

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.

CONTRAENTE
Cognome e Nome

ASSICURATO
Cognome e Nome

POLIZZA N.

Stato di fumatore o non fumatore - definizione

L'Assicurato ha mai fumato negli ultimi 24 mesi? SI NO

In caso di risposta negativa alla precedente domanda, i sottoscritti Contraente e Assicurato dichiarano che:

- a) hanno preso visione degli articoli "Definizione di non fumatore", "Perdita dello stato di non fumatore", "Verifica dello stato di non fumatore in caso di sinistro", riportati nelle Condizioni di Assicurazione;
- b) l'Assicurato non ha mai fumato, neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della polizza e della presente dichiarazione;
- c) pertanto, sussiste il requisito che consente al Contraente di beneficiare della riduzione di premio riservata agli Assicurati non fumatori;
- d) qualora l'Assicurato inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, provvederanno a darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 giorni mediante raccomandata.

I sottoscritti Assicurato e Contraente dichiarano inoltre di essere consapevoli che:

- le presenti dichiarazioni sono elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Compagnia e formano la base del contratto, costituendo parte integrante della polizza;
- la Compagnia agirà come previsto dalle Condizioni di Assicurazione, qualora nel corso della durata contrattuale le presenti dichiarazioni risultino inesatte, oppure vengano riscontrate reticenze in relazione alla comunicazione di cui al precedente punto d).

Luogo e data

Firma del Contraente

Firma dell'Assicurato
(se diverso dal Contraente)

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)

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.

CONTRAENTE
Cognome e Nome

ASSICURATO
Cognome e Nome

POLIZZA N.

Stato di fumatore o non fumatore - definizione

L'Assicurato ha mai fumato negli ultimi 24 mesi?

SI

NO

In caso di risposta negativa alla precedente domanda, i sottoscritti Contraente e Assicurato dichiarano che:

- hanno preso visione degli articoli "Definizione di non fumatore", "Perdita dello stato di non fumatore", "Verifica dello stato di non fumatore in caso di sinistro", riportati nelle Condizioni di Assicurazione;
- l'Assicurato non ha mai fumato, neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della polizza e della presente dichiarazione;
- pertanto, sussiste il requisito che consente al Contraente di beneficiare della riduzione di premio riservata agli Assicurati non fumatori;
- qualora l'Assicurato inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, provvederanno a darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 giorni mediante raccomandata.

I sottoscritti Assicurato e Contraente dichiarano inoltre di essere consapevoli che:

- le presenti dichiarazioni sono elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Compagnia e formano la base del contratto, costituendo parte integrante della polizza;
- la Compagnia agirà come previsto dalle Condizioni di Assicurazione, qualora nel corso della durata contrattuale le presenti dichiarazioni risultino inesatte, oppure vengano riscontrate reticenze in relazione alla comunicazione di cui al precedente punto d).

Luogo e data

Firma del Contraente

Firma dell'Assicurato
(se diverso dal Contraente)

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)

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.

CONTRAENTE
Cognome e Nome

ASSICURATO
Cognome e Nome

POLIZZA N.

Stato di fumatore o non fumatore - definizione

L'Assicurato ha mai fumato negli ultimi 24 mesi?

SI

NO

In caso di risposta negativa alla precedente domanda, i sottoscritti Contraente e Assicurato dichiarano che:

- a) hanno preso visione degli articoli "Definizione di non fumatore", "Perdita dello stato di non fumatore", "Verifica dello stato di non fumatore in caso di sinistro", riportati nelle Condizioni di Assicurazione;
- b) l'Assicurato non ha mai fumato, neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della polizza e della presente dichiarazione;
- c) pertanto, sussiste il requisito che consente al Contraente di beneficiare della riduzione di premio riservata agli Assicurati non fumatori;
- d) qualora l'Assicurato inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, provvederanno a darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 giorni mediante raccomandata.

I sottoscritti Assicurato e Contraente dichiarano inoltre di essere consapevoli che:

- le presenti dichiarazioni sono elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Compagnia e formano la base del contratto, costituendo parte integrante della polizza;
- la Compagnia agirà come previsto dalle Condizioni di Assicurazione, qualora nel corso della durata contrattuale le presenti dichiarazioni risultino inesatte, oppure vengano riscontrate reticenze in relazione alla comunicazione di cui al precedente punto d).

Luogo e data

Firma del Contraente

Firma dell'Assicurato
(se diverso dal Contraente)

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)