

# Ap

## Apulia tutela risorse

### **Contratto di assicurazione temporanea monoannuale di gruppo in caso di morte (Tariffa T8C2017).**

**Il presente set informativo composto da:**

- **DIP Vita**
- **DIP aggiuntivo Vita**
- **Condizioni di Assicurazione e Glossario**
- **Modulo di proposta/polizza**

**deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione.**

---

## **Apulia previdenza**

— *compagnia di assicurazione e di riassicurazione sulla vita*



C.C.I.A.A. Milano n. 1261071 - C.F./P.IVA 09028080159 - Iscr. Reg. Soc. del Trib. di Milano n. 276128/7103/28  
Capitale Sociale € 6.204.000 i.v. - Società per Azioni con Socio Unico - Iscritta al numero 1.00080 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione - Apulia previdenza S.p.A. è network partner in Italia del gruppo Swiss Life di Zurigo - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 12/04/1989 (G.U. della Repubblica Italiana nel 19/05/1989 n. 115)



# Assicurazione temporanea monoannuale di gruppo in caso di morte

**Apulia previdenza**  
— compagnia di assicurazione e di riassicurazione sulla vita

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)

**Compagnia: Apulia previdenza S.p.A.**

**Apulia tutela risorse** (cod T8C2017)

Ultimo aggiornamento disponibile 01/01/2019

**Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.**

## Che tipo di assicurazione è?

È una assicurazione di puro rischio: temporanea monoannuale di gruppo in caso di morte, stipulata in applicazione di una apposita convenzione tra Apulia Previdenza spa ed il Contraente, per i componenti di una collettività omogenea di individui, ciascuno dei quali è inserito in assicurazione con una propria posizione individuale.



## Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

Con la presente copertura assicurativa è assicurato il decesso dell'Assicurato.

La Prestazione consiste nel pagamento, ai Beneficiari designati in polizza, del capitale assicurato, al verificarsi del decesso nel corso della durata contrattuale.



## Che cosa NON è assicurato?

✗ Il prodotto non prevede prestazioni in caso di sopravvivenza dell'Assicurato al termine del periodo di copertura.



## Ci sono limiti di copertura?

La copertura assicurativa non è valida nei casi di:

- ! attività dolosa del Beneficiario;
- ! partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ! partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra,
- ! incidente di volo, su voli non autorizzati;
- ! partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- ! uso di stupefacenti o di allucinogeni e abuso continuativo di alcoolici o di farmaci, comprovati da documentazione sanitaria;
- ! sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), od altra patologia ad essa collegata;
- ! pratica di sport pericolosi;
- ! contaminazioni chimiche o batteriologiche.
- ! Nel caso di sinistro che colpisca più Assicurati a seguito di uno stesso evento accidentale, è limitata ad un importo massimo complessivo pari a 6 volte il capitale medio assicurato pro-capite della collettiva.



## Dove vale la copertura?

✓ Le garanzie sono operanti senza limiti territoriali.



## Che obblighi ho?

Le dichiarazioni dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete.  
In caso di sinistro il contraente o il beneficiario devono consegnare alla Compagnia la seguente documentazione: certificato di morte; relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo; ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario, eventualmente ritenuta necessaria dalla Compagnia; l'originale dell'atto di notorietà reso innanzi ad un Notaio o altro organo deputato a riceverlo.



## Quando e come devo pagare?

Il premio è dovuto dal Contraente in via anticipata alla data di decorrenza di ciascun periodo di copertura e non oltre il periodo di copertura in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato.  
Il premio è determinato per ogni singola posizione in riferimento al sesso, all'età raggiunta dall'Assicurato alla data di decorrenza o di rinnovo dell'assicurazione, al relativo capitale assicurato ed alla valutazione dello stato di salute.  
Il premio può essere pagato con bonifico bancario su conto corrente intestato alla Compagnia.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il periodo di copertura coincide con l'anno solare, per le posizioni individuali presenti all'inizio dell'anno, con la frazione dello stesso per le posizioni individuali che entrano in assicurazione in corso d'anno.  
La decorrenza di ciascuna copertura è indicata nella relativa polizza elenco. L'Assicurazione si rinnova automaticamente di anno in anno salvo il caso di disdetta della Convenzione, in applicazione della quale l'Assicurazione è prestata.  
Il contratto è concluso nel giorno in cui il Contraente sottoscrive la Convenzione firmata dalla Compagnia oppure, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve dalla Compagnia altra comunicazione scritta attestante l'assenso della Compagnia stessa.  
In riferimento a ciascuna posizione individuale, a condizione che per la stessa sia versato il premio, le coperture entrano in vigore alle ore 00 della data risultante dalla polizza elenco oppure, in caso di richiesta di un sovrappremio per la posizione individuale, alle ore 00 del giorno in cui la Compagnia riceve l'accettazione scritta del Contraente, purché entro dieci giorni dalla data di richiesta, pena decadenza.



## Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

E' possibile revocare la proposta di assicurazione fino al momento della conclusione del contratto. Successivamente si può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla data di conclusione.  
Il contratto può essere risolto comunicando la disdetta di rinnovo delle coperture entro due mesi della data prevista per il rinnovo automatico. Il Contraente è tenuto al pagamento del premio entro trenta giorni dalla data di emissione della polizza, in caso contrario ogni copertura assicurativa decade ed i sinistri eventualmente verificatisi non verranno indennizzati.



## Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Non sono previsti riscatti o riduzioni.

# Assicurazione temporanea monoannuale di gruppo in caso di morte

**Apulia previdenza**  
— compagnia di assicurazione e di riassicurazione sulla vita

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP aggiuntivo Vita)

**Compagnia: Apulia previdenza S.p.A.**

**Apulia tutela risorse** (cod T8C2017)

Ultimo aggiornamento disponibile 01/01/2019

**Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.**

**Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.**

Apulia previdenza spa Via Gaspare Gozzi, n.1/A ; 20129 Milano – 027256671; sito internet: [www.apuliaprevidenza.it](http://www.apuliaprevidenza.it); e-mail: [segreteriagenerale@apulialife.it](mailto:segreteriagenerale@apulialife.it); pec: [amministrazione@pec.apulialife.it](mailto:amministrazione@pec.apulialife.it).

Apulia previdenza SpA, Società per Azioni con Socio Unico.  
Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni sulla Vita con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 12.04.1989 (G.U. della Repubblica Italiana N. 115 del 19.05.1989). Iscritta al numero 100080 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione.

Il patrimonio netto al 31 dicembre 2017 ammonta a 42.603 milioni, di cui 6.204 milioni di euro di capitale sociale e 36.393 milioni di euro di riserve patrimoniali. Il requisito patrimoniale richiesto ammonta a 14.554 milioni di euro, il requisito patrimoniale minimo ammonta a 5.467 milioni di euro, i fondi propri ammissibili a copertura ammontano a 29.121 milioni di euro, l'indice di solvibilità (solvency ratio) è pari al 200%. Per maggiori informazioni si rinvia alla relazione sulla solvibilità finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet ([www.apuliaprevidenza.it](http://www.apuliaprevidenza.it)).

Al contratto si applica la legge italiana.



## Che cosa è assicurato / Quali sono le prestazioni?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.



## Che cosa NON è assicurato?

**Rischi esclusi** Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita.



## Ci sono limiti di copertura?

### Dalla copertura assicurativa è escluso il decesso a seguito di:

- attività dolosa del Beneficiario;
- partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- uso di stupefacenti o di allucinogeni e abuso continuativo di alcoolici o di farmaci, comprovati da documentazione sanitaria;
- sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), od altra patologia ad essa collegata, nel caso in cui il decesso avvenga nei primi sette anni successivi alla decorrenza assicurativa;
- pratica di sport pericolosi (ad esempio: paracadutismo e sport aerei in genere, pugilato, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico in tutte le sue forme, bob, speleologia, alpinismo con scalata di roccia o accesso a ghiacciai, arrampicata libera, canoa fluviale, sport subacquei in genere);
- contaminazioni chimiche o batteriologiche, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche ed esposizione a particelle ionizzanti.

### Copertura provvisoria

Dalla richiesta di inserimento in copertura della posizione individuale e prima dell'entrata in vigore della stessa, in attesa di ricevere la documentazione completa necessaria, la Compagnia riconosce un periodo di copertura provvisoria, per il solo caso di morte in seguito ad infortunio e per il capitale assicurato con il limite massimo di 250.000,00 euro.



## Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa

### Cosa fare in caso di evento?

#### Denuncia di sinistro

In caso di decesso dell'Assicurato, è necessario inviare alla Compagnia:

- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo;
- ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario, eventualmente ritenuta necessaria dalla Compagnia;
- l'originale dell'atto di notorietà reso innanzi ad un Notaio o altro organo deputato a riceverlo (ad esempio un Cancelliere di un ufficio giudiziario o un Segretario Comunale), da cui risulti se è stato redatto o meno un testamento e se questo, di cui deve essere rimesso l'atto notarile di pubblicazione, è l'ultimo o l'unico conosciuto, valido e non impugnato. In mancanza di testamento, se il beneficio è attribuito agli eredi legittimi dell'Assicurato, l'atto notorio dovrà contenere l'elenco di tutti gli eredi legittimi dell'Assicurato, con l'indicazione delle generalità complete, dell'età, del loro rapporto di parentele, della capacità di agire di ciascuno di essi, nonché dell'eventuale stato di gravidanza della vedova. Nel caso in cui siano designati beneficiari diversi dagli eredi legittimi, l'atto notorio dovrà indicare i dati anagrafici dei soggetti aventi diritto in qualità di beneficiari.

#### Prescrizione

L'Art. 2952 del Codice Civile dispone che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Decorso inutilmente tale termine le somme maturate saranno devolute all'apposito fondo costituito presso il ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi di quanto previsto della legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive integrazioni e modificazioni.

#### Liquidazione della prestazione

La Compagnia esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione richiesta; decorso tale termine, sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore degli aventi diritto.

<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	<p>Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete. In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia, se avesse conosciuto lo stato delle cose, non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, la Compagnia stessa si riserva: - di impugnare l'Assicurazione e quindi, in caso di sinistro, di rifiutare il pagamento della prestazione, ai sensi dell'Art. 1892 C.C., quando esiste malafede o colpa grave; - di recedere dall'Assicurazione o, in caso di sinistro, di ridurre la prestazione assicurata, ai sensi dell'Art. 1893 C.C., quando non esiste malafede o colpa grave. Trascorsi 180 giorni dall'entrata in vigore della garanzia, la Compagnia può agire, come previsto dal precedente comma, esclusivamente quando esiste malafede o colpa grave. L'inesatta o incompleta indicazione dei dati anagrafici dell'Assicurato, se rilevante ai fini delle prestazioni, comporta la rettifica, in base ai dati reali, delle somme dovute.</p>
---	---



### Quando e come devo pagare?

<b>Premio</b>	<p>Il premio è dovuto dal Contraente in via anticipata alla data di decorrenza di ciascun periodo di copertura e non oltre il periodo di copertura in cui si è verificato il decesso dell'Assicurato. Il premio è determinato per ogni singola posizione in riferimento al sesso, all'età raggiunta dall'Assicurato alla data di decorrenza o di rinnovo dell'assicurazione, al relativo capitale assicurato ed alla valutazione dello stato di salute. Il premio può essere pagato con bonifico bancario su conto corrente intestato alla Compagnia.</p>
<b>Rimborso</b>	<p>In caso di uscite di singoli Assicurati dalla copertura assicurativa, nel corso dell'anno, per cause diverse dal decesso, si rimborsa il rateo di premio versato proporzionalmente al periodo di mancata esposizione al rischio.</p>
<b>Sconti</b>	<p>Non sono previsti sconti di premio.</p>



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

<b>Durata</b>	<p>La durata della copertura coincide con l'anno solare, per le posizioni individuali presenti all'inizio dell'anno, con la frazione dello stesso per le posizioni individuali che entrano in assicurazione in corso d'anno.</p>
<b>Sospensione</b>	<p>Non sono previste sospensioni.</p>



### Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

<b>Revoca</b>	<p>E' possibile revocare la proposta contrattuale fino al momento della conclusione del contratto, inviando una comunicazione scritta alla Compagnia, indicando gli elementi identificativi del contratto. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca la Compagnia provvede a rimborsare il premio eventualmente versato.</p>
<b>Recesso</b>	<p>E' possibile recedere dal contratto entro trenta giorni dalla data di conclusione inviando una comunicazione scritta alla Compagnia. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Compagnia rimborsa il premio versato al netto di eventuali imposte e delle spese di emissione indicate nella proposta di assicurazione.</p>
<b>Risoluzione</b>	<p>Il contratto può essere risolto comunicando la disdetta di rinnovo delle coperture entro due mesi della data prevista per il rinnovo automatico. Il Contraente è tenuto al pagamento del premio entro trenta giorni dalla data di emissione della polizza, in caso contrario ogni copertura assicurativa decade ed i sinistri eventualmente verificatisi non verranno indennizzati.</p>



## A chi è rivolto questo prodotto?

Apulia tutela risorse è un'assicurazione temporanea monoannuale di gruppo in caso di morte ed è rivolta a coloro che intendano salvaguardare i Beneficiari delle prestazioni dalla prematura scomparsa dell'Assicurato. La copertura può essere prestata agli Assicurati di età compresa tra 18 e 74 anni. L'assicurazione non è rinnovabile nei confronti degli Assicurati che abbiano superato i 74 anni di età.



## Quali costi devo sostenere?

Si indicano di seguito i costi a carico del contraente:

- **tabella dei costi gravanti sul premio:**

In cifra fissa	1 euro per spese di gestione
In percentuale del premio di tariffa	1% per spese di acquisizione 8% - 15% per spese di acquisizione riconosciute al distributore 8% per spese di gestione

i costi percentuali sono applicati al premio al netto dei diritti di emissione e della cifra fissa.  
diritti di emissione = 3 euro per ciascuna posizione individuale.

**AVVERTENZA:** qualora sia richiesto il preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante visita medica ed eventuali accertamenti diagnostici, il relativo costo pari alla tariffa applicata dal medico, o dalla struttura, cui si è rivolto l'Assicurato stesso è a carico dell'Assicurato.

La quota parte percepita in media dai distributori, con riferimento all'intero flusso commissionale previsto dal contratto, è pari circa al 45,8%.

- **tabella sui costi per riscatto**

il contratto non prevede l'opzione di riscatto

- **tabella sui costi per l'erogazione della rendita**

il contratto non prevede l'erogazione della rendita

- **costi per l'esercizio delle opzioni**

non è esercitabile alcun tipo di opzione

- **costi di intermediazione**

ai distributori è riconosciuto in media il 46% circa dei costi gravanti sul premio

- **costi dei PPI**

non sono presenti altri tipi di costi.



## Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

<b>Valori di riscatto e riduzione</b>	Non sono previsti riscatti o riduzioni.
<b>Richiesta di informazioni</b>	Per informazioni contattare Servizio Gestione e Portafoglio in G. Gozzi 1/A - 20129 Milano - tel. 027256671 – fax 0289822524, tramite posta elettronica agli indirizzi: segreteriagenerale@apulialife.it, amministrazione@pec.apulialife.it

## Come posso presentare i reclami e risolvere le controversie?

<b>All'impresa assicuratrice</b>	I reclami vanno presentati a: Apulia previdenza spa- Servizio gestione dei Reclami - Via Gaspare Gozzi 1/A - 20129 Milano - n° fax 02 89822524 - indirizzo e-mail: segreteriagenerale@apulialife.it La Compagnia è tenuta a dare riscontro al reclamo nel termine massimo di 45 giorni.
----------------------------------	---



<b>All'IVASS</b>	Nel caso in cui il reclamo presentato all'impresa assicuratrice abbia esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, fax 06.42.133.745, pec: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a> , info su <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a>
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):</b>	
<b>Mediazione</b>	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> (Legge 9/8/2013, n.98)
<b>Negoziazione assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.

### Regime fiscale

<b>Trattamento fiscale applicabile al contratto</b>	I premi non sono soggetti ad alcuna imposta. Le prestazioni, in caso di decesso dell'Assicurato, liquidate ai Beneficiari non sono soggette a tassazione IRPEF per la parte corrispondente alla copertura del rischio demografico e non sono soggette all'imposta sulle successioni.
---	---

**PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.**

**PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO**



## Condizioni di Assicurazione

Assicurazione temporanea monoannuale di gruppo in caso di morte (codice Tariffa T8C2017)

### **Art. 1 - Definizione**

L'Assicurazione temporanea monoannuale di gruppo in caso di morte è un'assicurazione collettiva, a fronte della quale la Compagnia si impegna, dietro il versamento anticipato del premio di competenza del periodo, a corrispondere il capitale assicurato ai Beneficiari designati, qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato durante il periodo di copertura.

Il periodo di copertura coincide con l'anno solare, per le posizioni individuali presenti all'inizio dell'anno, con la frazione dello stesso per le posizioni individuali che entrano in assicurazione in corso d'anno.

La decorrenza di ciascuna copertura è indicata nella relativa polizza elenco.

L'Assicurazione si rinnova automaticamente di anno in anno salvo il caso di disdetta della Convenzione, in applicazione della quale l'Assicurazione è prestata.

Le garanzie sono operanti senza limiti territoriali e fatte salve le limitazioni di cui all'Art. 8 ed esclusioni di cui all'Art. 13.

### **Art. 2 - Assicurati**

Gli Assicurati sono i soggetti individuati in Convenzione per i quali la Compagnia ha accettato il rischio ed il Contraente ha corrisposto il premio.

### **Art. 3 - Limiti di età**

Possono essere inclusi nell'Assicurazione tutti gli appartenenti al gruppo aventi età non superiore a 74 anni e non inferiore a 18 anni.

L'assicurazione non è rinnovabile nei confronti degli Assicurati che abbiano superato i 74 anni di età.

Per età dell'Assicurato alla data della decorrenza, deve intendersi l'età assicurativa e, cioè: se dall'ultimo compleanno sono trascorsi meno di sei mesi, l'età è quella compiuta, se invece sono trascorsi sei o più mesi, l'età è quella prossima da compiere.

### **Art. 4 - Capitale Assicurato**

I capitali assicurati sulle singole posizioni individuali sono quelli comunicati dal Contraente e sono stabiliti esclusivamente in base a criteri uniformi così come previsto da disposizioni di legge, C.C.N.L., accordi integrativi ovvero regolamenti aziendali, regolamenti associativi, indipendenti comunque dalla volontà dei singoli Assicurati.

In caso di morte dell'Assicurato, purché questi sia incluso in Assicurazione e il Contraente sia in regola con il pagamento dei premi, verrà corrisposto il capitale assicurato ai Beneficiari designati a norma della Convenzione.

Il capitale assicurato per ciascuna posizione individuale è quello risultante dalla Polizza Elenco, tenuto conto delle limitazioni di cui ai successivi Artt. 7 e 8.

### **Art. 5 - Contraente e suoi obblighi**

Sul Contraente gravano tutti gli obblighi derivanti dal con-

tratto ed in particolare quello del pagamento dei premi nonché quello di inviare tempestivamente alla Compagnia tutte le comunicazioni concernenti il rapporto assicurativo.

### **Art. 6 - Assunzione del rischio**

Il Contraente ha l'obbligo di inviare alla Compagnia la richiesta di ingresso in copertura degli Assicurandi o di aumento del capitale da assicurare e di fornire, entro 15 giorni dalla data di richiesta di copertura, la documentazione necessaria secondo quanto previsto in Convenzione.

In ogni caso la Compagnia si riserva la facoltà di accettare o meno il rischio dandone comunicazione scritta al Contraente.

Per una più accurata valutazione del rischio, la Compagnia si riserva comunque il diritto di richiedere particolari ulteriori documentazioni o accertamenti sanitari da effettuarsi presso i propri medici fiduciari, o di accettare i rischi applicando eventuali sovrappremi sanitari.

Il costo degli accertamenti sanitari è a carico del Contraente/Assicurato.

La Compagnia terrà conto, per l'individuazione della somma complessiva sotto rischio, ai fini della documentazione necessaria per la valutazione del rischio, delle eventuali altre polizze stipulate dallo stesso Assicurato.

Il rischio può quindi essere accettato a condizioni normali, dietro versamento di un sovrappremio, oppure non essere accettato.

### **Art. 7 - Perfezionamento, entrata in vigore del contratto, ingresso e permanenza in assicurazione**

#### **Art. 7.1 - Perfezionamento ed entrata in vigore del contratto**

Il contratto è concluso nel giorno in cui il Contraente sottoscrive la Convenzione firmata dalla Compagnia oppure, a seguito della sottoscrizione della proposta, riceve dalla Compagnia altra comunicazione scritta attestante l'assenso della Compagnia stessa.

In riferimento a ciascuna posizione individuale, a condizione che per la stessa sia versato il premio, le coperture entrano in vigore alle ore 00 della data risultante dalla polizza elenco oppure, in caso di richiesta di un sovrappremio per la posizione individuale, alle ore 00 del giorno in cui la Compagnia riceve l'accettazione scritta del Contraente, purché entro dieci giorni dalla data di richiesta, pena decadenza. La stessa modalità è applicata in caso di aumento di capitale e relativamente all'entrata in vigore del solo incremento di capitale e relativamente all'entrata in vigore del solo incremento di prestazione.

Nel caso in cui il Contraente non versi il premio entro trenta giorni dalla data di emissione della Polizza Elenco, nessuna prestazione è dovuta dalla Compagnia.

#### **Art. 7.2 - Ingresso e permanenza in assicurazione**

La copertura assicurativa della singola posizione individuale decorre dalle ore 00 della data risultante dalla Polizza Elenco ed è subordinata all'esito favorevole degli accertamenti sanitari eventualmente richiesti, come previsto dall'Art. 6 e al pagamento del premio; oppure, in caso di richiesta di un sovrappremio per la posizione individuale,

dal giorno in cui la Compagnia riceve l'accettazione scritta del Contraente. Detta accettazione dovrà essere inviata entro dieci giorni dalla richiesta di sovrappremio, pena decadenza della copertura individuale. Stesse modalità in caso di aumento di capitale assicurato per la singola posizione individuale, con riferimento all'entrata in vigore del solo incremento di prestazione.

Non sono assicurabili coloro che risultassero già affetti da invalidità permanente che abbia comportato una riduzione della propria capacità di guadagno, in occupazioni confacenti le proprie attitudini, a meno di un terzo - o avessero già in corso accertamenti a tale scopo - prima del loro ingresso in assicurazione.

Dalle ore 00 del giorno della richiesta di copertura da parte del Contraente, purché lo stesso nei termini di cui all'Art. 6 provveda all'invio della documentazione necessaria, viene provvisoriamente accordata la copertura per il caso di morte derivante esclusivamente da infortunio.

La copertura provvisoria è prestata per il capitale assicurato e, comunque, con il limite massimo di 250.000,00 Euro. Essa decade immediatamente in caso di rifiuto da parte della Compagnia della garanzia completa ovvero se, entro 45 giorni dalla data di decorrenza della copertura provvisoria stessa, non entra in vigore la garanzia completa di cui all'Art. 1.

A seguito di richiesta scritta del Contraente possono essere incluse posizioni assicurative in qualunque momento durante l'anno contrattuale, sempreché l'operazione sia congruente con quanto stabilito nella Convenzione.

La singola copertura individuale può essere interrotta in qualunque momento durante l'anno solare, dietro comunicazione scritta da parte del Contraente alla Compagnia.

Il Contraente è tenuto ad indicare, a tale scopo, gli estremi della posizione individuale ed il motivo della cessazione della copertura assicurativa.

In caso di mancato pagamento del premio, decorsi 30 giorni dalla data di emissione della polizza, ogni garanzia è comunque sospesa fino alle ore 24,00 del giorno di pagamento.

#### **Art. 8 - Sinistro che colpisca più Assicurati**

Qualora uno stesso evento provochi il decesso di più assicurati, la garanzia è limitata ad un importo massimo complessivo pari a 6 volte il capitale medio assicurato pro-capite della collettiva. Detto importo andrà suddiviso in relazione al numero delle teste colpite da sinistro e in proporzione ai rispettivi capitali assicurati.

#### **Art. 9 - Premi di Assicurazione**

Il premio è determinato per ogni singola posizione in base ai tassi di tariffa allegati alla Convenzione con riferimento al sesso, all'età raggiunta dall'Assicurato alla data di decorrenza o di rinnovo dell'assicurazione ed al relativo capitale assicurato, aggiungendo al valore così ottenuto un importo di € 1 ed i relativi diritti.

Il premio è dovuto dal Contraente in via anticipata alla data di decorrenza di ciascun periodo di copertura e non oltre il periodo di copertura in cui si è verificato il decesso del-

l'Assicurato.

Nel caso di coperture di durata inferiore all'anno, si determinano ratei di premio calcolati riducendo i premi annui sopra definiti in proporzione alla durata della copertura.

Le prestazioni assicurate sono garantite a condizione che sia pagato dal Contraente, integralmente ed in via anticipata, il premio di assicurazione entro 30 giorni dalla data di emissione della polizza elenco inviata dalla Compagnia al Contraente stesso.

Per le uscite in corso d'anno, non dipendenti da morte dell'Assicurato, è rimborsato il rateo di premio relativo al periodo di mancata esposizione al rischio e determinato mediante riduzione, proporzionale a tale durata, del premio corrisposto.

Le parti possono convenire in Convenzione le modalità specifiche di pagamento del premio che comunque dovrà avvenire tramite accredito dell'importo sul conto corrente bancario intestato alla Compagnia o ad un Intermediario autorizzato dalla Compagnia stessa.

#### **Art. 10 - Misure e modalità di eventuali sconti**

Sono previsti sconti in particolari condizioni.

#### **Art. 11 - Documenti contrattuali**

Il Contraente è tenuto a presentare alla Compagnia:

- all'inizio della Convenzione come pure per i successivi ingressi: l'elenco nominativo delle persone da assicurare, con l'indicazione della data di nascita, del sesso e del capitale da assicurare;
- al rinnovo annuale dell'Assicurazione: l'elenco completo degli Assicurati per i quali l'assicurazione viene rinnovata ed il capitale da assicurare;
- nel caso di uscita dall'Assicurazione: l'elenco degli Assicurati per i quali cessa la copertura e la relativa data di cessazione;
- nel caso di aumento del capitale assicurato: l'elenco degli Assicurati per i quali aumenta il capitale, la data da cui decorre l'aumento ed il nuovo capitale da assicurare.

La Compagnia si impegna a rilasciare:

- all'inizio di ciascun anno Assicurativo: un'emissione riportante lo stato di rischio iniziale per il quale dovrà essere prestata la copertura assicurativa;
- per successivi ingressi in Assicurazione o in caso di aumento del capitale assicurato: un'emissione, riportante le variazioni;
- per le uscite dall'Assicurazione: un'emissione, riportante le cessazioni.

#### **Art. 12 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato**

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte e complete.

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia, se avesse conosciuto lo stato delle cose, non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, la Compagnia stessa si riserva:

- di impugnare l'Assicurazione e quindi, in caso di sinistro, di rifiutare il pagamento della prestazione, ai sensi dell'Art. 1892 C.C., quando esiste malafede o colpa grave;

- di recedere dall'Assicurazione o, in caso di sinistro, di ridurre la prestazione assicurata, ai sensi dell'Art. 1893 C.C., quando non esiste malafede o colpa grave.  
Trascorsi 180 giorni dall'entrata in vigore della garanzia, la Compagnia può agire, come previsto dal precedente comma, esclusivamente quando esiste malafede o colpa grave.  
L'inesatta o incompleta indicazione dei dati anagrafici dell'Assicurato, se rilevante ai fini delle prestazioni, comporta la rettifica, in base ai dati reali, delle somme dovute.

### **Art. 13 - Esclusioni**

Il rischio di morte è coperto qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali.

La Compagnia non eroga alcuna prestazione qualora il decesso sia causato da:

- attività dolosa del Beneficiario;
- partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato italiano: in questo caso la garanzia può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal competente Ministero;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- uso di stupefacenti o di allucinogeni e abuso continuativo di alcoolici o di farmaci, comprovati da documentazione sanitaria;
- sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), od altra patologia ad essa collegata, nel caso in cui il decesso avvenga nei primi sette anni successivi alla decorrenza assicurativa;
- pratica di sport pericolosi (ad esempio: paracadutismo e sport aerei in genere, pugilato, salto dal trampolino con sci o idrosci), sci acrobatico in tutte le sue forme, bob, speleologia, alpinismo con scalata di roccia o accesso a ghiacciai, arrampicata libera, canoa fluviale, sport subacquei in genere);
- contaminazioni chimiche o batteriologiche, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche ed esposizione a particelle ionizzanti.

### **Art. 14 - Diritto di recesso**

Il Contraente può recedere dal contratto entro 30 giorni dalla sua conclusione, dandone comunicazione scritta alla Compagnia.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 00 del giorno di comunicazione di recesso.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione del recesso presso la Sede Amministrativa della Compagnia, la Compagnia provvederà a rimborsare al Contraente il premio da questi eventualmente corrisposto. La Compagnia ha diritto a recuperare le spese sostenute per l'emissione del contratto indicate nella proposta di assicurazione.

### **Art. 15 - Pagamenti della Compagnia**

Per tutti i pagamenti della Compagnia debbono essere preventivamente consegnati alla stessa i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

Per i pagamenti conseguenti a decesso dell'Assicurato debbono essere consegnati:

- certificato di morte;
- relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo;
- ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario, eventualmente ritenuta necessaria dalla Compagnia;
- per il caso in cui il Beneficiario non coincida con il Contraente, l'originale dell'atto di notorietà reso innanzi ad un Notaio o altro organo deputato a riceverlo (ad esempio un Cancelliere di un ufficio giudiziario o un Segretario Comunale), da cui risulti se è stato redatto o meno un testamento e se questo, di cui deve essere rimesso l'atto notarile di pubblicazione, è l'ultimo o l'unico conosciuto, valido e non impugnato. In mancanza di testamento, se il beneficio è attribuito agli eredi legittimi dell'Assicurato, l'atto notorio dovrà contenere l'elenco di tutti gli eredi legittimi dell'Assicurato, con l'indicazione delle generalità complete, dell'età, del loro rapporto di parentele, della capacità di agire di ciascuno di essi, nonché dell'eventuale stato di gravidanza della vedova. Nel caso in cui siano designati beneficiari diversi dagli eredi legittimi, l'atto notorio dovrà indicare i dati anagrafici dei soggetti aventi diritto in qualità di Beneficiari. Non è consentita la presentazione della dichiarazione sostitutiva di notorietà (di cui all'art.47 del DPR 445/2000) che ha validità unicamente tra privati e organi della Pubblica Amministrazione.

Ogni pagamento viene effettuato, agli aventi diritto, presso la Direzione Generale o il competente soggetto abilitato dalla Compagnia.

### **Art. 16 - Tasse ed imposte**

Le tasse e le imposte relative al contratto sono a carico del Contraente o dei Beneficiari ed aventi diritto.

### **Art. 17 - Riferimento alle norme di legge**

Per tutto quanto non è espressamente regolato dalle Condizioni di Assicurazione, valgono le norme della Legge Italiana.

### **Art. 18 - Foro competente**

Per le controversie relative al contratto è competente l'Autorità Giudiziaria in cui il Contraente ha la residenza o il domicilio.

## Glossario

---

### Assicurato

Il soggetto sulla cui vita è stipulato il Contratto di Assicurazione.

### Beneficiario

Persona fisica o giuridica designata in proposta dal Contraente, che può coincidere o no con il Contraente stesso e con l'Assicurato, e che riceve la prestazione prevista dal Contratto quando si verifica l'evento assicurato.

### Caricamento

Parte del premio versato dal Contraente destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Compagnia.

### Compagnia

Compagnia (Apulia previdenza spa) autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con la quale il Contraente stipula il Contratto di Assicurazione.

### Condizioni di Assicurazione

Insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di Assicurazione.

### Contraente

Il soggetto, persona giuridica, che può coincidere o no con il Beneficiario, che stipula il Contratto di Assicurazione e si impegna al pagamento del premio. È titolare a tutti gli effetti del Contratto.

### Contratto

Contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare una prestazione assicurata in forma di capitale al verificarsi di un evento attinente alla vita dell'Assicurato.

### Convenzione

Accordo fra le Parti che riporta condizioni specifiche in merito al rapporto assicurativo, con particolare riferimento a:

- fonte istitutiva;
- finalità;
- durata;
- tipo di prodotto applicato;
- caratteristiche della Collettività di Assicurati;
- modalità di determinazione delle prestazioni assicurate;
- soggetti che sopportano l'onere economico del premio.

### Costi (o spese)

Oneri a carico del Contraente gravanti sul Contratto.

### Decorrenza

Data in cui il Contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

### Durata contrattuale

Periodo durante il quale il Contratto è efficace e le prestazioni sono operanti.

### Intermediario

Soggetto che interviene nel rapporto contrattuale di assicurazione tra il Contraente e la Compagnia.

### IVASS

Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

### Liquidazione

Pagamento all'avente diritto della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

### Polizza

Documento che attesta l'esistenza del Contratto di Assicurazione.

### Premio

Importo che il Contraente corrisponde in unica soluzione alla data di decorrenza del contratto ed ad ogni sua ricorrenza anniversaria. È monoannuale in quanto il contratto ha la durata di un anno, rinnovabile automaticamente per lo stesso periodo.

### Prestazione

Somma pagabile sotto forma di capitale che la Compagnia garantisce al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.

### Reclamo

Una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti dell'impresa di assicurazione relativa ad un contratto od ad un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimento, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

### Riserva matematica

Importo che deve essere accantonato dalla Compagnia per fare fronte agli impegni nei confronti degli Assicurati assunti contrattualmente. La legge impone alle Imprese di Assicurazione particolari obblighi relativi a tale riserva e alle attività finanziarie in cui essa è investita.



## PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

### IDENTIFICAZIONE E ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA

(Ai sensi del D. Lgs. 231/07)

Ai fini della completezza delle informazioni di seguito riportate, si invita la Gentile Clientela a prendere visione delle informazioni rese in calce al presente documento.

#### 1 - Dati identificativi del Titolare del rapporto / dell'operazione

##### Contraente (Azienda / Cassa di assistenza)

Ragione Sociale	<input type="text"/>		
Codice Fiscale/Partita IVA	<input type="text"/>	N. CCIAA	<input type="text"/>
Luogo Costituzione	il	Nazionalità	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Sede Legale	<input type="text"/>		
Comune	Prov.	C.A.P.	(Paese)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

##### Informazioni sul Titolare del rapporto / dell'operazione

S.A.E.	<input type="text"/>
R.A.E./A.T.E.C.O	<input type="text"/>
T.A.E. <sup>1</sup>	<input type="text"/>
Provincia/Stato	<input type="text"/>
sede dell'attività	<input type="text"/>
Conto Corrente dell'azienda	<input type="text"/>

#### 2 - Dati identificativi del Titolare Effettivo

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Codice Fiscale	<input type="text"/>		
Luogo di nascita	Data di nascita	Nazionalità	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Indirizzo di residenza	<input type="text"/>		
Comune	Prov.	C.A.P.	(Paese)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio (se diverso da residenza)	<input type="text"/>		
Comune	Prov.	C.A.P.	(Paese)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Documento d'identità	<input type="text"/>	n.	<input type="text"/>
Rilasciato da	<input type="text"/>	il	<input type="text"/>
<i>(allegare fotocopia del documento di identificazione)</i>			
Persona politicamente esposta (si veda la definizione riportata in calce al presente modulo): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

<sup>1</sup> Il T.A.E. (Tipo di Attività Economica) è una tabella creata per dettagliare i contenuti dei seguenti codici S.A.E.: 600 Famiglie consumatrici; 773 Famiglie consumatrici dei paesi UE membri dell'UM; 774 Famiglie consumatrici dei Paesi UE non membri dell'UM; 775 Famiglie consumatrici di Paesi non UE. Tale tabella è inoltre utilizzata per specificare i seguenti codici S.A.E. che non hanno un R.A.E. collegato: 757 Società non finanziarie dei Paesi UE membri dell'UM; 758 Società non finanziarie dei Paesi UE non membri dell'UM; 759 Società non finanziarie di Paesi non UE; 768 Famiglie produttrici dei Paesi UE membri dell'UM 769 Famiglie produttrici dei Paesi UE non membri; 772 Famiglie produttrici di Paesi non UE.





### 3 - Dati identificativi del Titolare Effettivo

Cognome  Nome

Codice Fiscale

Luogo di nascita  Data di nascita  Nazionalità

Indirizzo di residenza

Comune  Prov.  C.A.P.  (Paese)

Domicilio (se diverso da residenza)

Comune  Prov.  C.A.P.  (Paese)

Documento d'identità  n.

Rilasciato da  il

(allegare fotocopia del documento di identificazione)

Persona politicamente esposta (si veda la definizione riportata in calce al presente modulo):  SI  NO

### 4 - Dati identificativi del Titolare Effettivo

Cognome  Nome

Codice Fiscale

Luogo di nascita  Data di nascita  Nazionalità

Indirizzo di residenza

Comune  Prov.  C.A.P.  (Paese)

Domicilio (se diverso da residenza)

Comune  Prov.  C.A.P.  (Paese)

Documento d'identità  n.

Rilasciato da  il

(allegare fotocopia del documento di identificazione)

Persona politicamente esposta (si veda la definizione riportata in calce al presente modulo):  SI  NO

### 5 - Dati identificativi del Titolare Effettivo

Cognome  Nome

Codice Fiscale

Luogo di nascita  Data di nascita  Nazionalità

Indirizzo di residenza

Comune  Prov.  C.A.P.  (Paese)

Domicilio (se diverso da residenza)

Comune  Prov.  C.A.P.  (Paese)

Documento d'identità  n.

Rilasciato da  il

(allegare fotocopia del documento di identificazione)

Persona politicamente esposta (si veda la definizione riportata in calce al presente modulo):  SI  NO

## Dati identificativi dell'eventuale Esecutore per conto del Titolare Effettivo

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Codice Fiscale	<input type="text"/>		
Luogo di nascita	<input type="text"/>	Data di nascita	<input type="text"/>
		Nazionalità	<input type="text"/>
Indirizzo di residenza	<input type="text"/>		
Comune	Prov.	C.A.P.	(Paese)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Domicilio (se diverso da residenza)	<input type="text"/>		
Comune	Prov.	C.A.P.	(Paese)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Documento d'identità	<input type="text"/>	n.	<input type="text"/>
Rilasciato da	<input type="text"/>	il	<input type="text"/>
<i>(allegare fotocopia del documento di identificazione)</i>			
Persona politicamente esposta (si veda la definizione riportata in calce al presente modulo): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

*Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale derivante da affermazioni non veritiere, inesatte o reticenti e che possono compromettere il diritto alla prestazione, dichiara che i dati identificativi del titolare del rapporto / dell'operazione riprodotti negli appositi campi del presente documento corrispondono al vero, ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui è a conoscenza, anche relativamente al titolare effettivo del rapporto / dell'operazione.*

**Data**

**Firma del Titolare / Esecutore**

Il **Contraente** richiede a Apulia previdenza spa l'emissione della Convenzione per le coperture previste da:

- C.C.N.L. di categoria
- Accordo/Regolamento Aziendale
- altro

in favore dei propri

- dirigenti;
- quadri o impiegati;
- altro

in base ai dati forniti, per l'Assicurazione Temporanea Caso Morte ed in base ai documenti che costituiscono il **Set Informativo** composto dall'informativa precontrattuale DIP Vita, DIP aggiuntivo Vita, dalle Condizioni di Assicurazione e Glossario di cui la presente proposta di assicurazione è parte integrante, che dichiara di ben conoscere ed accettare.

Dichiara di aver ricevuto il **Set Informativo** del prodotto Temporanea Caso Morte di Gruppo, tariffa T8C2017.

Dichiara di attribuire il beneficio delle prestazioni in favore di:

- contraente;
- aventi diritto previsti da C.C.N.L., accordi integrativi, regolamenti aziendali;
- persone designate dall'Assicurato tramite compilazione dell'apposita sezione "Identificazione dei soggetti / beneficiari";
- eredi legittimi.

Il Contraente è tenuto al versamento del premio risultante dalla polizza elenco emessa dalla Compagnia tramite



bonifico bancario con accredito sul conto corrente intestato alla Compagnia o al competente soggetto autorizzato dalla Compagnia.

Il Contraente dichiara che le prestazioni previste dal presente **Set Informativo** composto dall'informativa precontrattuale DIP Vita, DIP aggiuntivo Vita, dalle Condizioni di Assicurazione e Glossario, dalla presente proposta di assicurazione sono adeguate alle proprie esigenze assicurative.

Il Contraente dichiara altresì che provvederà ad informare gli Assicurati circa le condizioni contrattuali contenute nel presente fascicolo e delle seguenti avvertenze relative alla compilazione dell'eventuale **questionario sanitario**:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;**
- prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto abilitato di cui alla lettera a. deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;**
- anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.**

La convenzione verrà emessa con effetto dalle ore 00 del \_\_\_\_\_ e scadenza alle ore 00 del \_\_\_\_\_ salvo rinnovo.

**Luogo e data**

**Firma del Titolare e/o Assicurato**

**Firma dell'intermediario**

## Consenso al trattamento dei dati personali del Contraente

Il Contraente dichiara di avere preso visione dell' "Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento europeo (UE) 2016/679 ("GDPR")" contenuta nel presente fascicolo.

Il Contraente presta espressamente il consenso esplicito, facoltativo e revocabile in qualsiasi momento al trattamento dei Suoi dati:

- per trattamento dei dati appartenenti alle categorie particolari di dati ex art. 9 del GDPR effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti indicati nella predetta informativa e al trattamento da parte di questi ultimi per finalità assicurative di cui all'art. 1 dell'informativa.

Acconsente  Non acconsente

- per le finalità di cui al punto 2 a. dell'informativa ovvero l'invio di materiale promozionale inerente i prodotti e/o i servizi della Compagnia nonché l'effettuazione di ricerche di mercato, la rilevazione della qualità dei servizi e dei bisogni della clientela sia con modalità di contatto tradizionali (posta cartacea, chiamate tramite operatore) che automatizzate (posta elettronica, sms, mms, chiamate automatizzate).

Acconsente  Non acconsente

- per le finalità di cui al punto 2.b dell'informativa ovvero la comunicazione/cessione dei dati a terze entità del settore assicurativo stabilite anche al di fuori dell'Unione Europea (Svizzera) per permettere a tali società di effettuare attività di marketing: invio di materiale promozionale inerente i prodotti e/o servizi, nonché effettuazione di ricerche di mercato, rilevazione della qualità dei servizi e dei bisogni della clientela sia con modalità di contatto tradizionali (posta cartacea, chiamate tramite operatore) che automatizzate (posta elettronica, sms, mms, chiamate automatizzate).

Acconsente  Non acconsente

**Luogo e data**

**Firma del Titolare e/o Assicurato**

**Firma dell'intermediario**



## IDENTIFICAZIONE DEI SOGGETTI / BENEFICIARI

Poiché la titolarità del contratto assicurativo sottoscritto dalla Vostra Società è assegnata a un soggetto diverso da una persona fisica, è indispensabile definire almeno un soggetto (o più soggetti: non c'è limite al numero di delegati che una società può nominare), persona fisica, delegato a operare in nome e per conto della Vostra Società.

Vi preghiamo pertanto di compilare quanto sottostante con tutti i dati richiesti del delegato (o dei delegati) che si intende designare, e di accompagnarlo con una fotocopia di un documento in corso di validità<sup>2</sup>.

Vi ricordiamo che, in assenza di una valida delega, non sarà ammessa alcuna operazione effettuata da un soggetto diverso da quelli individuati nel presente modulo.

## BENEFICIARI

In caso di mancata compilazione l'Impresa potrà incontrare, al decesso dell'assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del beneficiario. La modifica o revoca di quest'ultimo deve essere comunicata all'Impresa.

### BENEFICIARIO CASO MORTE Esclusione dall'invio di comunicazioni al beneficiario SI NO

Cognome		Nome				Sesso	
<input type="text"/>		<input type="text"/>				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Comune di nascita	Prov.	Nazione	Data di nascita	Codice Fiscale			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Comune o stato estero di residenza	C.A.P.	Prov.	Indirizzo	N. civ.	Cittadinanza		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Cellulare	Indirizzo e-mail			Altri recapiti utili			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>			

ALTRO \_\_\_\_\_  
(salva espressa volontà del contraente di non designazione nominativa)

### REFERENTE TERZO DIVERSO DAL BENEFICIARIO CASO MORTE

(Identificazione del referente terzo diverso dal beneficiario in caso di specifica riservatezza. La compilazione dei dati del referente terzo esclude la compilazione dei beneficiari nominativi ed altri).

Cognome		Nome				Sesso	
<input type="text"/>		<input type="text"/>				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Comune di nascita	Prov.	Nazione	Data di nascita	Codice Fiscale			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Comune o stato estero di residenza	C.A.P.	Prov.	Indirizzo	N. civ.	Cittadinanza		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Cellulare	Indirizzo e-mail			Altri recapiti utili			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>			



## 1 - Dati identificativi del delegato

Cognome  Nome

Codice Fiscale

Luogo di nascita  Data di nascita  Nazionalità

Indirizzo di residenza

Comune  Prov.  C.A.P.  (Paese)

Documento d'identità  n.

Rilasciato da  il   
(allegare fotocopia del documento di identificazione)

Persona politicamente esposta (si veda la definizione riportata in calce al presente modulo):  SI  NO

## 2 - Dati identificativi del delegato

Cognome  Nome

Codice Fiscale

Luogo di nascita  Data di nascita  Nazionalità

Indirizzo di residenza

Comune  Prov.  C.A.P.  (Paese)

Documento d'identità  n.

Rilasciato da  il   
(allegare fotocopia del documento di identificazione)

Persona politicamente esposta (si veda la definizione riportata in calce al presente modulo):  SI  NO

*Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale derivante da mendaci affermazioni in tal sede, dichiara che i dati identificativi del titolare del rapporto / dell'operazione riprodotti negli appositi campi del presente documento corrispondono al vero, ed altresì dichiara di aver fornito ogni informazione di cui e' a conoscenza, anche relativamente al titolare effettivo del rapporto / dell'operazione.*

**Data**

**Firma del Titolare e/o Assicurato**

<sup>2</sup> Sono considerati documenti validi per l'identificazione, ai sensi dell'art.3 della Allegato Tecnico del D.Lgs 231/07 i seguenti: Carta d'identità, Passaporto, Patente di Guida, Patente Nautica, Libretto di Pensione, Patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici, Porto d'armi, una qualunque tessera di riconoscimento rilasciata da un'amministrazione statale purché munita di fotografia identificativa e timbro (es.: permesso di soggiorno).

## Scheda antiriciclaggio

### cliente/esecutore/beneficiario/titolare effettivo

### Valutazione del profilo di rischio riciclaggio o finanziamento al terrorismo

(Da compilare a cura dell'Intermediario di Apulia Previdenza o di chi genera la Proposta di Polizza)

Profilo azienda	Risposta
<input type="checkbox"/> <b>Cliente</b> <input type="checkbox"/> <b>Contraente</b> <input type="checkbox"/> <b>Esecutore</b> (tutore, creditore pignoratizio) <input type="checkbox"/> <b>Titolare effettivo</b> (se diverso dal cliente) <input type="checkbox"/> <b>Beneficiario</b>	<i>Ripetere ragione sociale azienda</i>
<b>Numero convenzione</b>	<i>A cura di Apulia</i>
<b>L'azienda dichiara che l'emissione della Convenzione è a motivo di:</b> <input type="checkbox"/> <b>C.C.N.L. di categoria</b> <input type="checkbox"/> <b>Accordo/Regolamento Aziendale</b> <input type="checkbox"/> <b>Associazione</b> <input type="checkbox"/> <b>altro</b> <b>in favore dei propri</b> <input type="checkbox"/> <b>dirigenti;</b> <input type="checkbox"/> <b>quadri o impiegati;</b> <input type="checkbox"/> <b>altro</b> <input type="checkbox"/> <b>Associati</b>	<i>Rilevare motivo emissione polizza</i>
<b>Area geografica dell'attività economica dell'azienda</b>	<i>Sede legale del Cliente azienda (Città e Regione)</i>
<b>Titolare effettivo azienda è Soggetto PEP (Persona Politicamente Esposta)?</b> <input type="checkbox"/> <b>Sì</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>	<i>Riportare il nome del titolare effettivo identificato come PEP</i>

## Questionario

### Valutazione del profilo di rischio riciclaggio o finanziamento al terrorismo

(Da compilare a cura dell'Intermediario di Apulia Previdenza o di chi genera la Proposta di Polizza)

Il cliente (azienda) ha tenuto un comportamento anomalo nel momento di instaurare il rapporto o di compiere l'operazione?	SÌ	NO
Lo scopo dichiarato del rapporto e dell'operazione è incoerente con l'attività lavorativa, il profilo economico-patrimoniale ed i bisogni economico-finanziari del richiedente (Azienda)?	SÌ	NO
<p>Il cliente (azienda) svolge una delle seguenti attività economiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. associazioni sportive o dilettantistiche</li> <li>b. autonomo commerciante di gioielli/preziosi</li> <li>c. autonomo commerciante di pellami/pellicceria</li> <li>d. case d'asta</li> <li>e. galleria d'arte</li> <li>f. antiquari</li> <li>g. compro oro</li> <li>h. giochi e scommesse</li> <li>i. trasporto valori</li> <li>j. commercio all'ingrosso ed al dettaglio dei gioielli</li> <li>k. edilizia e costruzioni</li> <li>l. movimento terra</li> <li>m. produzione energia rinnovabile</li> <li>n. materiale ferroso</li> <li>o. pulizia e manutenzione</li> <li>p. raccolta e smaltimento rifiuti</li> <li>q. recupero crediti per conto terzi</li> <li>r. sanità</li> <li>s. appalti pubblici ( soggetti aggiudicatari)</li> <li>t. custodia e trasporto di denaro</li> <li>u. fiduciarie</li> <li>v. attività di gestione e smaltimento dei rifiuti</li> <li>w. attività di money transfer</li> <li>x. attività import/export verso paesi fiscalmente privilegiati D.M. 4 maggio 1999, ex D.M. 21 novembre 2001 e D.M. 23 gennaio 2002 o "non equivalenti" di cui al D.MEF. 12 aprile 2008*</li> </ul>	SÌ	NO
Si è a conoscenza di eventuali informazioni relativamente alla condotta irregolare, ad atti o procedimenti penali in capo al/i cliente/i (azienda)?	SÌ	NO
<p>Il cliente (azienda) ha dimostrato reticenze nel fornire informazioni complete circa</p> <p><input type="checkbox"/> Persone giuridiche: la sede legale o amministrativa, l'identità degli esponenti aziendali, dei partecipanti al capitale o di altri soggetti interessati?</p>	SÌ	NO
Il cliente (azienda) ha effettuato operazioni di scudo fiscale?	SÌ	NO
Il cliente (azienda) ha sede legale in un'area geografica ritenuta ad alta criminalità? (Campania - Calabria - Puglia - Sicilia)	SÌ	NO



## ATTESTAZIONE DA PARTE DELL'INTERMEDIARIO DI APULIA PREVIDENZA O DI CHI GENERA LA PROPOSTA DI POLIZZA

In relazione all'esecuzione degli obblighi di identificazione per Apulia Previdenza

- Attesto di aver adempiuto in proprio in presenza del cliente azienda in relazione alla costituzione di un rapporto continuativo tuttora in essere.
- Provvedo a trasmettere la presente attestazione ad Apulia Previdenza in allegato alla Proposta di Polizza.
- Confermo il corretto adempimento degli obblighi di identificazione.

### ATTENZIONE

- **IL PREMIO E' TOTALMENTE A CARICO DEL DATORE DI LAVORO O CONTRAENTE ?**

SI

NO

- **IL PREMIO E' IN PARTE A CARICO DELL'ASSICURATO?**

NO

SI = CON TRATTENUTA SULLO STIPENDIO

SI = ALTRO (IDENTIFICARE ASSICURATO QUALORA IL SUO PREMIO SIA SUPERIORE A 1.000 EURO – COMPILARE SCHEDA ANTIRICICLAGGIO INDIVIDUALE FORNITA DALLA COMPAGNIA)

Luogo e data

Firma dell'intermediario



## SPAZIO RISERVATO ALLA COMPAGNIA

### Verifica World Compliance

Il nominativo del cliente (azienda) /esecutore/beneficiario/titolare effettivo compare negli elenchi di World Compliance?

SI

NO

In quale elenco compare il nominativo?

---

### Determinazione livello di rischio

Il livello di rischio associato al cliente azienda è determinato nel seguente modo:

LIVELLO DI RISCHIO	PARAMETRI DA CONSIDERARE
<b>BASSO</b>	Nessuna risposta affermativa al <b>Questionario</b> incluso nella <b>scheda antiriciclaggio</b> Il nominativo non compare nelle liste World Compliance
<b>MEDIO</b>	<b>Una</b> risposta affermativa al <b>Questionario</b> incluso nella <b>scheda antiriciclaggio</b> Il nominativo non compare nelle liste World Compliance
<b>ALTO</b>	<b>Due</b> o più risposte affermative al <b>Questionario</b> incluso nella <b>scheda antiriciclaggio</b> <b>e/o</b> soggetti che compaiono nelle Liste di World Compliance, esclusi i c.d. falsi positivi

### LIVELLO DI RISCHIO ASSEGNATO:

RISCHIO BASSO

RISCHIO MEDIO

RISCHIO ALTO

### Osservazioni aggiuntive dell'operatore (Area Tecnica) della Compagnia:

.....

.....

Firma operatore (Area Tecnica) per controllo 1° livello della Compagnia \_\_\_\_\_

### VERIFICA DELLA FUNZIONE ANTIRICICLAGGIO

Conferma del livello di rischio riciclaggio

Variazione del livello di rischio riciclaggio: nuovo livello assegnato \_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma della Funzione Antiriciclaggio \_\_\_\_\_



## MONITORAGGIO SUCCESSIVO

TIPOLOGIA SOGGETTO	LIVELLO RISCHIO RICICLAGGIO	ESITO O AZIONI SUCCESSIVE E FREQUENZA DEL CONTROLLO
Clienti azienda soggetti di diritto con adeguata verifica semplificata	BASSO (di default)	monitoraggio successivo: <b>5 anni</b> <b>Verifica World Compliance</b>
Cliente (azienda)	BASSO	monitoraggio successivo: <b>4 anni</b> <b>Verifica World Compliance</b>
Cliente azienda	MEDIO	monitoraggio successivo: <b>3 anni</b> <b>Verifica World Compliance</b>
Cliente azienda	ALTO	monitoraggio successivo: <b>2 anni</b> <b>Verifica World Compliance</b>