Postevita

GruppoPosteitaliane

GruppoAssicurativoPostevita

Poste Vita S.p.A.
00144, Roma (RM), Viale Beethoven, 11 • 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.

POSTAPREVIDENZA VALORE - FONDO PENSIONE

Polizza di Assicurazione sulla vita Nr. 50011690755 Agenzia 10062

Destinata ad attuare una forma pensionistica individuale ai sensi dell'art. 13 D.lgs. n. 252 del 2005.

ADERENTE/CONTRAENTE/ASSICURATO: MASCOLO LUCA
Codice Fiscale : MSCLCU82T10L049V Data di Nascita: 10.12.1982 Sesso: M
Domicilio Fiscale : VIA SARNICO 26 24060 MONTELLO BG
Indirizzo Recapito : VIA SARNICO 26 24060 MONTELLO BG

BENEFICIARIO/I CASO MORTE: EREDI LEGITTIMI DELL'ASSICURATO IN PARTI UGUALI

PREMIO:
L'Aderente versa al perfezionamento il primo Premio di Euro 150,00.
La polizza prevede il versamento di Premi successivi, ciascuno di Euro 150,00, che saranno versati con periodicità MENSILE al 04 di ogni mese.

Decorrenza ore 24 del: 04.03.2017 Durata anni: 36 (ai sensi del D.lgs. n. 252 del 2005.)
Scadenza ore 24 del: 04.03.2053

GARANZIE:
Il Capitale Assicurato iniziale di Euro 146,25 sarà rivalutato secondo quanto previsto dalla Nota Informativa (MOD.113 ED. FEBBRAIO 2017 POSTAPREVIDENZA VALORE), dalle Condizioni Generali di Contratto e dal Regolamento della Gestione Separata denominata POSTA PENSIONE (MOD.113/A ED. FEBBRAIO 2017 POSTAPREVIDENZA VALORE).
L'Aderente dichiara di conoscere i costi e le facoltà dell'Impresa di variare le basi demografiche.

MEZZI DI VERSAMENTO DEL PREMIO:
Il premio può essere versato con frazionamento annuale o mensile. Il versamento del premio può essere effettuato esclusivamente tramite: addebito su Conto BancoPosta o su Libretto di Risparmio Postale, assegno circolare o assegno bancario, secondo le vigenti disposizioni di BancoPosta. Per i versamenti successivi al primo, il premio può essere versato tramite addebito su Conto BancoPosta o su Libretto di Risparmio Postale. In caso di estinzione del conto BancoPosta o del Libretto di Risparmio Postale, al fine di consentire la prosecuzione del contratto, i versamenti potranno essere effettuati tramite Bollettino di Conto Corrente Postale precompilato.

CLAUSOLA DI RECESSO:
L'Aderente può recedere entro 30 giorni dal perfezionamento del presente Contratto, mediante lettera raccomandata A.R. indirizzata a Poste Vita S.p.A. Poste Vita S.p.A. rimborserà all'Aderente, entro 30 giorni dal ricevimento della predetta documentazione, il premio corrisposto diminuito delle eventuali spese sostenute per l'emissione del Contratto, nella misura e con le modalità indicate nella Nota Informativa.

☐ COPIA PER L'UFFICIO POSTALE
☐ COPIA PER L'ADERENTE
☒ COPIA PER POSTE VITA
☐ COPIA PER

Postevita

GruppoPosteitaliane

GruppoAssicurativoPostevita

Poste Vita S.p.A.
00144, Roma (RM), Viale Beethoven, 11 • 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.

Polizza di Assicurazione sulla vita Nr. 50011690755

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE:
L'Aderente dichiara altresì di aver ricevuto e preso visione della seguente documentazione contrattuale: Nota Informativa, Condizioni Generali di Contratto, Regolamento, Documento sul Regime Fiscale, Documento sulle Anticipazioni, Modulo di Adesione, Progetto Esemplificativo Standardizzato, Modulo informazioni da consegnare al Datore di lavoro/impresa, Modulo di richiesta Trasferimento da altra forma pensionistica complementare.
Dichiara inoltre di aver preso visione e di aver ricevuto (nei casi previsti dalla normativa vigente) il documento riepilogativo dei principali obblighi di comportamento degli intermediari, e 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.
Detti documenti formano parte integrante del presente Contratto.

L'Aderente
(o del rappresentante legale in caso di Aderente minore o incapace)
(Firma)

| 10/062 06 04-03-17 Pt1|
| 0003 €*150,00*|
| BAWP 0003 €*0,00*|
C/C: 001020613152

Poste Vita S.p.A.

Roberto Manzato
Rappresentante Legale
di Poste Vita S.p.A.
in virtù di Procura Speciale

L'Aderente
(Firma)

(o del rappresentante legale in caso di Aderente minore o incapace)

L'Addetto all'intermediazione Poste Italiane S.p.A. - Patrimonio BancoPosta

Polizza emessa in GORLAGO Il 04.03.2017

☐ COPIA PER L'UFFICIO POSTALE
☒ COPIA PER L'ADERENTE
☐ COPIA PER POSTE VITA

Poste Vita S.p.A.
00144, Roma (RM), Viale Beethoven, 11 • 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.

Polizza di Assicurazione sulla vita Nr. 50011690755

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITA' COMMERCIALI E/O PROMOZIONALI

Preso atto di quanto descritto nell'informativa (ex art. 13 del D.Lgs. 196/2003) consegnata preliminarmente alla sottoscrizione del presente contratto di polizza, il contraente esprime liberamente, il proprio consenso in merito alle finalità del trattamento di seguito riportate.
Il suddetto consenso al trattamento dei dati personali rilasciati dal contraente, è facoltativo ed un eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto sul regolare svolgimento delle prestazioni legate ai contratti stipulati con il Gruppo Assicurativo Poste Vita.

1. Per comunicazioni a carattere promozionale, pubblicitario o commerciale e l'offerta diretta di prodotti o servizi del Gruppo Assicurativo Poste Vita e/o di Poste Italiane e/o delle società del Gruppo Poste Italiane - mediante l'impiego del telefono e della posta cartacea, nonché mediante sistemi automatizzati di chiamata senza l'intervento di un operatore e mediante posta elettronica, telefax, messaggi del tipo Sms, Mms o di altro tipo oltrechè mediante altri canali come ad esempio le aree riservate dei siti di Poste e/o del Gruppo Poste e/o i canali social di Poste – e inoltre, con gli stessi mezzi, per indagini statistiche e di mercato volte anche alla rilevazione del grado di soddisfazione della clientela sulla qualità dei prodotti o servizi di Poste diversi da quelli postali, e/o delle società del Gruppo Poste Italiane;

acconsento ☒ non acconsento ☐

2. Per comunicazioni a carattere promozionale, pubblicitario o commerciale e l'offerta di prodotti o servizi di soggetti terzi, non appartenenti al Gruppo Poste Italiane - mediante l'impiego del telefono e della posta cartacea, nonché mediante sistemi automatizzati di chiamata senza l'intervento di un operatore e mediante posta elettronica, telefax, messaggi del tipo SMS, MMS, o di altro tipo, oltrechè mediante altri canali come ad esempio le aree riservate dei siti di Poste e/o del Gruppo Poste e/o i canali social di Poste - e inoltre, con gli stessi mezzi, per loro indagini statistiche e di mercato volte anche alla rilevazione del grado di soddisfazione della clientela sulla qualità dei loro prodotti o servizi;

acconsento ☒ non acconsento ☐

3. Per svolgere attività di profilazione consistente nell'individuazione di preferenze, gusti, abitudini, necessità e scelte di consumo e nella definizione del profilo dell'Interessato, in modo da soddisfare le esigenze dell'Interessato medesimo, nonché per effettuare, previo lo specifico consenso di cui ai punti 1 e/o 2, comunicazioni a carattere promozionale, pubblicitario o commerciale personalizzate, con i mezzi indicati ai precedenti punti 1 e 2;

acconsento ☒ non acconsento ☐

4. Per comunicare i dati di profilazione dell'Interessato alle società del Gruppo Poste Italiane e consentire a queste ultime di conoscerne preferenze, gusti, abitudini, necessità e scelte di consumo in modo da migliorare i prodotti o servizi offerti nel Gruppo Poste Italiane e soddisfare le esigenze dell'Interessato medesimo, nonché per effettuare, previo specifico consenso, comunicazioni a carattere promozionale, pubblicitario o commerciale personalizzate, con i mezzi indicati di cui al punto 1.

acconsento ☒ non acconsento ☐

Luogo e Data

GORLAGO Il 04.03.2017

Il Contraente
(Firma)

☐ COPIA PER L'UFFICIO POSTALE
☒ COPIA PER L'ADERENTE
☐ COPIA PER POSTE VITA

Postevita

GruppoPosteitaliane

GruppoAssicurativoPostevita

Poste Vita S.p.A.
00144, Roma (RM), Viale Beethoven, 11 • 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.

Mandato di addebito diretto SEPA CORE

Riferimento mandato: V0000050011690755MSCLCU82T10L049V01

DEBITORE - CONTRAENTE:
Cognome e nome/Ragione Sociale (*): MASCOLO LUCA
Indirizzo (*): VIA SARNICO 26 24060 MONTELLO BG
Coordinate del conto corrente BancoPosta da addebitare (*):
- IBAN (*): IT59X0760101600001020613152

Codice Fiscale/Partita IVA (*): MSCLCU82T10L049V
Numero di polizza (*): 50011690755

CREDITORE:
Poste Vita S.p.A.
Codice Identificativo: **IT61133000000005927271006**
Sede Legale: Viale Beethoven 11, 00144 Roma (RM), Italia
Il sottoscritto Titolare del conto di addebito autorizza:
- Poste Vita S.p.A. a disporre sul conto corrente sopra indicato di **addebiti in via continuativa** (recurrent)
- Poste Italiane S.p.A. Patrimonio BancoPosta (di seguito Poste Italiane) ad eseguire l'addebito secondo le disposizioni impartite da Poste Vita S.p.A.

Il rapporto con Poste Italiane è regolato dal contratto stipulato dal Titolare del conto di addebito con Poste Italiane stessa.
Il Titolare del conto di addebito ha facoltà di richiedere a Poste Italiane S.p.A. il rimborso di quanto addebitato, secondo quanto previsto nel suddetto contratto; eventuali richieste di rimborso devono essere presentate entro e non oltre 8 (otto) settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.
Il sottoscritto Titolare del conto dichiara di essere consapevole e di accettare che l'addebito sarà eseguito solo se il conto stesso presenti un saldo disponibile pari almeno all'intero importo dovuto e non vi siano ragioni che ne impediscano l'utilizzo. In caso contrario, l'addebito non verrà eseguito neppure in parte. L'addebito sul conto sarà effettuato il giorno di scadenza della rata di pagamento del premio. In caso di indisponibilità dell'importo, non saranno effettuati ulteriori tentativi di addebito.

SOTTOSCRITTORE (le informazioni relative al Sottoscrittore sono obbligatorie nel caso in cui non coincida con il Debitore):
Cognome e nome:
Indirizzo:
Codice Fiscale:
Recapito telefonico/cellulare:

Luogo e data: GORLAGO Il 04.03.2017

Firma del debitore: _____

COINTESTATARI (la firma relativa al Cointestatario è obbligatoria nel caso di conto cointestato a firma congiunta):

Firma: _____ Firma: _____

Note:
1) I campi contrassegnati con (*) sono obbligatori.
2) Il sottoscrittore del modulo deve essere sempre persona fisica. Nel caso di c/c intestato a persona giuridica, coincide con il soggetto delegato ad operare sul conto. Nel caso di c/c intestato a persona fisica, coincide con il titolare medesimo ovvero con il soggetto delegato ad operare sullo stesso

☐ COPIA PER L'UFFICIO POSTALE
☒ COPIA PER L'ADERENTE
☐ COPIA PER POSTE VITA

Postevita

GruppoPosteitaliane

GruppoAssicurativoPostevita

Poste Vita S.p.A.
00144, Roma (RM), Viale Beethoven, 11 • 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.

GORLAGO Il 04.03.2017

Oggetto: POSTAPREVIDENZA VALORE - FONDO PENSIONE

Polizza N. 50011690755

Gentile Cliente,
in relazione alla polizza in oggetto, le notifichiamo che il giorno 04 di ogni MESE, o il primo giorno solare precedente qualora la scadenza non sia prevista da calendario, Le sarà addebitato l'importo di 150,00 euro, per tutta la durata di validità del contratto, fermo quanto previsto dal Fascicolo Informativo*.

L'importo delle rate di premio sarà addebitato sul conto corrente da Lei indicato nel mandato di addebito diretto.

Le ricordiamo che in caso di assenza di fondi disponibili sufficienti alla data di addebito, il pagamento del premio o della rata di premio non potrà andare a buon fine.

L'occasione è gradita per inviarle i nostri migliori saluti.

*Quanto riportato non tiene conto di eventuali variazioni occorse in data successiva alla presente comunicazione

Poste Vita S.p.A.

Roberto Manzato Rappresentante Legale
di Poste Vita S.p.A. in virtù di Procura Speciale

☐ COPIA PER L'UFFICIO POSTALE

☒ COPIA PER L'ADERENTE

☐ COPIA PER POSTE VITA