

Modulo di adesione alla copertura assicurativa per Prestiti BancoPosta POSTEPROTEZIONE PRESTITO IMPRESA

Ufficio Postale/Frazionario Filiale Numero telefono/Fax

Dati del richiedente (compilare in stampatello)

Denominazione/Cognome e nome

Sede legale/Indirizzo di residenza n. Cap Località Prov.....

Partita IVA

Codice Fiscale

Dati dell'assicurato (compilare in stampatello)

Cognome Nome.....

Data e luogo di nascita Prov.....

Indirizzo di residenza in Via n. Cap Località Prov.....

Codice Fiscale

Dichiarazioni dell'assicurato (se diverso dal richiedente)

In qualità di richiedente, garante o coobbligato di un Prestito BancoPosta, 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 può aderire la persona fisica o giuridica che richiede un Prestito BancoPosta, il sottoscritto..... **DICHIARA:**

- di prestare il consenso necessario per la validità dell'assicurazione sulla sua vita (art. 1919 del Codice civile);
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del prestito richiesto le coperture assicurative richieste non saranno attivate;
- di aver preso atto di quanto indicato nell'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione rappresentando pertanto di rientrare nei limiti assuntivi previsti;
- di essere stato informato che le coperture assicurative non sono obbligatorie e non sono necessarie per la concessione del finanziamento;
- di essere stato informato che la copertura relativa all'Inabilità temporanea e totale da infortunio o malattia è opzionale e quali sono le condizioni per la sua attivazione;
- 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 le coperture per il caso Malattia Grave e Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia, l'importo massimo che Poste Assicura paga può essere inferiore all'importo del debito residuo;
- 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 della possibilità di recedere entro 60 giorni dalla stipula del contratto nonché delle conseguenze applicabili in tali ipotesi, con riguardo al rimborso del premio.

Per la validità della copertura, io sottoscritto

DICHIARO inoltre:

- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire al seguente piano di copertura:
- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e di aver verificato la correttezza delle informazioni fornite
- di essere a conoscenza del diritto di richiedere a Poste Vita S.p.A. e a Poste Assicura S.p.A. le credenziali per l'accesso all'area riservata

Avvertenza: Il richiedente dichiara, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile, che le notizie contenute in questa dichiarazione, che forma parte integrante del contratto, sono vere, di non aver sottaciuto alcuna notizia influente sulla valutazione del rischio.

Avvertenza: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

Avvertenza: Prima della sottoscrizione l'assicurato verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario assuntivo.

Avvertenza: Anche nei casi non espressamente previsti da Poste Assicura S.p.A., l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costi a proprio carico.

Avvertenza: In caso di mancata indicazione dei dati anagrafici del/i beneficiario/i Poste Vita S.p.A. potrà avere, al decesso dell'assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/i beneficiario/i. La modifica o revoca del/i beneficiario/i deve essere comunicata a Poste Vita S.p.A.

Per esigenze di riservatezza, l'assicurato ha la facoltà di comunicare che, in caso di suo decesso, 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 del beneficiario e dell'eventuale Referente Terzo comunicati dall'assicurato 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'assicurato, in virtù dell'art. 14 comma 5 del 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 dell'assicurato

Periodicità e mezzi di pagamento del premio

Il premio è finanziato e viene pagato dal richiedente con le stesse modalità e periodicità previste dall'ente erogante per il pagamento delle rate del prestito.

Costi a carico dell'assicurato

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

*Il premio relativo alla copertura assicurativa viene incassato al momento dell'erogazione del prestito.

In caso di estinzione anticipata totale del Prestito, 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.

Premio totale lordo euro, di cui quota vita euro e quota danni euro

Costo totale a carico dell'assicurato euro, di cui importo percepito dall'intermediario euro

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

Firma dell'assicurato

Informativa contrattuale e precontrattuale

L'assicurato dichiara di aver ricevuto e preso visione del Set Informativo contenente il Documento Informativo relativo al Prodotto assicurativo danni, il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita, diversi dai prodotti di investimento assicurativi, il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi e le Condizioni di Assicurazioni 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, il documento riepilogativo dei principali obblighi di comportamento degli intermediari, di aver preso visione e di aver ricevuto la dichiarazione contenente le informazioni generali sull'intermediario, secondo le disposizioni di legge e regolamentari applicabili.

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

Firma dell'assicurato

Clausole da approvare espressamente

Il sottoscritto dichiara di approvare espressamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art. 2 Chi si può assicurare?; Art. 4 Quanto dura la copertura?; Art. 13 Cosa succede se non si pagano o si pagano in ritardo le rate del prestito? Art. 14 Cosa si deve fare quando avviene un sinistro?; Art. 17 Ci sono attività sportive e professionali non coperte?; Art. 18 Cosa succede se l'assicurato termina o cambia il rapporto di lavoro con l'Aderente?; Art. 19 Cosa succede se le dichiarazioni dell'assicurato sono false, inesatte o reticenti?; Art. 20 Si può recedere dal contratto? In che tempi?; Art. 21 Si può disdire il contratto?; Art. 22 Quali sono le responsabilità di Poste Vita e Poste Assicura?; Art. 23 In cosa consiste l'assicurazione?; Art. 25 Ci sono casi in cui il decesso non è coperto?; Art. 30 In cosa consiste l'assicurazione?; Art. 31 Ci sono casi in cui l'Infortunio o la Malattia non sono coperti?; Art. 32 L'assicurazione prevede un periodo di Carenza?; Art. 34 In cosa consiste l'assicurazione?; Art. 35 Ci sono casi in cui la Malattia Grave non è coperta?; Art. 36 L'assicurazione prevede un periodo di Carenza?; Art. 38 In cosa consiste l'assicurazione?; Art. 39 Ci sono casi in cui l'Inabilità Temporanea Totale non è coperta?; Art. 40 L'assicurazione prevede un periodo di Carenza?

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

Firma dell'assicurato

Trattamento dei dati personali relativi alla salute

Il trattamento dei dati personali, compresi quelli relativi allo stato di salute, avviene in virtù del consenso prestatato in fase di compilazione del Questionario assuntivo, al solo fine di poter eseguire il contratto, compresa la fase precontrattuale, nei termini e alle condizioni descritte nell'Informativa privacy resa da Poste Vita S.p.A., Poste Assicura S.p.A. e Poste Italiane S.p.A. consegnata all'assicurato e disponibile sui siti internet delle citate società raggiungibili all'indirizzo www.poste.it.

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

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

**Modulo di adesione alla copertura assicurativa per Prestiti BancoPosta
POSTEPROTEZIONE PRESTITO IMPRESA**

Ufficio Postale/Frazionario Filiale Numero telefono/Fax

Dati del richiedente (compilare in stampatello)

Denominazione/Cognome e nome

Sede legale/Indirizzo di residenza n. Cap Località Prov.

Partita IVA

Codice Fiscale

Dati dell'assicurato (compilare in stampatello)

Cognome Nome

Data e luogo di nascita Prov.

Indirizzo di residenza in Via n. Cap Località Prov.

Codice Fiscale

Dichiarazioni dell'assicurato (se diverso dal richiedente)

In qualità di richiedente, garante o coobbligato di un Prestito BancoPosta, 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 può aderire la persona fisica o giuridica che richiede un Prestito BancoPosta, il sottoscritto..... **DICHIARA:**

- di prestare il consenso necessario per la validità dell'assicurazione sulla sua vita (art. 1919 del Codice civile);
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del prestito richiesto le coperture assicurative richieste non saranno attivate;
- di aver preso atto di quanto indicato nell'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione rappresentando pertanto di rientrare nei limiti assuntivi previsti;
- di essere stato informato che le coperture assicurative non sono obbligatorie e non sono necessarie per la concessione del finanziamento;
- di essere stato informato che la copertura relativa all'Inabilità temporanea e totale da infortunio o malattia è opzionale e quali sono le condizioni per la sua attivazione;
- 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 le coperture per il caso Malattia Grave e Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia, l'importo massimo che Poste Assicura paga può essere inferiore all'importo del debito residuo;
- 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 della possibilità di recedere entro 60 giorni dalla stipula del contratto nonché delle conseguenze applicabili in tali ipotesi, con riguardo al rimborso del premio.

Per la validità della copertura, io sottoscritto

DICHIARO inoltre:

- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire al seguente piano di copertura:
- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e di aver verificato la correttezza delle informazioni fornite
- di essere a conoscenza del diritto di richiedere a Poste Vita S.p.A. e a Poste Assicura S.p.A. le credenziali per l'accesso all'area riservata

Avvertenza: Il richiedente dichiara, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile, che le notizie contenute in questa dichiarazione, che forma parte integrante del contratto, sono vere, di non aver sottaciato alcuna notizia influente sulla valutazione del rischio.

Avvertenza: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

Avvertenza: Prima della sottoscrizione l'assicurato verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario assuntivo.

Avvertenza: Anche nei casi non espressamente previsti da Poste Assicura S.p.A., l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con costi a proprio carico.

Avvertenza: In caso di mancata indicazione dei dati anagrafici del/i beneficiario/i Poste Vita S.p.A. potrà avere, al decesso dell'assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/i beneficiario/i. La modifica o revoca del/i beneficiario/i deve essere comunicata a Poste Vita S.p.A.

Per esigenze di riservatezza, l'assicurato ha la facoltà di comunicare che, in caso di suo decesso, 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 del beneficiario e dell'eventuale Referente Terzo comunicati dall'assicurato 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'assicurato, in virtù dell'art. 14 comma 5 del 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 dell'assicurato

Periodicità e mezzi di pagamento del premio

Il premio è finanziato e viene pagato dal richiedente con le stesse modalità e periodicità previste dall'ente erogante per il pagamento delle rate del prestito.

Costi a carico dell'assicurato

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

*Il premio relativo alla copertura assicurativa viene incassato al momento dell'erogazione del prestito.

In caso di estinzione anticipata totale del Prestito, 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.

Premio totale lordo euro, di cui quota vita euro e quota danni euro

Costo totale a carico dell'assicurato euro, di cui importo percepito dall'intermediario euro

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

Firma dell'assicurato

Informativa contrattuale e precontrattuale

L'assicurato dichiara di aver ricevuto e preso visione del Set Informativo contenente il Documento Informativo relativo al Prodotto assicurativo danni, il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita, diversi dai prodotti di investimento assicurativi, il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi e le Condizioni di Assicurazioni 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, il documento riepilogativo dei principali obblighi di comportamento degli intermediari, di aver preso visione e di aver ricevuto la dichiarazione contenente le informazioni generali sull'intermediario, secondo le disposizioni di legge e regolamentari applicabili.

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

Firma dell'assicurato

Clausole da approvare espressamente

Il sottoscritto dichiara di approvare espressamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art. 2 Chi si può assicurare?; Art. 4 Quanto dura la copertura?; Art. 13 Cosa succede se non si pagano o si pagano in ritardo le rate del prestito? Art. 14 Cosa si deve fare quando avviene un sinistro?; Art. 17 Ci sono attività sportive e professionali non coperte?; Art. 18 Cosa succede se l'assicurato termina o cambia il rapporto di lavoro con l'Aderente?; Art. 19 Cosa succede se le dichiarazioni dell'assicurato sono false, inesatte o reticenti?; Art. 20 Si può recedere dal contratto? In che tempi?; Art. 21 Si può disdire il contratto?; Art. 22 Quali sono le responsabilità di Poste Vita e Poste Assicura?; Art. 23 In cosa consiste l'assicurazione?; Art. 25 Ci sono casi in cui il decesso non è coperto?; Art. 30 In cosa consiste l'assicurazione?; Art. 31 Ci sono casi in cui l'Infortunio o la Malattia non sono coperti?; Art. 32 L'assicurazione prevede un periodo di Carenza?; Art. 34 In cosa consiste l'assicurazione?; Art. 35 Ci sono casi in cui la Malattia Grave non è coperta?; Art. 36 L'assicurazione prevede un periodo di Carenza?; Art. 38 In cosa consiste l'assicurazione?; Art. 39 Ci sono casi in cui l'Inabilità Temporanea Totale non è coperta?; Art. 40 L'assicurazione prevede un periodo di Carenza?

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

Firma dell'assicurato

Trattamento dei dati personali relativi alla salute

Il trattamento dei dati personali, compresi quelli relativi allo stato di salute, avviene in virtù del consenso prestatato in fase di compilazione del Questionario assuntivo, al solo fine di poter eseguire il contratto, compresa la fase precontrattuale, nei termini e alle condizioni descritte nell'Informativa privacy resa da Poste Vita S.p.A., Poste Assicura S.p.A. e Poste Italiane S.p.A. consegnata all'assicurato e disponibile sui siti internet delle citate società raggiungibili all'indirizzo www.poste.it.

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

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

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

Firma dell'assicurato

Periodicità e mezzi di pagamento del premio

Il premio è finanziato e viene pagato dal richiedente con le stesse modalità e periodicità previste dall'ente erogante per il pagamento delle rate del prestito.

Costi a carico dell'assicurato

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

*Il premio relativo alla copertura assicurativa viene incassato al momento dell'erogazione del prestito.

In caso di estinzione anticipata totale del Prestito, 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.

Premio totale lordo euro, di cui quota vita euro e quota danni euro

Costo totale a carico dell'assicurato euro, di cui importo percepito dall'intermediario euro

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

Firma dell'assicurato

Informativa contrattuale e precontrattuale

L'assicurato dichiara di aver ricevuto e preso visione del Set Informativo contenente il Documento Informativo relativo al Prodotto assicurativo danni, il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita, diversi dai prodotti di investimento assicurativi, il Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi e le Condizioni di Assicurazioni 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, il documento riepilogativo dei principali obblighi di comportamento degli intermediari, di aver preso visione e di aver ricevuto la dichiarazione contenente le informazioni generali sull'intermediario, secondo le disposizioni di legge e regolamentari applicabili.

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

Firma dell'assicurato

Clausole da approvare espressamente

Il sottoscritto dichiara di approvare espressamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art. 2 Chi si può assicurare?; Art. 4 Quanto dura la copertura?; Art. 13 Cosa succede se non si pagano o si pagano in ritardo le rate del prestito? Art. 14 Cosa si deve fare quando avviene un sinistro?; Art. 17 Ci sono attività sportive e professionali non coperte?; Art. 18 Cosa succede se l'assicurato termina o cambia il rapporto di lavoro con l'Aderente?; Art. 19 Cosa succede se le dichiarazioni dell'assicurato sono false, inesatte o reticenti?; Art. 20 Si può recedere dal contratto? In che tempi?; Art. 21 Si può disdire il contratto?; Art. 22 Quali sono le responsabilità di Poste Vita e Poste Assicura?; Art. 23 In cosa consiste l'assicurazione?; Art. 25 Ci sono casi in cui il decesso non è coperto?; Art. 30 In cosa consiste l'assicurazione?; Art. 31 Ci sono casi in cui l'Infortunio o la Malattia non sono coperti?; Art. 32 L'assicurazione prevede un periodo di Carenza?; Art. 34 In cosa consiste l'assicurazione?; Art. 35 Ci sono casi in cui la Malattia Grave non è coperta?; Art. 36 L'assicurazione prevede un periodo di Carenza?; Art. 38 In cosa consiste l'assicurazione?; Art. 39 Ci sono casi in cui l'Inabilità Temporanea Totale non è coperta?; Art. 40 L'assicurazione prevede un periodo di Carenza?

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

Firma dell'assicurato

Trattamento dei dati personali relativi alla salute

Il trattamento dei dati personali, compresi quelli relativi allo stato di salute, avviene in virtù del consenso prestatato in fase di compilazione del Questionario assuntivo, al solo fine di poter eseguire il contratto, compresa la fase precontrattuale, nei termini e alle condizioni descritte nell'Informativa privacy resa da Poste Vita S.p.A., Poste Assicura S.p.A. e Poste Italiane S.p.A. consegnata all'assicurato e disponibile sui siti internet delle citate società raggiungibili all'indirizzo www.poste.it.

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

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