

L'Assicurando
Cognome e Nome

STATO DI FUMATORE O NON FUMATORE - DEFINIZIONE

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

In caso di risposta negativa alla precedente domanda, il sottoscritto Assicurando dichiara che:

- a) ha preso visione degli articoli "Cosa si intende per Assicurato non fumatore", "Cosa bisogna fare se si inizia o ricomincia a fumare", "Perché PosteVita verifica lo stato di non fumatore in caso di decesso", riportati nelle Condizioni di Assicurazione;
- b) l'Assicurando non ha mai fumato, neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della polizza e della presente dichiarazione; a tale riguardo si specifica che l'uso di qualsiasi sigaretta elettronica è equiparato a quello del tabacco;
- c) pertanto, sussiste il requisito che consente al Contraente di beneficiare della riduzione di premio riservata ai non fumatori;
- d) qualora l'Assicurato inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, provvederà a darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 giorni mediante raccomandata.

Il sottoscritto Assicurando dichiara inoltre di essere consapevole 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 data/...../.....

L'Assicurando

.....

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA SALUTE:

L'Assicurato 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)