effetti del contratto.

Set Informativo: l'insieme della documentazione informativa da consegnare al Contraente composto da:

- DIP Vita (documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi);
- DIP Aggiuntivo Vita (documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi);
- Condizioni di Assicurazione;
- Glossario;
- Documento di polizza;
- Modulo di Proposta.

Sinistro: verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del contratto e per il quale viene prestata la garanzia ed erogata la relativa prestazione assicurata.

RELAZIONE DEL MEDICO CURANTE SULLE CAUSE DI MORTE DELL'ASSICURATO

Il medico deve redigere il rapporto con ogni scrupolosità, mettendo in rilievo tutte le circostanze che possono illustrare la genesi, l'inizio o il decorso dell'ultima malattia dell'assicurato.

Cognome e nome dell'Assicurato/a

Età Professione

Data del decesso Luogo del decesso

Causa di morte

1. Era Lei il medico abituale dell'assicurato/a?

In caso affermativo, da quanto tempo?

In quali epoche visitò l'assicurato/a?

2. Quando è stato consultato per la prima volta in relazione alla malattia che determinò la morte?

.....

3. Da quali sintomi venne dedotta la natura dell'ultima malattia?

.....

4. In base ai dati anamnestici ed ai sintomi osservati, a quale data doveva presumibilmente riportarsi l'inizio dell'ultima malattia?

.....

5. Quando e dove è stata diagnosticata la malattia?

.....

.....

Quale ne fu il decorso?

.....

.....

6. Nell'anamnesi familiare dell'Assicurato/a vi sono precedenti che avrebbero potuto aumentare il rischio? In caso affermativo si prega di specificare quali malattie, grado di parentela e a quale età è stata formulata la diagnosi.

.....

.....

7. L'Assicurato/a era a conoscenza della natura del male che ha causato il decesso o della natura di eventuali condizioni morbose precedenti?

In caso affermativo, da quando?

8. L'Assicurato/a, per quanto Le è dato di sapere, fumava o aveva mai fumato?

In caso affermativo:

- quantità giornaliera

- da quanto tempo

Qualora avesse smesso di fumare, può precisare quando e per quale motivo?

.....

9. L'Assicurato/a per quanto Le è dato di sapere, ha mai abusato di alcool o droghe ?

.....

In caso affermativo si prega dare indicazioni sul tipo di abuso e da quanto tempo

.....

10. Si prega di fornire dettagli in merito ad eventuali ricoveri in ospedale e/o case di cura (nome dell'Istituto, date, motivo e durata del ricovero ecc).

.....

.....

L'assicurato/a soffriva di malattie pregresse?

In caso affermativo si prega specificare quali e l'epoca di insorgenza.

.....

La preghiamo di fornire qui di seguito ulteriori informazioni che, a Suo giudizio, possano aiutare il nostro comitato medico nella valutazione del sinistro.

.....

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

IL MEDICO CURANTE

.....

(firma)

.....

(timbro)

Come possiamo aiutarti?



Contattaci

Vai su postevita.it nella sezione Sportello Clienti e compila il modulo



Chiamaci

Poste Vita **800.316.181** attivo dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 20:00 e il sabato dalle 8:00 alle 14:00 (chiamata gratuita per chi chiama da rete fissa e mobile)



Scrivici

Casella Postale 160 – 00144 – Roma



Poste Vita S.p.A. • 00144, Roma (RM), Viale Beethoven, 11 • 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.



Posteitaliane