

Questionario assuntivo per la copertura assicurativa per Mutuo BancoPosta POSTEPROTEZIONE MUTUO

Le risposte al presente questionario sono necessarie per l'adesione alla copertura assicurativa. Rispondere SI o NO ad ogni domanda.

(In caso di mancata compilazione e di mancato consenso al trattamento dei dati relativi allo stato di salute, il Richiedente non potrà sottoscrivere la copertura assicurativa ai sensi dell'art. 1.1 delle Condizioni di Assicurazione).

Il Richiedente presta liberamente il consenso al trattamento dei propri dati personali relativi allo stato di salute da parte di Poste Vita S.p.A., Poste Assicura S.p.A. e Poste Italiane S.p.A. - Patrimonio BancoPosta, nonché di tutti gli altri soggetti che intervengono nel processo di trattamento degli stessi, necessari alla gestione della fase pre-contrattuale e per le finalità funzionali alla gestione ed esecuzione del contratto assicurativo come meglio descritte nell'informativa ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR).

Firma del Richiedente

Cognome e Nome

Data e Luogo di Nascita/...../.....

Indirizzo

Codice Fiscale:

Ai fini della validità della presente copertura assicurativa, il Richiedente dichiara di:

- 1) **Non aver subito ricoveri o interventi chirurgici** negli ultimi 5 anni (salvo per i seguenti casi: appendice, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsille, deviazione del setto nasale, meniscectomia o rottura legamenti del ginocchio, parto senza complicanze, estrazione dentale o chirurgia estetica, emorroidectomia, colecistectomia senza postumi, varici agli arti inferiori) SI NO

- 2) **Non essere in attesa di interventi chirurgici / ricoveri** SI NO

- 3) **Non aver ricevuto una diagnosi o prescrizione di esami, di cure o di trattamenti in merito alle seguenti malattie/disturbi:**
 - a. cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno SI NO
 - b. malattie cardiache, vascolari e delle valvole cardiache, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o coronaropatia, aneurisma dell'aorta o dei vasi cerebrali, emofilia SI NO
 - c. ipertensione non controllata dai farmaci SI NO
 - d. ictus (trombosi o emorragia celebrale), attacco ischemico cerebrale transitorio, morbo di Parkinson, demenza, malattia di Alzheimer SI NO
 - e. bronchite cronica ostruttiva con necessità di terapia continua, enfisema, fibrosi polmonare, insufficienza respiratoria, asma grave non di tipo allergico, pleurite, tubercolosi SI NO
 - f. epatite cronica, cirrosi epatica, pancreatite cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali come il morbo di Crohn o la rettocolite ulcerosa SI NO
 - g. nefrite cronica, insufficienza renale cronica, rene policistico, malattie della vescica che richiedono terapie continuative o l'uso di catetere SI NO
 - h. diabete con necessità di trattamento con antiglicemizzanti orali o con insulina SI NO
 - i. infezione da HIV, con o senza AIDS SI NO

Mod. 403/1 - Edizione maggio 2018

Originale per Poste Assicura • per il cliente • per l'ufficio postale

- j. sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, altre malattie demielinizzanti, lupus eritematoso, distrofia muscolare, spina bifida, epilessia, artrite reumatoide, sclerodermia o dermatomiosite SI NO
- 4) **Non soffrire di una malattia cronica o terminale, non usufruire o non aver usufruito di esenzione totale dal pagamento del ticket sanitario per malattie invalidanti croniche o rare** SI NO
- 5) **Non essere stato riconosciuto invalido civile o invalido sul lavoro, non beneficiare di una pensione di invalidità superiore al 20% o di non aver fatto domanda per ottenerla** SI NO
- 6) **Non essere stato assente negli ultimi 12 mesi dalla normale attività lavorativa per più di 6 mesi a causa di malattia o infortunio e in ogni caso per più di 25 giorni solari consecutivi per malattia** SI NO

Qualora abbia dato anche una sola risposta negativa alle domande dalla 1 alla 6, il Richiedente risulta non assicurabile.

- 7) **Non svolgere attività professionali che prevedano accesso a tralicci, tetti, ponteggi, impalcature, binari o celle frigorifere o uso di materiale nocivo, venefico, esplosivo e/o radioattivo** SI
NO
- 8) **Non svolgere attività professionale di costruttore o collaudatore di macchinari industriali, autista di macchinari pesanti (bulldozer gru, ruspe, battipali, torri di trivellazione, escavatori, carrelli elevatori, montacarichi, demolitori di edifici e draghe), controfigura cinematografica o personale circense** SI NO
- 9) **Non praticare attività sportive a livello professionistico** salvo la partecipazione a competizioni o relative prove che abbiano carattere ricreativo e la partecipazione a gare aziendali e interaziendali SI NO
- 10) **Non praticare sport pericolosi** (quali pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° grado della scala di Monaco, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, attività di trapezista e stuntman) SI NO

Qualora abbia risposto negativamente alle domande dalla 7 alla 10, si ricorda che, sulla base delle Esclusioni di cui all'art. 1.11 delle Condizioni di Assicurazione, i sinistri derivanti dallo svolgimento/pratica di tali professioni/attività non saranno considerati indennizzabili ai fini della presente copertura assicurativa.

11) **Di essere appartenente ad una delle seguenti categorie lavorative:**

- **Lavoratore Dipendente a tempo indeterminato**
- **Lavoratore Dipendente a tempo determinato**
- **Lavoratore Autonomo**
- **Non Lavoratore**

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 assuntivo, il Richiedente deve verificare l'esattezza

delle dichiarazioni riportate nel Questionario.

Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, il Richiedente può chiedere, a proprie spese, di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute.

Si ricorda che per importi di mutuo superiori a Euro 160.000,00 è richiesta la trasmissione a Poste Assicura S.p.A. del Questionario anamnestico, così come specificato all'art. 1.3 delle Condizioni di Assicurazione.

Firma del Richiedente

Il Richiedente dichiara, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, che le notizie contenute nel presente Questionario Assuntivo, che forma parte integrante del contratto, sono conformi a verità, non avendo sottaciuto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.

Firma del Richiedente

Il Richiedente dichiara inoltre di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e/o visitato, nonché altre persone, strutture ospedaliere, case di cura, azienda sanitarie ai quali l'assicuratore credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per ottenere informazioni, referti, cartelle cliniche e documentazione sanitaria in genere, acconsentendo in particolare che tali informazioni ed atti sanitari siano dall'assicuratore stesso comunicati e sottoposti all'esame di persone o enti nei limiti delle necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

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

Firma del Richiedente



**Questionario assuntivo per la copertura assicurativa per Mutuo BancoPosta
POSTEPROTEZIONE MUTUO**

Le risposte al presente questionario sono necessarie per l'adesione alla copertura assicurativa. Rispondere SI o NO ad ogni domanda.

(In caso di mancata compilazione e di mancato consenso al trattamento dei dati relativi allo stato di salute, il Richiedente non potrà sottoscrivere la copertura assicurativa ai sensi dell'art. 1.1 delle Condizioni di Assicurazione).

Il Richiedente presta liberamente il consenso al trattamento dei propri dati personali relativi allo stato di salute da parte di Poste Vita S.p.A., Poste Assicura S.p.A. e Poste Italiane S.p.A. - Patrimonio BancoPosta, nonché di tutti gli altri soggetti che intervengono nel processo di trattamento degli stessi, necessari alla gestione della fase pre-contrattuale e per le finalità funzionali alla gestione ed esecuzione del contratto assicurativo come meglio descritte nell'informativa ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR).

Firma del Richiedente

Cognome e Nome

Data e Luogo di Nascita/...../.....

Indirizzo

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ai fini della validità della presente copertura assicurativa, il Richiedente dichiara di:

- 1) **Non aver subito ricoveri o interventi chirurgici** negli ultimi 5 anni (salvo per i seguenti casi: appendice, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsille, deviazione del setto nasale, meniscectomia o rottura legamenti del ginocchio, parto senza complicanze, estrazione dentale o chirurgia estetica, emorroidectomia, colecistectomia senza postumi, varici agli arti inferiori) SI NO
- 2) **Non essere in attesa di interventi chirurgici / ricoveri** SI NO
- 3) **Non aver ricevuto una diagnosi o prescrizione di esami, di cure o di trattamenti in merito alle seguenti malattie/disturbi:**
 - a. cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno SI NO
 - b. malattie cardiache, vascolari e delle valvole cardiache, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o coronaropatia, aneurisma dell'aorta o dei vasi cerebrali, emofilia SI NO
 - c. ipertensione non controllata dai farmaci SI NO
 - d. ictus (trombosi o emorragia celebrale), attacco ischemico cerebrale transitorio, morbo di Parkinson, demenza, malattia di Alzheimer SI NO
 - e. bronchite cronica ostruttiva con necessità di terapia continua, enfisema, fibrosi polmonare, insufficienza respiratoria, asma grave non di tipo allergico, pleurite, tubercolosi SI NO
 - f. epatite cronica, cirrosi epatica, pancreatite cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali come il morbo di Crohn o la rettocolite ulcerosa SI NO
 - g. nefrite cronica, insufficienza renale cronica, rene policistico, malattie della vescica che richiedono terapie continuative o l'uso di catetere SI NO
 - h. diabete con necessità di trattamento con antiglicemizzanti orali o con insulina SI NO
 - i. infezione da HIV, con o senza AIDS SI NO

- j. sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, altre malattie demielinizzanti, lupus eritematoso, distrofia muscolare, spina bifida, epilessia, artrite reumatoide, sclerodermia o dermatomiosite SI NO
- 4) **Non soffrire di una malattia cronica o terminale, non usufruire o non aver usufruito di esenzione totale dal pagamento del ticket sanitario per malattie invalidanti croniche o rare** SI NO
- 5) **Non essere stato riconosciuto invalido civile o invalido sul lavoro, non beneficiare di una pensione di invalidità superiore al 20% o di non aver fatto domanda per ottenerla** SI NO
- 6) **Non essere stato assente negli ultimi 12 mesi dalla normale attività lavorativa per più di 6 mesi a causa di malattia o infortunio e in ogni caso per più di 25 giorni solari consecutivi per malattia** SI NO

Qualora abbia dato anche una sola risposta negativa alle domande dalla 1 alla 6, il Richiedente risulta non assicurabile.

- 7) **Non svolgere attività professionali che prevedano accesso a tralicci, tetti, ponteggi, impalcature, binari o celle frigorifere o uso di materiale nocivo, venefico, esplosivo e/o radioattivo** SI
NO
- 8) **Non svolgere attività professionale di costruttore o collaudatore di macchinari industriali, autista di macchinari pesanti (bulldozer gru, ruspe, battipali, torri di trivellazione, escavatori, carrelli elevatori, montacarichi, demolitori di edifici e draghe), controfigura cinematografica o personale circense** SI NO
- 9) **Non praticare attività sportive a livello professionistico** salvo la partecipazione a competizioni o relative prove che abbiano carattere ricreativo e la partecipazione a gare aziendali e interaziendali SI NO
- 10) **Non praticare sport pericolosi** (quali pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° grado della scala di Monaco, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, attività di trapezista e stuntman) SI NO

Qualora abbia risposto negativamente alle domande dalla 7 alla 10, si ricorda che, sulla base delle Esclusioni di cui all'art. 1.11 delle Condizioni di Assicurazione, i sinistri derivanti dallo svolgimento/pratica di tali professioni/attività non saranno considerati indennizzabili ai fini della presente copertura assicurativa.

11) **Di essere appartenente ad una delle seguenti categorie lavorative:**

- **Lavoratore Dipendente a tempo indeterminato**
- **Lavoratore Dipendente a tempo determinato**
- **Lavoratore Autonomo**
- **Non Lavoratore**

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 assuntivo, il Richiedente deve verificare l'esattezza

delle dichiarazioni riportate nel Questionario.

Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, il Richiedente può chiedere, a proprie spese, di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute.

Si ricorda che per importi di mutuo superiori a Euro 160.000,00 è richiesta la trasmissione a Poste Assicura S.p.A. del Questionario anamnestico, così come specificato all'art. 1.3 delle Condizioni di Assicurazione.

Firma del Richiedente

Il Richiedente dichiara, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, che le notizie contenute nel presente Questionario Assuntivo, che forma parte integrante del contratto, sono conformi a verità, non avendo sottaciuto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.

Firma del Richiedente

Il Richiedente dichiara inoltre di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e/o visitato, nonché altre persone, strutture ospedaliere, case di cura, azienda sanitarie ai quali l'assicuratore credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per ottenere informazioni, referti, cartelle cliniche e documentazione sanitaria in genere, acconsentendo in particolare che tali informazioni ed atti sanitari siano dall'assicuratore stesso comunicati e sottoposti all'esame di persone o enti nei limiti delle necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

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

Firma del Richiedente

Mod. 403/1 - Edizione maggio 2018



Poste Vita S.p.A. • 00144, Roma (RM), Viale Beethoven, 11 • Tel.: (+39) 06 549241
• Fax: (+39) 06 54924203 • PEC: posteavita@pec.posteavita.it • www.posteavita.it • Partita IVA 05927271006 • Codice Fiscale 07066630638 • Capitale Sociale Euro 1.216.607.898,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07066630638, REA n. 934547 • Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00133 • Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base alle delibere ISVAP n. 1144/1999, n. 1735/2000, n. 2462/2006 e n. 2987/2012 • Società capogruppo del gruppo assicurativo Poste Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043 • Società con socio unico, Poste Italiane S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di quest'ultima.



Poste Assicura S.p.A. • 00144, Roma (RM), Viale Beethoven, 11 • Tel.: (+39) 06 549241
• Fax: (+39) 06 54924203 • PEC: posteassicura@pec.poste-assicura.it • www.poste-assicura.it
• Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001, Capitale Sociale Euro 25.000.000,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07140521001, REA n. 1013058 • Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00174 • Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base alla delibera ISVAP n. 2788/2010 • Società appartenente al gruppo assicurativo Poste Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043 • Società con socio unico, Poste Vita S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di quest'ultima.

Originale per Poste Assicura • per il cliente • per l'ufficio postale

Questionario assuntivo per la copertura assicurativa per Mutuo BancoPosta POSTEPROTEZIONE MUTUO

Le risposte al presente questionario sono necessarie per l'adesione alla copertura assicurativa. Rispondere SI o NO ad ogni domanda.

(In caso di mancata compilazione e di mancato consenso al trattamento dei dati relativi allo stato di salute, il Richiedente non potrà sottoscrivere la copertura assicurativa ai sensi dell'art. 1.1 delle Condizioni di Assicurazione).

Il Richiedente presta liberamente il consenso al trattamento dei propri dati personali relativi allo stato di salute da parte di Poste Vita S.p.A., Poste Assicura S.p.A. e Poste Italiane S.p.A. - Patrimonio BancoPosta, nonché di tutti gli altri soggetti che intervengono nel processo di trattamento degli stessi, necessari alla gestione della fase pre-contrattuale e per le finalità funzionali alla gestione ed esecuzione del contratto assicurativo come meglio descritte nell'informativa ai sensi del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR).

Firma del Richiedente

Cognome e Nome

Data e Luogo di Nascita/...../.....

Indirizzo

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ai fini della validità della presente copertura assicurativa, il Richiedente dichiara di:

- 1) **Non aver subito ricoveri o interventi chirurgici** negli ultimi 5 anni (salvo per i seguenti casi: appendice, ernie addominali/inguinali, adenoidi, tonsille, deviazione del setto nasale, meniscectomia o rottura legamenti del ginocchio, parto senza complicanze, estrazione dentale o chirurgia estetica, emorroidectomia, colecistectomia senza postumi, varici agli arti inferiori) SI NO
- 2) **Non essere in attesa di interventi chirurgici / ricoveri** SI NO
- 3) **Non aver ricevuto una diagnosi o prescrizione di esami, di cure o di trattamenti in merito alle seguenti malattie/disturbi:**
 - a. cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno SI NO
 - b. malattie cardiache, vascolari e delle valvole cardiache, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o coronaropatia, aneurisma dell'aorta o dei vasi cerebrali, emofilia SI NO
 - c. ipertensione non controllata dai farmaci SI NO
 - d. ictus (trombosi o emorragia cerebrale), attacco ischemico cerebrale transitorio, morbo di Parkinson, demenza, malattia di Alzheimer SI NO
 - e. bronchite cronica ostruttiva con necessità di terapia continua, enfisema, fibrosi polmonare, insufficienza respiratoria, asma grave non di tipo allergico, pleurite, tubercolosi SI NO
 - f. epatite cronica, cirrosi epatica, pancreatite cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali come il morbo di Crohn o la rettocolite ulcerosa SI NO
 - g. nefrite cronica, insufficienza renale cronica, rene policistico, malattie della vescica che richiedono terapie continuative o l'uso di catetere SI NO
 - h. diabete con necessità di trattamento con antiglicemizzanti orali o con insulina SI NO
 - i. infezione da HIV, con o senza AIDS SI NO

- j. sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, altre malattie demielinizzanti, lupus eritematoso, distrofia muscolare, spina bifida, epilessia, artrite reumatoide, sclerodermia o dermatomiosite SI NO
- 4) **Non soffrire di una malattia cronica o terminale, non usufruire o non aver usufruito di esenzione totale dal pagamento del ticket sanitario per malattie invalidanti croniche o rare** SI NO
- 5) **Non essere stato riconosciuto invalido civile o invalido sul lavoro, non beneficiare di una pensione di invalidità superiore al 20% o di non aver fatto domanda per ottenerla** SI NO
- 6) **Non essere stato assente negli ultimi 12 mesi dalla normale attività lavorativa per più di 6 mesi a causa di malattia o infortunio e in ogni caso per più di 25 giorni solari consecutivi per malattia** SI NO

Qualora abbia dato anche una sola risposta negativa alle domande dalla 1 alla 6, il Richiedente risulta non assicurabile.

- 7) **Non svolgere attività professionali che prevedano accesso a tralicci, tetti, ponteggi, impalcature, binari o celle frigorifere o uso di materiale nocivo, venefico, esplosivo e/o radioattivo** SI
NO
- 8) **Non svolgere attività professionale di costruttore o collaudatore di macchinari industriali, autista di macchinari pesanti (bulldozer gru, ruspe, battipali, torri di trivellazione, escavatori, carrelli elevatori, montacarichi, demolitori di edifici e draghe), controfigura cinematografica o personale circense** SI NO
- 9) **Non praticare attività sportive a livello professionistico** salvo la partecipazione a competizioni o relative prove che abbiano carattere ricreativo e la partecipazione a gare aziendali e interaziendali SI NO
- 10) **Non praticare sport pericolosi** (quali pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° grado della scala di Monaco, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, attività di trapezista e stuntman) SI NO

Qualora abbia risposto negativamente alle domande dalla 7 alla 10, si ricorda che, sulla base delle Esclusioni di cui all'art. 1.11 delle Condizioni di Assicurazione, i sinistri derivanti dallo svolgimento/pratica di tali professioni/attività non saranno considerati indennizzabili ai fini della presente copertura assicurativa.

11) **Di essere appartenente ad una delle seguenti categorie lavorative:**

- **Lavoratore Dipendente a tempo indeterminato**
- **Lavoratore Dipendente a tempo determinato**
- **Lavoratore Autonomo**
- **Non Lavoratore**

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 assuntivo, il Richiedente deve verificare l'esattezza

delle dichiarazioni riportate nel Questionario.

Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, il Richiedente può chiedere, a proprie spese, di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute.

Si ricorda che per importi di mutuo superiori a Euro 160.000,00 è richiesta la trasmissione a Poste Assicura S.p.A. del Questionario anamnestico, così come specificato all'art. 1.3 delle Condizioni di Assicurazione.

Firma del Richiedente

Il Richiedente dichiara, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, che le notizie contenute nel presente Questionario Assuntivo, che forma parte integrante del contratto, sono conformi a verità, non avendo sottaciuto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.

Firma del Richiedente

Il Richiedente dichiara inoltre di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e/o visitato, nonché altre persone, strutture ospedaliere, case di cura, azienda sanitarie ai quali l'assicuratore credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per ottenere informazioni, referti, cartelle cliniche e documentazione sanitaria in genere, acconsentendo in particolare che tali informazioni ed atti sanitari siano dall'assicuratore stesso comunicati e sottoposti all'esame di persone o enti nei limiti delle necessità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.

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

Firma del Richiedente

Mod. 403/1 - Edizione maggio 2018



Poste Vita S.p.A. • 00144, Roma (RM), Viale Beethoven, 11 • Tel.: (+39) 06 549241
• Fax: (+39) 06 54924203 • PEC: posteavita@pec.posteavita.it • www.posteavita.it • Partita IVA 05927271006 • Codice Fiscale 07066630638 • Capitale Sociale Euro 1.216.607.898,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07066630638, REA n. 934547 • Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00133 • Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base alle delibere ISVAP n. 1144/1999, n. 1735/2000, n. 2462/2006 e n. 2987/2012 • Società capogruppo del gruppo assicurativo Poste Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043 • Società con socio unico, Poste Italiane S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di quest'ultima.



Poste Assicura S.p.A. • 00144, Roma (RM), Viale Beethoven, 11 • Tel.: (+39) 06 549241
• Fax: (+39) 06 54924203 • PEC: posteassicura@pec.poste-assicura.it • www.poste-assicura.it
• Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001, Capitale Sociale Euro 25.000.000,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07140521001, REA n. 1013058 • Iscritta alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00174 • Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in base alla delibera ISVAP n. 2788/2010 • Società appartenente al gruppo assicurativo Poste Vita, iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043 • Società con socio unico, Poste Vita S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di quest'ultima.

Originale per Poste Assicura • per il cliente • per l'ufficio postale