posteprotezionemutuoflessibile

MODULO DI ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA PER MUTUO BANCOPOSTA POSTEPROTEZIONE MUTUO FLESSIBILE

Ufficio Postale/Frazionario .....Filiale.....Numero telefono/Fax .....

Dati degli aderenti alla copertura assicurativa

1° ADERENTE: Cognome ..... Nome.....

Data e luogo di nascita ..... quota % assicurata.....

Codice fiscale: └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

2° ADERENTE: Cognome ..... Nome.....

Data e luogo di nascita ..... quota % assicurata.....

Codice fiscale: └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

3° ADERENTE: Cognome ..... Nome.....

Data e luogo di nascita ..... quota % assicurata.....

Codice fiscale: └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

4° ADERENTE: Cognome ..... Nome.....

Data e luogo di nascita ..... quota % assicurata.....

Codice fiscale: └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

Dichiarazioni degli aderenti

In qualità di richiedente/i del Mutuo BancoPosta ("mutuo"), 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 possono aderire le persone che richiedono un mutuo, **DICHIARA/NO:**

- di prestare il consenso necessario per la validità dell'assicurazione sulla sua vita (art. 1919 Codice civile)
- di essere stato informato che le coperture assicurative **non sono obbligatorie** e non sono necessarie per la concessione del finanziamento
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del mutuo richiesto o di mancato assenso da parte di Poste Vita e/o Poste Assicura all'adesione alla Polizza Collettiva, le coperture richieste non saranno attivate
- di aver ricevuto e letto le Condizioni di Assicurazione riportate nel Set Informativo
- di avere un'età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti come indicato all'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione e di rientrare nei limiti assuntivi previsti
- 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 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 la copertura Malattia Grave, l'importo massimo che Poste Assicura paga può essere inferiore all'importo del debito residuo
- di prendere atto, nel caso di mutuo cointestato, che le prestazioni saranno erogate come previsto dall'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione, anche in riferimento alle ipotesi in cui non tutti i cointestatari siano assicurabili ai sensi delle Condizioni di Assicurazione
- di prendere atto delle condizioni applicabili nell'ipotesi di estinzione anticipata totale o parziale e di surroga passiva (c.d. portabilità) del mutuo ai sensi delle Condizioni di Assicurazione, con particolare riguardo, tra l'altro, all'ammontare del premio oggetto di restituzione
- di essere stato informato della possibilità di recedere **entro 60 giorni** dalla stipula del contratto e delle conseguenze applicabili in tali ipotesi, con riguardo al rimborso del premio
- di essere a conoscenza che, nel caso di esercizio delle opzioni Sospensione Rata e Flessibilità Durata, previste dal Mutuo Flessibile, la copertura continuerà ad operare adeguandosi automaticamente al nuovo piano di ammortamento, come previsto nelle Condizioni di Assicurazione.

1° ADERENTE:
Per la validità della copertura, io sottoscritto .....
DICHIARO inoltre:

- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire alle garanzie Morte, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione, che prevedono il versamento di un premio unico anticipato.
- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, anche il Questionario anamnestico 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.

2° ADERENTE:
Per la validità della copertura, io sottoscritto .....
DICHIARO inoltre:

- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire alle garanzie Morte, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione, che prevedono il versamento di un premio unico anticipato.

Mod. 40007 Edizione marzo 2022

Originale per Poste Assicura ❑ • per il cliente ❑ • per l'ufficio postale ❑ per la banca ❑

- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, anche il Questionario anamnestico 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.

3° ADERENTE:
Per la validità della copertura, io sottoscritto .....
DICHIARO inoltre:
- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire alle garanzie Morte, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione, che prevedono il versamento di un premio unico anticipato.
- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, anche il Questionario anamnestico 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.

4° ADERENTE:
Per la validità della copertura, io sottoscritto .....
DICHIARO inoltre:
- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire alle garanzie Morte, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione, che prevedono il versamento di un premio unico anticipato.
- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, anche il Questionario anamnestico 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: L'aderente 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, e 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: Anche nei casi non espressamente previsti da Poste Assicura S.p.A., l'aderente 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'aderente 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 dell'eventuale referente terzo comunicati 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'aderente, in virtù dell'art. 14 comma 5 del Regolamento 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 1° aderente …….....……..

Per esigenze di riservatezza, l'aderente 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 dell'eventuale referente terzo comunicati 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'aderente, in virtù dell'art. 14 comma 5 del Regolamento 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 2° aderente …….....……

Mod. 40007 Edizione marzo 2022

Originale per Poste Assicura ❑ • per il cliente ❑ • per l'ufficio postale ❑ per la banca ❑

poste**protezione**mutuo**flessibile**

Per esigenze di riservatezza, l'aderente 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 dell'eventuale referente terzo comunicati 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'aderente, in virtù dell'art. 14 comma 5 del Regolamento 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 3° aderente …….....…….

Per esigenze di riservatezza, l'aderente 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 dell'eventuale referente terzo comunicati 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'aderente, in virtù dell'art. 14 comma 5 del Regolamento 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 4° aderente …….....…….

Mod. 40007 Edizione marzo 2022

Originale per Poste Assicura ❑ • per il cliente ❑ • per l'ufficio postale ❑ per la banca ❑

Periodicità e mezzi di pagamento del premio

Il premio complessivo a copertura del totale delle adesioni a Posteprotezione Mutuo Flessibile può essere corrisposto:

❑ tramite conferimento di apposito mandato all'Ente Erogante ***(premio finanziato)***. L'incasso del premio da parte della compagnia avverrà contestualmente all'erogazione del mutuo.

❑ quando previsto, utilizzando il conto corrente messo a disposizione dal 1° cointestatario del mutuo anche se non ha aderito a Posteprotezione Mutuo Flessibile ***(premio non finanziato)***:

- con addebito su conto corrente IBAN |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
  intestato a: .....

In caso di surroga attiva, l'efficacia della copertura è vincolata al pagamento del premio che può avvenire esclusivamente nella modalità non finanziata, con addebito sul conto corrente del 1° cointestatario del mutuo anche se non ha aderito a Posteprotezione Mutuo Flessibile.

Il 1° cointestario del mutuo prende atto che l'Ente Erogante comunica a Poste Vita S.p.A e Poste Assicura S.p.A. - quali Titolari autonomi del trattamento ai sensi del Regolamento 2016/679/UE (GDPR) - i propri dati anagrafici e l'IBAN tempo per tempo utilizzato per il pagamento delle rate del mutuo, per le attività subordinate all'emissione e gestione della copertura.

Luogo e data ..../..../..... Firma del 1° cointestatario del mutuo ……

Delega al pagamento del premio

L'aderente (delegante) delega il 1° cointestatario del mutuo (delegato) - che a sua volta dichiara di obbligarsi - al pagamento del premio relativo al contratto Posteprotezione Mutuo Flessibile.

Luogo e data .....

Firma dell'aderente .....

Firma del 1° cointestatario .....

Luogo e data .....

Firma dell'aderente .....

Firma del 1° cointestatario .....

Luogo e data .....

Firma dell'aderente .....

Firma del 1° cointestatario .....

Luogo e data .....

Firma dell'aderente .....

Firma del 1° cointestatario .....

Poste Assicura, ai sensi dell'art. 1268 Codice civile, dichiara di liberare l'aderente (delegante) dall'obbligazione del pagamento del premio ed accetta l'obbligazione assunta dal 1° cointestatario del mutuo (delegato).

Fatto salvo quanto sopra Poste Assicura, ai sensi dell'art.1274 del Codice civile, dichiara di riservarsi di agire nei confronti dell'aderente (delegante) nel caso di insolvenza del 1° cointestatario del mutuo (delegato).

Prestazioni assicurate e premio

.....

Importo mutuo finanziato | durata / mesi | premio totale lordo*

* In caso di premio finanziato, il premio relativo alla copertura assicurativa viene incassato al momento dell'erogazione del mutuo.
In caso di premio non finanziato, quando prevista questa modalità, il pagamento dovrà avvenire entro i 7 giorni successivi l'erogazione del mutuo.

Premio totale lordo ..... euro

Costo totale complessivo a carico dell'assicurato (o di tutti gli assicurati, se più di uno) ……..... euro di cui importo percepito dall'intermediario ……..... euro

In caso di più assicurati, si rimanda alla sezione "Dati degli aderenti alla copertura assicurativa" per le percentuali di ripartizione degli importi di cui sopra tra i singoli assicurati.
In caso di estinzione anticipata totale o trasferimento del mutuo, 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.

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

Firma 1° aderente ……..…… Firma 2° aderente .....

Firma 3° aderente ……..…… Firma 4° aderente .....

Informativa contrattuale e precontrattuale

L'aderente/i e il 1° cointestarario del mutuo dichiarano 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 Assicurazione comprensive di Glossario, reso in sede di sottoscrizione del contratto.
Dichiara/no 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, in conformità alle disposizioni di legge e regolamentari applicabili.

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

Firma 1° aderente ……..…… Firma 2° aderente .....

Firma 3° aderente ……..…… Firma 4° aderente .....

Firma 1° cointestatario .....

Mod. 40007 Edizione marzo 2022

Originale per Poste Assicura ❑ • per il cliente ❑ • per l'ufficio postale ❑ per la banca ❑

Clausole da approvare espressamente

Il/i sottoscritto/i dichiara/no di approvare espressamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art. 2 Chi si può assicurare?; Art. 5 Quanto dura la copertura?; Art. 7 Come e quando si paga il premio?; Art. 17 Cosa succede se non si pagano o si pagano in ritardo le rate del mutuo?; Art. 18 Cosa si deve fare quando avviene un sinistro?; Art. 21 Ci sono attività sportive e professionali non coperte?; Art. 22 Cosa succede se le dichiarazioni dell'assicurato sono false, inesatte o reticenti?; Art. 23 Si può recedere dal contratto? In che tempi?; Art. 24 Si può disdire il contratto?; Art. 25 Quali sono le responsabilità di Poste Vita e Poste Assicura?; Art. 26 In cosa consiste l'assicurazione?; Art. 28 Ci sono casi in cui il decesso non è coperto?; Art. 33 In cosa consiste l'assicurazione?; Art. 34 Ci sono casi in cui l'Infortunio o la Malattia non sono coperti?; Art. 35 L'assicurazione prevede un periodo di Carenza?; Art. 37 In cosa consiste l'assicurazione?; Art. 39 Ci sono casi in cui la Malattia Grave non è coperta?; Art. 40 L'assicurazione prevede un periodo di Carenza?

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

Firma 1° aderente …….....……. Firma 2° aderente .....

Firma 3° aderente …….....……. Firma 4° aderente .....

Trattamento dei dati personali relativi alla salute

Il trattamento dei dati personali, relativi alla salute, avviene in virtù del consenso prestato in fase di compilazione del Questionario assuntivo, al solo fine di dare esecuzione al rapporto contrattuale, 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'aderente e disponibile sui siti internet delle citate società raggiungibili all'indirizzo www.poste.it.

Sezione riservata a Poste Italiane S.p.A. – Patrimonio BancoPosta

Ufficio Postale …….....…….. Frazionario …….....…….....……..……

Data ……

L'incaricato di Poste Italiane S.p.A. – Patrimonio BancoPosta …….....……

Mod. 40007 Edizione marzo 2022

Originale per Poste Assicura ❑ • per il cliente ❑ • per l'ufficio postale ❑ per la banca ❑

Poste Vita S.p.A. - 00144, Roma (RM), Viale Europa 190 - 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.

Poste Assicura S.p.A.- 00144, Roma (RM), Viale Europa 190 - 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.

Postevita
Posteassicura
GruppoAssicurativoPostevita

posteprotezionemutuoflessibile

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER L'ADDEBITO IN CONTO CORRENTE DELLE DISPOSIZIONI SEPA CORE DIRECT DEBIT

(Opzione allineamento elettronico archivi – Servizio SEDA)

Cognome e Nome del 1° cointestatario del mutuo (delegato) .....

Indirizzo: Via/C.so/P.zza/Largo ..... N° ..... CAP .....

Località ..... Provincia ..... Paese .....

Codice Fiscale: .....

Titolare del conto di pagamento:

Conto corrente N° .....

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ragione sociale del creditore: Poste Assicura S.p.A.

Codice IBAN del creditore: **IT38I0760103200001055735011**

Sede Legale: Viale Europa n°190 CAP 00144

Località ROMA Provincia RM Paese ITALIA

Il sottoscritto debitore autorizza il creditore a disporre sul conto di pagamento sopra indicato:

❑ un singolo addebito

Con l'addebito sul conto corrente sopra indicato, il sottoscritto delegato sottoscrive un unico mandato di addebito, valido sia per Poste Vita sia per Poste Assicura, e autorizza Poste Assicura ad incassare il premio lordo totale. Poste Assicura provvederà poi a pagare a Poste Vita la quota di premio relativa alla copertura Morte. L'incasso del premio avverrà contestualmente all'erogazione del mutuo.

Il numero di mandato SEPA corrispondente all'incasso del premio verrà riportato nella comunicazione successivamente inviata da Poste Assicura, nella quale sono indicati i numeri di polizza Vita e Danni.

Luogo e data ..../.../..... Firma del 1° cointestatario del mutuo (delegato) ……..……

Originale per Poste Assicura ❑ • per il cliente ❑ • per l'ufficio postale ❑ per la banca ❑

Poste Vita S.p.A. - 00144, Roma (RM), Viale Europa 190 - 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.

Poste Assicura S.p.A.- 00144, Roma (RM), Viale Europa 190 - 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.

Posteitaliane

posteprotezionemutuoflessibile

MODULO DI ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA PER MUTUO BANCOPOSTA POSTEPROTEZIONE MUTUO FLESSIBILE

Ufficio Postale/Frazionario .....Filiale.....Numero telefono/Fax .....

Dati degli aderenti alla copertura assicurativa

1° ADERENTE: Cognome ..... Nome.....

Data e luogo di nascita ..... quota % assicurata.....

Codice fiscale: └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

2° ADERENTE: Cognome ..... Nome.....

Data e luogo di nascita ..... quota % assicurata.....

Codice fiscale: └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

3° ADERENTE: Cognome ..... Nome.....

Data e luogo di nascita ..... quota % assicurata.....

Codice fiscale: └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

4° ADERENTE: Cognome ..... Nome.....

Data e luogo di nascita ..... quota % assicurata.....

Codice fiscale: └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

Dichiarazioni degli aderenti

In qualità di richiedente/i del Mutuo BancoPosta ("mutuo"), 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 possono aderire le persone che richiedono un mutuo, **DICHIARA/NO:**

- di prestare il consenso necessario per la validità dell'assicurazione sulla sua vita (art. 1919 Codice civile)
- di essere stato informato che le coperture assicurative **non sono obbligatorie** e non sono necessarie per la concessione del finanziamento
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del mutuo richiesto o di mancato assenso da parte di Poste Vita e/o Poste Assicura all'adesione alla Polizza Collettiva, le coperture richieste non saranno attivate
- di aver ricevuto e letto le Condizioni di Assicurazione riportate nel Set Informativo
- di avere un'età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti come indicato all'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione e di rientrare nei limiti assuntivi previsti
- 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 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 la copertura Malattia Grave, l'importo massimo che Poste Assicura paga può essere inferiore all'importo del debito residuo
- di prendere atto, nel caso di mutuo cointestato, che le prestazioni saranno erogate come previsto dall'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione, anche in riferimento alle ipotesi in cui non tutti i cointestatari siano assicurabili ai sensi delle Condizioni di Assicurazione
- di prendere atto delle condizioni applicabili nell'ipotesi di estinzione anticipata totale o parziale e di surroga passiva (c.d. portabilità) del mutuo ai sensi delle Condizioni di Assicurazione, con particolare riguardo, tra l'altro, all'ammontare del premio oggetto di restituzione
- di essere stato informato della possibilità di recedere **entro 60 giorni** dalla stipula del contratto e delle conseguenze applicabili in tali ipotesi, con riguardo al rimborso del premio
- di essere a conoscenza che, nel caso di esercizio delle opzioni Sospensione Rata e Flessibilità Durata, previste dal Mutuo Flessibile, la copertura continuerà ad operare adeguandosi automaticamente al nuovo piano di ammortamento, come previsto nelle Condizioni di Assicurazione.

1° ADERENTE:
Per la validità della copertura, io sottoscritto .....
DICHIARO inoltre:

- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire alle garanzie Morte, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione, che prevedono il versamento di un premio unico anticipato.
- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, anche il Questionario anamnestico 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.

2° ADERENTE:
Per la validità della copertura, io sottoscritto .....
DICHIARO inoltre:

- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire alle garanzie Morte, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione, che prevedono il versamento di un premio unico anticipato.

Mod. 40007 Edizione marzo 2022

Originale per Poste Assicura ❑ • per il cliente ❑ • per l'ufficio postale ❑ per la banca ❑

- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, anche il Questionario anamnestico 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.

3° ADERENTE:
Per la validità della copertura, io sottoscritto .....
DICHIARO inoltre:
- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire alle garanzie Morte, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione, che prevedono il versamento di un premio unico anticipato.
- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, anche il Questionario anamnestico 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.

4° ADERENTE:
Per la validità della copertura, io sottoscritto .....
DICHIARO inoltre:
- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire alle garanzie Morte, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione, che prevedono il versamento di un premio unico anticipato.
- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, anche il Questionario anamnestico 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: L'aderente 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, e 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: Anche nei casi non espressamente previsti da Poste Assicura S.p.A., l'aderente 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'aderente 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 dell'eventuale referente terzo comunicati 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'aderente, in virtù dell'art. 14 comma 5 del Regolamento 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 1° aderente …….....……..

Per esigenze di riservatezza, l'aderente 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 dell'eventuale referente terzo comunicati 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'aderente, in virtù dell'art. 14 comma 5 del Regolamento 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 2° aderente …….....……

Mod. 40007 Edizione marzo 2022

Originale per Poste Assicura ❑ • per il cliente ❑ • per l'ufficio postale ❑ per la banca ❑

poste**protezione**mutuo**flessibile**

Per esigenze di riservatezza, l'aderente 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 dell'eventuale referente terzo comunicati 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'aderente, in virtù dell'art. 14 comma 5 del Regolamento 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 3° aderente …….....…….

Per esigenze di riservatezza, l'aderente 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 dell'eventuale referente terzo comunicati 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'aderente, in virtù dell'art. 14 comma 5 del Regolamento 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 4° aderente …….....…….

Mod. 40007 Edizione marzo 2022

Originale per Poste Assicura ❑ • per il cliente ❑ • per l'ufficio postale ❑ per la banca ❑

Periodicità e mezzi di pagamento del premio

Il premio complessivo a copertura del totale delle adesioni a Posteprotezione Mutuo Flessibile può essere corrisposto:

❑ tramite conferimento di apposito mandato all'Ente Erogante ***(premio finanziato)***. L'incasso del premio da parte della compagnia avverrà contestualmente all'erogazione del mutuo.

❑ quando previsto, utilizzando il conto corrente messo a disposizione dal 1° cointestatario del mutuo anche se non ha aderito a Posteprotezione Mutuo Flessibile ***(premio non finanziato)***:

- con addebito su conto corrente IBAN |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
  intestato a: .....

In caso di surroga attiva, l'efficacia della copertura è vincolata al pagamento del premio che può avvenire esclusivamente nella modalità non finanziata, con addebito sul conto corrente del 1° cointestatario del mutuo anche se non ha aderito a Posteprotezione Mutuo Flessibile.

Il 1° cointestario del mutuo prende atto che l'Ente Erogante comunica a Poste Vita S.p.A e Poste Assicura S.p.A. - quali Titolari autonomi del trattamento ai sensi del Regolamento 2016/679/UE (GDPR) - i propri dati anagrafici e l'IBAN tempo per tempo utilizzato per il pagamento delle rate del mutuo, per le attività subordinate all'emissione e gestione della copertura.

Luogo e data ..../..../..... Firma del 1° cointestatario del mutuo ……

Delega al pagamento del premio

L'aderente (delegante) delega il 1° cointestatario del mutuo (delegato) - che a sua volta dichiara di obbligarsi - al pagamento del premio relativo al contratto Posteprotezione Mutuo Flessibile.

Luogo e data .....

Firma dell'aderente .....

Firma del 1° cointestatario .....

Luogo e data .....

Firma dell'aderente .....

Firma del 1° cointestatario .....

Luogo e data .....

Firma dell'aderente .....

Firma del 1° cointestatario .....

Luogo e data .....

Firma dell'aderente .....

Firma del 1° cointestatario .....

Poste Assicura, ai sensi dell'art. 1268 Codice civile, dichiara di liberare l'aderente (delegante) dall'obbligazione del pagamento del premio ed accetta l'obbligazione assunta dal 1° cointestatario del mutuo (delegato).

Fatto salvo quanto sopra Poste Assicura, ai sensi dell'art.1274 del Codice civile, dichiara di riservarsi di agire nei confronti dell'aderente (delegante) nel caso di insolvenza del 1° cointestatario del mutuo (delegato).

Prestazioni assicurate e premio

.....

Importo mutuo finanziato | durata / mesi | premio totale lordo*

* In caso di premio finanziato, il premio relativo alla copertura assicurativa viene incassato al momento dell'erogazione del mutuo.
In caso di premio non finanziato, quando prevista questa modalità, il pagamento dovrà avvenire entro i 7 giorni successivi l'erogazione del mutuo.

Premio totale lordo ..... euro

Costo totale complessivo a carico dell'assicurato (o di tutti gli assicurati, se più di uno) ……..... euro di cui importo percepito dall'intermediario ……..... euro

In caso di più assicurati, si rimanda alla sezione "Dati degli aderenti alla copertura assicurativa" per le percentuali di ripartizione degli importi di cui sopra tra i singoli assicurati.
In caso di estinzione anticipata totale o trasferimento del mutuo, 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.

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

Firma 1° aderente ……..…… Firma 2° aderente .....

Firma 3° aderente ……..…… Firma 4° aderente .....

Informativa contrattuale e precontrattuale

L'aderente/i e il 1° cointestarario del mutuo dichiarano 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 Assicurazione comprensive di Glossario, reso in sede di sottoscrizione del contratto.
Dichiara/no 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, in conformità alle disposizioni di legge e regolamentari applicabili.

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

Firma 1° aderente ……..…… Firma 2° aderente .....

Firma 3° aderente ……..…… Firma 4° aderente .....

Firma 1° cointestatario .....

Mod. 40007 Edizione marzo 2022

Originale per Poste Assicura ❑ • per il cliente ❑ • per l'ufficio postale ❑ per la banca ❑

Clausole da approvare espressamente

Il/i sottoscritto/i dichiara/no di approvare espressamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art. 2 Chi si può assicurare?; Art. 5 Quanto dura la copertura?; Art. 7 Come e quando si paga il premio?; Art. 17 Cosa succede se non si pagano o si pagano in ritardo le rate del mutuo?; Art. 18 Cosa si deve fare quando avviene un sinistro?; Art. 21 Ci sono attività sportive e professionali non coperte?; Art. 22 Cosa succede se le dichiarazioni dell'assicurato sono false, inesatte o reticenti?; Art. 23 Si può recedere dal contratto? In che tempi?; Art. 24 Si può disdire il contratto?; Art. 25 Quali sono le responsabilità di Poste Vita e Poste Assicura?; Art. 26 In cosa consiste l'assicurazione?; Art. 28 Ci sono casi in cui il decesso non è coperto?; Art. 33 In cosa consiste l'assicurazione?; Art. 34 Ci sono casi in cui l'Infortunio o la Malattia non sono coperti?; Art. 35 L'assicurazione prevede un periodo di Carenza?; Art. 37 In cosa consiste l'assicurazione?; Art. 39 Ci sono casi in cui la Malattia Grave non è coperta?; Art. 40 L'assicurazione prevede un periodo di Carenza?

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

Firma 1° aderente …….....……. Firma 2° aderente .....

Firma 3° aderente …….....……. Firma 4° aderente .....

Trattamento dei dati personali relativi alla salute

Il trattamento dei dati personali, relativi alla salute, avviene in virtù del consenso prestato in fase di compilazione del Questionario assuntivo, al solo fine di dare esecuzione al rapporto contrattuale, 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'aderente e disponibile sui siti internet delle citate società raggiungibili all'indirizzo www.poste.it.

Sezione riservata a Poste Italiane S.p.A. – Patrimonio BancoPosta

Ufficio Postale …….....…….. Frazionario …….....…….....……..……

Data ……

L'incaricato di Poste Italiane S.p.A. – Patrimonio BancoPosta …….....……

Mod. 40007 Edizione marzo 2022

Originale per Poste Assicura ❑ • per il cliente ❑ • per l'ufficio postale ❑ per la banca ❑

Poste Vita S.p.A. - 00144, Roma (RM), Viale Europa 190 - 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.

Poste Assicura S.p.A.- 00144, Roma (RM), Viale Europa 190 - 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.

Postevita
Posteassicura
GruppoAssicurativoPostevita

posteprotezionemutuoflessibile

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER L'ADDEBITO IN CONTO CORRENTE DELLE DISPOSIZIONI SEPA CORE DIRECT DEBIT

(Opzione allineamento elettronico archivi – Servizio SEDA)

Cognome e Nome del 1° cointestatario del mutuo (delegato) .....

Indirizzo: Via/C.so/P.zza/Largo ..... N° ..... CAP .....

Località ..... Provincia ..... Paese .....

Codice Fiscale: .....

Titolare del conto di pagamento:

Conto corrente N° .....

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ragione sociale del creditore: Poste Assicura S.p.A.

Codice IBAN del creditore: **IT38I0760103200001055735011**

Sede Legale: Viale Europa n°190 CAP 00144

Località ROMA Provincia RM Paese ITALIA

Il sottoscritto debitore autorizza il creditore a disporre sul conto di pagamento sopra indicato:

❑ un singolo addebito

Con l'addebito sul conto corrente sopra indicato, il sottoscritto delegato sottoscrive un unico mandato di addebito, valido sia per Poste Vita sia per Poste Assicura, e autorizza Poste Assicura ad incassare il premio lordo totale. Poste Assicura provvederà poi a pagare a Poste Vita la quota di premio relativa alla copertura Morte. L'incasso del premio avverrà contestualmente all'erogazione del mutuo.

Il numero di mandato SEPA corrispondente all'incasso del premio verrà riportato nella comunicazione successivamente inviata da Poste Assicura, nella quale sono indicati i numeri di polizza Vita e Danni.

Luogo e data ..../.../..... Firma del 1° cointestatario del mutuo (delegato) ……..……

Originale per Poste Assicura ❑ • per il cliente ❑ • per l'ufficio postale ❑ per la banca ❑

Poste Vita S.p.A. - 00144, Roma (RM), Viale Europa 190 - 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.

Poste Assicura S.p.A.- 00144, Roma (RM), Viale Europa 190 - 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.

Posteitaliane

posteprotezionemutuoflessibile

MODULO DI ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA PER MUTUO BANCOPOSTA POSTEPROTEZIONE MUTUO FLESSIBILE

Ufficio Postale/Frazionario .....Filiale.....Numero telefono/Fax .....

Dati degli aderenti alla copertura assicurativa

1° ADERENTE: Cognome ..... Nome.....

Data e luogo di nascita ..... quota % assicurata.....

Codice fiscale: └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

2° ADERENTE: Cognome ..... Nome.....

Data e luogo di nascita ..... quota % assicurata.....

Codice fiscale: └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

3° ADERENTE: Cognome ..... Nome.....

Data e luogo di nascita ..... quota % assicurata.....

Codice fiscale: └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

4° ADERENTE: Cognome ..... Nome.....

Data e luogo di nascita ..... quota % assicurata.....

Codice fiscale: └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

Dichiarazioni degli aderenti

In qualità di richiedente/i del Mutuo BancoPosta ("mutuo"), 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 possono aderire le persone che richiedono un mutuo, **DICHIARA/NO:**

- di prestare il consenso necessario per la validità dell'assicurazione sulla sua vita (art. 1919 Codice civile)
- di essere stato informato che le coperture assicurative **non sono obbligatorie** e non sono necessarie per la concessione del finanziamento
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del mutuo richiesto o di mancato assenso da parte di Poste Vita e/o Poste Assicura all'adesione alla Polizza Collettiva, le coperture richieste non saranno attivate
- di aver ricevuto e letto le Condizioni di Assicurazione riportate nel Set Informativo
- di avere un'età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti come indicato all'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione e di rientrare nei limiti assuntivi previsti
- 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 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 la copertura Malattia Grave, l'importo massimo che Poste Assicura paga può essere inferiore all'importo del debito residuo
- di prendere atto, nel caso di mutuo cointestato, che le prestazioni saranno erogate come previsto dall'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione, anche in riferimento alle ipotesi in cui non tutti i cointestatari siano assicurabili ai sensi delle Condizioni di Assicurazione
- di prendere atto delle condizioni applicabili nell'ipotesi di estinzione anticipata totale o parziale e di surroga passiva (c.d. portabilità) del mutuo ai sensi delle Condizioni di Assicurazione, con particolare riguardo, tra l'altro, all'ammontare del premio oggetto di restituzione
- di essere stato informato della possibilità di recedere **entro 60 giorni** dalla stipula del contratto e delle conseguenze applicabili in tali ipotesi, con riguardo al rimborso del premio
- di essere a conoscenza che, nel caso di esercizio delle opzioni Sospensione Rata e Flessibilità Durata, previste dal Mutuo Flessibile, la copertura continuerà ad operare adeguandosi automaticamente al nuovo piano di ammortamento, come previsto nelle Condizioni di Assicurazione.

1° ADERENTE:
Per la validità della copertura, io sottoscritto .....
DICHIARO inoltre:

- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire alle garanzie Morte, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione, che prevedono il versamento di un premio unico anticipato.
- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, anche il Questionario anamnestico 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.

2° ADERENTE:
Per la validità della copertura, io sottoscritto .....
DICHIARO inoltre:

- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire alle garanzie Morte, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione, che prevedono il versamento di un premio unico anticipato.

Mod. 40007 Edizione marzo 2022

Originale per Poste Assicura ❑ • per il cliente ❑ • per l'ufficio postale ❑ per la banca ❑

- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, anche il Questionario anamnestico 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.

3° ADERENTE:
Per la validità della copertura, io sottoscritto .....
DICHIARO inoltre:
- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire alle garanzie Morte, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione, che prevedono il versamento di un premio unico anticipato.
- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, anche il Questionario anamnestico 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.

4° ADERENTE:
Per la validità della copertura, io sottoscritto .....
DICHIARO inoltre:
- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire alle garanzie Morte, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione, che prevedono il versamento di un premio unico anticipato.
- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, anche il Questionario anamnestico 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: L'aderente 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, e 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: Anche nei casi non espressamente previsti da Poste Assicura S.p.A., l'aderente 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'aderente 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 dell'eventuale referente terzo comunicati 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'aderente, in virtù dell'art. 14 comma 5 del Regolamento 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 1° aderente …….....……..

Per esigenze di riservatezza, l'aderente 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 dell'eventuale referente terzo comunicati 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'aderente, in virtù dell'art. 14 comma 5 del Regolamento 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 2° aderente …….....……

Mod. 40007 Edizione marzo 2022

Originale per Poste Assicura ❑ • per il cliente ❑ • per l'ufficio postale ❑ per la banca ❑

poste**protezione**mutuo**flessibile**

Per esigenze di riservatezza, l'aderente 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 dell'eventuale referente terzo comunicati 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'aderente, in virtù dell'art. 14 comma 5 del Regolamento 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 3° aderente …….....…….

Per esigenze di riservatezza, l'aderente 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 dell'eventuale referente terzo comunicati 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'aderente, in virtù dell'art. 14 comma 5 del Regolamento 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 4° aderente …….....…….

Mod. 40007 Edizione marzo 2022

Originale per Poste Assicura ❑ • per il cliente ❑ • per l'ufficio postale ❑ per la banca ❑

Periodicità e mezzi di pagamento del premio

Il premio complessivo a copertura del totale delle adesioni a Posteprotezione Mutuo Flessibile può essere corrisposto:

❑ tramite conferimento di apposito mandato all'Ente Erogante ***(premio finanziato)***. L'incasso del premio da parte della compagnia avverrà contestualmente all'erogazione del mutuo.

❑ quando previsto, utilizzando il conto corrente messo a disposizione dal 1° cointestatario del mutuo anche se non ha aderito a Posteprotezione Mutuo Flessibile ***(premio non finanziato)***:

- con addebito su conto corrente IBAN |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
  intestato a: .....

In caso di surroga attiva, l'efficacia della copertura è vincolata al pagamento del premio che può avvenire esclusivamente nella modalità non finanziata, con addebito sul conto corrente del 1° cointestatario del mutuo anche se non ha aderito a Posteprotezione Mutuo Flessibile.

Il 1° cointestario del mutuo prende atto che l'Ente Erogante comunica a Poste Vita S.p.A e Poste Assicura S.p.A. - quali Titolari autonomi del trattamento ai sensi del Regolamento 2016/679/UE (GDPR) - i propri dati anagrafici e l'IBAN tempo per tempo utilizzato per il pagamento delle rate del mutuo, per le attività subordinate all'emissione e gestione della copertura.

Luogo e data ..../..../..... Firma del 1° cointestatario del mutuo ……

Delega al pagamento del premio

L'aderente (delegante) delega il 1° cointestatario del mutuo (delegato) - che a sua volta dichiara di obbligarsi - al pagamento del premio relativo al contratto Posteprotezione Mutuo Flessibile.

Luogo e data .....

Firma dell'aderente .....

Firma del 1° cointestatario .....

Luogo e data .....

Firma dell'aderente .....

Firma del 1° cointestatario .....

Luogo e data .....

Firma dell'aderente .....

Firma del 1° cointestatario .....

Luogo e data .....

Firma dell'aderente .....

Firma del 1° cointestatario .....

Poste Assicura, ai sensi dell'art. 1268 Codice civile, dichiara di liberare l'aderente (delegante) dall'obbligazione del pagamento del premio ed accetta l'obbligazione assunta dal 1° cointestatario del mutuo (delegato).

Fatto salvo quanto sopra Poste Assicura, ai sensi dell'art.1274 del Codice civile, dichiara di riservarsi di agire nei confronti dell'aderente (delegante) nel caso di insolvenza del 1° cointestatario del mutuo (delegato).

Prestazioni assicurate e premio

.....

Importo mutuo finanziato | durata / mesi | premio totale lordo*

* In caso di premio finanziato, il premio relativo alla copertura assicurativa viene incassato al momento dell'erogazione del mutuo.
In caso di premio non finanziato, quando prevista questa modalità, il pagamento dovrà avvenire entro i 7 giorni successivi l'erogazione del mutuo.

Premio totale lordo ..... euro

Costo totale complessivo a carico dell'assicurato (o di tutti gli assicurati, se più di uno) ……..... euro di cui importo percepito dall'intermediario ……..... euro

In caso di più assicurati, si rimanda alla sezione "Dati degli aderenti alla copertura assicurativa" per le percentuali di ripartizione degli importi di cui sopra tra i singoli assicurati.
In caso di estinzione anticipata totale o trasferimento del mutuo, 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.

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

Firma 1° aderente ……..…… Firma 2° aderente .....

Firma 3° aderente ……..…… Firma 4° aderente .....

Informativa contrattuale e precontrattuale

L'aderente/i e il 1° cointestarario del mutuo dichiarano 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 Assicurazione comprensive di Glossario, reso in sede di sottoscrizione del contratto.
Dichiara/no 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, in conformità alle disposizioni di legge e regolamentari applicabili.

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

Firma 1° aderente ……..…… Firma 2° aderente .....

Firma 3° aderente ……..…… Firma 4° aderente .....

Firma 1° cointestatario .....

Mod. 40007 Edizione marzo 2022

Originale per Poste Assicura ❑ • per il cliente ❑ • per l'ufficio postale ❑ per la banca ❑

Clausole da approvare espressamente

Il/i sottoscritto/i dichiara/no di approvare espressamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art. 2 Chi si può assicurare?; Art. 5 Quanto dura la copertura?; Art. 7 Come e quando si paga il premio?; Art. 17 Cosa succede se non si pagano o si pagano in ritardo le rate del mutuo?; Art. 18 Cosa si deve fare quando avviene un sinistro?; Art. 21 Ci sono attività sportive e professionali non coperte?; Art. 22 Cosa succede se le dichiarazioni dell'assicurato sono false, inesatte o reticenti?; Art. 23 Si può recedere dal contratto? In che tempi?; Art. 24 Si può disdire il contratto?; Art. 25 Quali sono le responsabilità di Poste Vita e Poste Assicura?; Art. 26 In cosa consiste l'assicurazione?; Art. 28 Ci sono casi in cui il decesso non è coperto?; Art. 33 In cosa consiste l'assicurazione?; Art. 34 Ci sono casi in cui l'Infortunio o la Malattia non sono coperti?; Art. 35 L'assicurazione prevede un periodo di Carenza?; Art. 37 In cosa consiste l'assicurazione?; Art. 39 Ci sono casi in cui la Malattia Grave non è coperta?; Art. 40 L'assicurazione prevede un periodo di Carenza?

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

Firma 1° aderente …….....……. Firma 2° aderente .....

Firma 3° aderente …….....……. Firma 4° aderente .....

Trattamento dei dati personali relativi alla salute

Il trattamento dei dati personali, relativi alla salute, avviene in virtù del consenso prestato in fase di compilazione del Questionario assuntivo, al solo fine di dare esecuzione al rapporto contrattuale, 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'aderente e disponibile sui siti internet delle citate società raggiungibili all'indirizzo www.poste.it.

Sezione riservata a Poste Italiane S.p.A. – Patrimonio BancoPosta

Ufficio Postale …….....…….. Frazionario …….....…….....……..……

Data ……

L'incaricato di Poste Italiane S.p.A. – Patrimonio BancoPosta …….....……

Mod. 40007 Edizione marzo 2022

Originale per Poste Assicura ❑ • per il cliente ❑ • per l'ufficio postale ❑ per la banca ❑

Poste Vita S.p.A. - 00144, Roma (RM), Viale Europa 190 - 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.

Poste Assicura S.p.A.- 00144, Roma (RM), Viale Europa 190 - 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.

Postevita
Posteassicura
GruppoAssicurativoPostevita

posteprotezionemutuoflessibile

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER L'ADDEBITO IN CONTO CORRENTE DELLE DISPOSIZIONI SEPA CORE DIRECT DEBIT

(Opzione allineamento elettronico archivi – Servizio SEDA)

Cognome e Nome del 1° cointestatario del mutuo (delegato) .....

Indirizzo: Via/C.so/P.zza/Largo ..... N° ..... CAP .....

Località ..... Provincia ..... Paese .....

Codice Fiscale: .....

Titolare del conto di pagamento:

Conto corrente N° .....

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ragione sociale del creditore: Poste Assicura S.p.A.

Codice IBAN del creditore: **IT38I0760103200001055735011**

Sede Legale: Viale Europa n°190 CAP 00144

Località ROMA Provincia RM Paese ITALIA

Il sottoscritto debitore autorizza il creditore a disporre sul conto di pagamento sopra indicato:

❑ un singolo addebito

Con l'addebito sul conto corrente sopra indicato, il sottoscritto delegato sottoscrive un unico mandato di addebito, valido sia per Poste Vita sia per Poste Assicura, e autorizza Poste Assicura ad incassare il premio lordo totale. Poste Assicura provvederà poi a pagare a Poste Vita la quota di premio relativa alla copertura Morte. L'incasso del premio avverrà contestualmente all'erogazione del mutuo.

Il numero di mandato SEPA corrispondente all'incasso del premio verrà riportato nella comunicazione successivamente inviata da Poste Assicura, nella quale sono indicati i numeri di polizza Vita e Danni.

Luogo e data ..../.../..... Firma del 1° cointestatario del mutuo (delegato) ……..……

Originale per Poste Assicura ❑ • per il cliente ❑ • per l'ufficio postale ❑ per la banca ❑

Poste Vita S.p.A. - 00144, Roma (RM), Viale Europa 190 - 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.

Poste Assicura S.p.A.- 00144, Roma (RM), Viale Europa 190 - 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.

Posteitaliane

posteprotezionemutuoflessibile

MODULO DI ADESIONE ALLA COPERTURA ASSICURATIVA PER MUTUO BANCOPOSTA POSTEPROTEZIONE MUTUO FLESSIBILE

Ufficio Postale/Frazionario .....Filiale.....Numero telefono/Fax .....

Dati degli aderenti alla copertura assicurativa

1° ADERENTE: Cognome ..... Nome.....

Data e luogo di nascita ..... quota % assicurata.....

Codice fiscale: └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

2° ADERENTE: Cognome ..... Nome.....

Data e luogo di nascita ..... quota % assicurata.....

Codice fiscale: └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

3° ADERENTE: Cognome ..... Nome.....

Data e luogo di nascita ..... quota % assicurata.....

Codice fiscale: └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

4° ADERENTE: Cognome ..... Nome.....

Data e luogo di nascita ..... quota % assicurata.....

Codice fiscale: └┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┴┘

Dichiarazioni degli aderenti

In qualità di richiedente/i del Mutuo BancoPosta ("mutuo"), 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 possono aderire le persone che richiedono un mutuo, **DICHIARA/NO:**

- di prestare il consenso necessario per la validità dell'assicurazione sulla sua vita (art. 1919 Codice civile)
- di essere stato informato che le coperture assicurative **non sono obbligatorie** e non sono necessarie per la concessione del finanziamento
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del mutuo richiesto o di mancato assenso da parte di Poste Vita e/o Poste Assicura all'adesione alla Polizza Collettiva, le coperture richieste non saranno attivate
- di aver ricevuto e letto le Condizioni di Assicurazione riportate nel Set Informativo
- di avere un'età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti come indicato all'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione e di rientrare nei limiti assuntivi previsti
- 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 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 la copertura Malattia Grave, l'importo massimo che Poste Assicura paga può essere inferiore all'importo del debito residuo
- di prendere atto, nel caso di mutuo cointestato, che le prestazioni saranno erogate come previsto dall'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione, anche in riferimento alle ipotesi in cui non tutti i cointestatari siano assicurabili ai sensi delle Condizioni di Assicurazione
- di prendere atto delle condizioni applicabili nell'ipotesi di estinzione anticipata totale o parziale e di surroga passiva (c.d. portabilità) del mutuo ai sensi delle Condizioni di Assicurazione, con particolare riguardo, tra l'altro, all'ammontare del premio oggetto di restituzione
- di essere stato informato della possibilità di recedere **entro 60 giorni** dalla stipula del contratto e delle conseguenze applicabili in tali ipotesi, con riguardo al rimborso del premio
- di essere a conoscenza che, nel caso di esercizio delle opzioni Sospensione Rata e Flessibilità Durata, previste dal Mutuo Flessibile, la copertura continuerà ad operare adeguandosi automaticamente al nuovo piano di ammortamento, come previsto nelle Condizioni di Assicurazione.

1° ADERENTE:
Per la validità della copertura, io sottoscritto .....
DICHIARO inoltre:

- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire alle garanzie Morte, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione, che prevedono il versamento di un premio unico anticipato.
- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, anche il Questionario anamnestico 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.

2° ADERENTE:
Per la validità della copertura, io sottoscritto .....
DICHIARO inoltre:

- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire alle garanzie Morte, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione, che prevedono il versamento di un premio unico anticipato.

Mod. 40007 Edizione marzo 2022

Originale per Poste Assicura ❑ • per il cliente ❑ • per l'ufficio postale ❑ per la banca ❑

- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, anche il Questionario anamnestico 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.

3° ADERENTE:
Per la validità della copertura, io sottoscritto .....
DICHIARO inoltre:
- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire alle garanzie Morte, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione, che prevedono il versamento di un premio unico anticipato.
- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, anche il Questionario anamnestico 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.

4° ADERENTE:
Per la validità della copertura, io sottoscritto .....
DICHIARO inoltre:
- di appartenere alla categoria lavorativa:
- di aderire alle garanzie Morte, Invalidità Totale e Permanente, Malattia Grave, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. 5 delle Condizioni di Assicurazione, che prevedono il versamento di un premio unico anticipato.
- di aver sottoscritto il Questionario assuntivo e, nei casi previsti dalle Condizioni di Assicurazione, anche il Questionario anamnestico 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: L'aderente 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, e 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: Anche nei casi non espressamente previsti da Poste Assicura S.p.A., l'aderente 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'aderente 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 dell'eventuale referente terzo comunicati 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'aderente, in virtù dell'art. 14 comma 5 del Regolamento 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 1° aderente …….....……..

Per esigenze di riservatezza, l'aderente 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 dell'eventuale referente terzo comunicati 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'aderente, in virtù dell'art. 14 comma 5 del Regolamento 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 2° aderente …….....……

Mod. 40007 Edizione marzo 2022

Originale per Poste Assicura ❑ • per il cliente ❑ • per l'ufficio postale ❑ per la banca ❑

poste**protezione**mutuo**flessibile**

Per esigenze di riservatezza, l'aderente 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 dell'eventuale referente terzo comunicati 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'aderente, in virtù dell'art. 14 comma 5 del Regolamento 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 3° aderente …….....…….

Per esigenze di riservatezza, l'aderente 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 dell'eventuale referente terzo comunicati 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'aderente, in virtù dell'art. 14 comma 5 del Regolamento 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 4° aderente …….....…….

Mod. 40007 Edizione marzo 2022

Originale per Poste Assicura ❑ • per il cliente ❑ • per l'ufficio postale ❑ per la banca ❑

Periodicità e mezzi di pagamento del premio

Il premio complessivo a copertura del totale delle adesioni a Posteprotezione Mutuo Flessibile può essere corrisposto:

❑ tramite conferimento di apposito mandato all'Ente Erogante ***(premio finanziato)***. L'incasso del premio da parte della compagnia avverrà contestualmente all'erogazione del mutuo.

❑ quando previsto, utilizzando il conto corrente messo a disposizione dal 1° cointestatario del mutuo anche se non ha aderito a Posteprotezione Mutuo Flessibile ***(premio non finanziato)***:

- con addebito su conto corrente IBAN |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
  intestato a: .....

In caso di surroga attiva, l'efficacia della copertura è vincolata al pagamento del premio che può avvenire esclusivamente nella modalità non finanziata, con addebito sul conto corrente del 1° cointestatario del mutuo anche se non ha aderito a Posteprotezione Mutuo Flessibile.

Il 1° cointestario del mutuo prende atto che l'Ente Erogante comunica a Poste Vita S.p.A e Poste Assicura S.p.A. - quali Titolari autonomi del trattamento ai sensi del Regolamento 2016/679/UE (GDPR) - i propri dati anagrafici e l'IBAN tempo per tempo utilizzato per il pagamento delle rate del mutuo, per le attività subordinate all'emissione e gestione della copertura.

Luogo e data ..../..../..... Firma del 1° cointestatario del mutuo ……

Delega al pagamento del premio

L'aderente (delegante) delega il 1° cointestatario del mutuo (delegato) - che a sua volta dichiara di obbligarsi - al pagamento del premio relativo al contratto Posteprotezione Mutuo Flessibile.

Luogo e data .....

Firma dell'aderente .....

Firma del 1° cointestatario .....

Luogo e data .....

Firma dell'aderente .....

Firma del 1° cointestatario .....

Luogo e data .....

Firma dell'aderente .....

Firma del 1° cointestatario .....

Luogo e data .....

Firma dell'aderente .....

Firma del 1° cointestatario .....

Poste Assicura, ai sensi dell'art. 1268 Codice civile, dichiara di liberare l'aderente (delegante) dall'obbligazione del pagamento del premio ed accetta l'obbligazione assunta dal 1° cointestatario del mutuo (delegato).

Fatto salvo quanto sopra Poste Assicura, ai sensi dell'art.1274 del Codice civile, dichiara di riservarsi di agire nei confronti dell'aderente (delegante) nel caso di insolvenza del 1° cointestatario del mutuo (delegato).

Prestazioni assicurate e premio

.....

Importo mutuo finanziato | durata / mesi | premio totale lordo*

* In caso di premio finanziato, il premio relativo alla copertura assicurativa viene incassato al momento dell'erogazione del mutuo.
In caso di premio non finanziato, quando prevista questa modalità, il pagamento dovrà avvenire entro i 7 giorni successivi l'erogazione del mutuo.

Premio totale lordo ..... euro

Costo totale complessivo a carico dell'assicurato (o di tutti gli assicurati, se più di uno) ……..... euro di cui importo percepito dall'intermediario ……..... euro

In caso di più assicurati, si rimanda alla sezione "Dati degli aderenti alla copertura assicurativa" per le percentuali di ripartizione degli importi di cui sopra tra i singoli assicurati.
In caso di estinzione anticipata totale o trasferimento del mutuo, 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.

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

Firma 1° aderente ……..…… Firma 2° aderente .....

Firma 3° aderente ……..…… Firma 4° aderente .....

Informativa contrattuale e precontrattuale

L'aderente/i e il 1° cointestarario del mutuo dichiarano 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 Assicurazione comprensive di Glossario, reso in sede di sottoscrizione del contratto.
Dichiara/no 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, in conformità alle disposizioni di legge e regolamentari applicabili.

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

Firma 1° aderente ……..…… Firma 2° aderente .....

Firma 3° aderente ……..…… Firma 4° aderente .....

Firma 1° cointestatario .....

Mod. 40007 Edizione marzo 2022

Originale per Poste Assicura ❑ • per il cliente ❑ • per l'ufficio postale ❑ per la banca ❑

Clausole da approvare espressamente

Il/i sottoscritto/i dichiara/no di approvare espressamente i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art. 2 Chi si può assicurare?; Art. 5 Quanto dura la copertura?; Art. 7 Come e quando si paga il premio?; Art. 17 Cosa succede se non si pagano o si pagano in ritardo le rate del mutuo?; Art. 18 Cosa si deve fare quando avviene un sinistro?; Art. 21 Ci sono attività sportive e professionali non coperte?; Art. 22 Cosa succede se le dichiarazioni dell'assicurato sono false, inesatte o reticenti?; Art. 23 Si può recedere dal contratto? In che tempi?; Art. 24 Si può disdire il contratto?; Art. 25 Quali sono le responsabilità di Poste Vita e Poste Assicura?; Art. 26 In cosa consiste l'assicurazione?; Art. 28 Ci sono casi in cui il decesso non è coperto?; Art. 33 In cosa consiste l'assicurazione?; Art. 34 Ci sono casi in cui l'Infortunio o la Malattia non sono coperti?; Art. 35 L'assicurazione prevede un periodo di Carenza?; Art. 37 In cosa consiste l'assicurazione?; Art. 39 Ci sono casi in cui la Malattia Grave non è coperta?; Art. 40 L'assicurazione prevede un periodo di Carenza?

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

Firma 1° aderente …….....……. Firma 2° aderente .....

Firma 3° aderente …….....……. Firma 4° aderente .....

Trattamento dei dati personali relativi alla salute

Il trattamento dei dati personali, relativi alla salute, avviene in virtù del consenso prestato in fase di compilazione del Questionario assuntivo, al solo fine di dare esecuzione al rapporto contrattuale, 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'aderente e disponibile sui siti internet delle citate società raggiungibili all'indirizzo www.poste.it.

Sezione riservata a Poste Italiane S.p.A. – Patrimonio BancoPosta

Ufficio Postale …….....…….. Frazionario …….....…….....……..……

Data ……

L'incaricato di Poste Italiane S.p.A. – Patrimonio BancoPosta …….....……

Mod. 40007 Edizione marzo 2022

Originale per Poste Assicura ❑ • per il cliente ❑ • per l'ufficio postale ❑ per la banca ❑

Poste Vita S.p.A. - 00144, Roma (RM), Viale Europa 190 - 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.

Poste Assicura S.p.A.- 00144, Roma (RM), Viale Europa 190 - 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.

Postevita
Posteassicura
GruppoAssicurativoPostevita

posteprotezionemutuoflessibile

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE PER L'ADDEBITO IN CONTO CORRENTE DELLE DISPOSIZIONI SEPA CORE DIRECT DEBIT

(Opzione allineamento elettronico archivi – Servizio SEDA)

Cognome e Nome del 1° cointestatario del mutuo (delegato) .....

Indirizzo: Via/C.so/P.zza/Largo ..... N° ..... CAP .....

Località ..... Provincia ..... Paese .....

Codice Fiscale: .....

Titolare del conto di pagamento:

Conto corrente N° .....

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ragione sociale del creditore: Poste Assicura S.p.A.

Codice IBAN del creditore: **IT38I0760103200001055735011**

Sede Legale: Viale Europa n°190 CAP 00144

Località ROMA Provincia RM Paese ITALIA

Il sottoscritto debitore autorizza il creditore a disporre sul conto di pagamento sopra indicato:

❑ un singolo addebito

Con l'addebito sul conto corrente sopra indicato, il sottoscritto delegato sottoscrive un unico mandato di addebito, valido sia per Poste Vita sia per Poste Assicura, e autorizza Poste Assicura ad incassare il premio lordo totale. Poste Assicura provvederà poi a pagare a Poste Vita la quota di premio relativa alla copertura Morte. L'incasso del premio avverrà contestualmente all'erogazione del mutuo.

Il numero di mandato SEPA corrispondente all'incasso del premio verrà riportato nella comunicazione successivamente inviata da Poste Assicura, nella quale sono indicati i numeri di polizza Vita e Danni.

Luogo e data ..../.../..... Firma del 1° cointestatario del mutuo (delegato) ……..……

Originale per Poste Assicura ❑ • per il cliente ❑ • per l'ufficio postale ❑ per la banca ❑

Poste Vita S.p.A. - 00144, Roma (RM), Viale Europa 190 - 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.

Poste Assicura S.p.A.- 00144, Roma (RM), Viale Europa 190 - 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.

Posteitaliane