

**Modulo di Adesione alla copertura assicurativa per Mutuo BancoPosta
POSTAPROTEZIONE INCENDIO MUTUI**

Ufficio Postale/Frazionario Filiale Numero telefono/Fax

(compilare in stampatello)

1° RICHIEDENTE: Cognome Nome

Residente in Via N. Cap. Località Prov.

Codice fiscale:

2° RICHIEDENTE: Cognome Nome

Residente in Via N. Cap. Località Prov.

Codice fiscale:

3° RICHIEDENTE: Cognome Nome

Residente in Via N. Cap. Località Prov.

Codice fiscale:

4° RICHIEDENTE: Cognome Nome

Residente in Via N. Cap. Località Prov.

Codice fiscale:

In qualità di Richiedente/i del mutuo BancoPosta, preso atto che Poste Italiane S.p.A. ha stipulato, ai sensi dell'Art. 1891 Codice Civile, con Poste Assicura S.p.A. una polizza di assicurazione a cui possono aderire le persone fisiche che hanno stipulato un contratto di mutuo BancoPosta

DICHIARA/NO:

- di aderire alla garanzia per danni materiali e diretti al Fabbricato oggetto del Mutuo BancoPosta, di seguito indicato, causati da incendio e da altri eventi specificati nelle Condizioni di Assicurazione, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione, fermo restando quanto previsto dall'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione;
- di aderire alla nomina irrevocabile dell'Ente Erogante il mutuo quale beneficiario per tutte le garanzie, fermo restando quanto previsto all'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione in caso di estinzione anticipata o trasferimento del mutuo;
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del mutuo richiesto le coperture assicurative richieste non saranno attivate;
- di aver verificato quanto indicato nell'art. 2.1 delle Condizioni di Assicurazione rappresentando pertanto di rientrare nei limiti assuntivi previsti dalle Condizioni di Assicurazione.

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.

Luogo e Data

Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente

Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

PRESTAZIONI ASSICURATE E PREMIO

importo mutuo finanziato valore assicurato iniziale	durata / mesi	premio finito complessivo*

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

COSTI A CARICO DELL'ASSICURATO

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

DATI DEL FABBRICATO

Via N. Cap Località Prov.

Luogo e Data

Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente

Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

Il/i sottoscritto/i, ai sensi della normativa vigente, dichiara/no di aver ricevuto, letto e accettato in ogni loro parte il Fascicolo Informativo Ed. che include la Nota Informativa, comprensiva del Glossario e le Condizioni di Assicurazione, il documento riepilogativo dei principali obblighi di comportamento degli intermediari e la dichiarazione contenente le informazioni generali sull'intermediario, le informazioni circa potenziali conflitti d'interesse e quelle sugli strumenti di tutela del richiedente, redatti in conformità alle prescrizioni dell'ISVAP. Detti documenti sono parte integrante del presente contratto.

Luogo e Data

Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente

Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

Il/i sottoscritto/i dichiara/no di approvare espressamente le seguenti norme contenute nelle Condizioni di Assicurazione: Art. 2 Pagamento del premio. Decorrenza e durata della garanzia; Art. 4 Aggravamento del rischio; Art. 5 Recesso in caso di sinistro; Art. 10 Esclusioni; Art. 11 Titolarità dei diritti nascenti della polizza; Art. 13 Obblighi in caso di sinistro; Art. 20 Pagamento dell'indennizzo; Art. 22 Contenuto degli apparecchi somministratori di calore; Art. 25 Disdetta dell'Assicurato; Art. 29 Clausola di vincolo.

Luogo e Data
 Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente
 Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IDENTIFICATIVI

Il/i sottoscritto/i richiedente/i prende/ono atto dell'Informativa resa, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, da POSTE ASSICURA S.p.A. e POSTE ITALIANE S.p.A. - Divisione Servizi di BancoPosta consegnata al/ai Richiedente /i e di tutto quanto disposto dal Codice sulla Privacy, con riferimento:

1. al trattamento dei dati personali, identificativi, funzionali al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice;
2. alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate all'Art. 4 della predetta Informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui all'Art. 2 della medesima Informativa o obbligatori per legge;
3. al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato all'Art. 4 della predetta Informativa (Paesi UE).

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ COMMERCIALI

Preso atto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Codice Privacy, Le chiediamo di esprimere liberamente il consenso con riferimento all'utilizzo dei suoi dati personali per finalità promozionali e per la valutazione della qualità dei servizi, ricerche di mercato ed indagini statistiche, anche mediante l'uso di fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza (art. 2 lett. c) Informativa).

Luogo e Data

<input type="checkbox"/> ACCONSENTO	<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente)	Firma 1° Richiedente
<input type="checkbox"/> ACCONSENTO	<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente)	Firma 2° Richiedente
<input type="checkbox"/> ACCONSENTO	<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente)	Firma 3° Richiedente
<input type="checkbox"/> ACCONSENTO	<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente)	Firma 4° Richiedente

Luogo e Data

Timbro e Firma dell'Incaricato di Poste Italiane S.p.A.

Mod. 0054 - Edizione giugno 2011



Poste Assicura S.p.A. • 00144 Roma (RM) Piazzale Konrad Adenauer, 3 T(+39) 06 5492 41 F(+39) 06 5492 4203 • Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001
 • www.poste-assicura.it • Capitale Sociale € 25.000.000,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07140521001 REA 1013058 • Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimenti ISVAP n. 2788 del 25.03.2010 iscritta alla sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00174 • Società con socio unico appartenente al Gruppo assicurativo Poste Vita iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Poste Vita S.p.A.

Originale per Poste Assicura • per il cliente • per l'ufficio postale • per la banca • MOD 11168A

PRESTAZIONI ASSICURATE E PREMIO

importo mutuo finanziato durata / mesi premio finito complessivo*

valore assicurato iniziale

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

COSTI A CARICO DELL'ASSICURATO

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

Luogo e Data

Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente

Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

Il/i sottoscritto/i, ai sensi della normativa vigente, dichiara/no di aver ricevuto, letto e accettato in ogni loro parte il Fascicolo Informativo Ed. che include la Nota Informativa, comprensiva del Glossario e le Condizioni di Assicurazione, il documento riepilogativo dei principali obblighi di comportamento degli intermediari e la dichiarazione contenente le informazioni generali sull'intermediario, le informazioni circa potenziali conflitti d'interesse e quelle sugli strumenti di tutela del richiedente, redatti in conformità alle prescrizioni dell'ISVAP. Detti documenti sono parte integrante del presente contratto.

Luogo e Data

Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente

Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

Il/i sottoscritto/i dichiara/no di approvare espressamente le seguenti norme contenute nelle **Condizioni di Assicurazione**: Art. 1.1 Durata e decorrenza delle garanzie - Art. 1.3 Limiti Assuntivi - Art. 1.4 Premio di Assicurazione - Art. 1.7 Pagamento delle prestazioni - Art. 1.10 Recesso e mancata accettazione da parte delle Società - Art. 1.11 Attività professionale ed attività sportiva - esclusioni;

Condizioni relative alle singole garanzie: Prestazione assicurata (Artt. 2.1, 3.1, 4.1, 5.1, 6.1). - Pagamento delle prestazioni (Art. 2.5) - Esclusioni (Artt. 2.3, 3.2, 4.3, 5.2, 6.2) - Denuncia del sinistro e relativi obblighi (Artt. 2.4, 3.5, 4.6, 5.3, 6.3) - Termini di carenza (Artt. 3.6, 4.7, 5.4, 6.4).

Luogo e Data

Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente

Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IDENTIFICATIVI E SENSIBILI

Il/i sottoscritto/i richiedente/i prende/ono atto dell'Informativa resa, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, da POSTE VITA S.p.A., POSTE ASSICURA S.p.A. e POSTE ITALIANE S.p.A. - Divisione Servizi di BancoPosta consegnata al/ai Richiedente /i e di tutto quanto disposto dal Codice sulla Privacy, con riferimento:

1. al trattamento dei dati personali, identificativi e sensibili, funzionali al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice;
2. alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate all'Art. 4 della predetta Informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui all'Art. 2 della medesima Informativa o obbligatori per legge;
3. al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato all'Art. 4 della predetta Informativa (Paesi UE).

Il Richiedente, in relazione all'Informativa resa, ai sensi dell'Art. 13 del D.lgs. 30 Giugno 2003 n. 196, da Poste Vita S.p.A., Poste Assicura S.p.A. e Poste Italiane S.p.A. - Divisione Servizi di BancoPosta-, ognuna per proprio conto, (preso atto che il mancato consenso al trattamento dei dati sensibili necessari alle Società comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale), presta il consenso al trattamento dei propri dati sensibili nei termini descritti nella suddetta Informativa.

Luogo e Data

Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente

Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ COMMERCIALI

Preso atto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Codice Privacy, Le chiediamo di esprimere liberamente il consenso con riferimento all'utilizzo dei suoi dati personali per finalità promozionali e per la valutazione della qualità dei servizi, ricerche di mercato ed indagini statistiche, anche mediante l'uso di fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza (art. 2 lett. c) Informativa).

Luogo e Data

ACCONSENTO NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente) Firma 1° Richiedente

ACCONSENTO NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente) Firma 2° Richiedente

ACCONSENTO NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente) Firma 3° Richiedente

ACCONSENTO NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente) Firma 4° Richiedente

Luogo e Data

Timbro e Firma dell'Incaricato di Poste Italiane S.p.A.



Poste Vita S.p.A. - 00144 Roma (RM) piazzale Konrad Adenauer, 3 • T (+39) 06 5492 41 F (+39) 06 5492 4203 • www.postevita.it • Partita IVA 05927271006 • Codice Fiscale 07066630638 • Capitale Sociale € 561.607.898,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 29149/2000 • REA 934547 • Impresa iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00133 e autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimenti ISVAP n. 1144 del 12.03.1999 pubblicato sulla G.U. n. 68 del 23.03.1999 e n. 2462 del 14.09.2006 pubblicato sulla G.U. n. 225 del 27.09.2006 • Società con socio unico, Capogruppo del Gruppo assicurativo Poste Vita iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 043, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Poste Italiane S.p.A.



Poste Assicura S.p.A. - 00144 Roma (RM) piazzale Konrad Adenauer, 3 T (+39) 06 5492 41 F (+39) 06 5492 4203 • www.poste-assicura.it • Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001 • Capitale Sociale € 25.000.000,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07140521001 REA 1013058 • Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimenti ISVAP n. 2788 del 25.03.2010 iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di assicurazione al n. 1.00174 • Società con socio unico appartenente al Gruppo assicurativo Poste Vita iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 043, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Poste Vita S.p.A.

**Modulo di Adesione alla copertura assicurativa per Mutuo BancoPosta
POSTAPROTEZIONE INCENDIO MUTUI**

Ufficio Postale/Frazionario Filiale Numero telefono/Fax

(compilare in stampatello)

1° RICHIEDENTE: Cognome Nome

Residente in Via N. Cap. Località Prov.

Codice fiscale:

2° RICHIEDENTE: Cognome Nome

Residente in Via N. Cap. Località Prov.

Codice fiscale:

3° RICHIEDENTE: Cognome Nome

Residente in Via N. Cap. Località Prov.

Codice fiscale:

4° RICHIEDENTE: Cognome Nome

Residente in Via N. Cap. Località Prov.

Codice fiscale:

In qualità di Richiedente/i del mutuo BancoPosta, preso atto che Poste Italiane S.p.A. ha stipulato, ai sensi dell'Art. 1891 Codice Civile, con Poste Assicura S.p.A. una polizza di assicurazione a cui possono aderire le persone fisiche che hanno stipulato un contratto di mutuo BancoPosta

DICHIARA/NO:

- di aderire alla garanzia per danni materiali e diretti al Fabbricato oggetto del Mutuo BancoPosta, di seguito indicato, causati da incendio e da altri eventi specificati nelle Condizioni di Assicurazione, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione, fermo restando quanto previsto dall'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione;
- di aderire alla nomina irrevocabile dell'Ente Erogante il mutuo quale beneficiario per tutte le garanzie, fermo restando quanto previsto all'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione in caso di estinzione anticipata o trasferimento del mutuo;
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del mutuo richiesto le coperture assicurative richieste non saranno attivate;
- di aver verificato quanto indicato nell'art. 2.1 delle Condizioni di Assicurazione rappresentando pertanto di rientrare nei limiti assuntivi previsti dalle Condizioni di Assicurazione.

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.

Luogo e Data

Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente

Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

PRESTAZIONI ASSICURATE E PREMIO

importo mutuo finanziato valore assicurato iniziale	durata / mesi	premio finito complessivo*

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

COSTI A CARICO DELL'ASSICURATO

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

DATI DEL FABBRICATO

Via N. Cap Località Prov.

Luogo e Data

Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente

Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

Il/i sottoscritto/i, ai sensi della normativa vigente, dichiara/no di aver ricevuto, letto e accettato in ogni loro parte il Fascicolo Informativo Ed. che include la Nota Informativa, comprensiva del Glossario e le Condizioni di Assicurazione, il documento riepilogativo dei principali obblighi di comportamento degli intermediari e la dichiarazione contenente le informazioni generali sull'intermediario, le informazioni circa potenziali conflitti d'interesse e quelle sugli strumenti di tutela del richiedente, redatti in conformità alle prescrizioni dell'ISVAP. Detti documenti sono parte integrante del presente contratto.

Luogo e Data

Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente

Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

Il/i sottoscritto/i dichiara/no di approvare espressamente le seguenti norme contenute nelle Condizioni di Assicurazione: Art. 2 Pagamento del premio. Decorrenza e durata della garanzia; Art. 4 Aggravamento del rischio; Art. 5 Recesso in caso di sinistro; Art. 10 Esclusioni; Art. 11 Titolarità dei diritti nascenti della polizza; Art. 13 Obblighi in caso di sinistro; Art. 20 Pagamento dell'indennizzo; Art. 22 Contenuto degli apparecchi somministratori di calore; Art. 25 Disdetta dell'Assicurato; Art. 29 Clausola di vincolo.

Luogo e Data
 Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente
 Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IDENTIFICATIVI

Il/i sottoscritto/i richiedente/i prende/ono atto dell'Informativa resa, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, da POSTE ASSICURA S.p.A. e POSTE ITALIANE S.p.A. - Divisione Servizi di BancoPosta consegnata al/ai Richiedente /i e di tutto quanto disposto dal Codice sulla Privacy, con riferimento:

1. al trattamento dei dati personali, identificativi, funzionali al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice;
2. alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate all'Art. 4 della predetta Informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui all'Art. 2 della medesima Informativa o obbligatori per legge;
3. al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato all'Art. 4 della predetta Informativa (Paesi UE).

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ COMMERCIALI

Preso atto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Codice Privacy, Le chiediamo di esprimere liberamente il consenso con riferimento all'utilizzo dei suoi dati personali per finalità promozionali e per la valutazione della qualità dei servizi, ricerche di mercato ed indagini statistiche, anche mediante l'uso di fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza (art. 2 lett. c) Informativa).

Luogo e Data

<input type="checkbox"/> ACCONSENTO	<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente)	Firma 1° Richiedente
<input type="checkbox"/> ACCONSENTO	<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente)	Firma 2° Richiedente
<input type="checkbox"/> ACCONSENTO	<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente)	Firma 3° Richiedente
<input type="checkbox"/> ACCONSENTO	<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente)	Firma 4° Richiedente

Luogo e Data

Timbro e Firma dell'Incaricato di Poste Italiane S.p.A.

Mod. 0054 - Edizione giugno 2011



Poste Assicura S.p.A. • 00144 Roma (RM) Piazzale Konrad Adenauer, 3 T(+39) 06 5492 41 F(+39) 06 5492 4203 • Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001
 • www.poste-assicura.it • Capitale Sociale € 25.000.000,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07140521001 REA 1013058 • Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimenti ISVAP n. 2788 del 25.03.2010 iscritta alla sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00174 • Società con socio unico appartenente al Gruppo assicurativo Poste Vita iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Poste Vita S.p.A.

Originale per Poste Assicura • per il cliente • per l'ufficio postale • per la banca • MOD 11168A

PRESTAZIONI ASSICURATE E PREMIO

importo mutuo finanziato durata / mesi premio finito complessivo*

valore assicurato iniziale

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

COSTI A CARICO DELL'ASSICURATO

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

Luogo e Data

Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente

Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

Il/i sottoscritto/i, ai sensi della normativa vigente, dichiara/no di aver ricevuto, letto e accettato in ogni loro parte il Fascicolo Informativo Ed. che include la Nota Informativa, comprensiva del Glossario e le Condizioni di Assicurazione, il documento riepilogativo dei principali obblighi di comportamento degli intermediari e la dichiarazione contenente le informazioni generali sull'intermediario, le informazioni circa potenziali conflitti d'interesse e quelle sugli strumenti di tutela del richiedente, redatti in conformità alle prescrizioni dell'ISVAP. Detti documenti sono parte integrante del presente contratto.

Luogo e Data

Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente

Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

Il/i sottoscritto/i dichiara/no di approvare espressamente le seguenti norme contenute nelle **Condizioni di Assicurazione**: Art. 1.1 Durata e decorrenza delle garanzie - Art. 1.3 Limiti Assuntivi - Art. 1.4 Premio di Assicurazione - Art. 1.7 Pagamento delle prestazioni - Art. 1.10 Recesso e mancata accettazione da parte delle Società - Art. 1.11 Attività professionale ed attività sportiva - esclusioni;

Condizioni relative alle singole garanzie: Prestazione assicurata (Artt. 2.1, 3.1, 4.1, 5.1, 6.1). - Pagamento delle prestazioni (Art. 2.5) - Esclusioni (Artt. 2.3, 3.2, 4.3, 5.2, 6.2) - Denuncia del sinistro e relativi obblighi (Artt. 2.4, 3.5, 4.6, 5.3, 6.3) - Termini di carenza (Artt. 3.6, 4.7, 5.4, 6.4).

Luogo e Data

Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente

Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IDENTIFICATIVI E SENSIBILI

Il/i sottoscritto/i richiedente/i prende/ono atto dell'Informativa resa, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, da POSTE VITA S.p.A., POSTE ASSICURA S.p.A. e POSTE ITALIANE S.p.A. - Divisione Servizi di BancoPosta consegnata al/ai Richiedente /i e di tutto quanto disposto dal Codice sulla Privacy, con riferimento:

1. al trattamento dei dati personali, identificativi e sensibili, funzionali al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice;
2. alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate all'Art. 4 della predetta Informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui all'Art. 2 della medesima Informativa o obbligatori per legge;
3. al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato all'Art. 4 della predetta Informativa (Paesi UE).

Il Richiedente, in relazione all'Informativa resa, ai sensi dell'Art. 13 del D.lgs. 30 Giugno 2003 n. 196, da Poste Vita S.p.A., Poste Assicura S.p.A. e Poste Italiane S.p.A. - Divisione Servizi di BancoPosta-, ognuna per proprio conto, (preso atto che il mancato consenso al trattamento dei dati sensibili necessari alle Società comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale), presta il consenso al trattamento dei propri dati sensibili nei termini descritti nella suddetta Informativa.

Luogo e Data

Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente

Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ COMMERCIALI

Preso atto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Codice Privacy, Le chiediamo di esprimere liberamente il consenso con riferimento all'utilizzo dei suoi dati personali per finalità promozionali e per la valutazione della qualità dei servizi, ricerche di mercato ed indagini statistiche, anche mediante l'uso di fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza (art. 2 lett. c) Informativa).

Luogo e Data

ACCONSENTO NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente) Firma 1° Richiedente

ACCONSENTO NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente) Firma 2° Richiedente

ACCONSENTO NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente) Firma 3° Richiedente

ACCONSENTO NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente) Firma 4° Richiedente

Luogo e Data

Timbro e Firma dell'Incaricato di Poste Italiane S.p.A.



Poste Vita S.p.A. - 00144 Roma (RM) piazzale Konrad Adenauer, 3 - T (+39) 06 5492 41 F (+39) 06 5492 4203 • www.postevita.it • Partita IVA 05927271006 • Codice Fiscale 07066630638 • Capitale Sociale € 561.607.898,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 29149/2000 • REA 934547 • Impresa iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00133 e autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimenti ISVAP n. 1144 del 12.03.1999 pubblicato sulla G.U. n. 68 del 23.03.1999 e n. 2462 del 14.09.2006 pubblicato sulla G.U. n. 225 del 27.09.2006 • Società con socio unico, Capogruppo del Gruppo assicurativo Poste Vita iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 043, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Poste Italiane S.p.A.



Poste Assicura S.p.A. - 00144 Roma (RM) piazzale Konrad Adenauer, 3 T (+39) 06 5492 41 F (+39) 06 5492 4203 • www.poste-assicura.it • Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001 • Capitale Sociale € 25.000.000,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07140521001 REA 1013058 • Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimenti ISVAP n. 2788 del 25.03.2010 iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di assicurazione al n. 1.00174 • Società con socio unico appartenente al Gruppo assicurativo Poste Vita iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 043, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Poste Vita S.p.A.

**Modulo di Adesione alla copertura assicurativa per Mutuo BancoPosta
POSTAPROTEZIONE INCENDIO MUTUI**

Ufficio Postale/Frazionario Filiale Numero telefono/Fax

(compilare in stampatello)

1° RICHIEDENTE: Cognome Nome

Residente in Via N. Cap. Località Prov.

Codice fiscale:

2° RICHIEDENTE: Cognome Nome

Residente in Via N. Cap. Località Prov.

Codice fiscale:

3° RICHIEDENTE: Cognome Nome

Residente in Via N. Cap. Località Prov.

Codice fiscale:

4° RICHIEDENTE: Cognome Nome

Residente in Via N. Cap. Località Prov.

Codice fiscale:

In qualità di Richiedente/i del mutuo BancoPosta, preso atto che Poste Italiane S.p.A. ha stipulato, ai sensi dell'Art. 1891 Codice Civile, con Poste Assicura S.p.A. una polizza di assicurazione a cui possono aderire le persone fisiche che hanno stipulato un contratto di mutuo BancoPosta

DICHIARA/NO:

- di aderire alla garanzia per danni materiali e diretti al Fabbricato oggetto del Mutuo BancoPosta, di seguito indicato, causati da incendio e da altri eventi specificati nelle Condizioni di Assicurazione, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione, fermo restando quanto previsto dall'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione;
- di aderire alla nomina irrevocabile dell'Ente Erogante il mutuo quale beneficiario per tutte le garanzie, fermo restando quanto previsto all'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione in caso di estinzione anticipata o trasferimento del mutuo;
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del mutuo richiesto le coperture assicurative richieste non saranno attivate;
- di aver verificato quanto indicato nell'art. 2.1 delle Condizioni di Assicurazione rappresentando pertanto di rientrare nei limiti assuntivi previsti dalle Condizioni di Assicurazione.

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.

Luogo e Data

Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente

Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

PRESTAZIONI ASSICURATE E PREMIO

importo mutuo finanziato valore assicurato iniziale	durata / mesi	premio finito complessivo*

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

COSTI A CARICO DELL'ASSICURATO

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

DATI DEL FABBRICATO

Via N. Cap Località Prov.

Luogo e Data

Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente

Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

Il/i sottoscritto/i, ai sensi della normativa vigente, dichiara/no di aver ricevuto, letto e accettato in ogni loro parte il Fascicolo Informativo Ed. che include la Nota Informativa, comprensiva del Glossario e le Condizioni di Assicurazione, il documento riepilogativo dei principali obblighi di comportamento degli intermediari e la dichiarazione contenente le informazioni generali sull'intermediario, le informazioni circa potenziali conflitti d'interesse e quelle sugli strumenti di tutela del richiedente, redatti in conformità alle prescrizioni dell'ISVAP. Detti documenti sono parte integrante del presente contratto.

Luogo e Data

Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente

Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

Il/i sottoscritto/i dichiara/no di approvare espressamente le seguenti norme contenute nelle Condizioni di Assicurazione: Art. 2 Pagamento del premio. Decorrenza e durata della garanzia; Art. 4 Aggravamento del rischio; Art. 5 Recesso in caso di sinistro; Art. 10 Esclusioni; Art. 11 Titolarità dei diritti nascenti della polizza; Art. 13 Obblighi in caso di sinistro; Art. 20 Pagamento dell'indennizzo; Art. 22 Contenuto degli apparecchi somministratori di calore; Art. 25 Disdetta dell'Assicurato; Art. 29 Clausola di vincolo.

Luogo e Data
 Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente
 Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IDENTIFICATIVI

Il/i sottoscritto/i richiedente/i prende/ono atto dell'Informativa resa, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, da POSTE ASSICURA S.p.A. e POSTE ITALIANE S.p.A. - Divisione Servizi di BancoPosta consegnata al/ai Richiedente /i e di tutto quanto disposto dal Codice sulla Privacy, con riferimento:

1. al trattamento dei dati personali, identificativi, funzionali al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice;
2. alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate all'Art. 4 della predetta Informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui all'Art. 2 della medesima Informativa o obbligatori per legge;
3. al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato all'Art. 4 della predetta Informativa (Paesi UE).

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ COMMERCIALI

Preso atto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Codice Privacy, Le chiediamo di esprimere liberamente il consenso con riferimento all'utilizzo dei suoi dati personali per finalità promozionali e per la valutazione della qualità dei servizi, ricerche di mercato ed indagini statistiche, anche mediante l'uso di fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza (art. 2 lett. c) Informativa).

Luogo e Data

<input type="checkbox"/> ACCONSENTO	<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente)	Firma 1° Richiedente
<input type="checkbox"/> ACCONSENTO	<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente)	Firma 2° Richiedente
<input type="checkbox"/> ACCONSENTO	<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente)	Firma 3° Richiedente
<input type="checkbox"/> ACCONSENTO	<input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente)	Firma 4° Richiedente

Luogo e Data

Timbro e Firma dell'Incaricato di Poste Italiane S.p.A.

Mod. 0054 - Edizione giugno 2011



Poste Assicura S.p.A. • 00144 Roma (RM) Piazzale Konrad Adenauer, 3 T(+39) 06 5492 41 F(+39) 06 5492 4203 • Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001
 • www.poste-assicura.it • Capitale Sociale € 25.000.000,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07140521001 REA 1013058 • Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimenti ISVAP n. 2788 del 25.03.2010 iscritta alla sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00174 • Società con socio unico appartenente al Gruppo assicurativo Poste Vita iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Poste Vita S.p.A.

Originale per Poste Assicura • per il cliente • per l'ufficio postale • per la banca • MOD 11168A

PRESTAZIONI ASSICURATE E PREMIO

importo mutuo finanziato durata / mesi premio finito complessivo*

valore assicurato iniziale

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

COSTI A CARICO DELL'ASSICURATO

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

Luogo e Data

Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente

Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

Il/i sottoscritto/i, ai sensi della normativa vigente, dichiara/no di aver ricevuto, letto e accettato in ogni loro parte il Fascicolo Informativo Ed. che include la Nota Informativa, comprensiva del Glossario e le Condizioni di Assicurazione, il documento riepilogativo dei principali obblighi di comportamento degli intermediari e la dichiarazione contenente le informazioni generali sull'intermediario, le informazioni circa potenziali conflitti d'interesse e quelle sugli strumenti di tutela del richiedente, redatti in conformità alle prescrizioni dell'ISVAP. Detti documenti sono parte integrante del presente contratto.

Luogo e Data

Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente

Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

Il/i sottoscritto/i dichiara/no di approvare espressamente le seguenti norme contenute nelle **Condizioni di Assicurazione**: Art. 1.1 Durata e decorrenza delle garanzie - Art. 1.3 Limiti Assuntivi - Art. 1.4 Premio di Assicurazione - Art. 1.7 Pagamento delle prestazioni - Art. 1.10 Recesso e mancata accettazione da parte delle Società - Art. 1.11 Attività professionale ed attività sportiva - esclusioni;

Condizioni relative alle singole garanzie: Prestazione assicurata (Artt. 2.1, 3.1, 4.1, 5.1, 6.1). - Pagamento delle prestazioni (Art. 2.5) - Esclusioni (Artt. 2.3, 3.2, 4.3, 5.2, 6.2) - Denuncia del sinistro e relativi obblighi (Artt. 2.4, 3.5, 4.6, 5.3, 6.3) - Termini di carenza (Artt. 3.6, 4.7, 5.4, 6.4).

Luogo e Data

Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente

Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IDENTIFICATIVI E SENSIBILI

Il/i sottoscritto/i richiedente/i prende/ono atto dell'Informativa resa, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, da POSTE VITA S.p.A., POSTE ASSICURA S.p.A. e POSTE ITALIANE S.p.A. - Divisione Servizi di BancoPosta consegnata al/ai Richiedente/i e di tutto quanto disposto dal Codice sulla Privacy, con riferimento:

1. al trattamento dei dati personali, identificativi e sensibili, funzionali al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice;
2. alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate all'Art. 4 della predetta Informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui all'Art. 2 della medesima Informativa o obbligatori per legge;
3. al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato all'Art. 4 della predetta Informativa (Paesi UE).

Il Richiedente, in relazione all'Informativa resa, ai sensi dell'Art. 13 del D.lgs. 30 Giugno 2003 n. 196, da Poste Vita S.p.A., Poste Assicura S.p.A. e Poste Italiane S.p.A. - Divisione Servizi di BancoPosta-, ognuna per proprio conto, (preso atto che il mancato consenso al trattamento dei dati sensibili necessari alle Società comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale), presta il consenso al trattamento dei propri dati sensibili nei termini descritti nella suddetta Informativa.

Luogo e Data

Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente

Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ COMMERCIALI

Preso atto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Codice Privacy, Le chiediamo di esprimere liberamente il consenso con riferimento all'utilizzo dei suoi dati personali per finalità promozionali e per la valutazione della qualità dei servizi, ricerche di mercato ed indagini statistiche, anche mediante l'uso di fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza (art. 2 lett. c) Informativa).

Luogo e Data

ACCONSENTO NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente) Firma 1° Richiedente

ACCONSENTO NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente) Firma 2° Richiedente

ACCONSENTO NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente) Firma 3° Richiedente

ACCONSENTO NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente) Firma 4° Richiedente

Luogo e Data

Timbro e Firma dell'Incaricato di Poste Italiane S.p.A.



Poste Vita S.p.A. - 00144 Roma (RM) piazzale Konrad Adenauer, 3 • T (+39) 06 5492 41 F (+39) 06 5492 4203 • www.postevita.it • Partita IVA 05927271006 • Codice Fiscale 07066630638 • Capitale Sociale € 561.607.898,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 29149/2000 • REA 934547 • Impresa iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00133 e autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimenti ISVAP n. 1144 del 12.03.1999 pubblicato sulla G.U. n. 68 del 23.03.1999 e n. 2462 del 14.09.2006 pubblicato sulla G.U. n. 225 del 27.09.2006 • Società con socio unico, Capogruppo del Gruppo assicurativo Poste Vita iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 043, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Poste Italiane S.p.A.



Poste Assicura S.p.A. - 00144 Roma (RM) piazzale Konrad Adenauer, 3 T (+39) 06 5492 41 F (+39) 06 5492 4203 • www.poste-assicura.it • Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001 • Capitale Sociale € 25.000.000,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07140521001 REA 1013058 • Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimenti ISVAP n. 2788 del 25.03.2010 iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di assicurazione al n. 1.00174 • Società con socio unico appartenente al Gruppo assicurativo Poste Vita iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 043, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Poste Vita S.p.A.

**Modulo di Adesione alla copertura assicurativa per Mutuo BancoPosta
POSTAPROTEZIONE INCENDIO MUTUI**

Ufficio Postale/Frazionario Filiale Numero telefono/Fax

(compilare in stampatello)

1° RICHIEDENTE: Cognome Nome

Residente in Via N. Cap. Località Prov.

Codice fiscale:

2° RICHIEDENTE: Cognome Nome

Residente in Via N. Cap. Località Prov.

Codice fiscale:

3° RICHIEDENTE: Cognome Nome

Residente in Via N. Cap. Località Prov.

Codice fiscale:

4° RICHIEDENTE: Cognome Nome

Residente in Via N. Cap. Località Prov.

Codice fiscale:

In qualità di Richiedente/i del mutuo BancoPosta, preso atto che Poste Italiane S.p.A. ha stipulato, ai sensi dell'Art. 1891 Codice Civile, con Poste Assicura S.p.A. una polizza di assicurazione a cui possono aderire le persone fisiche che hanno stipulato un contratto di mutuo BancoPosta

DICHIARA/NO:

- di aderire alla garanzia per danni materiali e diretti al Fabbricato oggetto del Mutuo BancoPosta, di seguito indicato, causati da incendio e da altri eventi specificati nelle Condizioni di Assicurazione, chiedendo di essere coperto per la durata prevista dall'art. 2 delle Condizioni di Assicurazione, fermo restando quanto previsto dall'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione;
- di aderire alla nomina irrevocabile dell'Ente Erogante il mutuo quale beneficiario per tutte le garanzie, fermo restando quanto previsto all'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione in caso di estinzione anticipata o trasferimento del mutuo;
- di essere a conoscenza che in caso di mancata concessione del mutuo richiesto le coperture assicurative richieste non saranno attivate;
- di aver verificato quanto indicato nell'art. 2.1 delle Condizioni di Assicurazione rappresentando pertanto di rientrare nei limiti assuntivi previsti dalle Condizioni di Assicurazione.

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.

Luogo e Data

Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente

Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

PRESTAZIONI ASSICURATE E PREMIO

importo mutuo finanziato valore assicurato iniziale	durata / mesi	premio finito complessivo*
.....

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

COSTI A CARICO DELL'ASSICURATO

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

DATI DEL FABBRICATO

Via N. Cap Località Prov.

Luogo e Data

Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente

Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

Il/i sottoscritto/i, ai sensi della normativa vigente, dichiara/no di aver ricevuto, letto e accettato in ogni loro parte il Fascicolo Informativo Ed. che include la Nota Informativa, comprensiva del Glossario e le Condizioni di Assicurazione, il documento riepilogativo dei principali obblighi di comportamento degli intermediari e la dichiarazione contenente le informazioni generali sull'intermediario, le informazioni circa potenziali conflitti d'interesse e quelle sugli strumenti di tutela del richiedente, redatti in conformità alle prescrizioni dell'ISVAP. Detti documenti sono parte integrante del presente contratto.

Luogo e Data

Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente

Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

Il/i sottoscritto/i dichiara/no di approvare espressamente le seguenti norme contenute nelle Condizioni di Assicurazione: Art. 2 Pagamento del premio. Decorrenza e durata della garanzia; Art. 4 Aggravamento del rischio; Art. 5 Recesso in caso di sinistro; Art. 10 Esclusioni; Art. 11 Titolarità dei diritti nascenti della polizza; Art. 13 Obblighi in caso di sinistro; Art. 20 Pagamento dell'indennizzo; Art. 22 Contenuto degli apparecchi somministratori di calore; Art. 25 Disdetta dell'Assicurato; Art. 29 Clausola di vincolo.

Luogo e Data
 Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente
 Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IDENTIFICATIVI

Il/i sottoscritto/i richiedente/i prende/ono atto dell'Informativa resa, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, da POSTE ASSICURA S.p.A. e POSTE ITALIANE S.p.A. - Divisione Servizi di BancoPosta consegnata al/ai Richiedente /i e di tutto quanto disposto dal Codice sulla Privacy, con riferimento:

1. al trattamento dei dati personali, identificativi, funzionali al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice;
2. alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate all'Art. 4 della predetta Informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui all'Art. 2 della medesima Informativa o obbligatori per legge;
3. al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato all'Art. 4 della predetta Informativa (Paesi UE).

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ COMMERCIALI

Preso atto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Codice Privacy, Le chiediamo di esprimere liberamente il consenso con riferimento all'utilizzo dei suoi dati personali per finalità promozionali e per la valutazione della qualità dei servizi, ricerche di mercato ed indagini statistiche, anche mediante l'uso di fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza (art. 2 lett. c) Informativa).

Luogo e Data
 ACCONSENTO NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente) Firma 1° Richiedente
 ACCONSENTO NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente) Firma 2° Richiedente
 ACCONSENTO NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente) Firma 3° Richiedente
 ACCONSENTO NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente) Firma 4° Richiedente

Luogo e Data

Timbro e Firma dell'Incaricato di Poste Italiane S.p.A.

Mod. 0054 - Edizione giugno 2011



Poste Assicura S.p.A. • 00144 Roma (RM) Piazzale Konrad Adenauer, 3 T(+39) 06 5492 41 F(+39) 06 5492 4203 • Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001
 • www.poste-assicura.it • Capitale Sociale € 25.000.000,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07140521001 REA 1013058 • Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimenti ISVAP n. 2788 del 25.03.2010 iscritta alla sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00174 • Società con socio unico appartenente al Gruppo assicurativo Poste Vita iscritto all'albo dei gruppi assicurativi al n. 043, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Poste Vita S.p.A.

Originale per Poste Assicura • per il cliente • per l'ufficio postale • per la banca • MOD 11168A

PRESTAZIONI ASSICURATE E PREMIO

importo mutuo finanziato durata / mesi premio finito complessivo*
 valore assicurato iniziale
 *Il premio relativo alla copertura assicurativa viene incassato al momento dell'erogazione del mutuo.
COSTI A CARICO DELL'ASSICURATO
 Costo totale a carico dell'Assicurato euro di cui importo percepito dall'intermediario euro
 Luogo e Data
 Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente
 Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

Il/i sottoscritto/i, ai sensi della normativa vigente, dichiara/no di aver ricevuto, letto e accettato in ogni loro parte il Fascicolo Informativo Ed. che include la Nota Informativa, comprensiva del Glossario e le Condizioni di Assicurazione, il documento riepilogativo dei principali obblighi di comportamento degli intermediari e la dichiarazione contenente le informazioni generali sull'intermediario, le informazioni circa potenziali conflitti d'interesse e quelle sugli strumenti di tutela del richiedente, redatti in conformità alle prescrizioni dell'ISVAP. Detti documenti sono parte integrante del presente contratto.
 Luogo e Data
 Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente
 Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

CLAUSOLE DA APPROVARE ESPRESSAMENTE

Il/i sottoscritto/i dichiara/no di approvare espressamente le seguenti norme contenute nelle **Condizioni di Assicurazione**: Art. 1.1 Durata e decorrenza delle garanzie - Art. 1.3 Limiti Assuntivi - Art. 1.4 Premio di Assicurazione - Art. 1.7 Pagamento delle prestazioni - Art. 1.10 Recesso e mancata accettazione da parte delle Società - Art. 1.11 Attività professionale ed attività sportiva - esclusioni;
Condizioni relative alle singole garanzie: Prestazione assicurata (Artt. 2.1, 3.1, 4.1, 5.1, 6.1). - Pagamento delle prestazioni (Art. 2.5) - Esclusioni (Artt. 2.3, 3.2, 4.3, 5.2, 6.2) - Denuncia del sinistro e relativi obblighi (Artt. 2.4, 3.5, 4.6, 5.3, 6.3) - Termini di carenza (Artt. 3.6, 4.7, 5.4, 6.4).
 Luogo e Data
 Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente
 Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IDENTIFICATIVI E SENSIBILI

Il/i sottoscritto/i richiedente/i prende/ono atto dell'Informativa resa, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, da POSTE VITA S.p.A., POSTE ASSICURA S.p.A. e POSTE ITALIANE S.p.A. - Divisione Servizi di BancoPosta consegnata al/ai Richiedente/i e di tutto quanto disposto dal Codice sulla Privacy, con riferimento:
 1. al trattamento dei dati personali, identificativi e sensibili, funzionali al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice;
 2. alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate all'Art. 4 della predetta Informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui all'Art. 2 della medesima Informativa o obbligatori per legge;
 3. al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato all'Art. 4 della predetta Informativa (Paesi UE).
 Il Richiedente, in relazione all'Informativa resa, ai sensi dell'Art. 13 del D.lgs. 30 Giugno 2003 n. 196, da Poste Vita S.p.A., Poste Assicura S.p.A. e Poste Italiane S.p.A. - Divisione Servizi di BancoPosta-, ognuna per proprio conto, (preso atto che il mancato consenso al trattamento dei dati sensibili necessari alle Società comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale), presta il consenso al trattamento dei propri dati sensibili nei termini descritti nella suddetta Informativa.
 Luogo e Data
 Firma 1° Richiedente Firma 2° Richiedente
 Firma 3° Richiedente Firma 4° Richiedente

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ COMMERCIALI

Preso atto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Codice Privacy, Le chiediamo di esprimere liberamente il consenso con riferimento all'utilizzo dei suoi dati personali per finalità promozionali e per la valutazione della qualità dei servizi, ricerche di mercato ed indagini statistiche, anche mediante l'uso di fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza (art. 2 lett. c) Informativa).
 Luogo e Data
 ACCONSENTO NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente) Firma 1° Richiedente
 ACCONSENTO NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente) Firma 2° Richiedente
 ACCONSENTO NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente) Firma 3° Richiedente
 ACCONSENTO NON ACCONSENTO (barrare la casella corrispondente) Firma 4° Richiedente

Luogo e Data
 Timbro e Firma dell'Incaricato di Poste Italiane S.p.A.



Poste Vita S.p.A. - 00144 Roma (RM) piazzale Konrad Adenauer, 3 - T (+39) 06 5492 41 F (+39) 06 5492 4203 • www.postevita.it • Partita IVA 05927271006 • Codice Fiscale 07066630638 • Capitale Sociale € 561.607.898,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 29149/2000 • REA 934547 • Impresa iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00133 e autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimenti ISVAP n. 1144 del 12.03.1999 pubblicato sulla G.U. n. 68 del 23.03.1999 e n. 2462 del 14.09.2006 pubblicato sulla G.U. n. 225 del 27.09.2006 • Società con socio unico, Capogruppo del Gruppo assicurativo Poste Vita iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 043, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Poste Italiane S.p.A.



Poste Assicura S.p.A. - 00144 Roma (RM) piazzale Konrad Adenauer, 3 T (+39) 06 5492 41 F (+39) 06 5492 4203 • www.poste-assicura.it • Partita IVA e Codice Fiscale 07140521001 • Capitale Sociale € 25.000.000,00 i.v. • Registro Imprese di Roma n. 07140521001 REA 1013058 • Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimenti ISVAP n. 2788 del 25.03.2010 iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di assicurazione al n. 1.00174 • Società con socio unico appartenente al Gruppo assicurativo Poste Vita iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 043, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Poste Vita S.p.A.

Mod. 0054 - Edizione giugno 2011

Originale per Poste Assicura per il cliente per l'ufficio postale per la banca MOD 11168A