

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 Euro 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.



CONTRAENTE
 Cognome e Nome

ASSICURATO
 Cognome e Nome

POLIZZA N.

Stato di fumatore o non fumatore - definizione

L'Assicurato ha mai fumato negli ultimi 24 mesi?

SI

NO

In caso di risposta negativa alla precedente domanda, i sottoscritti Contraente e Assicurato dichiarano che:

- a) hanno preso visione degli articoli "Definizione di non fumatore", "Perdita dello stato di non fumatore", "Verifica dello stato di non fumatore in caso di sinistro", riportati nelle Condizioni di Assicurazione;
- b) l'Assicurato non ha mai fumato, neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della polizza e della presente dichiarazione;
- c) pertanto, sussiste il requisito che consente al Contraente di beneficiare della riduzione di premio riservata agli Assicurati non fumatori;
- d) qualora l'Assicurato inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, provvederanno a darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 giorni mediante raccomandata.

I sottoscritti Assicurato e Contraente dichiarano inoltre di essere consapevoli che:

- le presenti dichiarazioni sono elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Compagnia e formano la base del contratto, costituendo parte integrante della polizza;
- la Compagnia agirà come previsto dalle Condizioni di Assicurazione, qualora nel corso della durata contrattuale le presenti dichiarazioni risultino inesatte, oppure vengano riscontrate reticenze in relazione alla comunicazione di cui al precedente punto d).

Luogo e data

Firma del Contraente

Firma dell'Assicurato
 (se diverso dal Contraente)

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 Euro 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.



CONTRAENTE
Cognome e Nome

ASSICURATO
Cognome e Nome

POLIZZA N.

Stato di fumatore o non fumatore - definizione

L'Assicurato ha mai fumato negli ultimi 24 mesi?

SI

NO

In caso di risposta negativa alla precedente domanda, i sottoscritti Contraente e Assicurato dichiarano che:

- hanno preso visione degli articoli "Definizione di non fumatore", "Perdita dello stato di non fumatore", "Verifica dello stato di non fumatore in caso di sinistro", riportati nelle Condizioni di Assicurazione;
- l'Assicurato non ha mai fumato, neanche sporadicamente, nel corso dei ventiquattro mesi precedenti la data di sottoscrizione della polizza e della presente dichiarazione;
- pertanto, sussiste il requisito che consente al Contraente di beneficiare della riduzione di premio riservata agli Assicurati non fumatori;
- qualora l'Assicurato inizi o ricominci a fumare, anche sporadicamente, provvederanno a darne comunicazione scritta alla Compagnia entro 30 giorni mediante raccomandata.

I sottoscritti Assicurato e Contraente dichiarano inoltre di essere consapevoli che:

- le presenti dichiarazioni sono elementi determinanti ai fini della valutazione del rischio da parte della Compagnia e formano la base del contratto, costituendo parte integrante della polizza;
- la Compagnia agirà come previsto dalle Condizioni di Assicurazione, qualora nel corso della durata contrattuale le presenti dichiarazioni risultino inesatte, oppure vengano riscontrate reticenze in relazione alla comunicazione di cui al precedente punto d).

Luogo e data

Firma del Contraente

Firma dell'Assicurato
(se diverso dal Contraente)