

Ap

Apulia ti protegge

Contratto di assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale costante a premio annuo con copertura opzionale per il raddoppio del capitale in caso di morte da infortuni e/o la triplicazione del capitale in caso di morte a seguito di incidente della circolazione ed esonero dal pagamento premi in caso di invalidità totale e permanente (Tariffa TM11).

Il presente set informativo composto da:

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

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

Apulia previdenza

— compagnia di assicurazione e di riassicurazione sulla vita



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

Assicurazione Temporanea caso morte a premio annuo con coperture complementari facoltative

Apulia previdenza
— compagnia di assicurazione e di riassicurazione sulla vita

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

Compagnia: Apulia previdenza S.p.A.

Apulia ti protegge (cod TM11)

Ultimo aggiornamento disponibile 01/01/2019

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

Che tipo di assicurazione è?

È una assicurazione di puro rischio: temporanea caso morte a premio annuo e capitale assicurato costanti e coperture complementari facoltative per il raddoppio del capitale in caso di morte da infortuni e/o la triplicazione del capitale in caso di morte da incidente stradale ed esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità totale e permanente.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

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

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

Le coperture assicurative complementari facoltative espressamente scelte dal Contraente assicurano:

- il decesso a seguito di infortunio,
- il decesso a seguito di incidente della circolazione,
- esonero dal pagamento dei premi successivi, della prestazione principale, al verificarsi dell'invalidità totale e permanente dell'assicurato nel corso della durata del contratto.



Che cosa NON è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

La copertura assicurativa non è valida nei casi di:

- ! dolo del Contraente o del Beneficiario;
- ! partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- ! partecipazione dell'Assicurato a fatti di guerra;
- ! incidente di volo;
- ! suicidio dell'Assicurato;
- ! attività sportiva.
- ! È prevista l'applicazione di periodi di carenza, di sei mesi e di sette anni rispettivamente nel caso in cui l'Assicurato non si sia sottoposto a visita medica e nel caso in cui non abbia eseguito il test HIV o di sieropositività.



Dove vale la copertura?

- ✓ Le garanzie sono operanti senza limiti territoriali.



Che obblighi ho?

Le dichiarazioni dell'Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete.

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

In caso di invalidità dell'Assicurato, il Contraente deve richiederne per iscritto il riconoscimento alla Compagnia, allegando un rapporto particolareggiato del medico curante.



Quando e come devo pagare?

E' dovuto il pagamento del premio annuo al momento della sottoscrizione della polizza e all'inizio di ciascun anno di durata del contratto. In caso di interruzione del pagamento dei premi si perde quanto già versato. Il premio è determinato in funzione dell'età dell'Assicurato, della durata della copertura assicurativa, delle coperture complementari prescelte, dello stato di salute, delle attività svolte oltre che dell'ammontare del capitale assicurato.

E' possibile scegliere di frazionare il pagamento del premio annuo in rate infra-annuali, con una maggiorazione del premio come di seguito illustrato

Frazionamento	Costo
Trimestrale	3%
Semestrale	2%

Il premio può essere pagato con bonifico bancario su conto corrente intestato alla Compagnia, con addebito diretto SEPA, con MAV oppure tramite P.O.S., dove disponibile.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto è concluso nel momento in cui si riceve la comunicazione scritta dell'accettazione della proposta da parte della Compagnia (lettera di benvenuto).

L'Assicurazione entra in vigore, a condizione che il premio sia stato pagato, alle ore 24 della data di decorrenza indicata in proposta.

La durata del contratto è stabilita dal Contraente alla sottoscrizione e può variare da un minimo di 1 anno ad un massimo di 30 anni.



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

E' possibile revocare la proposta di assicurazione fino al momento della conclusione del contratto. Successivamente si può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla data di conclusione.

Il contratto si risolve sospendendo il pagamento dei premi.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

In caso di interruzione del pagamento dei premi è possibile riattivare il contratto entro 12 mesi dalla data prevista per il pagamento del premio non corrisposto, si rinvia alla rubrica "Quali costi devo sostenere?" contenuta nel DIP aggiuntivo vita, per le relative condizioni economiche.

Assicurazione Temporanea caso morte a premio annuo con coperture complementari facoltative

Apulia previdenza
— compagnia di assicurazione e di riassicurazione sulla vita

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

Compagnia: Apulia previdenza S.p.A.

Apulia ti protegge (cod TM11)

Ultimo aggiornamento disponibile 01/01/2019

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

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

Apulia previdenza spa Via Gaspare Gozzi, n.1/A ; 20129 Milano - 027256671; sito internet: www.apuliaprevidenza.it; e-mail: segreteria generale@apulialife.it; pec: amministrazione@pec.apulialife.it.

Apulia previdenza SpA, Società per Azioni con Socio Unico.

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

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

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

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



Che cosa NON è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

Limitazioni per la copertura principale in caso di:

- dolo del Contraente o 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;
- suicidio dell'Assicurato, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione;
- attività sportiva, non dichiarata come praticata alla data della sottoscrizione della proposta di assicurazione o successivamente.

E' previsto un periodo di carenza di sei mesi fatta eccezione per i casi in cui l'Assicurato si sottoponga a visita medica, durante il quale, in caso di decesso dell'Assicurato la Compagnia corrisponde ai Beneficiari, in luogo del capitale assicurato, un importo pari alla riserva matematica accantonata sul contratto.

E' previsto un periodo di carenza di sette anni in assenza di esami volti ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, durante i quali, qualora il decesso dell'Assicurato sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o ad altra patologia ad essa collegata, la Compagnia riconosce come prestazione la riserva matematica accantonata risultante alla data di decesso.

Limitazioni per la copertura complementare infortuni in caso di:

- partecipazione a corse e gare in genere e relative prove e allenamenti (salvo che si tratti di corse podistiche, gare bocciofile, di pesca, di tiro, di scherma e di tennis) e dall'esercizio dei seguenti sport: alpinismo con accesso a ghiacciai e scalate di rocce, guidoslitta, motoslitta, salti dal trampolino con sci, pugilato, lotta nelle sue varie forme e immersione subacquea nelle sue varie forme;
- l'uso di mezzi di locomozione subacquei e dal rischio di volo, salvo quello dei viaggi aerei effettuati dall'Assicurato in qualità di passeggero di linee aeree regolari;
- da guerra dichiarata o non dichiarata, eventi di guerra, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, o qualsiasi operazione militare anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva. Qualsiasi lesione subita dall'Assicurato mobilitato in tempo di guerra o durante il suo servizio militare sarà considerata in ogni caso derivante da un atto di guerra;
- da insurrezioni, tumulti popolari, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, da inondazioni, da irruenze termiche e atmosferiche, quelle che siano conseguenza diretta o indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- lesioni sofferte in conseguenza di proprie azioni delittuose, in stato di ubriachezza e per quelle derivanti da intossicazioni determinate da abuso di psicofarmaci e da uso di sostanze stupefacenti o di allucinogeni o che, comunque, siano conseguenza di condizioni fisiche anormali;
- da carbonchio, da malaria, da avvelenamenti, da infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva lesioni come sopra specificate, come pure da conseguenze di operazioni chirurgiche e di trattamenti non resi necessari dalle lesioni stesse.

E' previsto un periodo di carenza di due anni in caso di contratto assunto senza visita medica:

- a) in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato riconosciuta durante il primo anno di assicurazione, la Compagnia corrisponde immediatamente soltanto una somma pari all'ammontare dei premi versati, al netto dei costi accessori e senza aggiunta di interessi e il contratto perderà qualsiasi valore ed efficacia;
- b) in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato riconosciuta durante il secondo anno di assicurazione, il contratto, liberato dal pagamento dei premi residui, rimane in vigore per la metà delle prestazioni assicurate di base e prestazioni complementari.

Le limitazioni di cui sopra non hanno effetto se l'invalidità totale e permanente è conseguenza diretta di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto.

Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza l'invalidità.

Limitazioni per la copertura complementare esonero pagamento premi in caso di:

- malattie contratte o ferite riportate per cause di guerra,
- tentato suicidio,
- uso di mezzi aerei di locomozione, salvo i viaggi effettuati dall'Assicurato in qualità di passeggero su aeromobili, alla condizione che gli apparecchi e i piloti siano muniti delle autorizzazioni regolamentari.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa

Cosa fare in caso di evento?	<p>Denuncia di sinistro In caso di decesso dell'Assicurato, è necessario inviare alla Compagnia:</p> <ul style="list-style-type: none">- certificato di morte;- relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo;- ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario, eventualmente ritenuta necessaria dalla Compagnia;- l'originale dell'atto di notorietà reso innanzi ad un Notaio o altro organo deputato a riceverlo (ad esempio un Cancelliere di un ufficio giudiziario o un Segretario Comunale), da cui risulti se è stato redatto o meno un testamento e se questo, di cui deve essere rimesso l'atto notarile di pubblicazione, è l'ultimo o l'unico conosciuto, valido e non impugnato. In mancanza di testamento, se il beneficio è attribuito agli eredi legittimi dell'Assicurato, l'atto notorio dovrà contenere l'elenco di tutti gli eredi legittimi dell'Assicurato, con l'indicazione delle generalità complete, dell'età, del loro rapporto di parentele, della capacità di agire di ciascuno di essi, nonché dell'eventuale stato di gravidanza della vedova. Nel caso in cui siano designati beneficiari diversi dagli eredi legittimi, l'atto notorio dovrà indicare i dati anagrafici dei soggetti aventi diritto in qualità di beneficiari. <p>In caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato, il Contraente deve richiederne per iscritto il riconoscimento alla Compagnia, allegando un rapporto particolareggiato del medico curante sulle cause e sul decorso della malattia o della lesione che ha prodotto l'invalidità. Nel caso in cui la perdita di autosufficienza sia imputabile ad infortunio l'Assicurato dovrà consegnare:</p> <ul style="list-style-type: none">- la dichiarazione dell'Autorità Giudiziaria sulla dinamica dell'incidente;- eventuale giornale che riporti notizia dell'incidente. <p>In considerazione di particolari esigenze istruttorie la Compagnia può richiedere risultanze di eventuali indagini giudiziarie.</p> <p>L'Assicurato è tenuto a fornire tutte le informazioni sulle cause e conseguenze dell'invalidità e assoggettarsi a tutti gli accertamenti di carattere sanitario che la Compagnia giudicasse opportuni. Ultimati i controlli medici, la Compagnia comunica per iscritto al Contraente il riconoscimento o meno lo stato di invalidità.</p> <p>Prescrizione L'Art. 2952 del Codice Civile dispone che i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Decorso inutilmente tale termine le somme maturate saranno devolute all'apposito fondo costituito presso il ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi di quanto previsto della legge 266 del 23 dicembre 2005 e successive integrazioni e modificazioni.</p> <p>Liquidazione della prestazione La Compagnia esegue il pagamento entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione richiesta; decorso tale termine, sono dovuti gli interessi moratori, a partire dal termine stesso, a favore degli aventi diritto.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere esatte, veritiere e complete. In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze tali che la Compagnia, se avesse conosciuto lo stato delle cose, non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, la Compagnia stessa si riserva: - di impugnare l'Assicurazione e quindi, in caso di sinistro, di rifiutare il pagamento della prestazione, ai sensi dell'Art. 1892 C.C., quando esiste malafede o colpa grave; - di recedere dall'Assicurazione o, in caso di sinistro, di ridurre la prestazione assicurata, ai sensi dell'Art. 1893 C.C., quando non esiste malafede o colpa grave. Trascorsi 180 giorni dall'entrata in vigore della garanzia, la Compagnia può agire, come previsto dal precedente comma, esclusivamente quando esiste malafede o colpa grave. L'inesatta o incompleta indicazione dei dati anagrafici dell'Assicurato, se rilevante ai fini delle prestazioni, comporta la rettifica, in base ai dati reali, delle somme dovute.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	<p>Il premio può essere pagato con bonifico bancario su conto corrente intestato alla Compagnia, con addebito diretto SEPA, con MAV oppure tramite P.O.S., dove disponibile. E' accettato l'assegno bancario non trasferibile intestato alla Compagnia solo per il primo premio annuo.</p> <p>Si può scegliere di frazionare il pagamento del premio annuo in rate infra-annuali, con una maggiorazione del premio come di seguito illustrato</p>	
	Frazionamento	Costo
	Trimestrale	3%
	Semestrale	2%
<p>Comunque la prima annualità è dovuta per intero all'inizio del contratto. Non sono ammessi premi e/o rate di premio inferiori a 100 euro.</p>		
Rimborso	<p>Il rimborso del premio versato è previsto nel caso di esercizio del diritto di revoca della proposta o del recesso, al netto delle eventuali imposte sulle assicurazioni.</p>	
Sconti	<p>Apulia previdenza riconosce uno sconto di premio ai soli dipendenti della Compagnia, compreso il coniuge/convivente ed i familiari: non applica i caricamenti sul premio.</p>	



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>La durata del contratto è stabilita dal Contraente alla sottoscrizione e può variare da un minimo di 1 anno ad un massimo di 30 anni.</p> <p>In caso di interruzione del pagamento dei premi il contratto si risolve ed il Contraente perde quanto versato.</p>
Sospensione	<p>Non sono previste sospensioni delle coperture.</p>



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

Revoca	<p>E' possibile revocare la proposta contrattuale fino al momento della conclusione del contratto, inviando una lettera raccomandata alla Compagnia, indicando gli elementi identificativi del contratto. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca la Compagnia provvede a rimborsare il premio eventualmente versato.</p>
Recesso	<p>E' possibile recedere dal contratto entro trenta giorni dalla data di conclusione inviando una lettera raccomandata alla Compagnia. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Compagnia rimborsa il premio versato al netto di eventuali imposte e delle spese di emissione indicate nella proposta di assicurazione.</p>
Risoluzione	<p>E' possibile risolvere il contratto, sospendendo il pagamento dei premi. L'interruzione del pagamento dei premi produce effetti negativi sul contratto: decadono le coperture assicurative ed i premi versati sono definitivamente acquisiti dalla Compagnia.</p> <p>Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio determina, trascorsi trenta giorni dalla data stabilita per il suo versamento, la risoluzione del contratto.</p> <p>In caso di interruzione del versamento dei premi, il contratto potrà essere riattivato entro un anno dalla data stabilita per il versamento del premio non corrisposto. La riattivazione del contratto ripristina, dalla ore 24 del giorno in cui è fatto il pagamento dovuto, le prestazioni contrattuali come se non si fosse verificata l'interruzione del versamento dei premi. La riattivazione deve essere richiesta per iscritto dal Contraente e deve essere accettata con apposita comunicazione scritta da parte della Compagnia, che a tal fine può richiedere accertamenti sanitari e decidere tenendo conto del loro esito. La riattivazione è possibile solo dopo aver versato tutti i premi in arretrato.</p>



A chi è rivolto questo prodotto?

Apulia ti protegge è un'assicurazione temporanea caso morte ed è rivolta ai clienti che intendono salvaguardare i propri cari in caso di prematura scomparsa e che vogliono la certezza di protezione anche in caso di invalidità totale e permanente. E' sottoscrivibile da Assicurati di età compresa tra 18 e 74 anni alla data di decorrenza del contratto ed età massima a scadenza non superiore a 75 anni.



Quali costi devo sostenere?

Si indicano di seguito i costi a carico del contraente:

- tabella dei costi gravanti sul premio:

parte a premio annuo:

Caricamenti	Percentuale del premio annuo
Per qualunque durata	25%

Diritti di emissione = 15 euro (importo trattenuto dalla Compagnia in caso di esercizio del diritto di recesso dal contratto da parte del contraente).

I costi percentuali sono applicati al premio al netto dei diritti di emissione.

Percentuali di costo applicate al frazionamento:

Frazionamento	Costo
Trimestrale	3%
Semestrale	2%

La riattivazione del contratto prevede il versamento di tutti i premi in arretrato e la Compagnia può richiedere accertamenti sanitari

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.

- tabella sui costi per riscatto

il contratto non prevede l'opzione di riscatto

- tabella sui costi per l'erogazione della rendita

il contratto non prevede l'erogazione della rendita

- costi per l'esercizio delle opzioni

non è esercitabile alcun tipo di opzione

- costi di intermediazione

la quota parte percepita in media dai distributori, con riferimento all'intero flusso commissionale previsto dal contratto, è pari circa all'80%

- costi dei PPI

non previsti.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

Valori di riscatto e riduzione	Non sono previsti valori di riscatto e di riduzione.
Richiesta di informazioni	Per informazioni contattare Servizio Gestione e Portafoglio in G .Gozzi 1/A - 20129 Milano - tel. 027256671 - fax 0289822524 o tramite posta elettronica agli indirizzi: segreteria generale@apulialife.it amministrazione@pec.apulialife.it

Come posso presentare i reclami e risolvere le controversie?

All'impresa assicuratrice	I reclami vanno presentati a: Apulia previdenza spa- Servizio gestione dei Reclami - Via Gaspare Gozzi 1/A - 20129 Milano - n° fax 02 89822524 - indirizzo e-mail: segreteriagenerale@apulialife.it La compagnia è tenuta a dare riscontro al reclamo nel termine massimo di 45 giorni.
All'IVASS	Nel caso in cui il reclamo presentato all'impresa assicuratrice abbia esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, fax 06.42.133.745, pec: ivass@pec.ivass.it , info su www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n.98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.

Regime fiscale

Trattamento fiscale applicabile al contratto	I premi non sono soggetti ad alcuna imposta. E' consentita la detrazione di imposta ai fini IRPEF, alle condizioni e nei limiti fissati dalla legge (art.15, comma 1, lettera f) e comma 2 del D.P.R. 917/86) dei premi assicurativi vita per la parte di premio relativa al caso morte. Le prestazioni liquidate ai Beneficiari in caso di decesso dell'Assicurato, non sono soggette a tassazione IRPEF per la parte corrispondente alla copertura del rischio demografico e non sono soggette all'imposta sulle successioni Le prestazioni, in caso di vita dell'Assicurato: - le somme corrisposte in forma di capitale (riscatto totale o parziale) e liquidate ad un soggetto che non eserciti attività d'impresa, sono soggette ad imposta sostitutiva, sulla differenza tra la somma dovuta dalla Compagnia e l'ammontare dei premi corrisposti dal Contraente relativi alla prestazione in caso di vita; - le somme corrisposte in forma di capitale (riscatto totale o parziale) e liquidate ad un soggetto che eserciti attività commerciali, costituiscono reddito d'impresa secondo le regole proprie di tali categorie di reddito e sono assoggettabili a tassazione ordinaria.
---	--

L'IMPRESA HA L'OBLIGO DI TRASMETTERE, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

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

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

Condizioni di Assicurazione

Contratto di assicurazione temporanea per il caso di morte a capitale costante a premio annuo con copertura opzionale per il raddoppio del capitale in caso di morte da infortuni e/o la triplicazione del capitale in caso di morte da incidenti stradale ed esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità totale e permanente (codice Tariffa TM11)

Art. 1 - Prestazione assicurata principale

Apulia ti protegge è un'assicurazione temporanea caso morte a fronte della quale la Compagnia si impegna, dietro il versamento anticipato dei premi annui costanti, a corrispondere il capitale assicurato ai beneficiari designati, qualora si verifichi, nel corso della durata contrattuale, il decesso dell'Assicurato.

Le garanzie sono operanti senza limiti territoriali e fatte salve le limitazioni ed esclusioni di seguito indicate:

Esclusioni

- dolo del Contraente o 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;
- suicidio dell'Assicurato, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o, nei primi dodici mesi dall'eventuale riattivazione;
- attività sportiva, non dichiarata come praticata alla data della sottoscrizione della proposta di assicurazione o successivamente.

In questi casi ad eccezione del primo in elenco, per il quale non è prevista alcuna prestazione, la Compagnia corrisponderà l'importo riserva matematica accantonata risultante alla data di decesso.

Limitazioni

Fatta eccezione per i casi in cui l'Assicurato si sottoponga a visita medica, Apulia Previdenza applica un periodo di carenza di sei mesi a partire dal perfezionamento del contratto, durante i quali, in caso di decesso dell'Assicurato, corrisponderà ai Beneficiari, in luogo del capitale assicurato, una somma pari alla riserva matematica accantonata sul contratto.

Nel caso in cui l'Assicurato, pur essendosi sottoposto a visita medica, abbia rifiutato di effettuare gli esami volti ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o di sieropositività, la copertura assicurativa è sospesa per un periodo di carenza di sette anni a partire dalla data di entrata in vigore del contratto. Durante il periodo di carenza, qualora il decesso dell'Assicurato sia dovuto alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, la Compagnia pa-

gherà, in luogo di quella garantita, una prestazione pari alla riserva matematica accantonata risultante alla data di decesso.

Art. 2 - Prestazione complementare in caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio

Nel caso sia stata sottoscritta in fase di sottoscrizione del contratto la copertura assicurativa complementare facoltativa in caso di decesso da infortunio, qualora il decesso dell'Assicurato sia conseguenza di un infortunio, la Compagnia liquida ai Beneficiari designati dal Contraente nel modulo di proposta, in aggiunta al capitale assicurato per il caso di decesso, un ulteriore somma pari a detto capitale. In caso il decesso dell'Assicurato sia conseguenza di un incidente della circolazione, la Compagnia liquida ai Beneficiari designati dal Contraente nel modulo di proposta, in aggiunta al capitale assicurato per il caso di decesso, un ulteriore somma pari a due volte detto capitale. L'importo del capitale assicurato in caso di decesso a seguito di incidente della circolazione non potrà essere superiore a 900.000,00 euro. Conseguentemente all'atto della sottoscrizione il capitale assicurato della copertura principale non potrà essere superiore a 300.000,00 euro.

Per infortunio conseguente ad incidente della circolazione si intende quell'infortunio:

- cagionato da veicoli o mezzi meccanici in circolazione su strade di uso pubblico o aree a queste equiparate, nonché su aree private, in cui l'assicurato rimanga vittima come pedone, conducente o passeggero;
- occorso all'assicurato in qualità di passeggero di qualsiasi mezzo di locomozione e trasporto pubblico terrestre, marittimo o aereo.

Per infortunio s'intende l'evento che produce lesioni obiettivamente constatabili, subite dall'Assicurato per fatti esterni indipendenti dalla sua volontà e tali che siano la causa diretta esclusiva e provata della sua morte e purché questa avvenga entro un anno dal giorno in cui si sono verificate le lesioni anzidette.

Sono considerati Infortunio anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetto o aracnidi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o calore;
- le lesioni determinati da sforzi (esclusi gli infarti);
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, purché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore o incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenze e negligenze anche gravi.

Esclusioni

Agli effetti della limitazione dell'assicurazione infortuni, è

esclusa la morte dovuta a lesioni derivanti:

1) dalla partecipazione a corse e gare in genere e relative prove e allenamenti (salvo che si tratti di corse podistiche, gare bocciofile, di pesca, di tiro, di scherma e di tennis) e dall'esercizio dei seguenti sport:

alpinismo con accesso a ghiacciai e scalate di rocce, guidoslitta, motoslitta, salti dal trampolino con sci, pugilato, lotta nelle sue varie forme e immersione subacquea nelle sue varie forme;

2) l'uso di mezzi di locomozione subacquei e dal rischio di volo, salvo quello dei viaggi aerei effettuati dall'Assicurato in qualità di passeggero di linee aeree regolari;

3) da guerra dichiarata o non dichiarata, eventi di guerra, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, o qualsiasi operazione militare anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva. Qualsiasi lesione subita dall'Assicurato mobilitato in tempo di guerra o durante il suo servizio militare sarà considerata in ogni caso derivante da un atto di guerra;

4) da insurrezioni, tumulti popolari, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, da inondazioni, da irruenze termiche e atmosferiche, quelle che siano conseguenza diretta o indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;

5) lesioni sofferte in conseguenza di proprie azioni delittuose, in stato di ubriachezza e per quelle derivanti da intossicazioni determinate da abuso di psicofarmaci e da uso di sostanze stupefacenti o di allucinogeni o che, comunque, siano conseguenza di condizioni fisiche anormali;

6) da carbonchio, da malaria, da avvelenamenti, da infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva lesioni come sopra specificate, come pure da conseguenze di operazioni chirurgiche e di trattamenti non resi necessari dalle lesioni stesse.

Art. 3 - Prestazione complementare esonero dal pagamento dei premi

Nel caso sia stata sottoscritta in fase di sottoscrizione del contratto la copertura assicurativa complementare facoltativa di esonero dal pagamento dei premi in caso di invalidità totale permanente, ferme le prestazioni assicurate, in caso di sopravvenuta riconosciuta invalidità totale e permanente che abbia colpito l'Assicurato durante il periodo contrattuale, il Contraente è esonerato dal pagamento dei premi residui fino alla scadenza del contratto.

Tale copertura è sottoscrivibile purchè:

- l'età dell'Assicurato al termine del contratto non sia superiore a 66 anni;
- la durata del contratto non sia superiore a 20 anni;
- la durata della garanzia di esonero pagamento premi per invalidità sia uguale a quella della copertura principale.

L'invalidità dovrà essere riconosciuta dalla Compagnia nei termini di seguito indicati.

- Per invalidità, ai sensi e agli effetti della presente assicurazione complementare, deve intendersi la perdita da parte dell'Assicurato in modo totale e presumibilmente permanente della capacità all'esercizio della sua professione o mestiere e a ogni altro lavoro confacente alle sue attitudini e abitudini, purché la perdita sia dovuta a malattia o a lesioni indipendenti dalla sua volontà e obiettivamente constatabili.

Dall'assicurazione complementare sono esclusi i casi di invalidità derivanti da: malattie contratte o ferite riportate per cause di guerra, tentato suicidio, uso di mezzi aerei di locomozione, salvo i viaggi effettuati dall'Assicurato in qualità di passeggero su aeromobili, alla condizione che gli apparecchi e i piloti siano muniti delle autorizzazioni regolamentari.

Verificatasi l'invalidità dell'Assicurato, il Contraente dovrà richiederne per iscritto il riconoscimento alla Compagnia, allegando un rapporto particolareggiato del medico curante sulle cause e sul decorso della malattia o della lesione che ha prodotto l'invalidità.

L'Assicurato dovrà altresì fornire tutte le informazioni sulle cause e conseguenze dell'invalidità e assoggettarsi a tutti gli accertamenti di carattere sanitario che la Compagnia giudicasse opportuni. Ultimati i controlli medici, la Compagnia comunicherà per iscritto al Contraente se riconosce o meno lo stato di invalidità.

Se lo stato di invalidità non viene riconosciuto, il Contraente, ove intenda insistere nella sua richiesta, potrà ricorrere alla seguente procedura arbitrale, comunicando il nome del proprio arbitro.

L'eventuale controversia sull'esistenza dell'invalidità sarà deferita a un collegio arbitrale composto da tre medici, scelti i primi due dalle parti, uno per ciascuna, e il terzo d'accordo dai due primi nominati. In mancanza di accordo, il terzo medico arbitro sarà scelto dal Presidente del Tribunale nella cui circoscrizione il Contraente risiede, su richiesta della parte più diligente. Il giudizio degli arbitri sarà inappellabile. Ciascuna delle parti pagherà le spese e competenze del proprio arbitro e metà di quelle del terzo.

Fino al riconoscimento dello stato di invalidità da parte della Compagnia tutti i premi e i costi accessori devono essere regolarmente corrisposti. Il riconoscimento dell'invalidità, però, avviene con effetto dal momento della presentazione agli uffici della Compagnia della richiesta di riconoscimento dello stato di invalidità. La Compagnia, pertanto, rimborserà i premi, comprensivi dei costi accessori in scadenza nel periodo intercorrente tra la presentazione della richiesta e il riconoscimento dell'invalidità, che saranno stati nel frattempo pagati.

Se l'Assicurato riacquista in tutto o in parte la capacità al lavoro, cessano immediatamente le prestazioni previste

per il caso di invalidità e il contratto viene a trovarsi soggetto in tutto e per tutto alle presenti Condizioni di polizza. La Compagnia avrà il diritto di procedere in qualunque tempo, però non più di una volta all'anno, all'accertamento dello stato di invalidità dell'Assicurato.

Limitazioni

Qualora la presente assicurazione complementare venga assunta senza visita medica rimane convenuto quanto segue:

a) in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato riconosciuta durante il primo anno di assicurazione, a decorrere dalla data di efficacia dell'assicurazione, la Compagnia corrisponderà immediatamente soltanto una somma pari all'ammontare dei premi versati, al netto dei costi accessori e senza aggiunta di interessi e il contratto perderà qualsiasi valore ed efficacia;

b) in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato riconosciuta durante il secondo anno di assicurazione, il contratto, liberato dal pagamento dei premi residui, rimarrà in vigore per la metà delle prestazioni assicurate di base e prestazioni complementari.

Le limitazioni di cui sopra non hanno effetto se il riconoscimento dell'invalidità si verifica durante il periodo di carenza di due anni, qualora l'invalidità totale e permanente sia conseguenza diretta di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto.

Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza l'invalidità.

Esclusioni

Non è riconosciuta, invece, agli effetti della copertura immediata del rischio, come dovuta a infortunio, l'invalidità derivante: da guerra dichiarata o non dichiarata, eventi di guerra, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, o qualsiasi operazione militare anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva; da qualsiasi lesione subita dall'Assicurato mobilitato in tempo di guerra o durante il suo servizio militare sarà considerata in ogni caso derivante da un atto di guerra; da tumulti civili, da partecipazione a risse, duelli o azioni delittuose, da tentativo di suicidio, comunque e per qualunque circostanza avvenuto, o da incidente verificatosi, sia in volo che in terra, in dipendenza di attività aeronautica, sia militare che civile.

Art. 4 - 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 sini-

stro, 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. 5 - Limiti di età

L'Assicurato dovrà avere un'età compresa tra 18 e 74 anni alla data di decorrenza del contratto ed una età a scadenza non superiore a 75 anni.

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. 6 - Conclusione ed entrata in vigore del contratto

Art. 6.1 - Conclusione del contratto

Il contratto si considera concluso nel momento in cui la Compagnia abbia rilasciato al Contraente la lettera contrattuale di conferma, che definisce l'accettazione del contratto ed in cui è indicata la data di decorrenza.

Art. 6.2 - Entrata in vigore del contratto

L'assicurazione entra in vigore, a condizione che sia stato effettuato il versamento del primo premio, alle ore 24 del giorno in cui il contratto è concluso oppure alle ore 24 della data di decorrenza indicata nella lettera contrattuale di conferma, qualora questa sia successiva a quella della conclusione.

Se il versamento del primo premio è effettuato dopo tali date, l'assicurazione entra in vigore alle 24 del giorno di detto versamento, ferme rimanendo le scadenze delle successive rate di premio.

Il primo premio annuo, anche se frazionato in più rate, è dovuto per intero.

Nel caso di versamento a mezzo di bollettino postale, la data di versamento è quella apposta dall'ufficio postale. Nel caso di versamento tramite POS, assegno, bonifico bancario o per mezzo di addebito diretto SEPA (SDD), la data di versamento è quella di accredito sul conto corrente intestato alla Compagnia.

Art. 7 - Durata

La durata del contratto è pari all'intervallo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza e quella di scadenza del contratto scelta dal contraente. Per questo contratto la durata minima varia da un minimo di 1 anno ad un massimo di 30 anni.

Art. 8 - Revoca della proposta

Il Contraente può revocare la proposta contrattuale fino al momento della conclusione del contratto. La revoca deve

essere comunicata alla Compagnia con lettera raccomandata, indicando gli elementi identificativi del contratto, indirizzata al seguente recapito:

Apulia previdenza spa
via G. Gozzi 1/A - 20129 Milano

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione della revoca la Compagnia rimborsa al Contraente il premio eventualmente versato.

Art. 9 - Recesso dal contratto

Il Contraente può recedere dal contratto entro trenta giorni dalla data di conclusione. La comunicazione di recesso deve essere inviata a mezzo raccomandata alla Compagnia al seguente indirizzo:

Apulia previdenza spa
via G. Gozzi 1/A - 20129 Milano

Il recesso libera entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a partire dalla data di ricevimento di detta raccomandata. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso la Compagnia rimborsa al Contraente il premio versato al netto di eventuali imposte e delle spese di emissione indicate nella proposta di assicurazione.

Art. 10 - Interruzione del versamento dei premi: risoluzione

Il mancato pagamento anche di una sola rata di premio determina, trascorsi trenta giorni dalla data stabilita per il suo versamento, la risoluzione del contratto ed i premi versati restano acquisiti dalla Compagnia.

A giustificazione del mancato pagamento del premio il Contraente non può in nessun caso opporre che la Compagnia non gli abbia inviato avvisi di scadenza né abbia provveduto ad incassi a domicilio.

Art. 11 - Ripresa del piano di versamento dei premi: riattivazione

In caso di interruzione del versamento dei premi, il contratto potrà essere riattivato entro un anno dalla data stabilita per il versamento del premio non corrisposto.

La riattivazione del contratto ripristina, dalla ore 24 del giorno in cui è fatto il pagamento dovuto, le prestazioni contrattuali come se non si fosse verificata l'interruzione del versamento dei premi.

La riattivazione deve essere richiesta per iscritto dal Contraente e deve essere accettata con apposita comunicazione scritta da parte della Compagnia, che a tal fine può richiedere accertamenti sanitari e decidere tenendo conto del loro esito. La riattivazione è possibile solo dopo aver versato tutti i premi in arretrato.

Art. 12 - Valutazione del rischio

Ai fini della corretta assunzione del rischio da parte della Compagnia è necessario l'accertamento delle condizioni di salute dell'Assicurato mediante le informazioni contenute nel questionario sanitario, visita medica ed altri eventuali accertamenti sanitari. E' necessario inoltre valutare, l'attività svolta e sport praticati.

Nel caso in cui dalla documentazione prodotto emergano fattori di rischio rilevanti, la Compagnia si riserva la facoltà di:

- rifiutare il rischio;
 - accettarlo a condizioni particolari con l'applicazione di appositi sovrappremi o esclusioni di specifici rischi.
- La Compagnia si impegna a comunicare all'Assicurato eventuali sovrappremi applicati o l'eventuale rifiuto del rischio.

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.

In particolare la documentazione sanitaria richiesta per l'assunzione del contratto è la seguente:

CAPITALE IN EURO	ETA' ALLA SOTTOSCRIZIONE		
	Fino ai 49 anni	da 50 a 59 anni	oltre i 60 anni
Fino a € 250.000	Questionario sanitario	Questionario sanitario	Questionario sanitario Visita medica Es. urine
da € 250.001 fino a € 500.000	+ Visita medica Esame urine Sierologia virale Esami ematochimici ECG basale PSA (per maschi > 50 anni)	+ Visita medica Esame urine Sierologia virale Esami ematochimici ECG basale PSA (per maschi > 50 anni)	+ Sierologia virale Esami ematochimici Visita medica, eseguita da cardiologo, ed ECG basale, PSA (per maschi)
da € 500.001 fino a € 1.000.000	+ Certificato del medico di famiglia Visita medica, eseguita da cardiologo, ed ECG basale AFP CEA	+ Certificato del medico di famiglia AFP CEA	+ Certificato del medico di famiglia AFP CEA
da € 1.000.001 fino a € 3.000.000	+ ECG da sforzo massimale al cicloergometro Ecocardiogramma Test di cotinina urinaria Ecografia addome completo	+ ECG da sforzo massimale al cicloergometro Ecocardiogramma Test di cotinina urinaria Ecografia addome completo	+ ECG da sforzo massimale al cicloergometro Ecocardiogramma Test di cotinina urinaria Ecografia addome completo

Art. 13 - Premi di Assicurazione

Il contratto di assicurazione prevede la corresponsione di una successione di premi annui da versare fino alla scadenza o, se precedente, fino alla data di decesso dell'Assicurato o la data di denuncia dell'invalidità totale permanente, se riconosciuta e se sottoscritta la copertura complementare facoltativa Esonero dal pagamento dei premi. I premi annui sono determinati in funzione dell'età dell'Assicurato, della durata e delle coperture facoltative prescelte. I premi possono essere corrisposti nella rateazione prescelta dal contraente, in tal caso ciascun premio annuo viene maggiorato dell'addizionale di frazionamento, come di seguito illustrata:

Frazionamento del premio	Addizionale di frazionamento
Semestrale	2%
Trimestrale	3%

La prima annualità deve comunque essere versata per intero all'inizio del contratto.

Non sono ammessi premi e/o rate di premio inferiori a 100 euro.

Art. 14 - Misure e modalità di eventuali sconti

Ai dipendenti di Apulia previdenza, compresi il coniuge/ convivente ed i familiari conviventi, non è applicato alcun caricamento sul premio. Ai dipendenti della Compagnia, compresi il coniuge/convivente ed i familiari conviventi, si applicano i premi annui di inventario.

Art. 15 - 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;
- 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. 16 - Tasse ed Imposte

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

Art. 17 - Riferimento alle norme di legge

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

Art. 18 - Foro competente

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

Art. 19 - Normativa FATCA

Il Contraente, in fase di assunzione, è tenuto a compilare e sottoscrivere il modello di autocertificazione FATCA Persone Fisiche/Persone Giuridiche allegato al fac-simile contratto. Nel corso di tutta la durata del contratto, il Contraente è tenuto a:

- comunicare tempestivamente alla Compagnia a mezzo raccomandata a.r. da inviare al seguente indirizzo: Apulia Previdenza S.p.A. – Via Gaspare Gozzi n.1/A – 2019 Milano - qualsiasi cambiamento di circostanza che possa incidere sulle dichiarazioni contenute nel modello di autocertificazione compilato e sottoscritto in fase di assunzione, e/o
- compilare ulteriori autocertificazioni qualora la Compagnia ritenga che siano intervenute variazioni (es. nuovi indizi di americanità) e/o incongruenze rispetto alle dichiarazioni contenute nella/e precedente/i autocertificazione/i. Resta inteso che la Compagnia, in caso di omessa compilazione dell'autocertificazione sia in fase assuntiva, che nel corso della durata del contratto, si riserva la facoltà, in conformità alle disposizioni di legge vigenti, di qualificare il Contraente come "US Person", o soggetto con residenza fiscale negli USA e di procedere alle relative comunicazioni.

Il Contraente è tenuto a manlevare e tenere indenne la Compagnia da tutte le sanzioni, interessi, oneri, costi eventualmente applicati dalle autorità fiscali italiane e/o straniere a causa dell'omessa compilazione dell'autocertificazione, o qualora questa contenga dichiarazioni incomplete o inesatte.

Articolo 20 - Normativa CRS (Common Reporting Standard)

Gli accordi in ambito CRS (Common Reporting Standard) richiedono di acquisire e segnalare determinate informa-

zioni relative alla(e) residenza(e) fiscale(i) del(i) titolare(i) di Conti Finanziari alle competenti Autorità fiscali.

Pertanto, a far data dall'1 gennaio 2016 le compagnie di assicurazione sono tenute a raccogliere presso la clientela le informazioni necessarie a determinare la residenza fiscale dei clienti.

Per effetto della normativa, il Contraente, in fase di assunzione, è tenuto a compilare e sottoscrivere il modello di autocertificazione della residenza fiscale allegato al contratto.

Nel corso di tutta la durata del contratto, il Contraente è tenuto a:

1. comunicare tempestivamente alla Compagnia a mezzo raccomandata a.r. da inviare al presente indirizzo: Apulia Previdenza S.p.A. – Via Gaspare Gozzi n.1/A – 2019 Milano - eventuali modifiche alle informazioni fornite in sede di sottoscrizione del modulo.

2. compilare tempestivamente una nuova autocertificazione, qualora le informazioni contenute nella presente dichiarazione diventino non corrette.

Il Contraente è tenuto a manlevare e tenere indenne la Compagnia da tutte le sanzioni, interessi, oneri, costi eventualmente applicati dalle autorità fiscali italiane e/o straniere a causa dell'omessa compilazione dell'autocertificazione, o qualora questa contenga dichiarazioni incomplete o inesatte.

Glossario

Assicurato

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

Beneficiario

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

Caricamento

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

Compagnia

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

Condizioni di Assicurazione

Insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di Assicurazione.

Contraente

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

Contratto

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

Costi (o spese)

Oneri a carico del Contraente gravanti sul Contratto.

Decorrenza

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

Durata contrattuale

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

Intermediario

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

IVASS

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

Liquidazione

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

Polizza

Documento che attesta l'esistenza del Contratto di assicurazione.

Premio

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

Prestazione

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

Reclamo

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

Riserva matematica

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

POLIZZA DI ASSICURAZIONE A PREMIO ANNUO - APULIA TI PROTEGGE

Codice tariffa _____ MODULO DI PROPOSTA N. _____

Intermediario _____ Codice Intermediario _____

DATI ANAGRAFICI DEL CONTRAENTE/ASSICURANDO

PERSONA: FISICA GIURIDICA

(Se è persona giuridica riempire solo gli spazi con contorno in grassetto nonchè le parti "Legale Rappresentante/Esecutore" e "Titolare Effettivo")

Cognome o denominazione		Nome				Sesso	
						M F	
Comune di nascita / Sede legale	C.A.P.	Prov.	Data di nascita o costituzione	Codice Fiscale			
Comune o stato estero di residenza / Sede Legale	C.A.P.	Prov.	Indirizzo	N. civ.	Recapito telefonico		
Cellulare	Indirizzo e-mail			Altri recapiti utili			
Comune o stato estero di domicilio (Solo se diverso dalla residenza e se persona fisica)	C.A.P.	Prov.	Indirizzo	N. civ.	Cittadinanza		
Tipo documento	N° documento	Luogo di rilascio		Rilasciato da	Data di rilascio		
Settore attività	Professione			Area Professionale			
				<input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Pubblico			
Forma Giuridica	Sottogruppo	Codice	Ramo/Gruppo	Codice			
Appartenente alla categoria persone politicamente esposte	Recapito contratto - Indirizzo		N. civ.	Comune	C.A.P.	Prov.	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							

Ai fini della normativa FATCA il Contraente persona fisica risulta essere cittadino ovvero residente fiscalmente negli Stati Uniti:

SI: compilare la sezione FATCA del presente modulo

NO: indicare il paese di residenza fiscale

In caso di residenza fiscale in Paesi diversi da Italia e Stati Uniti, compilare la sezione CRS del presente modulo

Il Contraente persona giuridica dichiara di essere stata costituita o di avere sede legale o sede operativa negli USA:

Indicare il paese di residenza fiscale

No

a) Indicare il GIIN

il TIN/EIN

SI

b) Compilare la sezione sottostante

- Dichiaro di essere una **Specified U.S. Person**
- Dichiaro di essere una **NON-Specified U.S. Person**, indicare a quale delle seguenti categorie appartiene la società:
- Società di capitali USA quotata su un mercato regolamentato
 - Membro dello stesso EAG di una società di capitali USA quotata su un mercato regolamentato
 - Intermediari Finanziari USA
 - Trust
 - Regulated Investment Company (del tipo SICAV) USA
 - Stati Uniti e relativi possedimenti, agenzie o organizzazioni governative collegate con gli US
 - Brokers/Dealers in titoli, merci o strumenti derivati
 - Organizzazione esente da imposizione o piano pensionistico individuale

PROPOSTA N. _____

LEGALE RAPPRESENTANTE DEL CONTRAENTE

Cognome				Nome				Sesso	M	F
Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Codice Fiscale							
Comune di residenza	C.A.P.	Prov.	Indirizzo						N. civ.	
Tipo documento	N° documento	Luogo di rilascio		Rilasciato da		Data di rilascio				
Appartenente alla categoria persone politicamente esposte	Settore attività		Professione			Area Professionale				
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						<input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Pubblico				

Ai fini della normativa FATCA risulta essere di estrazione statunitense ovvero residente fiscalmente negli Stati Uniti:

SI: compilare la sezione FATCA del presente modulo

NO: indicare il paese di residenza fiscale

In caso di residenza fiscale in Paesi diversi da Italia e Stati Uniti, compilare la sezione CRS del presente modulo

ESECUTORE

Cognome				Nome				Sesso	M	F
Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Codice Fiscale							
Comune di residenza	C.A.P.	Prov.	Indirizzo						N. civ.	
Tipo documento	N° documento	Luogo di rilascio		Rilasciato da		Data di rilascio				
Appartenente alla categoria persone politicamente esposte	Settore attività		Professione			Area Professionale				
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						<input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Pubblico				

Ai fini della normativa FATCA risulta essere di estrazione statunitense ovvero residente fiscalmente negli Stati Uniti:

SI: compilare la sezione FATCA del presente modulo

NO: indicare il paese di residenza fiscale

In caso di residenza fiscale in Paesi diversi da Italia e Stati Uniti, compilare la sezione CRS del presente modulo

PROPOSTA N. _____

TITOLARE EFFETTIVO (da non compilare se coincide con il Legale Rappresentante/Esecutore)

Cognome		Nome			Sesso	
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Codice Fiscale			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Comune di residenza	C.A.P.	Prov.	Indirizzo		N. civ.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Tipo documento	N° documento	Luogo di rilascio	Rilasciato da	Data di rilascio		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Appartenente alla categoria persone politicamente esposte	Settore attività	Professione		Area Professionale		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Pubblico		

Ai fini della normativa FATCA risulta essere di estrazione statunitense ovvero residente fiscalmente negli Stati Uniti:

SI: compilare la sezione FATCA del presente modulo

NO: indicare il paese di residenza fiscale

In caso di residenza fiscale in Paesi diversi da Italia e Stati Uniti, compilare la sezione CRS del presente modulo

TITOLARE EFFETTIVO 2

Cognome		Nome			Sesso	
<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Codice Fiscale			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Comune di residenza	C.A.P.	Prov.	Indirizzo		N. civ.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Tipo documento	N° documento	Luogo di rilascio	Rilasciato da	Data di rilascio		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Appartenente alla categoria persone politicamente esposte	Settore attività	Professione		Area Professionale		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Pubblico		

Ai fini della normativa FATCA risulta essere di estrazione statunitense ovvero residente fiscalmente negli Stati Uniti:

SI: compilare la sezione FATCA del presente modulo

NO: indicare il paese di residenza fiscale

In caso di residenza fiscale in Paesi diversi da Italia e Stati Uniti, compilare la sezione CRS del presente modulo



PROPOSTA N. _____

Il sottoscritto è consapevole del fatto che la dichiarazione di residenza fiscale negli Stati Uniti della società (FATCA status "Specified U.S. Person") o di uno dei titolari effettivi della stessa, nel caso di società classificata come "Passive NFFE con U.S. controlling person" comporta la segnalazione all'Agenzia delle Entrate dei dati dei predetti soggetti e dei conti finanziari da essi detenuti. Sarà altresì segnalato all'Agenzia delle Entrate l'importo complessivo dei pagamenti corrisposti, a partire dal 2015, nei confronti delle istituzioni finanziarie non partecipanti (FATCA Status "NON PARTICIPATING FFI").

Il sottoscritto si impegna a comunicare ogni eventuale futura variazione delle informazioni relative alla società e ai titolari effettivi, compresa quella relativa al mutamento della classificazione FATCA dichiarata, nonché a fornire eventuali informazioni aggiuntive che dovessero essere richieste.

Il sottoscritto è consapevole del fatto che, anche in caso di dichiarazione di non residenza fiscale negli Stati Uniti della società e di tutti i titolari effettivi, qualora dovessero emergere indizi di presunta residenza fiscale americana non sanati attraverso la consegna di adeguata documentazione, in conformità alla vigente normativa, i dati e i conti finanziari detenuti saranno oggetto di segnalazione all'Agenzia delle Entrate.

Nella piena consapevolezza della responsabilità civile e penale che comporta il rilascio di dichiarazioni mendaci e non veritiere e nel confermarVi di avere compreso le motivazioni in relazione alle quali è stata richiesta la compilazione del presente modulo, assicuro l'esattezza di tutti i dati e di tutti gli elementi forniti nonché la veridicità della eventuale documentazione da me consegnata.

Con la presente assumo l'impegno a tenerVi sollevati ed indenni da qualsiasi danno o onere diretto e indiretto che doveste patire in conseguenza e connessione alla non veridicità, inesattezza ed esaustività dei dati forniti mediante il presente modulo.

Resta da ultimo inteso che sarà mio preciso obbligo comunicarVi tempestivamente ogni eventuale futura variazione dei dati di cui sopra.

Luogo e data

Firma Legale Rappresentante

ASSICURANDO (da compilare se diverso dal Contraente)

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

Ai fini della normativa FATCA risulta essere di estrazione statunitense ovvero residente fiscalmente negli Stati Uniti:

SI: compilare la sezione FATCA del presente modulo

NO: indicare il paese di residenza fiscale

In caso di residenza fiscale in Paesi diversi da Italia e Stati Uniti, compilare la sezione CRS del presente modulo



PROPOSTA N. _____

PAGAMENTO DELLA RATA DI SOTTOSCRIZIONE

* Bonifico bancario sul c/c intestato ad Apulia previdenza S.p.A.

Pos _____

IBAN _____

* Assegno bancario "non trasferibile" emesso dal Contraente o assegno circolare intestati ad Apulia previdenza S.p.A.

Altro _____

DATI RELATIVI AL SOGGETTO PAGANTE RATA DI SOTTOSCRIZIONE (da compilare se diverso dal Contraente)

Cognome	Nome		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Indirizzo Via			N. civ.
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Località	C.A.P.	Paese	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
e-mail	Codice Fiscale		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Ai fini della normativa FATCA risulta essere di estrazione statunitense ovvero residente fiscalmente negli Stati Uniti:

SI: compilare la sezione FATCA del presente modulo

NO: indicare il paese di residenza fiscale

In caso di residenza fiscale in Paesi diversi da Italia e Stati Uniti, compilare la sezione CRS del presente modulo

Il sottoscritto _____ dichiara di ricevere dal Sig _____

per l'invio ad Apulia previdenza S.p.A., assegno non trasferibile n. _____

Banca _____ Euro (cifre) _____ Euro (lettere) _____

Sottoscritto il _____ Il Produttore _____ Il Contraente/Assicurato _____

MANDATO PER ADDEBITO DIRETTO SEPA PER RATE DI PREMIO SUCCESSIVE ALLA PRIMA

Codice Aziendale Sia

Codice assegnato dall'azienda creditrice al debitore

Riferimento del Mandato

n. proposta

Istituto di Credito del debitore

IBAN

Codice paese Codice di CIN controllo ABI CAB codice conto corrente

Tipo di pagamento

Codice SWIFT BIC (solo per banche estere)

PROPOSTA N. _____

DATI RELATIVI AL SOGGETTO PAGANTE (da compilare se diverso dal Contraente)

Cognome		Nome				Sesso	
						M F	
Comune di nascita		Prov.	Nazione	Data di nascita	Codice Fiscale		
Comune o stato estero di residenza		C.A.P.	Prov.	Indirizzo		N. civ.	Cittadinanza
Cellulare		Indirizzo e-mail			Altri recapiti utili		
Comune o stato estero di domicilio (Solo se diverso dalla residenza e se persona fisica)		C.A.P.	Prov.	Indirizzo		N. civ.	Cittadinanza
Tipo documento		N° documento	Luogo di rilascio		Rilasciato da	Data di rilascio	Data di scadenza
Appartenente alla categoria persone politicamente esposte				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
Rapporto con il Contraente:							
<input type="checkbox"/> Appartenente al nucleo familiare		<input type="checkbox"/> Rapporto di lavoro/affari		<input type="checkbox"/> Altro _____			

DA COMPILARSI IN BASE AI DATI DELL'ASSICURANDO E NON DEL CONTRAENTE

ATTIVITÀ PROFESSIONALE _____

DESCRIZIONE DETTAGLIATA _____

La predetta professione comporta particolari pericoli? No SI se si quali? _____

(es. contatti con materie venefiche, esplosive, linee elettriche ad alta tensione, ecc.) _____

ATTIVITA' EXTRA PROFESSIONALE E SPORTIVA

1) Prevede di dover intraprendere viaggi fuori dall'Europa? No SI se si quando e per quali motivi? _____

Ed in particolare in regioni tropicali o nazioni in stato di guerra? _____

2) Fa uso di mezzi di trasporto aereo per soli viaggi compiuti come passeggero, su linee regolari? No SI

3) Compie o ha intenzione di compiere voli di altro tipo? (es. deltaplano, parapendio, ecc) No SI se si quali? _____ Con quale frequenza? _____

4) Pratica sports? No SI se si quali? _____ Con quale frequenza? _____

5) Prevede di prendere parte a gare Automobilistiche, nautiche o comunque a competizioni sportive? No SI se si quali? _____



PROPOSTA N. _____

QUESTIONARIO MEDICO

Cognome (per le donne indicare il cognome da nubile)

Nome

Stato civile

Celibe/Nubile

Coniugato(a) o convivente

Vedovo(a)

Divorziato(a) o separato(a)

**E' obbligatorio rispondere ad ogni domanda SI o NO.
 Per tutte le risposte SI, l'assicurato(a) deve poi fornire tutti i dettagli.**

Indicare		altezza:..... cm		peso:..... kg	
		SI	NO	Precisare di quanto:	
1	E' dimagrito involontariamente negli ultimi 2 anni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	Nella sua famiglia vi sono antecedenti di malattie cardiovascolari, neurologiche, psichiatriche, di tumori o metaboliche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Precisare:	
3	Fa uso quotidiano di bevande alcoliche (birra, vino, aperitivi)? Fuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quantità giornaliera:	
4	E' mai stato(a) vittima di un incidente (automobilistico od altro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Precisare la localizzazione (indicare se vi è stata perdita di conoscenza e per quanto tempo), date, postumi:	
5	E' attualmente assente dal lavoro per motivi di salute? Ha dovuto sospendere il lavoro per più di 3 settimane consecutive negli ultimi 5 anni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da quando - motivi - da di ripresa prevista: Date - durata di ogni periodo - motivi:	
6	Percepisce una pensione di invalidità? E' stata riconosciuta un'invalidità o è in corso domanda per ottenerla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da quando - motivi - grado di invalidità (civile o di guerra):	
7	Fa uso abitualmente di medicine per il mal di testa, i dolori, la stanchezza, di sonniferi, di antibiotici, di tranquillanti o di ricostituenti? Ha seguito, segue o si deve sottoporre ad una terapia di durata superiore a 3 settimane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quali - Da quando e perchè?	
8	NEGLI ULTIMI 10 ANNI E' stato ricoverato in ospedale o casa di cura per interventi chirurgici, accertamenti, trattamenti medici? Ha mai seguito trattamenti di radioterapia, chemioterapia o cobalto-terapia? Si è sottoposto ad accertamenti sanitari (al di fuori di quelli previsti dalla medicina del lavoro) quali:analisi del sangue, urina, elettrocardiogramma, radiografie? Ha mai fatto la sierologia virale, in particolare gli anticorpi per il virus dell'epatite B e C, o per il virus HIV, il cui risultato si è rivelato positivo? Quando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date - durate - motivi, risultati:	

PROPOSTA N. _____

		SI	NO	
9	Deve essere ricoverato(a) nei prossimi mesi o sottoporsi ad analisi mediche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quando - per quale(i) motivo(i):
	Deve subire un intervento chirurgico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	SOFFRE O HA SOFFERTO DI:			Precisare:
	Malattie dell'apparato respiratorio (tosse di lunga durata, espettorato con sangue, affanno, asma, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Malattie dell'apparato cardiovascolare (infarto, ipertensione arteriosa, arterite, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Malattie dell'apparato digerente (ulcera, itterizia, epatite, diarrea cronica, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Malattie dell'apparato uro-genitale (albuminuria e sangue nelle urine, malattie sessualmente trasmissibili, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Malattie del sistema nervoso (paralisi, meningite, epilessia, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Malattie neuropsichiche (depressione nervosa, tentativo di suicidio,...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Malattie del sangue, dei linfonodi e della milza (anemia, anomalie dei linfonodi, emofilia,...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Malattie endocrine o metaboliche (diabete, affezione della tiroide, emocromatosi, gotta, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Malattie delle ossa e delle articolazioni (artrosi, reumatismi vari, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acuità visiva (Prima della correzione):
	Malattie della pelle (asportazione di nei, psoriasi, altre lesioni, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OD /10 OS /10
	Malattie infettive gravi o con complicanze (tubercolosi, epatite virale, Infezioni ripetitive, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Malattie parassitarie o micosi (malaria, bilarziosi, candidosi, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Malattie degli organi di senso, disturbi oculari e auditivi (miopia, sordità, ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Altre malattie non citate sopra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	PER LE DONNE:			
	Gravidanza o parti anteriori, con complicanze:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Gravidanza in corso:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Malattie degli organi genitali:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Affezioni del seno:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PROPOSTA N. _____

11	E' attualmente titolare di una polizza di assicurazione sulla vita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Precisare: decorrenza - Compagnia - Importo per ogni garanzia - Motivo(i) - Beneficiari:
	Le precedenti polizze sono state aggiornate, rifiutate od accettate con sovrappremi od esclusioni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	Ha effettuato soggiorni fuori dall'Unione Europea, Stati Uniti, Canada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Precisare: frequenza, durata media e scopo dei soggiorni, in ogni anno e in ciascun paese: Precisare: Tipo: _____ Cilindrata: _____ Kilometraggio annuo medio: _____
	Fa uso (in quanto pilota e/o passeggero) di aeromobili diversi da quelli delle compagnie di linea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Fa uso di una motocicletta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Se sì, esclusivamente come mezzo di trasporto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pratica degli sports? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Se sì, quali:		Competizioni?
		_____		SI <input type="checkbox"/>
		_____		NO <input type="checkbox"/>
		_____		<input type="checkbox"/>
		_____		<input type="checkbox"/>
		_____		<input type="checkbox"/>

Questo questionario deve essere assolutamente compilato dall'assicurato: è obbligatorio rispondere a tutte le domande.

L'assicurato dichiara, ai sensi degli artt. 1892-1893 del C. C., che le risposte contenute nel presente questionario, da Lui rese in collaborazione col medico curante, sono conformi a verità, non avendo sottaciuto alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.

Dichiara, inoltre, di prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono averlo curato e/o visitato, nonché altre persone, strutture ospedaliere, case di cura, Aziende sanitarie, ai quali l'Assicuratore credesse, in ogni tempo, di rivolgersi per ottenere informazioni, referti, cartelle cliniche e documentazione sanitaria in genere, acconsentendo, in particolare, che queste siano rese note ai fini della valutazione del dossier.

Luogo e data

Firma dell'Assicurando

PROPOSTA N. _____

BENEFICIARI

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

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

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

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

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

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

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

ALTRO _____
(salva espressa diversa volontà del contraente di non designazione nominativa)

REFERENTE TERZO DIVERSO DAL BENEFICIARIO CASO MORTE

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

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

PROPOSTA N. _____

ASSICURAZIONE PRINCIPALE

Capitale assicurato caso morte (Tariffa TM11) euro

ASSICURAZIONI COMPLEMENTARI

Capitale aggiuntivo pari al capitale assicurato per morte da Infortunio (tar. I1) e capitale aggiuntivo pari al doppio del capitale assicurato per morte da incidente stradale (tar. I2).

Esonero dal pagamento premi futuri in caso di Invalidità Totale e Permanente (tar. E0).

DATI TECNICI

Data di decorrenza Durata anni

Rateazione del premio annuo: Annuale Semestrale Trimestrale

PREMIO PRIMA RATA DA VERSARE

Assicurazione principale Assicurazioni Complementari Sovrappremio professionale
euro euro euro

Sovrappremio sportivo Diritti di emissione Premio totale
euro euro 1,500 euro

Diritti di emissione trattenuti in caso di recesso: 15,00 euro

RATE DI ANNUALITÀ SUCCESSIVE

Assicurazione principale Assicurazioni Complementari Sovrappremio professionale
euro euro euro

Sovrappremio sportivo Interessi di frazionamento Rata totale
euro euro euro

REVOCA E RECESSO

La presente proposta può essere revocata finché il contratto non sia concluso ed inoltre il Contraente può recedere dal contratto oggetto della presente proposta entro trenta giorni dalla sua conclusione.

Il contratto è concluso nel giorno in cui il Contraente ha ricevuto la polizza dalla Società, ovvero la comunicazione dell'accettazione della proposta da parte di Apulia previdenza S.p.A. Il recesso e/o la revoca ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione, quale risulta dal timbro postale, da inviare esclusivamente a mezzo raccomandata a.r. ad Apulia previdenza S.p.A. - Servizio portafoglio vita - Via Gaspare Gozzi n. 1/A - 20129 Milano. Entro trenta giorni dal ricevimento della comunicazione Apulia previdenza S.p.A. rimborserà al Contraente la somma eventualmente da questi corrisposta. In caso di recesso dal contratto Apulia previdenza S.p.A. ha il diritto di recuperare le spese effettivamente sostenute per l'emissione del contratto, come meglio specificato nelle Condizioni di Assicurazione.



PROPOSTA N. _____

DICHIARAZIONI

- Il sottoscritto dichiara: 1) Ai fini del D.Lgs 231/2007 e s.m.i., consapevole della responsabilità penale derivante da mendaci affermazioni in tale sede, che i dati riportati nella presente proposta di assicurazione corrispondono al vero.
- 2) Che la proposta stessa e il unitamente agli altri documenti del Set Informativo costituiscono la base per il contratto da stipularsi e ne formano parte integrante.
- 3) Di prendere atto che l'Assicurazione entra in vigore ed ha efficacia, con la conseguente piena copertura, secondo le Condizioni di Assicurazione.
- 4) Di aver compilato personalmente la presente proposta.
- 5) Conferma inoltre la propria residenza indicata nella presente proposta.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

Agli effetti della validità della garanzia, il Contraente dichiara:

di aver preso atto che la Società si riserva, entro trenta giorni dalla sottoscrizione della proposta, nel caso dalla documentazione emergano fattori di rischio di rilievo, di rifiutare l'assunzione del rischio o di stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio che prevedano l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di particolari rischi e che, di conseguenza, la presente proposta non può assumere efficacia di polizza.

Firma del Contraente _____

Firma dell'Assicurato _____
(se diverso dal Contraente)

Firma dell'esercente la patria potestà o del tutore per Assicurandi minorenni od incapaci _____

Il Contraente dichiara che gli è stato preventivamente consegnato il Set Informativo composto dal documento informativo precontrattuale Dip vita, Dip aggiuntivo IBIP, Condizioni di Assicurazione e Glossario, proposta di assicurazione attinente al contratto che verrà emesso e redatto secondo le prescrizioni Ivass, comprensivo del regolamento della gestione separata Apulia invest e del Key Information Document (KID).

Data _____

Firma del Contraente _____

L'Intermediario _____

Nome e Cognome _____

Firma _____

ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA AI FINI DELLA TRASPARENZA FISCALE FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) e CRS (Common Reporting Standard)

Dal 1° luglio 2014 è in vigore la normativa FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) finalizzata a contrastare l'evasione fiscale perpetrata da contribuenti statunitensi attraverso investimenti in conti finanziari detenuti presso istituzioni finanziarie non statunitensi. Dal 1° gennaio 2016 inoltre, ai fini della normativa CRS (Common Reporting Standard) sono attivi gli obblighi di acquisizione delle informazioni con riferimento ai soggetti fiscalmente residenti in Paesi diversi dall'Italia e dagli Stati Uniti. Per adempiere agli obblighi previsti dalle disposizioni FATCA e CRS, le società che si qualificano come istituzioni finanziarie sono tenute ad acquisire, monitorare ed aggiornare i dati identificativi dei propri clienti, con l'obiettivo di determinarne l'effettivo status di contribuenti esteri, con obbligo di segnalare all'autorità fiscale locale i dati anagrafici e patrimoniali di clienti considerati "oggetto di comunicazione". Su queste premesse, Le chiediamo di rispondere alle domande del questionario sotto riportato, allegando la documentazione eventualmente richiesta. Precisiamo che l'assenza del questionario o, laddove necessarie, di prove documentali, l'incorretta e/o incompleta compilazione del questionario ovvero l'impossibilità di accertare il Suo status di contribuente estero comporterà l'obbligo per la Compagnia di non finalizzare l'operazione in oggetto.

PROPOSTA N. _____

Sezione FATCA

INDICAZIONE DELLO STATUS DI CITTADINO O RESIDENTE USA DEL CONTRAENTE (da compilare anche in presenza di esecutore)

È cittadino o residente USA?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Il suo luogo di nascita è negli USA?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Codice TIN (solo in caso di risposta affermativa ad una delle due domande sopra riportate)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

DA COMPILARE A CURA DEI SOLI ASSICURATI NON RESIDENTI E NON CITTADINI USA (da compilare anche in presenza di esecutore)

Ha un indirizzo di residenza, un indirizzo postale, una casella postale un indirizzo c/o statunitensi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ha un numero di telefono statunitense (sia quale unico numero di telefono fornito, sia in aggiunta ad altri numeri di telefono non statunitensi)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

DA COMPILARE SOLO IN PRESENZA DI ESECUTORE DIVERSO DALL'ASSICURATO

L'esecutore ha un indirizzo statunitense?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---

Sezione CRS

INDICAZIONE DELLO STATUS DI SOGGETTO FISCALMENTE RESIDENTE IN PAESI ESTERI

È fiscalmente residente in Paesi diversi da Italia e Stati Uniti? <i>(Le residenze fiscali in Repubblica di San Marino e Città del Vaticano sono da considerarsi diverse da Italia)</i>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

Se Sì, indicare in quali e si fornisca per ciascuno il codice fiscale estero (se rilasciato dal Paese di residenza fiscale)

Paese di residenza fiscale	TIN	<input type="checkbox"/> Si dichiara che il Paese di residenza fiscale indicato non prevede il rilascio del codice TIN
----------------------------	-----	--

Con la sottoscrizione del presente questionario, L'Assicurato/Esecutore dichiara di aver verificato l'esattezza, la completezza e la veridicità delle dichiarazioni in esso riportate e si obbliga, inoltre a comunicare entro 30 giorni eventuali cambiamenti di circostanza all'Agente o alla Compagnia delle informazioni fornite attraverso la compilazione del presente questionario.

Luogo _____

Data _____

Firma del Contraente _____

Il sottoscritto dichiara di approvare espressamente, ai sensi degli articoli 1341 e 1342 Codice Civile, i seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione:

- Art. 19 - Normativa FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act)

- Art. 20 - Normativa CRS (Common Reporting Standard)

Luogo _____

Data _____

Firma del Contraente _____

Sezione QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE

Le informazioni contenute nel presente questionario sono fornite dal potenziale Cliente nel Suo stesso interesse e raccolte, nella fase precontrattuale, dall'intermediario assicurativo affinché possa, in relazione alle notizie raccolte, valutare l'adeguatezza del contratto alle Sue esigenze. L'eventuale rifiuto del Cliente di fornire tali informazioni deve risultare da apposita dichiarazione sottoscritta in calce al presente documento.

A. INFORMAZIONI PERSONALI

Cognome	Nome
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Età	Situazione familiare
<input type="checkbox"/> Inferiore a 40 anni <input type="checkbox"/> Tra 40 e 50 anni <input type="checkbox"/> Tra 51 e 60 anni <input type="checkbox"/> Superiore a 60 anni	<input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a
Personale da tutelare	
<input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Il coniuge <input type="checkbox"/> I figli <input type="checkbox"/> Il coniuge e i figli	

PROPOSTA N. _____

B. INFORMAZIONI SULLE COMPETENZE E SULL'ESPERIENZA DEL CLIENTE

Livello di istruzione

Laurea Diploma Licenza media Titolo inferiore

Stato occupazionale

Occupato a tempo indeterminato Autonomo o libero professionista Occupato con contratto temporaneo, di collaborazione, a progetto o assimilati
 Pensionato Casalinga Non occupato

Professione svolta

Impiegato-Operaio Dirigente Artigiano-Commerciante Imprenditore-Libero professionista

Conoscenze in materia di investimenti in strumenti finanziari

Nessuna Limitate Medie Alte

Altri prodotti vita posseduti

Nessuno Previdenza integrativa Risparmio/investimento Protezione-Tutela

C. INFORMAZIONI SULL'ATTUALE SITUAZIONE ASSICURATIVA

Attualmente, possiede altri prodotti assicurativi vita?

Risparmio / investimento Protezione assicurativa di rischio (morte, invalidità, malattie gravi, LTC) Previdenza / pensione complementare
 Nessuna copertura assicurativa vita Già nostro Cliente

D. INFORMAZIONI SULL'ATTUALE SITUAZIONE FINANZIARIA

Capacità di risparmio medio annuo al netto delle spese e degli impegni finanziari

Fino a 2.500 euro Fino a 5.000 euro Fino a 10.000 euro Superiore a 10.000 euro

Parte del patrimonio e della capacità di risparmio annuo rappresentata dall'investimento

La principale (oltre il 50%) Importante (fino al 50%) Una diversificazione (fino al 25%) Marginale (fino al 5%)

Aspettative sull'andamento futuro del patrimonio

In diminuzione Stazionario In crescita

Impegni finanziari sottoscritti

Prestiti personali Mutui Nessuno

E. INFORMAZIONI SUGLI OBIETTIVI E SULLE ASPETTATIVE DEL CLIENTE

Orizzonte temporale d'investimento

Breve (fino a 5 anni) Medio (dai 6 anni ai 10 anni) lungo (oltre 10 anni)

Obiettivo che si intende perseguire con il contratto

Crescita del capitale Conservazione del capitale Integrare la pensione Protezione/Tutela

Quali sono la Sua propensione al rischio e le Sue aspettative di rendimento?

Bassa (Ricerca della sicurezza) - Ricerca della massima sicurezza senza alcun rischio, accettando rendimenti modesti ma sicuri
 Media - Disposto ad accettare oscillazioni contenute del capitale nel tempo, ricercando rendimenti medi a scadenza
 Alta - Ricerca del rendimento massimo, accettando forti oscillazioni del capitale nel corso del contratto

Possibilità di disinvestimento nei primi anni di durata del contratto

Alta Media Bassa

Tipologia del versamento che si intende effettuare

Unico Periodico regolare

Dichiaro di aver preso visione e risposto al questionario per la "Valutazione delle richieste ed esigenze del contraente".

Luogo e data

Firma dell'Intermediario

Firma del Contraente

DICHIARAZIONI DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

Dichiaro di aver preso visione del questionario per la valutazione delle richieste ed esigenze del contraente, ma di non voler rispondere alle domande in esso riportate nella consapevolezza che ciò impedisce alla Compagnia di valutare le mie richieste/esigenze. Pertanto esono la Compagnia da ogni responsabilità relativa al collocamento dei prodotti assicurativi.

Luogo e data

Firma dell'Intermediario

Firma del Contraente



PROPOSTA N. _____

DICHIARAZIONI DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

Dichiaro di non voler ricevere consigli personalizzati o di essermi rifiutato di fornire le informazioni richiestemi e contenute nel presente questionario, nella consapevolezza che ciò impedisce l'individuazione di un prodotto adeguato alle mie esigenze assicurative o finanziarie.

Firma del Contraente _____

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il sottoscritto Intermediario dichiara di aver informato il Cliente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, il prodotto risulta o potrebbe risultare inadeguato alle esigenze del Cliente stesso.

Il sottoscritto Cliente dichiara di essere stato informato dall'Intermediario assicurativo dei motivi per i quali, sulla base delle eventuali informazioni da me fornite, il prodotto non risulta o potrebbe non risultare adeguato alle mie esigenze. Dichiaro altresì di voler comunque sottoscrivere il contratto.

Riportare i principali motivi di inadeguatezza

Firma dell'Intermediario _____

Firma del Contraente _____

PROPOSTA N. _____

(A cura di Apulia Previdenza)

Adeguata verifica ai sensi del D.Lgs. 231/2007 (Antiriciclaggio)

SCHEDA ANTIRICICLAGGIO

Nome e cognome del Cliente / Denominazione: _____

Profilo cliente	Risposta
Indicare la qualifica del Cliente	<input type="checkbox"/> Contraente <input type="checkbox"/> Esecutore (tutore, creditore pignoratizio) <input type="checkbox"/> Titolare effettivo (se diverso dal cliente) <input type="checkbox"/> Beneficiario
Origine dei fondi:	<input type="checkbox"/> Reddito da lavoro dipendente <input type="checkbox"/> Reddito da lavoro autonomo <input type="checkbox"/> Pensione <input type="checkbox"/> Attività imprenditoriale – specificare: _____ <input type="checkbox"/> Rendita immobiliari / Fondiarie <input type="checkbox"/> Redditi finanziari - specificare: _____ <input type="checkbox"/> Smobilizzo di altri investimenti - specificare: _____ <input type="checkbox"/> Riscatti / Rendite da Fondi Previdenziali <input type="checkbox"/> Lascito / Eredità / Donazione <input type="checkbox"/> Vincita <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____
Area geografica dell'attività economica prevalente	<i>Sede residenza del Cliente (Città e Regione)</i> _____
Scopo del rapporto e dell'operazione	<i>Rilevare motivo emissione polizza</i> <input type="checkbox"/> Investimento <input type="checkbox"/> Risparmio <input type="checkbox"/> Tutela del beneficiario
Soggetto PEP (Persona Politicamente Esposta)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No _____ <i>Riportare il nome del soggetto identificato come PEP</i>

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

PROPOSTA N. _____

Procedura prevenzione rischio riciclaggio e finanziamento al terrorismo

PERSONE POLITICAMENTE ESPOSTE

Ai sensi dell'art. 1, comma 2, lettera dd) del D.Lgs. 21 novembre 2007, n. 231, rientrano nella categoria di persona politicamente esposta le persone fisiche che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:

- 1) sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:
 - 1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;
 - 1.4 giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
 - 1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.7 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;
 - 1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale;
 - 1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali.
- 2) sono familiari di persone politicamente esposte: i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;
- 3) sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:
 - 3.1 le persone fisiche legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari;
 - 3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

OBBLIGHI DI ASTENSIONE

(D. Lgs. 231/2007, Art. 23)

Quando gli enti o le persone soggette al Decreto non sono in grado di rispettare gli obblighi di adeguata verifica della clientela, non possono instaurare il rapporto continuativo né eseguire operazioni o prestazioni professionali ovvero pongono fine al rapporto continuativo o alla prestazione professionale già in essere e valutano se effettuare una segnalazione alla UIF, a norma del Titolo II, Capo III del Decreto. Nel caso in cui non sia possibile rispettare gli obblighi di adeguata verifica relativamente a rapporti continuativi già in essere, operazioni o prestazioni professionali in corso di realizzazione, gli enti o le persone soggette al Decreto restituiscono 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 trasferimento dei fondi è accompagnato da un messaggio che indica alla controparte bancaria che le somme sono restituite al Cliente per l'impossibilità di rispettare gli obblighi di adeguata verifica della clientela.

OBBLIGHI DEL CLIENTE

(D. Lgs. 231/2007, Art. 21)

I clienti forniscono, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti destinatari del presente decreto di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela. Ai fini dell'identificazione del titolare effettivo, i clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate delle quali siano a conoscenza.

TITOLARE EFFETTIVO

Ai sensi dell'art. 1, comma 2, lettera pp) del D.Lgs. 21 novembre 2007, n. 231, si definisce titolare effettivo: la persona fisica o le persone fisiche, diverse dal cliente, nell'interesse della quale o delle quali, in ultima istanza, il rapporto continuativo è istaurato, la prestazione professionale è resa o l'operazione è eseguita.

L'art. 20 del D.Lgs. 21 novembre 2007, n. 231 stabilisce i criteri per la determinazione della titolarità effettiva di clienti diversi dalle persone fisiche come segue:

1. Il titolare effettivo di clienti diversi dalle persone fisiche coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente ovvero il relativo controllo.
2. Nel caso in cui il cliente sia una società di capitali:
 - a) costituisce indicazione di proprietà diretta la titolarità di una partecipazione superiore al 25 per cento del capitale del cliente, detenuta da una persona fisica;
 - b) costituisce indicazione di proprietà indiretta la titolarità di una percentuale di partecipazioni superiore al 25 per cento del capitale del cliente, posseduto per il tramite di società controllate, società fiduciarie o per interposta persona.
3. Nelle ipotesi in cui l'esame dell'assetto proprietario non consenta di individuare in maniera univoca la persona fisica o le persone fisiche cui è attribuibile la proprietà o indiretta dell'ente, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile il controllo del medesimo in forza:
 - a) del controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea ordinaria;
 - b) del controllo di voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea ordinaria;
 - c) dell'esistenza di particolari vincoli contrattuali che consentano di esercitare un'influenza dominante.
4. Qualora l'applicazione dei criteri di cui ai precedenti commi non consenta di individuare univocamente uno o più titolari effettivi, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche titolari di poteri di amministrazione o direzione della società.
5. Nel caso in cui il cliente sia una persona giuridica privata, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, sono cumulativamente individuati come titolari effettivi:
 - a) i fondatori, ove in vita;
 - b) i beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili;
 - c) i titolari di funzioni di direzione e amministrazione.

Firma leggibile dell'Intermediario _____

Firma del Contraente _____

Firma del Titolare Effettivo _____

PROPOSTA N. _____

Procedura prevenzione rischio riciclaggio e finanziamento al terrorismo

QUESTIONARIO

Valutazione del profilo di rischio riciclaggio o finanziamento al terrorismo

(Da compilare a cura dell'Intermediario di Apulia Previdenza)

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?	SÌ	NO
Il Cliente svolge od opera in una delle seguenti attività economiche: a. associazioni sportive o dilettantistiche b. autonomo commerciante di gioielli/preziosi c. autonomo commerciante di pellami/pellicceria d. case d'asta e. galleria d'arte f. antiquari g. compro oro h. giochi e scommesse i. trasporto valori j. commercio all'ingrosso ed al dettaglio dei gioielli k. edilizia e costruzioni l. movimento terra m. produzione energia rinnovabile n. materiale ferroso o. pulizia e manutenzione p. raccolta e smaltimento rifiuti q. recupero crediti per conto terzi r. sanità s. appalti pubblici (soggetti aggiudicatari) t. custodia e trasporto di denaro u. fiduciarie v. attività di gestione e smaltimento dei rifiuti w. attività di money transfer x. attività import/export verso paesi fiscalmente privilegiati D.M. 4 maggio 1999, ex D.M. 21 novembre 2001 e D.M. 23 gennaio 2002 o "non equivalenti" di cui al D.MEF. 12 aprile 2008 *	SÌ	NO
E' 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? (Intendendosi, per "aree geografiche a rischio", località nelle quali sono noti o conoscibili fenomeni di illiceità suscettibili di alimentare condotte di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo; ad es. infiltrazioni della criminalità economica, fattori di debolezza socio-economica, fenomeni di "economia sommersa"). Secondo parametri definiti dalla Compagnia sono le seguenti Regioni: CAMPANIA PUGLIA CALABRIA SICILIA.	SÌ	NO

ATTESTAZIONE DA PARTE DELL'INTERMEDIARIO DI APULIA PREVIDENZA

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.
- Provvedo a trasmettere la presente attestazione ad Apulia Previdenza in allegato alla Proposta di Polizza.
- Confermo il corretto adempimento degli obblighi di identificazione.
- Attesto sotto la mia responsabilità la veridicità delle informazioni

Luogo e data

Firma leggibile (Intermediario)

PROPOSTA N. _____

Procedura prevenzione rischio riciclaggio e finanziamento al terrorismo

SPAZIO RISERVATO ALLA COMPAGNIA

Verifica World Compliance

Il nominativo del cliente 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 Questionario incluso nella scheda antiriciclaggio Il nominativo non compare nelle liste World Compliance
MEDIO	Una risposta affermativa al Questionario incluso nella scheda antiriciclaggio Il nominativo non compare nelle liste World Compliance
ALTO	Due o più risposte affermativa al Questionario incluso nella scheda antiriciclaggio e/o 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 Operations della Compagnia:

.....

.....

Firma operatore Area Operations 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 _____

Richiesta di Adeguata Verifica Rafforzata tramite la seguente documentazione

.....

.....

Luogo e Data _____

Firma della Funzione Antiriciclaggio _____

PROPOSTA N. _____

Procedura prevenzione rischio riciclaggio e finanziamento al terrorismo

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)	ogni operazione richiesta
Cliente	BASSO	ogni operazione richiesta
Cliente	MEDIO	monitoraggio successivo: 2 anni e, in ogni caso, ad ogni operazione richiesta
Cliente	ALTO	monitoraggio successivo: 1 anno e, in ogni caso, ad ogni operazione richiesta

Apulia Previdenza applica comunque i seguenti controlli periodici e/o ad evento: verifica World Compliance, cambio Contraente, cambio beneficiari, versamenti aggiuntivi, riscatti anticipati parziali o totali.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 E 14 DEL REGOLAMENTO EUROPEO (UE) 2016/679 ("GDPR")

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del GDPR, 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. I dati personali trattati rientrano nelle categorie seguenti: i) dati "comuni" (ad es. dati anagrafici, di contatto, dati sul reddito, coordinate bancarie...); ii) particolari categorie di dati (ex dati sensibili, ad es. dati sulla salute, dati genetici, dati biometrici, orientamento politico...); dati relativi a condanne penali e reati.

1. Finalità del trattamento dei dati per finalità assicurative

1.1 Il trattamento dei dati dell'interessato 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

In particolare, in ottemperanza al D.lgs n. 231/2007 i dati personali potranno essere trattati per adempiere agli obblighi di identificazione del cliente, dell'esecutore, del titolare effettivo, del beneficiario; conservazione e registrazione delle informazioni nell'archivio unico delle informazioni; segnalazione alla Unità di Informazione Finanziaria presso la Banca d'Italia, delle operazioni sospette di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo.

- 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 dell'interessato fatto salvo per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari come meglio specificato al punto 3. La base giuridica per le attività di trattamento di cui al punto 1.1 lett. a), b), c), d), e), f), i), j), k) è l'esecuzione di un contratto in cui l'interessato è parte o di misure precontrattuali (art. 6.1 lett. b) GDPR); il periodo di conservazione è pari alla durata del contratto e, dopo la cessazione, per il periodo di 10 anni (prescrizione ordinaria).

La base giuridica per le attività di trattamento di cui al punto 1.1 lett. g) è il legittimo interesse del Titolare alla tutela in sede giudiziaria e stragiudiziale (art. 6.1 lett. f) GDPR); nel caso di contenzioso giudiziale i dati saranno conservati per tutta la durata dello stesso, fino all'esaurimento dei termini di esperibilità delle azioni di impugnazione.

La base giuridica per le attività di trattamento di cui al pun-

to 1.1 lett. h) è l'adempimento di un obbligo legale a cui il Titolare è soggetto (art. 6.1 lett. c) GDPR); il periodo di conservazione è pari alla durata del contratto e, dopo la cessazione, per il periodo di 10 anni (prescrizione ordinaria).

2. Finalità del trattamento dei dati per finalità commerciali

2.1 Il trattamento dei dati personali dell'interessato 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).

2.2 Queste finalità necessitano del consenso dell'interessato facoltativo e revocabile in qualsiasi momento. I dati personali anagrafici e di contatto verranno conservati fino alla revoca del consenso dell'interessato. La revoca del consenso non può pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

3. Particolari categorie di dati e dati relativi a condanne penali e reati

3.1 I dati dell'interessato appartenenti alle categorie particolari (art. 9 GDPR - ex dati sensibili) 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 e previo consenso esplicito dell'interessato.

3.2 I dati relativi a condanne penali e reati dell'interessato 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

4.1 Il trattamento dei dati personali è improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza.

4.2 Il trattamento potrà essere effettuato sia con l'ausilio di strumentazioni automatizzate che mediante supporti cartacei ed avverrà mediante misure tecniche e organizzative adeguate a garantire, fra l'altro, la sicurezza, la riservatezza, l'integrità, la disponibilità e la resilienza dei sistemi e dei servizi, tramite l'utilizzo di idonee procedure che evitino il rischio di perdita, accesso non autorizzato, uso illecito e diffusione.

5. Conferimento dei dati

5.1 Il conferimento dei dati personali 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 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. L'interessato ha il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza che ciò possa pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

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 ad 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, Agenzia delle Entrate, Registro reclami IVASS ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio Unità di Informazione Finanziaria); CONSOB; società di revisione contabile; consulenti fiscali; società di informazioni commerciali; società di investigazioni; controparti infragruppo per finalità amministrativo contabili.

6.2 Alcune operazioni di trattamento potranno essere svolte da società terze nominate responsabili esterni del trattamento per conto di Apulia Previdenza ai sensi dell'art. 28 GDPR. In particolare tali soggetti terzi possono rientrare nelle seguenti categorie: società di servizi informatici; società di archiviazione; società di servizi postali; società di servizi amministrativi; agenti, subagenti.

6.3 I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. Modello per la protezione dei dati personali

La società, in qualità di titolare del trattamento, in accordo all'art. 4 co. 1 lett. a) del Codice e all'art. 4 co. 7 del GDPR, ha predisposto un modello per la protezione dei dati personali, individuando ruoli e responsabilità in tema di protezione dei dati identificando, in particolare, i responsabili di unità organizzative aziendali, limitatamente ai trattamenti di propria competenza, quali responsabili dell'esecuzione del modello nel rispetto delle prescrizioni normative applicabili (*"Referenti Privacy"*). I dati potranno essere trattati dai dipendenti delle funzioni aziendali deputate al perseguimento delle finalità sopraindicate (d'ora in avanti i *"Dipendenti Autorizzati"*). Detti Dipendenti Autorizzati sono stati designati incaricati del trattamento ed hanno ricevuto, al riguardo, adeguate istruzioni operative.

8. Soggetti autorizzati al trattamento dei dati

I Dati potranno essere trattati dai dipendenti delle funzioni aziendali deputate al perseguimento delle finalità sopra indicate, che sono stati espressamente autorizzati al tratta-

mento e che hanno ricevuto adeguate istruzioni operative dal Titolare e/o dal Responsabile del trattamento.

9. Diritti dell'interessato

9.1 In relazione ai trattamenti dei dati personali effettuati dal Titolare, Lei può chiedere al Titolare l'accesso ai dati che la riguardano, la loro cancellazione, la rettifica dei dati inesatti, l'integrazione dei dati incompleti nonché la limitazione del trattamento nei casi previsti dall'art. 18 GDPR. Nel caso in cui il trattamento sia basato sul consenso o sul contratto e sia effettuato con strumenti automatizzati, Lei ha il diritto di ricevere i suoi dati in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, nonché, se tecnicamente fattibile, di trasmetterli ad altro titolare senza impedimenti. Le è poi riconosciuto il diritto di revocare il consenso prestato in qualsiasi momento per finalità di marketing e/o di profilazione, nonché di opporsi al trattamento dei dati per finalità di marketing, compresa la profilazione connessa al marketing diretto, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. Resta ferma la possibilità per l'interessato che preferisca essere contattato per la suddetta finalità esclusivamente tramite modalità tradizionali, di manifestare la sua opposizione solo alla ricezione di comunicazioni attraverso modalità automatizzate.

9.2 Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale, Lei ha il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo competente nello Stato membro in cui risiede abitualmente o dello Stato in cui si è verificata la presunta violazione.

9.3 Per qualunque informazione e per l'esercizio dei diritti è possibile rivolgersi al Titolare del trattamento sotto indicato, o inviare una comunicazione al seguente indirizzo e-mail privacy@apulialife.it

10. Titolare e Responsabile della Protezione dei Dati

Titolare del trattamento è Apulia Previdenza S.p.A., via G. Gozzi 1/A - 20129 Milano - segreteria generale@apulialife.it e amministrazione@pec.apulialife.it

Il Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) è contattabile al seguente indirizzo: privacy@apulialife.it

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.

PROPOSTA N. _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI - REGOLAMENTO EUROPEO (UE) 2016/679 (GDPR)

Il Contraente e l'Assicurato, preso atto dell'informativa di cui agli artt. 13 e 14 del GDPR presente nelle condizioni di assicurazione prestano il consenso al trattamento dei dati appartenenti alle categorie particolari di dati ex art. 9 del GDPR, effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti indicati nella predetta informativa e al trattamento da parte di questi ultimi per finalità assicurative di cui all'art. 1 dell'informativa.

Luogo e data _____ Firma del Contraente _____

Luogo e data _____ Firma dell'Assicurato _____
(se diverso dal Contraente)

Il Contraente e l'Assicurato, preso atto dell'informativa di cui agli artt. 13 e 14 del GDPR presente nelle condizioni di assicurazione prestano il consenso facoltativo e revocabile in qualsiasi momento al trattamento dei dati personali, effettuato dalla Società, alla loro comunicazione ai soggetti indicati nella predetta informativa e al trattamento da parte di questi ultimi per finalità commerciali di cui all'art. 2 dell'informativa ed in particolare per l'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).

acconsente

non acconsente

Luogo e data _____ Firma del Contraente _____

Luogo e data _____ Firma dell'Assicurato _____
(se diverso dal Contraente)

Il Collocatore _____

Nome e Cognome _____

Firma _____