

---

## posteprotezione prestito mio flessibile

# QUESTIONARIO ASSUNTIVO PER LA COPERTURA ASSICURATIVA PER PRESTITI PERSONALI BANCOPOSTA POSTEPROTEZIONE PRESTITO MIO FLESSIBILE

Le risposte al questionario sono necessarie per l'adesione alla copertura assicurativa. Rispondere SI o NO ad ogni domanda. **In caso di mancata compilazione il richiedente non potrà sottoscrivere la copertura assicurativa.**

**Avvertenze:**

- **Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione**
- **Prima della sottoscrizione del questionario assuntivo, il soggetto che fornisce le informazioni richieste verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario**
- **L'assicurando può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.**

Cognome e Nome .....

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

Indirizzo .....

Codice Fiscale: 

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

Il richiedente è consapevole che **non sono assicurabili**, indipendentemente dall'eventuale valutazione dello stato di salute al momento della richiesta del finanziamento, le persone affette da:

1. alcolismo acuto o cronico
2. tossicodipendenza

Per la validità della copertura assicurativa, il richiedente dichiara di:

**1) Non aver ricevuto una diagnosi o prescrizione di esami, di cure o di trattamenti in merito alle seguenti malattie/disturbi:**

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| a. cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| b. malattie cardiache, vascolari e delle valvole cardiache, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o coronaropatia, aneurisma dell'aorta o dei vasi cerebrali   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| c. ipertensione non controllata dai farmaci   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| d. ictus (trombosi o emorragia cerebrale), attacco ischemico cerebrale transitorio, morbo di Parkinson, demenza, malattia di Alzheimer  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| e. bronchite cronica ostruttiva con necessità di terapia continua, enfisema, fibrosi polmonare, insufficienza respiratoria, asma grave non di tipo allergico  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| f. epatite cronica, cirrosi epatica, pancreatite cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali come il morbo di Crohn o la rettocolite ulcerosa  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| g. nefrite cronica, insufficienza renale cronica, rene policistico, malattie della vescica che richiedono terapie continuative o l'uso di catetere  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| h. diabete con necessità di trattamento con antidiabetici orali o con insulina  | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| i. infezione da HIV, con o senza AIDS   | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| j. sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, altre malattie demielinizzanti, lupus eritematoso, distrofia muscolare, spina bifida, epilessia, artrite reumatoide, sclerodermia o dermatomiosite | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

- 2) Non essere stato assente negli ultimi 12 mesi dalla normale attività lavorativa per più di 6 mesi a causa di infortunio e in ogni caso per più di 40 giorni solari consecutivi per malattia
- SI  NO

**Se viene data anche una sola risposta negativa alle domande 1 e 2, la persona non è assicurabile.**

- 3) Non svolgere attività professionali con accesso a tralicci, tetti, ponteggi, impalcature, binari o celle frigorifere o uso di materiale nocivo, venefico, esplosivo e/o radioattivo
- SI  NO
- 4) Non svolgere attività professionale di costruttore o collaudatore di macchinari industriali, autista di macchinari pesanti (bulldozer gru, ruspe, battipali, torri di trivellazione, escavatori, carrelli elevatori, montacarichi, demolitori di edifici e draghe), controfigura cinematografica o personale circense
- SI  NO
- 5) Non praticare attività sportive a livello professionistico salvo la partecipazione a competizioni o relative prove che abbiano carattere ricreativo e la partecipazione a gare aziendali e interaziendali
- SI  NO
- 6) Non praticare sport pericolosi/estremi quali: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° grado della scala di Monaco, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, attività di trapezista e stuntman, discese su rapide di fiumi e torrenti con qualsiasi mezzo, paracadutismo, skidiving, bungeejumping, sci e snowboard estremi e acrobatici, freestyle, helisnow, airboarding kitewings, basejumping, freeclimbing
- SI  NO

**Se viene risposto negativamente alle domande dalla 3 alla 6, i sinistri derivanti dallo svolgimento/pratica di tali professioni/attività non sono indennizzabili.**

**Dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rilasciate per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.**

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RELATIVI ALLA SALUTE

Il richiedente presta liberamente il consenso al trattamento dei propri dati personali relativi alla salute alle compagnie Poste Vita ed a Poste Assicura, anche per il tramite di terzi, necessari alla gestione della fase precontrattuale e di postvendita per le finalità funzionali alla gestione ed esecuzione del contratto assicurativo come meglio descritte nell'informativa ex art. 13 e seguenti del Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR).

Firma del richiedente .....

Prima della sottoscrizione del *Questionario assuntivo*, il richiedente deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario. Il richiedente può, a proprie spese, chiedere di essere sottoposto a visita medica, per certificare il proprio stato di salute, anche quando non è richiesto da Poste Vita/ Poste Assicura.

Firma del richiedente .....

**Il richiedente dichiara che le informazioni rese nel presente Questionario, che è parte integrante del contratto, corrispondono a verità e di non aver tralasciato alcun elemento utile a valutare il rischio (artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile).**

Firma del richiedente .....

**Il richiedente libera dal segreto professionale e legale i medici che lo hanno curato e/o visitato e tutte le altre persone, strutture ospedaliere, case di cura, aziende sanitarie a cui Poste Vita e/o Poste Assicura si dovessero rivolgere per ottenere informazioni, referti, cartelle cliniche e documentazione sanitaria. Il richiedente consente inoltre che Poste Vita e/o Poste Assicura comunichino o facciano esaminare queste informazioni e atti sanitari per finalità tecniche, statistiche, assicurative e riassicurative.**

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

Firma del richiedente .....



**Poste Vita S.p.A.** - 00144, Roma (RM), Viale Europa, 190 - Tel.: (+39) 06 549241 - Fax: (+39) 06 54924203 - PEC: [postevita@pec.postevita.it](mailto:postevita@pec.postevita.it) - [www.postevita.it](http://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) 06549241 - Fax: (+39) 06 54924203 - PEC: [posteassicura@pec.poste-assicura.it](mailto:posteassicura@pec.poste-assicura.it) - [www.poste-assicura.it](http://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.