

Appendice n. 1226888

alla Convenzione n. 6790283 del 14/03/2016

Contraente: G.A.A.T.

C. Fisc./ P. IVA: 97518180019

Agenzia Generale: Gerenza Milano n. 2978

Pag. 1/3

Con la presente appendice che forma parte integrante della Convenzione n. 6790283 sopra indicata, le Parti si danno reciprocamente atto delle seguenti modifiche ed integrazioni aventi decorrenza dal 01/01/2016.

- 1) La Premessa della Convenzione viene annullata e sostituita dal seguente testo:
*"La presente Convenzione si basa sull'esistenza dei seguenti presupposti:
- obbligo previsto dall'Accordo / Regolamento Aziendale per tutti gli Agenti Generali della Alleanza Toro Spa (brand Toro) iscritti al G.A.A.T (Gruppo Aziendale Agenti Toro) in merito alla copertura assicurativa di morte;
- disponibilit  della Societa' a riconoscere al Contraente le migliori condizioni per le conseguenti assicurazioni, se stipulate in forma di Assicurazione di Gruppo, nei limiti e nei termini della presente Convenzione e delle Condizioni di Assicurazione da essa richiamate.*
- 2) L'art. 1 "Oggetto" della Convenzione viene annullato e sostituito dal seguente testo:
*"Con la presente Convenzione:
- la Societa' si impegna a stipulare polizze collettive di gruppo per il caso di morte;
- il Contraente si impegna ad inserire nella garanzia assicurativa tutti gli Agenti Generali della Alleanza Toro Spa (brand Toro) iscritti al G.A.A.T (Gruppo Aziendale Agenti Toro) con regolare mandato, per cui sussiste l'obbligo previsto dall'Accordo/Regolamento Aziendale."
Tali polizze collettive di gruppo presuppongono:
- un unico Contraente ed unico contratto di assicurazione;
- l'individuazione degli assicurati e la determinazione del capitale assicurato pro-capite, in base a criteri uniformi e indipendenti dalla diretta volonta' dei singoli.
Ai fini della validita' delle garanzie la Societa' si riserva in ogni momento il diritto di verificare la sussistenza dei requisiti per l'applicazione delle condizioni previste nella Convenzione.
Il rischio in caso di suicidio   coperto sin dalla data di decorrenza dell'assicurazione"*
- 3) L'art. 2 "Beneficio" della Convenzione viene annullato e sostituito dal seguente testo:
*"Il beneficio delle prestazioni assicurate   attribuito agli eredi legittimi o testamentari dell'assicurato.
Il Contraente rinuncia alla facolta' di modifica del beneficio, facolta' attribuita ai singoli assicurati.*

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469
Societa' soggetta all'attivita' di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.
Iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte
del Gruppo Assicurativo Unipol Iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

Unipol
GRUPPO

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

Appendice n. 1226888

alla Convenzione n. 6790283 del 14/03/2016

Contraente: G.A.A.T.

C. Fisc./ P. IVA: 97518180019

Agenzia Generale: Gerenza Milano n. 2978

Pag. 2/3

- 4) L'art. 3 "Assicurati" della Convenzione viene annullato e sostituito dal seguente testo:
*"Assicurati sono tutti i soggetti elencati nelle schede di Polizza per i quali la Società ha accettato il rischio e il Contraente ha corrisposto il relativo premio.
Il Capitale assicurato pro-capite viene fissato nella misura pari a 300.000 euro."*
- 5) Il primo comma dell'art. 7 "Durata della Convenzione" della Convenzione viene annullato e sostituito dal seguente testo:
"La Convenzione ha durata pari ad 1 (un) anno e si rinnova automaticamente di volta in volta alla scadenza, per periodi di uguale durata, in mancanza di diversa volontà espressa da una delle parti - da inviarsi a mezzo raccomandata - almeno 60 giorni prima della scadenza."
- 6) Le modalità assuntive indicate nell'allegato n. 2 alla Convenzione, richiamate dalla convenzione all'articolo n. 5 "Documentazione per l'assunzione del rischio", vengono annullate e modificate come segue.
- a) Per coloro che alla data di Ingresso risultano essere attivamente a lavoro e quindi non assenti per malattia e/o infortunio:
1. senza alcuna formalità, per i soli assicurati che devono essere inseriti in assicurazione alla data del 01/01/2016;
 2. previa presentazione di un modulo di adesione di cui all'allegato A alla presente appendice, limitatamente alle posizioni che devono essere inserite in assicurazione con data di decorrenza della copertura successiva al 01/01/2016.
- b) Per coloro invece che alla data di Ingresso in assicurazione non risultano essere attivamente a lavoro e quindi risultano essere assenti per malattia e/o infortunio, l'assunzione del rischio verrà effettuata previa presentazione di un questionario sanitario, su modello fornito dalla Compagnia.
- 7) Il penultimo comma dell'art. 5 "Ingresso e permanenza nell'assicurazione, entrata in vigore delle garanzie" delle Condizioni di Assicurazione di cui al Fascicolo Informativo mod. n. 1.11753.9F viene annullato e sostituito dal seguente testo:
"Qualora l'Assicurato perde i requisiti previsti dalla Convenzione (mancata iscrizione al GAAT o cessazione del mandato), la posizione individuale si estinguerà a partire dalla prima ricorrenza annuale successiva all'evento. Il Contraente è tenuto a comunicare alla Società la perdita dei requisiti dell'Assicurato entro i 30 giorni successivi, mediante raccomandata A.R. o telefax. Non saranno previsti rimborsi di premio infrannuali, pertanto la copertura assicurativa manterrà la sua efficacia fino alla prima ricorrenza annuale successiva all'evento; viene in ogni caso esclusa la possibilità di rinnovo della copertura."

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Unipol
GRUPPO

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.,
iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte
del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 045

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

Appendice n. 1226888

alla Convenzione n. 6790283 del 14/03/2016

Contraente: G.A.A.T.

C. Fisc./ P. IVA: 97518180019

Agenzia Generale: Gerenza Milano n. 2978

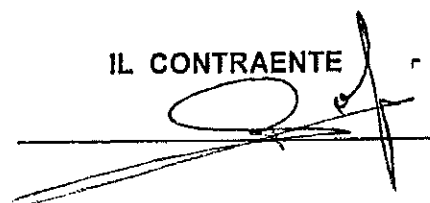
Pag. 3/3

- 8) L'allegato 1 "Tassi per assicurare 1000 euro di capitale" della Convenzione viene annullato e sostituito dall'allegato B alla presente appendice.
- 9) L'allegato 3 "Modulo di adesione" della Convenzione viene annullato e sostituito dall'allegato A alla presente appendice.

Fermo il resto.

Firenze, 21/03/2016

IL CONTRAENTE



UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.p.A.




Unipol
GRUPPO

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765.65 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.,
iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte
del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

Allegato 1 all'appendice n. 1226888 alla Convenzione n. 6790283

Tasso di premio per assicurare € 1.000 euro di Capitale

Tasso di premio medio annuo pro-capite
3,22 per mille

Il suddetto tasso di premio medio annuo è valido per il primo periodo di copertura richiesta (01/01/2016 – 01/10/2017) e verrà applicato anche ai nuovi ingressi nel corso dell'anno assicurativo, purché gli ingressi e/o le uscite dei dipendenti derivino dal normale turn over aziendale, restando pertanto inteso che in presenza di operazioni di fusione, incorporazione, scorporo, cessione rami d'azienda, la copertura assicurativa verrà accordata previa indicazione – da parte della Compagnia – dell'eventuale diverso tasso medio di premio da applicare ricalcolato sulla base della nuova distribuzione dei rischi.

In sede di rinnovo della copertura assicurativa, risulterà necessario ricalcolare il tasso di premio medio annuo sulla base dei dati effettivi (età, capitali assicurati, ecc). Nel caso in cui il valore così ottenuto dovesse discostarsi di una misura superiore al 5% rispetto a quello sopra esposto - in relazione a variazioni nella composizione del gruppo - sarà necessario applicare il nuovo tasso di premio medio annuo così risultante.

La compagnia di riserva in ogni caso il diritto ricalcolare ad ogni rinnovo il tasso di premio medio annuo, tenuto conto anche della sinistrosità effettiva della polizza.

Il tasso di premio medio sopra indicato non tiene di conto delle eventuali valutazioni del rischio (ad esempio attinenti allo stato di salute, alla professione e alle attività sportive dell'Assicurato) che la Società può effettuare sulla base degli accertamenti sanitari richiesti e/o dalle dichiarazioni rese.

- Il premio si ottiene come somma dei seguenti importi:
 - ✓ il prodotto del capitale assicurato diviso mille per il tasso medio annuo pro-capite;
 - ✓ l'importo fisso pari a euro 0 (zero).
- In aggiunta a ciascun premio sono dovuti i diritti fissi pro-capite di Euro 1,00.

IL CONTRAENTE

UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.P.A.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Unipol
GRUPPO

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.,
iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte
del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

CONVENZIONE CHE REGOLAMENTA IL CASO DI MORTE

Per le coperture previste da accordi e/o regolamenti Aziendali a favore dei propri SOCI

CONVENZIONE N. 6790283
CONTRAENTE: G.A.A.T.TIMBRO CONTRAENTE :
_____**MODULO DI ADESIONE***(prima della sottoscrizione si raccomanda all'assicurato di leggere le avvertenze, compilare integralmente e verificare l'esattezza delle dichiarazioni)*

Io sottoscritto _____ nato il ____/____/____

a _____ (Prov. _____) Cod.Fiscale _____
dichiaro di conoscere le condizioni di cui alla Convenzione vita N. 6790283 stipulata tra UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.p.A. e il Contraente sopra citato, nonché di aver ricevuto dal Contraente le Condizioni di Assicurazione.
✓ acconsento a norma del disposto dell'articolo 1919 del Codice Civile all'assicurazione medesima;
✓ prendo atto del beneficio per il caso di morte dell'assicurazione medesima attribuito in Convenzione dal Contraente nei miei eredi legittimi o testamentari.

**DESIDERO MODIFICARE IL BENEFICIO SOPRA ATTRIBUITO
DESIGNO QUALI BENEFICIARI IN CASO DI MIA MORTE**

Selezionare il caso prescelto con una "X", in caso di mancata scelta i beneficiari sono quelli sopra indicati

- | | |
|---|--|
| ☐ Eredi testamentari o, in mancanza, i legittimi dell'assicurato in parti uguali | ☐ I genitori, in difetto il superstite di essi |
| ☐ I figli nati e nascituri dell'assicurato | ☐ Il coniuge dell'assicurato e i figli nati e nascituri |
| ☐ Il coniuge dell'assicurato | |
| ☐ Il coniuge dell'assicurato o in mancanza i figli nati e nascituri | |
| ☐ Il Fratello/La sorella _____ | data di nascita _____ |
| ☐ Il Sig./La Sig.ra _____ | data di nascita _____ |
| ☐ Altro _____ | |

Valutazione del rischio

Ai fini di non pregiudicare il diritto alle prestazioni assicurative, è interesse dell'assicurato non tacere elementi rilevanti per l'esatta valutazione, da parte della Società del rischio relativo alla presente assicurazione anche ai fini degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.

AVVERTENZE

Dichiaro di aver preso visione delle avvertenze che seguono da tenere in considerazione all'adesione all'assicurazione e in ogni caso al momento della compilazione del questionario sanitario (quando previsto in Convenzione):

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti relative a informazioni rese dall'Assicurato e richieste per l'inserimento in assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione;
- prima della sottoscrizione del questionario (ove previsto), il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- anche nei casi non espressamente previsti dalla Società, l'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

L'Assicurando _____ Data _____

CONVENZIONE CHE REGOLAMENTA IL CASO DI MORTE

Per le coperture previste da accordi e/o regolamenti Aziendali a favore dei propri SOCI

CONVENZIONE N. 6790283
CONTRAENTE: G.A.A.T.TIMBRO CONTRAENTE :
_____**MODULO DI ADESIONE***(prima della sottoscrizione si raccomanda all'assicurato di leggere le avvertenze, compilare integralmente e verificare l'esattezza delle dichiarazioni)*

Io sottoscritto _____ nato il ____/____/____

a _____ (Prov. _____) Cod.Fiscale _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa ricevuta, di cui all'art.13 del D. Lgs 30/06/2003 n. 196, acconsento ai sensi degli artt. 23, 26 e 43 del D. Lgs. 30/6/2003 n. 196, acconsento ai sensi degli artt. 23,26 e 43 del Decreto al trattamento, da parte del Titolare e degli altri soggetti indicati nell'informativa (appartenenti alla c.d. Catena Assicurativa e al Gruppo UNIPOL), ed a un eventuale trasferimento dei dati all'estero (Paesi UE e Paesi extra UE) dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice, nonché alla prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali.

Ai sensi dell'art. 23 del D. Lgs. 30/6/2003 n. 196 e dell'art. 15 del Regolamento ISVAP n. 34 del 19/03/2010 acconsento al trattamento, da parte del Titolare, delle Società del Gruppo UNIPOL(*), o di Società specializzate in promozione commerciale, vendita diretta e ricerche di mercato, dei dati personali comuni che mi riguardano per finalità di informazione e promozione commerciale o di vendita a distanza di prodotti e servizi delle Società del Gruppo UNIPOL (*), nonché di ricerche di mercato, anche mediante l'impiego di tecniche di comunicazione a distanza quali posta, telefono, sistemi automatici di chiamata, posta elettronica, telefax, messaggi lipo Mms o Sms o altri strumenti elettronici. ☐ SI ☐ NO

(*) società controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

L'Assicurando _____

Data _____

ALLEGATO A) AL MODULO DI ADESIONE

Informativa sui costi gravanti sul premio

(da consegnare a fare sottoscrivere all'assicurato solo nel caso in cui quest'ultimo sostenga in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi versati dal contraente)

CONVENZIONE N. 6790283

CONTRAENTE: G.A.A.T.

TIMBRO CONTRAENTE :

Io sottoscritto _____ nato il ____/____/____

a _____ (Prov. _____) Cod.Fiscale _____

Dichiaro di aver ricevuto la seguente informativa

Tipologia di costo		
Qualora l'assicurato sostenga in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi versati dal contraente, i costi suddetti risulteranno, in misura corrispondente, a carico dell'assicurato stesso. Grava direttamente sul Contraente o sull'Assicurato anche il costo della visita medica (quando richiesta) e degli accertamenti sanitari eventualmente effettuati. La visita medica, se richiesta, deve essere di norma effettuata dal medico curante dell'assicurato; pertanto il relativo onere non è quantificabile a priori.	Onere	Quota parte media a Intermediari
Caricamento in percentuale del premio	16%	50%
Importo fisso dovuto in aggiunta al premio della posizione individuale	E 0	50%
Diritti di quietanza dovuti in aggiunta al premio della posizione individuale	E 1,00	0%