

# Apulia protezione risorse

Fascicolo informativo relativo  
all'Assicurazione sulla vita per forme collettive

## **Contratto di assicurazione temporanea monoannuale di gruppo in caso di morte ed invalidità permanente (Tariffa T9C2017).**

**Il presente Fascicolo Informativo, contenente i seguenti documenti, deve essere consegnato al  
Contraente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione:**

- **Nota Informativa**
- **Condizioni di assicurazione**
- **Informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza**
- **Glossario**
- **Fac-simile Modulo di Proposta di assicurazione**

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente  
la Nota Informativa.**

**Fascicolo Informativo aggiornato al 22/12/2017**

---

## **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)

## Sommario

### Nota Informativa

**Contratto di assicurazione temporanea monoannuale di gruppo in caso di morte ed invalidità permanente (codice Tariffa T9C2017)**

#### Introduzione

- Premessa
- Convenzione
- Contraente

#### A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa all'ultimo Bilancio approvato

#### B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte
4. Premi
  - 4.1. *Premi per rinnovi contrattuali*

#### C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI E REGIME FISCALE

5. Costi
  - 5.1. *Costi gravanti direttamente sul Contraente*
    - 5.1.1. *Costi gravanti sul premio*
6. Sconti
7. Regime fiscale
  - 7.1. *Regime fiscale delle somme assicurate corrisposte*
  - 7.2. *Regime fiscale dei premi*

#### D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

8. Modalità di perfezionamento del contratto
9. Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi
10. Riscatto e riduzione
11. Documentazione da consegnare alla Compagnia per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione
12. Legge applicabile al contratto
13. Lingua in cui è redatto il contratto
14. Reclami
15. Informativa in corso di contratto
16. Conflitto di interessi

### Condizioni di Assicurazione

**Assicurazione temporanea monoannuale di gruppo in caso di morte ed invalidità permanente (codice Tariffa T9C2017)**

- Art. 1 - Definizione
- Art. 2 - Assicurati
- Art. 3 - Limiti di età
- Art. 4 - Capitale assicurato
- Art. 5 - Contraente e i suoi obblighi
- Art. 6 - Assunzione del rischio
- Art. 7 - Perfezionamento, entrata in vigore del contratto, ingresso e permanenza in assicurazione
  - 7.1 Perfezionamento ed entrata in vigore del contratto
  - 7.2 Ingresso e permanenza in assicurazione
- Art. 8 - Sinistro che colpisca più Assicurati
- Art. 9 - Premi di Assicurazione
- Art. 10 - Misure e modalità di eventuali sconti
- Art. 11 - Documenti contrattuali
- Art. 12 - Dichiarazione del Contraente e dell'Assicurato
- Art. 13 - Esclusioni
- Art. 14 - Pagamenti della Compagnia
- Art. 15 - Tasse ed Imposte
- Art. 16 - Riferimento alle norme di legge
- Art. 17 - Foro competente
- Art. 18 - Condizioni regolanti la copertura del rischio di invalidità permanente
  - Art. 18.1 - Definizione
  - Art. 18.2 - Denuncia del sinistro e documentazione da fornire
  - Art. 18.3 - Accertamento autonomo dell'invalidità permanente
  - Art. 18.4 - Obblighi del Contraente e dell'Assicurato
  - Art. 18.5 - Modalità per il pagamento del capitale assicurato
  - Art. 18.6 - Arbitrato
  - Art. 18.7 - Accertamento dell'invalidità

#### Informativa sulla privacy

#### Glossario

#### Fac-simile Modulo di Proposta di Assicurazione

## Nota Informativa

### Introduzione

#### Premessa

**La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni), ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.**

#### Convenzione

L'Assicurazione temporanea momoannuale di gruppo in caso di morte ed invalidità permanente è un'assicurazione collettiva, 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 potrà essere inserito in assicurazione con una propria posizione individuale.

La Convenzione è un accordo fra le Parti che regola le 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.

Il suddetto accordo ha la durata di un anno, a partire dalla data di effetto, e si rinnova automaticamente, alla scadenza, di anno in anno.

Ognuna delle parti può disdire la Convenzione a condizione che tale volontà sia comunicata a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento, almeno due mesi prima della scadenza iniziale o di un suo rinnovo.

#### Contraente

Il Contraente è esclusivamente una persona giuridica.

Sul Contraente gravano tutti gli obblighi derivanti dal contratto ed in particolare quello del pagamento dei premi nonché quello di inviare tempestivamente alla Compagnia tutte le comunicazioni concernenti il rapporto assicurativo.

### A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

#### 1. Informazioni generali

- Apulia previdenza spa - Società per Azioni con Socio Unico.
- Sede legale: via G. Gozzi 1/A, 20129 Milano.
- Recapito telefonico: 02 7256671 - fax 02 89822524.  
Sito internet: [www.apuliaprevidenza.it](http://www.apuliaprevidenza.it)  
Indirizzo di posta elettronica:  
[segreteria generale@apulialife.it](mailto:segreteria generale@apulialife.it)  
[amministrazione@pec.apulialife.it](mailto:amministrazione@pec.apulialife.it)
- Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni sulla Vita con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commer-

cio 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.

#### 2. Informazione sulla situazione patrimoniale dell'Impresa all'ultimo bilancio approvato

Il patrimonio netto al 31 dicembre 2016 ammonta a 42.597 milioni, di cui 6.204 milioni di euro di capitale sociale e 36.192 milioni di euro di riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità, calcolato in regime di Solvency II, è pari a 188% da intendersi come rapporto fra i fondi propri ammissibili ed il requisito patrimoniale di solvibilità.

Si rimanda al sito internet della Compagnia:

[www.Apuliaprevidenza.it](http://www.Apuliaprevidenza.it)

per l'aggiornamento annuale dei dati sopra riportati.

### B. INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

#### 3. Prestazioni assicurative e garanzie offerte

La durata dell'assicurazione è monoannuale, rinnovabile di anno in anno. Il periodo di copertura generalmente coincide con l'anno solare (o con la frazione di anno, per gli inserimenti in corso d'anno).

**Il contratto prevede le seguenti prestazioni assicurative: la copertura del rischio di morte e di invalidità totale e permanente.**

Si rinvia agli articoli 1 e 4 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle singole prestazioni.

Avvertenza: sono esclusi dalla copertura i casi di decesso e di invalidità permanente dovuti ad alcune cause, come specificato all'art.13 delle condizioni di assicurazione. Dalla richiesta di inserimento in copertura della posizione individuale e prima dell'entrata in vigore della stessa, è riconosciuto un periodo di copertura provvisoria, per il solo caso di morte in seguito ad infortunio, come specificato nelle Condizioni di assicurazione all'art. 7.

Nel caso in cui avvenga il decesso dell'assicurato nel periodo di copertura del contratto oppure venga accertata l'invalidità totale e permanente, che è equiparata al decesso agli effetti della copertura assicurativa, Apulia previdenza eroga ai Beneficiari un importo pari al capitale assicurato. Nessuna prestazione è prevista in caso di sopravvivenza dell'Assicurato al termine del periodo di copertura o in caso non sia insorta alcuna invalidità ed i premi pagati restano acquisiti dalla Compagnia in corrispettivo del rischio corso.

Ai fini di una esatta valutazione del rischio da parte della Compagnia, le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete.

In particolare si richiama l'attenzione sulla necessità di leggere le raccomandazioni e le avvertenze contenute nel questionario sanitario (questionario anamnestico) eventualmente richiesto.

#### 4. Premi

L'assicurazione prevede, per ciascun periodo di copertura, il pagamento anticipato del premio complessivo, a fronte delle prestazioni assicurate nel periodo e per l'insieme delle posizioni individuali degli Assicurati.

Il premio è determinato per ogni singola posizione in base ai tassi di tariffa allegati alla Convenzione con riferimento al sesso, all'età dell'Assicurato alla data di inizio copertura ed al capitale 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. Per le uscite in corso d'anno, non dipendenti dal decesso dell'Assicurato, si rimborsa il rateo di premio relativo al periodo di mancata esposizione al rischio, determinato mediante riduzione proporzionale a tale durata, del premio corrisposto.

Il Contraente è tenuto ad effettuare il pagamento del premio complessivo esclusivamente tramite accredito dell'importo sul conto corrente bancario della Compagnia o di un Intermediario della stessa.

Il premio deve essere versato dal Contraente:

- alla sottoscrizione del contratto;
- ad ogni rinnovo di contratto;
- in caso di variazione di capitale;
- in caso di inserimenti di nuovi assicurati durante il periodo di copertura.

Nel caso sia richiesta la valutazione dello stato di salute degli Assicurati, possono essere applicati sovrappremi sanitari, per il maggior rischio rilevato.

##### 4.1 Premi per rinnovi contrattuali

Il contratto di assicurazione si intende tacitamente rinnovato di anno in anno, per tutti gli Assicurati salvo disdetta da una delle parti (Contraente, Apulia previdenza) da inviarsi con preavviso di almeno due mesi.

Il rinnovo annuale delle coperture assicurative del gruppo di Assicurati è effettuato tenendo conto dell'età raggiunta dagli stessi e sulla base dello "stato di rischio" come risulta alla Compagnia eventualmente modificato su segnalazione ricevuta dal Contraente entro la data di ricorrenza anniversaria del contratto. Le eventuali variazioni intervenute successivamente saranno oggetto di appendici integrative o rimborsi successivi al rinnovo.

### C. INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

#### 5. Costi

##### 5.1. Costi gravanti direttamente sul Contraente

##### 5.1.1. Costi gravanti sul premio

#### Diritti

di emissione 3 euro per ciascuna posizione individuale

#### Caricamenti

in cifra fissa 1 euro per spese di gestione

---

in percentuale  
del premio di tariffa 1,0% per spese di acquisizione  
8,0% per spese di acquisizione riconosciute al distributore  
8,0% per spese di gestione

---

I costi percentuali sono applicati al premio al netto dei diritti di emissione e della cifra fissa.

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 al 45,8%.

#### 6. Sconti

Non si prevedono sconti di premio.

#### 7. Regime fiscale

##### 7.1. Regime fiscale delle somme assicurate corrisposte

In base alla normativa fiscale vigente in Italia al momento della redazione della presente Nota Informativa, la prestazione erogata dalla Compagnia al verificarsi del decesso o sopravvenuta invalidità permanente dell'Assicurato è esente da IRPEF.

##### 7.2. Regime fiscale dei premi

I premi dei contratti di assicurazione sulla vita sono esenti dall'imposta sulle assicurazioni.

Il trattamento fiscale applicabile alla presente forma di assicurazione è di seguito indicato:

- se il Contraente è il datore di lavoro e assicurati i dipendenti, in conformità a contratto collettivo, accordo o regolamento aziendale, il premio:
- per il datore di lavoro è deducibile nella determinazione del reddito, alle condizioni di cui alle disposizioni di legge vigenti,
- concorre alla formazione di reddito per il lavoratore dipendente, ma dà diritto alla detrazione del 19% dall'imposta sul reddito dichiarato dal dipendente, nei limiti di legge vigenti;
- se il Contraente è un Fondo Pensione, i contributi versati allo stesso mantengono il regime fiscale delle somme versate per la previdenza complementare nei limiti di legge vigenti, attualmente fissati in un importo non superiore a 5.164,57 €;
- se il Contraente è un Ente o una Cassa avente esclusivamente fine assistenziale in conformità a contratto, accordo o regolamento aziendale, ferma la deducibilità del contributo per il datore di lavoro nella determinazione del reddito di impresa, i contributi versati alla stessa concorrono a formare reddito dell'iscritto e non danno

- diritto alla detrazione fiscale;
- se il Contraente è un'Associazione, una Fondazione o altro Ente non commerciale che stipula la polizza per conto dei propri associati, il premio può dare luogo alla detrazione d'imposta del 19%, nei limiti di legge vigenti.

## **D. ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**

### **8. Modalità di perfezionamento del contratto**

Si rinvia all'art. 7 delle condizioni di assicurazione per le modalità di perfezionamento del contratto e la decorrenza delle coperture assicurative.

### **9. Risoluzione del contratto per sospensione del pagamento dei premi**

Il contratto si intende rinnovato tacitamente di anno in anno salvo preventiva disdetta comunicata con due mesi di preavviso da una delle parti. 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.

Per i dettagli si rinvia all'art.7 delle condizioni di assicurazione.

### **10. Riscatto e riduzione**

Il contratto non prevede un valore di riscatto o di riduzione delle prestazioni.

### **11. Documentazione da consegnare alla Compagnia per la liquidazione delle prestazioni e termini di prescrizione**

La Compagnia procede alle dovute liquidazioni previa consegna alla stessa di tutti i documenti necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto. L'elenco completo dei documenti richiesti e l'indicazione delle modalità di pagamento sono riportati all'Art. 14 delle Condizioni di Assicurazione.

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.

Si ricorda che 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.

### **12. Legge applicabile al contratto**

Al contratto si applica la Legge Italiana.

### **13. Lingua in cui è redatto il contratto**

Il contratto è redatto in lingua italiana.

### **14. Reclami**

I reclami possono essere presentati sia dai soggetti, persone fisiche o giuridiche, interessate dal rapporto contrattua-

le (contraenti, aderenti, assicurati, danneggiati, beneficiari), sia dalle associazioni riconosciute per la rappresentanza degli interessi ai consumatori.

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale e la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto, mediante posta, telefax o e-mail all'Impresa e, in particolare, alla funzione Servizio gestione dei Reclami, incaricata del loro esame, ai seguenti recapiti:

Apulia previdenza spa- Servizio gestione dei Reclami - Via Gaspere Gozzi 1/A - 20129 Milano - n° fax 02 89822524 - indirizzo e-mail: [segreteria generale@apulialife.it](mailto:segreteria generale@apulialife.it)

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS - via del Quirinale 21, 00187 Roma, oppure trasmesso ai fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353 e deve contenere copia del reclamo già inoltrato all'impresa ed il relativo riscontro. La presentazione del reclamo può avvenire anche via PEC all'indirizzo: [ivass@pec.ivass.it](mailto:ivass@pec.ivass.it). In tal caso, per velocizzare la trattazione, è opportuno che gli eventuali allegati al messaggio PEC siano in formato PDF.

### **Reclami all'IVASS**

I reclami per l'accertamento dell'osservanza della normativa di settore devono essere presentati direttamente all'IVASS al recapito sopraindicato.

Il reclamo inviato all'IVASS deve riportare chiaramente i seguenti elementi identificativi:

- il nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- l'individuazione dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Resta in ogni caso salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

Per maggiori dettagli su come presentare un reclamo all'IVASS è possibile consultare la pagina "Come presentare un reclamo" sul sito di IVASS [www.ivass.it](http://www.ivass.it) dove è presente il "Modulo Reclami IVASS".

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet [http://ec.europa.eu/internal\\_market/fin-net/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/index_en.htm)).

### **15. Informativa in corso di contratto**

La Compagnia si impegna a comunicare tempestivamente per iscritto al Contraente, nel corso della durata contrattuale, le eventuali variazioni alle informazioni contenute nella presente Nota Informativa.

Le variazioni possono interessare gli elementi essenziali della Convenzione o del prodotto per:

- l'inserimento di clausole aggiuntive;
- intervenute modifiche nella legislazione ad essi applicabili, successive alla conclusione del contratto.

In seguito all'emanazione del Provvedimento IVASS n. 7 del 16/07/2013, la Compagnia ha predisposto sul proprio sito internet un'apposita area riservata, tramite la quale sarà possibile consultare le coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali sottoscritte, lo stato dei pagamenti e la scadenza contrattuale.

È possibile richiedere le credenziali di accesso all'area riservata, secondo le modalità pubblicate nella home page del sito internet della Compagnia [www.apuliaprevenienza.it](http://www.apuliaprevenienza.it)

#### **16. Conflitto di interessi**

La Società si impegna a:

- evitare, sia nell'offerta sia nella gestione dei contratti, lo svolgimento di operazioni in cui la Società stessa ha direttamente o indirettamente un interesse in conflitto anche derivante da rapporto di gruppo o rapporti di affari propri o di altre controparti infragruppo;
- garantire che comunque, nei casi in cui il conflitto non può essere evitato, gli interessi dei contraenti non subiscano alcun pregiudizio.

In particolare sono state definite quali fattispecie di potenziale conflitto di interessi tutte le situazioni che implicano rapporti con altre società del Gruppo o con cui il Gruppo medesimo intrattiene rapporti di affari rilevanti. In ogni caso la Società opera in modo da non recare pregiudizio agli interessi dei contraenti e da ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

**Apulia previdenza spa è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.**

La Rappresentante Legale

La Presidente

**Dott.ssa Graziella Capellini**





## Condizioni di Assicurazione

Assicurazione temporanea monoannuale di gruppo in caso di morte ed invalidità permanente (codice Tariffa T9C2017).

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

L'assicurazione temporanea monoannuale di gruppo in caso di morte ed invalidità permanente è una 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 o all'Assicurato stesso qualora sopravvenga la sua invalidità permanente.

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.

Il riconoscimento, da parte della Compagnia, dell'invalidità permanente determina la definitiva cessazione delle garanzie, anche di quella per il caso morte, pertanto l'assicurazione si estingue.

### **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. Per gli Assicurati con età superiore a 70 anni e fino a 74 anni, l'assicurazione può essere prestata per il solo caso morte. L'Assicurazione non è comunque 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 o di invalidità permanente 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 i suoi obblighi**

Sul Contraente gravano tutti gli obblighi derivanti dal contratto 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 risultano 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 di cui all'Art. 1.

A seguito di richiesta scritta del Contraente possono essere incluse in copertura 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**

L'assicurazione comprende anche il sinistro che colpisca più Assicurati a seguito di uno stesso evento accidentale, fino 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 e gli eventuali 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 l'evento 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 sinistro, 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 o di invalidità permanente sono coperti qualunque possa esserne la causa, senza limiti territoriali. La Compagnia non eroga alcuna prestazione qualora il decesso o l'invalidità permanente siano causati 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 alcolici 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 subacquee in genere);
- contaminazioni chimiche o batteriologiche, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche ed esposizione a particelle ionizzanti.

Il decesso dell'Assicurato che intervenga dopo che sia stata denunciata alla Compagnia l'invalidità permanente e prima che la stessa sia stata riconosciuta, equivale al riconoscimento dello stato di invalidità.

È comunque esclusa la liquidazione del capitale assicurato, o l'eventuale aumento dello stesso, nel caso in cui l'Assicurato abbia presentato domanda all'Ente Previdenziale di appartenenza per il riconoscimento dello stato di invali-

dità, anteriormente alla data di ingresso in assicurazione o alla data di richiesta di aumento del capitale.

### **Art. 14 - Pagamenti della Compagnia**

Per tutti i pagamenti della Compagnia devono 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 devono 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.

La documentazione richiesta per il caso di invalidità permanente è specificata nelle "Condizioni regolanti la copertura del rischio di invalidità".

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

### **Art. 15 - Tasse ed Imposte**

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

### **Art. 16 - Riferimento alle norme di legge**

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

### **Art. 17 - Foro competente**

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

### **Art. 18 - Condizioni regolanti la copertura del rischio di invalidità permanente**

### **Art. 18.1 - Definizione**

Per invalidità permanente si intende l'assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa, per sopravvenuta infermità o difetto fisico.

Si considera invalido permanente l'Assicurato al quale l'Ente Previdenziale Obbligatorio di appartenenza (di seguito denominato Ente) abbia riconosciuto il diritto a conseguire l'assegno ordinario di invalidità ed il cui stato non consenta la prosecuzione del rapporto di lavoro, o la pensione di inabilità, purché:

- il riconoscimento della pensione di invalidità sia conseguente a domanda inoltrata prima della cessazione del rapporto di lavoro;
- l'Assicurato abbia risolto il rapporto di lavoro come conseguenza diretta dello stato di invalidità;
- l'età dell'Assicurato non abbia superato i 70 anni.

Si considera invalido permanente, ai fini dell'autonomo accertamento dell'invalidità permanente di cui all'Art. 3, l'Assicurato che, a causa di sopravvenuta infermità o difetto fisico o mentale, comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile:

- abbia ridotto in modo permanente la propria capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, a meno di un terzo e abbia risolto il rapporto di lavoro come conseguenza diretta dello stato di invalidità, ovvero
- si trovi nell'assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa e abbia risolto il rapporto di lavoro come conseguenza diretta dello stato di invalidità.

Se i componenti della collettività omogenea di individui per i quali è stipulata la Convenzione sono Dirigenti appartenenti ad un'azienda del settore industriale aderente al Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dei Dirigenti di Aziende produttrici di beni e servizi, non è necessaria la cessazione del rapporto di lavoro.

Il riconoscimento da parte della Compagnia dell'invalidità dell'Assicurato determina la definitiva cessazione anche della garanzia per il caso di morte; pertanto la posizione individuale si estingue, indipendentemente dalla risoluzione o meno del rapporto di lavoro.

### **Art. 18.2 - Denuncia del sinistro e documentazione da fornire**

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente o l'Assicurato deve farne denuncia alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata entro i successivi due mesi e prima dell'eventuale risoluzione del rapporto di lavoro. Successivamente alla denuncia del sinistro il Contraente o l'Assicurato, deve far pervenire alla Compagnia, per gli opportuni accertamenti, la documentazione di seguito indicata:

#### **A. per tutti gli Assicurati non appartenenti alla categoria dei Dirigenti di Aziende produttrici di beni e servizi:**

- 1) dichiarazione del Contraente circa l'avvenuta risoluzione del rapporto di lavoro con l'Assicurato;
- 2) certificato attestante il riconoscimento da parte dell'Ente Previdenziale (I.N.P.S., ecc.) al quale obbligatoriamente appartiene l'Assicurato, del diritto a conseguire la pensione di inabilità o l'assegno ordinario di invalidità;

- 3) copia della domanda di invalidità presentata all'Ente Previdenziale qualora sussistano i requisiti di anzianità contributiva o di iscrizione.

La Compagnia riceve la documentazione di cui sopra accetterà come valido, ai fini del riconoscimento dell'invalidità, il giudizio dell'Ente Previdenziale di appartenenza.

#### **B. per tutti gli Assicurati Dirigenti appartenenti ad un'azienda del settore industriale aderente al Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dei Dirigenti di Aziende produttrici di beni e servizi che hanno un capitale assicurato non superiore a quello previsto dal C.C.N.L.:**

- 1) dichiarazione del Contraente attestante l'avvenuta o non avvenuta risoluzione del rapporto di lavoro del Dirigente assicurato e l'appartenenza dello stesso al contratto collettivo di categoria;
- 2) certificato attestante il riconoscimento da parte dell'Ente Previdenziale (I.N.P.S., ecc.) al quale obbligatoriamente appartiene l'Assicurato, del diritto a conseguire la pensione di inabilità o l'assegno ordinario di invalidità;
- 3) copia della domanda di invalidità presentata all'Ente Previdenziale qualora sussistano i requisiti di anzianità contributiva o di iscrizione.

La Compagnia riceve la documentazione di cui sopra accetterà come valido, ai fini del riconoscimento dell'invalidità, il giudizio dell'Ente Previdenziale di appartenenza.

#### **C. per tutti gli Assicurati Dirigenti appartenenti ad un'azienda del settore industriale aderente al Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dei Dirigenti di Aziende produttrici di beni e servizi che hanno un capitale assicurato superiore a quello previsto dal C.C.N.L.:**

- 1) dichiarazione del Contraente attestante l'avvenuta o non avvenuta risoluzione del rapporto di lavoro del Dirigente assicurato e l'appartenenza dello stesso al contratto collettivo di categoria;
- 2) certificato attestante il riconoscimento da parte dell'Ente Previdenziale (I.N.P.S., ecc.) al quale obbligatoriamente appartiene l'Assicurato, del diritto a conseguire la pensione di inabilità o l'assegno ordinario di invalidità;
- 3) copia della domanda di invalidità presentata all'Ente Previdenziale qualora sussistano i requisiti di anzianità contributiva o di iscrizione;
- 4) certificato del medico curante, redatto sul modulo speciale che la Compagnia fornisce, unitamente alla copia della documentazione sanitaria relativa alla patologia sofferta dall'Assicurato ed oggetto della denuncia di invalidità, solo nel caso in cui non avvenga la risoluzione del rapporto di lavoro.

Per tutte le sopraindicate categorie di Assicurati, il certificato attestante il riconoscimento da parte dell'Ente Previdenziale (I.N.P.S., ecc.) al quale obbligatoriamente appartiene l'Assicurato, del diritto a conseguire la pensione di inabilità o l'assegno ordinario di invalidità può essere sostituito da una relazione del medico Fiduciario della Compagnia nei casi in cui:

- manchino i requisiti di iscrizione o di anzianità contribu-

tiva, necessari ai fini del riconoscimento dell'assegno ordinario di invalidità o della pensione di inabilità da parte dell'Ente Previdenziale;

- siano trascorsi almeno dodici mesi dalla data di presentazione della domanda e l'Ente Previdenziale non abbia ancora riconosciuto o negato il diritto all'assegno di invalidità o alla pensione di inabilità e nei due mesi successivi l'Assicurato non abbia esercitato la facoltà di promuovere l'accertamento autonomo.

La Compagnia, ricevuta la documentazione di cui sopra procederà all'accertamento autonomo dell'invalidità e questo prevarrà rispetto ad ogni altro accertamento, compreso il riconoscimento o meno del diritto alla pensione di inabilità o all'assegno ordinario di invalidità dell'Ente Previdenziale.

Il decesso dell'Assicurato che intervenga dopo che sia stata denunciata alla Compagnia l'invalidità permanente e prima che la stessa sia stata riconosciuta, equivale al riconoscimento dello stato di invalidità.

#### **Art. 18.3 - Accertamento autonomo dell'invalidità Permanente**

Qualora, dodici mesi dopo la data di presentazione della domanda, l'Ente non avesse ancora riconosciuto o negato il diritto all'assegno di invalidità o alla pensione di inabilità, l'Assicurato ha facoltà, entro i successivi due mesi e semprechè l'Ente non si sia nel frattempo pronunciato, di richiedere alla Compagnia di procedere in via diretta all'accertamento autonomo dell'invalidità permanente.

Tale facoltà, che è irrevocabile, deve essere esercitata con l'invio di una lettera raccomandata alla Compagnia, trasmettendo contestualmente specifica certificazione medica attestante il sopravvenuto stato di invalidità ed il relativo grado, nonché la documentazione medica a corredo di tale attestazione.

Una volta esercitata tale facoltà, tramite raccomandata di cui fa fede la data di spedizione, resta esclusa qualsiasi rilevanza dell'esito dell'accertamento da parte dell'Ente stesso, sia esso conforme o meno all'esito della procedura diretta di accertamento tra Compagnia ed Assicurato.

La Compagnia si impegna ad accertare l'invalidità permanente entro 180 giorni dalla data del timbro postale della lettera raccomandata di cui sopra.

Quando non sussistano i requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva, rilevanti ai fini del riconoscimento dell'assegno ordinario di invalidità o della pensione di inabilità, la Compagnia avvierà la procedura di autonomo accertamento dell'invalidità permanente (con eventuale costituzione di apposito Collegio Arbitrale Medico), ovviamente senza attribuire alcuna rilevanza ai menzionati requisiti di iscrizione o di anzianità contributiva all'Ente.

Il Contraente o l'Assicurato deve, in tal caso, richiedere alla Compagnia l'avvio della procedura di accertamento autonomo dell'invalidità permanente, a mezzo lettera raccomandata, trasmettendo contestualmente specifica certificazione medica attestante il sopravvenuto stato di invalidità ed il relativo grado, nonché la documentazione medica

a corredo di tale attestazione.

La Compagnia si impegna ad accertare l'invalidità permanente entro 180 giorni dalla data del timbro postale della lettera raccomandata di cui sopra.

#### **Art. 18.4 - Obblighi del Contraente e dell'Assicurato**

A richiesta della Compagnia, il Contraente e l'Assicurato, sotto pena di decadenza da ogni diritto derivante dalla presente assicurazione per il caso d'invalidità, sono obbligati a:

- rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta dalla Compagnia per gli accertamenti dello stato di invalidità dell'Assicurato;
- fornire tutte le prove che dalla Compagnia fossero ritenute opportune per stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità.

La Compagnia si riserva inoltre il pieno ed incondizionato diritto di accertare l'invalidità con medici di sua fiducia.

#### **Art. 18.5 - Modalità per il pagamento del capitale assicurato**

Il capitale assicurato verrà corrisposto in un'unica soluzione, previa cessazione dell'attività lavorativa dell'Assicurato nei casi in cui è prevista, entro trenta giorni dalla data di riconoscimento dell'invalidità, purché alla Compagnia sia pervenuta tutta la documentazione necessaria ad eseguire il pagamento.

Decorso tale termine sono dovuti gli interessi moratori.

Non sono comunque imputabili alla Compagnia ritardi ad essa non ascrivibili.

#### **Art. 18.6 - Arbitrato**

A seguito di accertamento autonomo dell'invalidità permanente di cui all'Art. 3 delle presenti Condizioni, nel caso in cui l'invalidità non venga riconosciuta dalla Compagnia, il Contraente o l'Assicurato ha facoltà, entro il termine di 30 giorni dalla data di ricezione della comunicazione, di promuovere con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita alla Direzione della Compagnia, la decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, nominato dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le

parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

**Art. 18.7 - Accertamento dell'invalidità**

Dalla data del timbro postale della lettera raccomandata di cui all'Art. 3 il Contraente sospende il pagamento del premio relativo alla posizione assicurativa dell'Assicurato per il quale è in corso l'accertamento dell'invalidità.

La Compagnia, tuttavia, si impegna a mantenere in vigore le garanzie prestate: se l'invalidità è riconosciuta la Compagnia corrisponde le prestazioni garantite e l'obbligo del pagamento del premio cessa definitivamente; se l'invalidità non viene invece riconosciuta il Contraente è tenuto a corrispondere i premi scaduti posteriormente alla data di denuncia dell'invalidità, aumentati dei relativi interessi legali.

## Informativa sulla privacy

***Ai sensi dell'articolo 13 del d.lgs 196/2003, ed in relazione ai dati personali che La riguardano - raccolti presso di Lei o presso terzi (es: ANIA, Datori di Lavoro, Associazioni di categoria, Casse di Assistenza, Fondi Pensione, Società di informazioni commerciali) - e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue.***

### **1. Finalità del trattamento dei dati per finalità assicurative**

1.1 Il trattamento dei dati personali del contraente/assicurato è diretto all'espletamento da parte di Apulia previdenza S.p.A. (di seguito "Apulia previdenza") delle seguenti finalità:

- a) valutare l'adeguatezza dei contratti offerti in relazione alle esigenze assicurative e previdenziali e alla propensione al rischio del contraente;
- b) predisposizione e stipulazione di polizze assicurative;
- c) raccolta di premi;
- d) liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni;
- e) riassicurazione e co-assicurazione;
- f) prevenzione di frodi;
- g) gestione del contenzioso giudiziale e stragiudiziale;
- h) ottemperamento agli obblighi previsti dalla legge, da regolamenti o dalla normativa comunitaria (es: Antiriciclaggio)
- i) ottemperamento agli obblighi previsti dal contratto;
- j) indagini su nuovi mercati assicurativi;
- k) attività attuariali.

1.2 Queste finalità non necessitano dell'espresso consenso del contraente/assicurato ai sensi dell'articolo 24 comma 1 del d.lgs 196/2003, fatto salvo per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari come meglio specificato al punto 3.

### **2. Finalità del trattamento dei dati per finalità commerciali**

2.1 Il trattamento dei dati personali del contraente può anche essere diretto, all'espletamento da parte di Apulia previdenza delle seguenti finalità:

- a) invio di materiale promozionale inerente i prodotti e/o i servizi di Apulia previdenza 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);
- b) invio di materiale promozionale inerente i prodotti e/o i servizi di terze entità del settore assicurativo anche stabilite al di fuori dell'Unione Europea, 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).

2.2 Queste finalità necessitano dell'espresso consenso del contraente ai sensi degli articoli 23 e 130 del d.lgs 196/2003.

### **3. Dati sensibili e giudiziari**

3.1 I dati sensibili dell'assicurato raccolti da Apulia pre-

videnza saranno trattati per le finalità indicate al punto 1 ("*Finalità del trattamento dei dati per finalità assicurative*") nei limiti di quanto prescritto dalla autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali di tempo in tempo vigente e previo consenso dell'assicurato ai sensi dell'articolo 26 del d.lgs 196/2003.

3.2 Con il consenso dell'assicurato alcuni dati sensibili potranno essere raccolti presso strutture sanitarie.

3.3 I dati giudiziari del contraente raccolti da Apulia previdenza saranno trattati per le finalità indicate al punto 1 ("*Finalità del trattamento dei dati per finalità assicurative*") nei limiti di quanto prescritto dalla autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali di tempo in tempo vigente.

### **4. Modalità del trattamento dei dati/Incaricati e Responsabili del trattamento dei dati**

4.1 Il trattamento potrà essere effettuato sia con l'ausilio di strumentazioni automatizzate che mediante supporti cartacei.

4.2 Il trattamento potrà essere effettuato da ausiliari del Titolare in qualità di incaricati e responsabili del trattamento.

4.3 Alcune operazioni di trattamento potranno essere svolte da società terze nominate responsabili del trattamento per conto di Apulia previdenza: società di servizi informatici; società di archiviazione; società di servizi postali; società di servizi amministrativi; agenti, subagenti.

4.4 L'elenco dei responsabili del trattamento è costantemente aggiornato ed è disponibile su richiesta all'indirizzo e-mail: [privacy@apulialife.it](mailto:privacy@apulialife.it)

### **5. Conferimento dei dati**

5.1 Il conferimento dei dati personali del contraente/assicurato per le finalità indicate al punto 1 ("*Finalità del trattamento dei dati per finalità assicurative*") è obbligatorio; il loro mancato, parziale o inesatto conferimento comporta l'impossibilità di concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione e di adempiere ad obblighi di legge.

5.2 Il conferimento dei dati personali del contraente per le finalità indicate al punto 2 ("*Finalità del trattamento dei dati per finalità commerciali*") è facoltativo; il loro mancato, parziale o inesatto conferimento non ha alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione ma comporta l'impossibilità di svolgere le attività ivi indicate.

### **6. Comunicazione e diffusione dei dati**

6.1 Per le finalità di cui al punto 1 ("*Finalità del trattamento dei dati per finalità assicurative*") i dati personali, ivi compresi i dati sensibili, possono essere comunicati a altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali e periti; organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; IVASS, Ministero dell'Economia e delle Finanze (Anagrafe Tributaria), Banca d'Italia (Unità di Informazione Finanziaria), COVIP, INPS, Registro reclami IVASS ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione



dei dati è obbligatoria (ad esempio Unità d'Informazione Finanziaria); Agenzia delle Entrate, CONSOB; società di revisione contabile; consulenti fiscali; società di informazioni commerciali; controparti infragruppo per finalità amministrative contabili.

6.2 Per le finalità di cui al punto 2 (*"Finalità del trattamento dei dati per finalità commerciali"*) lettera b, inoltre i dati personali possono essere comunicati a terze entità del settore assicurativo quali assicurazioni e broker assicurativi.

6.3 L'elenco dei terzi ai quali i dati possono essere comunicati è costantemente aggiornato ed è disponibile su richiesta all'indirizzo e-mail: [privacy@apulialife.it](mailto:privacy@apulialife.it)

6.4 I dati personali non sono soggetti a diffusione.

## 7. Trasferimento dei dati all'estero

7.1 Per le finalità di cui al punto 1 (*"Finalità del trattamento dei dati per finalità assicurative"*), i dati personali, ivi compresi i dati sensibili, possono essere trasferiti all'estero anche al di fuori dell'Unione Europea (Svizzera) ad altri soggetti del settore assicurativo quali assicurazioni e broker assicurativi.

7.2 Per le finalità di cui al punto 2 (*"Finalità del trattamento dei dati per finalità commerciali"*), lettera b, inoltre, i dati personali, possono essere trasferiti all'estero anche al di fuori dell'Unione Europea (Svizzera) ad altri soggetti del settore assicurativo quali assicurazioni e broker assicurativi.

7.3 L'elenco dei terzi ai quali i dati possono essere trasferiti è costantemente aggiornato ed è disponibile su richiesta all'indirizzo e-mail: [privacy@apulialife.it](mailto:privacy@apulialife.it)

## 8. Diritti dell'interessato

8.1 L'articolo 7 del d.lgs 196/2003, riportato per esteso in coda alla presente informativa, conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno dei propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

8.2 Per qualunque informazione e per l'esercizio dei diritti di cui all'articolo 7 del d.lgs 196/2003 è possibile rivolgersi al responsabile del trattamento sotto indicato, o inviare una comunicazione al seguente indirizzo [privacy@apulialife.it](mailto:privacy@apulialife.it)

8.3 Con le medesime modalità è possibile opporsi gratuitamente, in tutto o in parte al trattamento dei dati personali che La riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale effettuato con modalità di contatto sia automatizzate (posta elettronica, sms, mms, chiamate automatizzate) che tradizionali (posta cartacea, chiamate tramite operatore). Qualora fosse intenzione dell'interessato che il trattamento dei suoi dati personali per il perseguimento delle suesposte finalità sia effettuato unicamente tramite modalità di contatto tradizionali potrà

per tanto opporsi al trattamento dei Suoi dati personali tramite modalità di contatto automatizzate.

## 9. Titolare e Responsabile del trattamento

9.1 Titolare del trattamento è Apulia previdenza S.p.A., via G. Gozzi 1/A - 20129 Milano - [segreteria@apulialife.it](mailto:segreteria@apulialife.it)

9.2 Responsabile del trattamento è il Responsabile Area tecnica pro tempore c/o Apulia previdenza S.p.A.

---

## Art. 7 D.Lgs. 196/2003. Diritti attribuiti all'interessato.

1. *L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.*

2. *L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:*

- a. *dell'origine dei dati personali;*
- b. *delle finalità e modalità del trattamento;*
- c. *della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;*
- d. *degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;*
- e. *dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.*

3. *L'interessato ha diritto di ottenere:*

- a. *l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;*
- b. *la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;*
- c. *l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.*

4. *L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:*

- a. *per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;*
- b. *al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.*

## 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.

### Conflitto di interesse

Insieme di tutte quelle situazioni in cui l'interesse della Compagnia può collidere con quello del Contraente.

### 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.

### Fascicolo Informativo

L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da:

- nota informativa;
- condizioni di assicurazione;
- glossario;
- informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza ;
- fac-simile modulo di proposta.

### 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.

### Nota Informativa

Documento redatto secondo le disposizioni dell'ISVAP che la Compagnia deve consegnare al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Compagnia, al Contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.

### 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.

## Modulo per l'identificazione e l'adeguata verifica della clientela/proposta di assicurazione

(Artt. 15 e ss. D. Lgs. 231/07)

### Informativa ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali)

[1] Gentile cliente, i dati personali da riportare nel presente modulo sono raccolti per adempiere ad obblighi di legge [Decreto Legislativo n. 231/2007] in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo. Il conferimento dei dati è, pertanto, obbligatorio. **Si ricorda che, ai sensi dell'art.23 del sunnominato Decreto, la mancata comunicazione di tutti i dati richiesti dalla normativa, di seguito evidenziati, comporta l'impossibilità di instaurare il rapporto continuativo necessario per poter erogare le prestazioni assicurative oggetto della presente Convenzione. Inoltre, nel caso in cui Apulia Previdenza abbia già ricevuto disponibilità finanziarie di spettanza del Cliente prima del perfezionamento del contratto, la Compagnia sarà tenuta a restituire al Cliente i fondi, gli strumenti e le altre disponibilità finanziarie di spettanza, liquidandone il relativo importo tramite bonifico su un conto corrente bancario indicato dal Cliente stesso. Il trattamento dei dati sarà svolto per le predette finalità con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati non saranno diffusi, ma potranno essere comunicati ad Autorità e Organi di Vigilanza e Controllo.**

[2] I diritti di accesso sono esercitabili, ai sensi degli artt. 7 e 8 del D. Lgs.196/2003 rivolgendosi a:

**Apulia previdenza spa – via Gaspare Gozzi 1/A, 20129 Milano. Email: segreteria generale@apulialife.it**

[1] - L'informativa deve precedere la raccolta dei dati e può essere data oralmente o per iscritto.

[2] - I diritti di accesso non possono essere esercitati per trattamenti ai fini antiriciclaggio [art.8 D. Lgs.196/2003], ma per la verifica della loro esattezza, modifiche, integrazioni, ecc...

*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.*

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

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

Ragione sociale \_\_\_\_\_

Codice fiscale/Partita IVA \_\_\_\_\_ N. CCIAA \_\_\_\_\_

Luogo costituzione \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Nazionalità ( \_\_\_\_\_ )

Sede legale \_\_\_\_\_

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

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

S.A.E. \_\_\_\_\_

R.A.E./A.T.E.C.O. \_\_\_\_\_

T.A.E.<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Provincia/Stato \_\_\_\_\_

sede dell'attività \_\_\_\_\_

Conto Corrente \_\_\_\_\_

<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.

## Dati identificativi del Titolare Effettivo (soggetto che rappresenta l'azienda contraente o associata) (1)

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_  
Persona politicamente esposta (si veda la definizione riportata in calce al presente modulo): Si  No   
T.A.E.<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

## Dati identificativi del Titolare Effettivo (2)

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_  
Persona politicamente esposta (si veda la definizione riportata in calce al presente modulo): Si  No   
T.A.E. \_\_\_\_\_

## Dati identificativi del Titolare Effettivo (3)

Cognome e nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_  
Persona politicamente esposta (si veda la definizione riportata in calce al presente modulo): Si  No   
T.A.E. \_\_\_\_\_

<sup>2</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.



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

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ 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)

*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 questionario 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 e Invalidità Permanente Totale di Gruppo ed in base alle condizioni di assicurazione contenute nel Fascicolo Informativo cui la presente proposta è allegata, che dichiara di ben conoscere ed accettare.

Dichiara di aver ricevuto il Fascicolo Informativo del prodotto Temporanea Caso Morte Totale di Gruppo, Tariffa T9C2017 edizione 01/2017.

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;
- 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 fascicolo 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:

- a. **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;**
- b. **prima della sottoscrizione del questionario, il soggetto abilitato di cui alla lettera a. deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;**
- c. **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.

Il Contraente si impegna a fornire ad ogni singolo Assicurato l'"Informativa ai sensi dell'articolo 13 d.lgs 196/2003" contenuta nel presente fascicolo, a raccogliere il relativo consenso al trattamento dei dati personali con i moduli allegati al presente fascicolo, a conservare tali moduli e a metterli a disposizione della Compagnia su richiesta di quest'ultima.

Luogo e data

Timbro e Firma del Contraente

Firma dell'intermediario

## Consenso al trattamento dei dati personali del Contraente

Il Contraente dichiara di avere preso visione della "Informativa ai sensi dell'articolo 13 del d.lgs 196/2003" contenuta nel presente fascicolo.

Ai sensi degli articoli 23 e 130 del d.lgs 196/2003 il Contraente presta espressamente il consenso al trattamento dei Suoi dati:

- 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 l'invio di materiale promozionale inerente i prodotti e/o i servizi di terze entità del settore assicurativo, anche stabilite al di fuori dell'Unione Europea, 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

Luogo e data

Timbro e Firma del Contraente

Firma dell'intermediario

## Proposta di assicurazione

### Identificazione dei delegati ad operare in nome e per conto del cliente

(Art1, comma 1 "s" del provvedimento della Banca d'Italia del 3 aprile 2013 in materia di tenuta dell'Archivio Unico Informatico)

Il provvedimento della Banca d'Italia del 3 aprile 2013 "Recante disposizioni attuative per la tenuta dell'archivio unico informatico e per le modalità semplificate di registrazione di cui all'articolo 37, commi 7 e 8, del decreto legislativo 21 novembre 2007, n. 231" impone l'obbligo di ricevere, da parte dei clienti che sottoscrivono un contratto assicurativo, l'elenco e i dati identificativi dei soggetti, persone fisiche, delegati a operare in nome e per conto del cliente o a cui siano comunque conferiti poteri di rappresentanza che gli consentano di operare in nome e per conto del cliente.

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.

#### Dati identificativi del delegato (1)

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Nazionalità ( \_\_\_\_\_ )

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_

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

Documento d'identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(allegare fotocopia del documento di identificazione)

#### Dati identificativi del delegato (2)

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Nazionalità ( \_\_\_\_\_ )

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_

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

Documento d'identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

(allegare fotocopia del documento di identificazione)

<sup>2</sup> Sono considerati documenti validi per l'identificazione, ai sensi dell'art.3 dell' 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)



## Dati identificativi del delegato (3)

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Nazionalità ( \_\_\_\_\_ )

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_

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

Documento d'identità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

*(allegare fotocopia del documento di identificazione)*

*Io sottoscritto identifico come delegato/i ad operare in nome e per conto della Società il soggetto (o i soggetti) sopra elencati. Dichiaro altresì che i dati identificativi dei delegati riprodotti negli appositi campi del presente questionario corrispondono al vero.*

Data \_\_\_\_\_ Timbro e Firma dell'Azienda \_\_\_\_\_

## Informativa sugli obblighi di cui al D. Lgs. n. 231 del 21 Novembre 2007

### Sanzioni penali

#### Art. 55, co. 2 e 3 del D. Lgs. 231/2007

2. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, l'esecutore dell'operazione che omette di indicare le generalità del soggetto per conto del quale eventualmente esegue l'operazione o le indica false è punito con la reclusione da sei mesi a un anno e con la multa da 500 a 5.000 euro.
3. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, l'esecutore dell'operazione che non fornisce informazioni sullo scopo e sulla natura prevista dal rapporto continuativo o dalla prestazione professionale o le fornisce false è punito con l'arresto da sei mesi a tre anni e con l'ammenda da 5.000 a 50.000 euro.

### Titolare effettivo

#### Art. 2 Allegato Tecnico al D. Lgs. 231/07

##### (Rif. art. 1, co. 2, lett. u D. Lgs. 231/07)

1. Per titolare effettivo s'intende:
  - a) in caso di società:
    1. la persona fisica o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllino un'entità giuridica, attraverso il possesso o il controllo diretto o indiretto di una percentuale sufficiente delle partecipazioni al capitale sociale o dei diritti di voto in seno a tale entità giuridica, anche tramite azioni al portatore, purché non si tratti di una società ammesa alla quotazione su un mercato regolamentato e sottoposta a obblighi di comunicazione conformi alla normativa comunitaria o a standard internazionali equivalenti; tale criterio si ritiene soddisfatto ove la percentuale corrisponda al 25 per cento più uno di partecipazione al capitale sociale;
    2. la persona fisica o le persone fisiche che esercitano in altro modo il controllo sulla direzione di un'entità giuridica;
  - b) in caso di **entità giuridiche quali le fondazioni e di istituti giuridici quali i trust**, che amministrano e distribuiscono fondi:
    1. se i futuri beneficiari sono già stati determinati, la persona fisica o le persone fisiche beneficiarie del 25 per cento o più del patrimonio di un'entità giuridica;
    2. se le persone che beneficiano dell'entità giuridica non sono ancora state determinate, la categoria di persone nel cui interesse principale è istituita o agisce l'entità giuridica;
    3. la persona fisica o le persone fisiche che esercitano un controllo sul 25 per cento o più del patrimonio di un'entità giuridica.

### Persone politicamente esposte

#### Art. 1 Allegato Tecnico al D. Lgs. 231/07

##### (Rif. art. 1, co. 2, lett. o D. Lgs. 231/07)

1. Per persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche s'intendono:
  - a) i capi di Stato, i capi di governo, i ministri e i vice ministri o sottosegretari;
  - b) i parlamentari;
  - c) i membri delle corti supreme, delle corti costituzionali e di altri organi giudiziari di alto livello le cui decisioni non sono generalmente soggette a ulteriore appello, salvo in circostanze eccezionali;
  - d) i membri delle corti dei conti e dei consigli di amministrazione delle banche centrali;
  - e) gli ambasciatori, gli incaricati d'affari e gli ufficiali di alto livello delle forze armate;
  - f) i membri degli organi di amministrazione, direzione o vigilanza delle imprese possedute dallo Stato.

In nessuna delle categorie sopra specificate rientrano i funzionari di livello medio o inferiore. Le categorie di cui alle lettere da a) a e) comprendono, laddove applicabili, le posizioni a livello europeo e internazionale.

2. Per familiari diretti s'intendono:
  - a) il coniuge;
  - b) i figli e i loro coniugi;
  - c) coloro che nell'ultimo quinquennio hanno convissuto con i soggetti di cui alle precedenti lettere;
  - d) i genitori.
3. Ai fini dell'individuazione dei soggetti con i quali le persone di cui al numero 1 intrattengono notoriamente stretti legami si fa riferimento a:
  - a) qualsiasi persona fisica che ha notoriamente la titolarità effettiva congiunta di entità giuridiche o qualsiasi altra stretta relazione d'affari con una persona di cui al comma 1;
  - b) qualsiasi persona fisica che sia unica titolare effettiva di entità giuridiche o soggetti giuridici notoriamente creati di fatto a beneficio della persona di cui al comma 1.
4. Senza pregiudizio dell'applicazione, in funzione del rischio, di obblighi rafforzati di adeguata verifica della clientela, quando una persona ha cessato di occupare importanti cariche pubbliche da un periodo di almeno un anno i soggetti destinatari del presente decreto non sono tenuti a considerare tale persona come politicamente esposta.



## Proposta di assicurazione Scheda antiriciclaggio collettiva cliente/esecutore/beneficiario/titolare effettivo

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

(Da compilare a cura del Broker 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 pignoratorio) <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>

## Proposta di assicurazione

### Questionario

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

(Da compilare a cura del Broker 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
Il cliente (azienda) svolge una delle seguenti attività economiche: a. commercio di gioielli/preziosi b. commercio di pellami/pellicceria c. titolare case d'asta d. giochi e scommesse e. trasporto valori f. attività di gestione e smaltimento dei rifiuti g. attività di money transfer h. 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 *	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
Il cliente (azienda) ha dimostrato reticenze nel fornire informazioni complete circa • Persone giuridiche: la sede legale o amministrativa, l'identità degli esponenti aziendali, dei partecipanti al capitale o di altri soggetti interessati?	SÌ	NO
Il cliente azienda ha sede legale in una delle seguenti regioni? (Basilicata - Campania - Calabria - Lazio - Puglia - Sardegna - Sicilia)	SÌ	NO

#### Attestazione da parte del broker 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 ? SÌ NO
- IL PREMIO E' IN PARTE A CARICO DELL'ASSICURATO? SÌ NO
- SÌ = CON TRATTENUTA SULLO STIPENDIO
- SÌ = ALTRO (IDENTIFICARE ASSICURATO QUALORA IL SUO PREMIO SIA SUPERIORE A 1.000 EURO – COMPILARE SCHEDE ANTIRICICLAGGIO INDIVIDUALE PAGINA 12)

Luogo e data

Firma leggibile

## Proposta di assicurazione

### 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
BASSO	Nessuna risposta affermativa al <b>Questionario</b> incluso nella <b>scheda antiriciclaggio</b> Il nominativo non compare nelle liste World Compliance
MEDIO	<b>Una</b> risposta affermativa al <b>Questionario</b> incluso nella <b>scheda antiriciclaggio</b> Il nominativo non compare nelle liste World Compliance
ALTO	<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>

FAC-SIMILE

## Proposta di assicurazione Scheda antiriciclaggio individuale cliente/esecutore/beneficiario/titolare effettivo

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

(Da compilare a cura del Broker di Apulia Previdenza o di chi genera la Proposta di Polizza)

Profilo cliente	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 di proposta</b>	<i>A cura di Apulia</i>
<b>Origine dei fondi:</b> <input type="checkbox"/> <b>Sipendio</b> <input type="checkbox"/> <b>Pensione</b> <input type="checkbox"/> <b>Attività imprenditoriale</b> <input type="checkbox"/> <b>Risparmio</b> <input type="checkbox"/> <b>altro (specificare):</b> <hr/>	<i>Rilevare motivo emissione polizza</i>
<b>Area geografica dell'attività economica prevalente</b>	<i>Sede residenza del Cliente (Città e Regione)</i>
<b>Scopo del rapporto e dell'operazione</b> <input type="checkbox"/> <b>Primo contratto</b> <input type="checkbox"/> <b>Versamento Premio aggiuntivo</b>	<i>Rilevare motivo emissione polizza</i>
<b>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>

**Il presente modulo deve essere obbligatoriamente associato alla proposta e/o polizza**



## Proposta di assicurazione

### Questionario

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

(Da compilare a cura del Broker di Apulia Previdenza o di chi genera la Proposta di Polizza)

Il cliente 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
Il cliente svolge una delle seguenti attività economiche: i. autonomo commerciante di gioielli/preziosi j. autonomo commerciante di pellami/pellicceria k. titolare case d'asta l. giochi e scommesse m. trasporto valori n. commercio all'ingrosso ed al dettaglio dei gioielli o. attività di gestione e smaltimento dei rifiuti p. attività di money transfer q. 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 *	SÌ	NO
È a conoscenza di eventuali informazioni relativamente alla condotta irregolare, ad atti o procedimenti penali in capo al/i cliente/i?	SÌ	NO
Il cliente ha dimostrato reticenze nel fornire informazioni complete circa • Persone fisiche: l'identità personale • Persone giuridiche: la sede legale o amministrativa, l'identità degli esponenti aziendali, dei partecipanti al capitale o di altri soggetti interessati?	SÌ	NO
Il cliente ha effettuato operazioni di scudo fiscale?	SÌ	NO
Il cliente proviene da area geografica ritenuta ad alta criminalità?	SÌ	NO

#### ATTESTAZIONE DA PARTE DELL'AGENTE 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 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.

Luogo e data

Firma leggibile

## Proposta di assicurazione

### SPAZIO RISERVATO ALLA COMPAGNIA

#### Verifica World Compliance

Il nominativo del cliente/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 è determinato nel seguente modo:

LIVELLO DI RISCHIO	PARAMETRI DA CONSIDERARE
BASSO	Nessuna risposta affermativa al <b>Questionario</b> incluso nella <b>scheda antiriciclaggio</b> Il nominativo non compare nelle liste World Compliance
MEDIO	<b>Una</b> risposta affermativa al <b>Questionario</b> incluso nella <b>scheda antiriciclaggio</b> Il nominativo non compare nelle liste World Compliance
ALTO	<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 DI PERIODO

TIPOLOGIA SOGGETTO	LIVELLO RISCHIO RICICLAGGIO	ESITO O AZIONI SUCCESSIVE E FREQUENZA DEL CONTROLLO
Clienti soggetti di diritto con adeguata verifica semplificata	BASSO (di default)	monitoraggio successivo: <b>3 anni parametri di anomalia Apulia</b>
Cliente	BASSO	monitoraggio successivo: <b>3 anni parametri di anomalia Apulia</b>
Cliente	MEDIO	monitoraggio successivo: <b>2 anni parametri di anomalia Apulia</b>
Cliente	ALTO	monitoraggio successivo: <b>2 anni primo contatto utile</b>

FAC-SIMILE