

**ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO
GARANZIA : MORTE****COPERTURE PREVISTE DA ACCORDI E/O REGOLAMENTI AZIENDALI
per DIPENDENTI - PLURALVITA GRUPPI****CONVENZIONE**

Fra G.A.A.T. P.I. 97518180019
Indirizzo: VIA DON GIOVANNI MINZONI 10121 - TORINO (TO)
qui di seguito denominato "Contraente"

e UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.P.A. e, qui di seguito denominata "Società", viene stipulata la seguente

Convenzione n. 6790283**Premessa**

La presente Convenzione si basa sull'esistenza dei seguenti presupposti:

- obbligo previsto dall'Accordo / Regolamento Aziendale per tutti gli DIPENDENTI in merito alla copertura assicurativa di morte;
- disponibilità della Società 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.

Art.1 - Oggetto:

Con la presente Convenzione:

- la Società si impegna a stipulare polizze collettive di gruppo per il caso di morte;
- il Contraente si impegna ad inserire nella garanzia assicurativa tutti gli DIPENDENTI 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 volontà dei singoli.
- Ai fini della validità delle garanzie la Società si riserva in ogni momento il diritto di verificare la sussistenza dei requisiti per l'applicazione delle condizioni previste nella Convenzione.

Art.2 - Beneficio .

Il beneficio delle prestazioni assicurate è attribuito:
agli eredi legittimi dell'assicurato in parti uguali.

Il Contraente rinuncia alla facoltà di modifica del beneficio, facoltà attribuita ai singoli assicurati.

Art.3 - Assicurati

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.

**ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO
GARANZIA : MORTE**

**COPERTURE PREVISTE DA ACCORDI E/O REGOLAMENTI AZIENDALI
per DIPENDENTI - PLURALVITA GRUPPI**

CONVENZIONE

Art.4 - Contraente e i suoi obblighi.

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

Il Contraente si impegna a fornire a ciascun Assicurato prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione riportate nel Fascicolo Informativo mod.1.11753.9F ed.17/12/2015, nonché ogni eventuale successiva modifica delle stesse.

Il Contraente si impegna altresì a comunicare tempestivamente agli Assicurati le informazioni relative alle modifiche dei dati dell'intermediario e/o della Compagnia, di cui ai commi 1,2 e 3 dell'Art.20 del regolamento 35 Isvap, ricevute dalla Compagnia stessa.

Qualora l'onere economico connesso al pagamento dei premi versati sia sostenuto in tutto o in parte dall'assicurato, il Contraente si impegna a fornire all'assicurato l'INFORMATIVA SUI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO di cui all'allegato a) al modulo di adesione.

Art.5 Documentazione per l'assunzione del rischio

Il Contraente ha l'obbligo di inviare alla società la richiesta di copertura per l'ingresso di un Assicurando o di un aumento del capitale da assicurare, ed entro 30 giorni dalla data della richiesta di copertura dovrà inoltre fornire la documentazione prevista a norma dell'allegato n.2 alla presente Convenzione.

In ogni caso la Società si riserva la facoltà di accettare o meno il rischio dando comunicazione scritta.

sulla base della documentazione sanitaria ricevuta la società si riserva la facoltà di chiedere ulteriori accertamenti sanitari, o di accettare i rischi applicando eventuali sovrappremi sanitari.

Si precisa che, in caso di aumento dei capitali assicurati richiesti dal contraente, l'eventuale sovrappremio sanitario si rende applicabile anche al capitale già precedentemente assicurato.

Il costo degli eventuali accertamenti sanitari è a carico del Contraente.

La Società terrà conto, per l'individuazione della somma complessiva sotto rischio ai fini della documentazione necessaria per la valutazione dei rischi da assicurare, delle eventuali altre polizze stipulate sullo stesso Assicurato.

In caso di accettazione delle coperture da parte della Società la medesima emetterà la scheda di polizza.

Art.6 - Documenti contrattuali

Il Contraente presenterà alla società (su supporto informatico o cartaceo):

- entro il 1° Gennaio di ogni anno, ricorrenza annuale dell'assicurazione, l'elenco nominativo degli assicurati da mantenere in copertura con l'indicazione per ciascuno della data di nascita, sesso, codice fiscale e capitale assicurato; l'elenco sarà accompagnato in relazione ai nuovi ingressi dalla documentazione richiesta;
- di volta in volta l'elenco dei nuovi assicurandi, anch'esso accompagnato dalla documentazione richiesta.

La Società emetterà per il contraente:

- annualmente una scheda di polizza ad elenco per assicurati presenti in garanzia al 1° Gennaio di ogni anno;
- mensilmente una scheda di polizza ad elenco contenente i nominativi dei nuovi assicurati entrati in assicurazione nel corso del mese precedente.



**ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO
GARANZIA : MORTE**

**COPERTURE PREVISTE DA ACCORDI E/O REGOLAMENTI AZIENDALI
per DIPENDENTI - PLURALVITA GRUPPI**

CONVENZIONE

Art.7 - Durata della Convenzione

La Convenzione ha una durata pari a 1 anno 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 3 mesi prima della scadenza stessa.

La Società si riserva altresì di modificare le condizioni concordate in caso di specifica disposizione dell'Organo di Controllo; le modifiche saranno operanti a partire dal trentesimo giorno successivo alla data in cui la Società abbia comunicato per iscritto al contraente le modifiche stesse.

La presente Convenzione è emessa in Firenze il 14/03/2016 con decorrenza dalle ore 00 del 01/01/2016.

Il Contraente dichiara che i flussi finanziari relativi alla polizza su indicata non si riferiscono a contratti d'appalto pubblici soggetti al Codice Identificativo Gara (CIG) e non rientrano nella sfera di applicazione della legge n.136/2010 del 13/08/2010 "Tracciabilità dei flussi finanziari".

La presente Convenzione, emessa contestualmente alla Scheda di Polizza n. 6790283.0001 viene stipulata sulla base dei tassi di premio di cui all' allegato n. 1 alla Convenzione, documentazione per l'assunzione del rischio di cui all' allegato n. 2 alla Convenzione, modulo di adesione allegato n. 3 alla Convenzione ed il relativo rapporto assicurativo e' regolato dalle Condizioni di Assicurazione contenute nel Fascicolo Informativo mod. 1.11753.9F Ed. 17/12/2015, che il Contraente dichiara di conoscere e accettare.

Resta fermo che la Società rimane impegnata esclusivamente per le prestazioni assicurative indicate nella scheda di polizza e non risponde per eventuali inesattezze degli elementi forniti dal Contraente stesso.

IL CONTRAENTE

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Operations Vita
Domenico Carboni



Ai sensi degli articoli 1341 e 1342 c.c. il Contraente dichiara di approvare specificatamente l'articolo 2 (Esclusioni) riportato nelle Condizioni Contrattuali sopra richiamate.

IL CONTRAENTE

UnipolSai
ASSICURAZIONI



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40138 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it
tel. +39 051 507781 - fax +39 051 375349 - Capitale Sociale Lit. Euro 2.031.454.951,73 - Registro delle Imprese di
Bologna, C.F. e P.IVA 00810570012 - 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. 1.000005 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipol.it

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: via Sallustiana, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@unipol.it
tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349 - Capitale Sociale Lit. Euro 2.031.454.951,73 - 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 Rassicurazione Sez. I
al n. 100906 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

Allegato n. 1 alla Convenzione n. 6790283

ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO PER IL CASO DI MORTE

COBERTURE PREVISTE DA ACCORDI E/O REGOLAMENTI AZIENDALI per DIPENDENTI

tassi per assicurare 1000 euro di capitale

Sesso: MASCHILE			
ETA'	TASSO	ETA'	TASSO
	PREMIO		PREMIO
18	3,22	45	3,22
19	3,22	46	3,22
20	3,22	47	3,22
21	3,22	48	3,22
22	3,22	49	3,22
23	3,22	50	3,22
24	3,22	51	3,22
25	3,22	52	3,22
26	3,22	53	3,22
27	3,22	54	3,22
28	3,22	55	3,22
29	3,22	56	3,22
30	3,22	57	3,22
31	3,22	58	3,22
32	3,22	59	3,22
33	3,22	60	3,22
34	3,22	61	3,22
35	3,22	62	3,22
36	3,22	63	3,22
37	3,22	64	3,22
38	3,22	65	3,22
39	3,22	66	3,22
40	3,22	67	3,22
41	3,22	68	3,22
42	3,22	69	3,22
43	3,22	70	3,22
44	3,22		

Sesso: FEMMINILE			
ETA'	TASSO	ETA'	TASSO
	PREMIO		PREMIO
18	3,22	45	3,22
19	3,22	46	3,22
20	3,22	47	3,22
21	3,22	48	3,22
22	3,22	49	3,22
23	3,22	50	3,22
24	3,22	51	3,22
25	3,22	52	3,22
26	3,22	53	3,22
27	3,22	54	3,22
28	3,22	55	3,22
29	3,22	56	3,22
30	3,22	57	3,22
31	3,22	58	3,22
32	3,22	59	3,22
33	3,22	60	3,22
34	3,22	61	3,22
35	3,22	62	3,22
36	3,22	63	3,22
37	3,22	64	3,22
38	3,22	65	3,22
39	3,22	66	3,22
40	3,22	67	3,22
41	3,22	68	3,22
42	3,22	69	3,22
43	3,22	70	3,22
44	3,22		

N.B. L'età degli assicurati si calcola in anni interi al giorno natalizio più vicino alla data di riferimento del calcolo.

I tassi di premio sopra indicati

* non tengono conto delle valutazioni del rischio (ad esempio attinenti allo stato di salute, alla professione e alle attività sportive dell'Assicurato) che la Società può effettuare solo sulla base degli accertamenti sanitari richiesti e dalle dichiarazioni rese

* sono comprensivi di un caricamento che risulta pari al 16,00 %

Il premio al netto dello sconto applicato si ottiene come somma dei seguenti importi:

* il prodotto del capitale assicurato diviso per mille per il tasso corrispondente all'età e sesso della posizione individuale

* L'importo fisso pari a Euro 0,00

In aggiunta al premio sono dovuti i diritti fissi pro-capite di Euro 1,00 dovuti in aggiunta a ciascun premio.

IL CONTRAENTE

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Operations Vita
Domenico Carboni

(barrare la casella interessata)

☒ COPIA per il Cliente

☐ COPIA per la Direzione

☐ COPIA per l'Agenzia

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

VALIDA DAL 01 GENNAIO 2010

In relazione a capitali assicurati pro capite superiori a Euro 600.000,00, la Compagnia si riserva la facoltà di richiedere la seguente documentazione:

- Rapporto dell'agente sulla situazione economica e patrimoniale del cliente;
- Questionari finanziari;
- Altra documentazione (su richiesta della direzione), quali ad esempio: ultimi tre bilanci della ditta;

(barrare la casella interessata)

☒ COPIA per il Cliente

☐ COPIA per la Direzione

☐ COPIA per l'Agenzia



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it
tel. 051 5077111 - fax 051 375349 - Capitale Sociale Euro 2.031.454.951,73 - Registro delle Imprese di
Bologna, C.F. e P.IVA 06910570012 - 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. 100806 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritta all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 006
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

Allegato n. 3 alla Convenzione n. 6790283

**CONVENZIONE CHE REGOLAMENTA:
IL CASO DI MORTE**

per le COPERTURE PREVISTE DAL CONTRATTO/REGOLAMENTO AZIENDALE
a favore dei propri DIPENDENTI
CONTRAENTE: G.A.A.T.

Convenzione n.: 6790283 Progetto n.: 90630 TIMBRO CONTRAENTE _____

MODULO - ADESIONE

(prima della sottoscrizione si raccomanda all'Assicurando 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 tra
UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.P.A. e il Contraente sopracitato, nonché di aver ricevuto
le relative Condizioni di Assicurazione ivi allegate.

- 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 ai miei eredi legittimi in parti uguali.

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 TEST. RI O, IN MANCANZA, I LEGITTIMI DELL'ASS. TO IN PARTI UGUALI
- ☐ I FIGLI NATI E NASCITURI DELL'ASSICURATO ☐ I GENITORI O, IN MANCANZA, IL SUPERSTITE DI ESSI
- ☐ IL CONIUGE DELL'ASSICURATO ☐ IL CONIUGE DELL'ASSICURATO E I FIGLI NATI E NASCITURI
- ☐ 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, e' 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):

- a) 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;
- b) prima della sottoscrizione del questionario (ove previsto), il soggetto di cui alla lettera a) deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- c) 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 DAL CONTRATTO/REGOLAMENTO AZIENDALE

a favore dei propri DIPENDENTI

CONTRAENTE: G.A.A.T.

Convenzione n.: 6790283 Progetto n.: 906.30 TIMBRO CONTRAENTE _____

MODULO - ADESIONE

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 Decreto al trattamento, da parte del Titolare e degli altri soggetti indicati nell'informativa (appartenenti alla cd. 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. 30/06/2003 n. 196 e dell'art. 15 del Regolamento ISVAP n. 34 del 19/3/2010 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 di tipo Mms o Sms o altri strumenti elettronici. X 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 _____



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipol@assicurazioni.unipol.it
tel. +39 051 5072111 - fax +39 051 375149 - Capitale Sociale Lit. Euro 2.031.454.951,73 - 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 Finanziaria S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I alla 100006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi alla 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

**ALLEGATO A) AL MODULO DI ADESIONE
INFORMATIVA SUI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO**

(da consegnare e 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.

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	16,00 %	50 %	
Importo fisso dovuto in aggiunta al premio della posizione individuale	0,00	50 %	
Diritti di quietanza dovuti in aggiunta al premio della posizione individuale	305,00	0 %	

L'Assicurando _____ Data _____



QUESTIONARIO SULL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO
Polizza/Convenzione n. 6790283

A.0 INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

A.1 DENOMINAZIONE G.A.A.T.

P.IVA 97518180019

A.2. SETTORE LAVORATIVO

A.2.1 industriale

A.2.2 commercio

A.2.3 servizi

X A.2.4 altro

A.2.5 non risponde

A.3. NUMERO DI DIPENDENTI

A.3.1 meno di 5

A.3.2 da 5 a 15

A.3.3 da 16 a 50

A.3.4 oltre 50

X A.3.5 non risponde

B.0. INFORMAZIONI SULL'INTERLOCUTORE

B.0.1 titolare dell'impresa/socio

B.0.2 amministratore delegato

B.0.3 responsabile del personale

B.0.4 dipendente

B.0.5 commercialista

X B.0.6 non risponde

C.0. INFORMAZIONI SULL'ATTUALE SITUAZIONE ASSICURATIVA

ATTUALMENTE POSSIEDE ALTRI PRODOTTI ASSICURATIVI ?

C.0.1 risparmio/investimento

C.0.2 previdenza/pensione complementare

X C.0.3 protezione assicurativa di rischio (morte, invalidita', malattie gravi, ltc)

C.0.4 nessuna copertura assicurativa vita

C.0.5 non risponde

D.0. QUALI SONO GLI OBIETTIVI ASSICURATIVO-PREVIDENZIALI CHE INTENDE

PERSEGUIRE CON LA STIPULA DEL CONTRATTO?

D.1.0 diversificare i propri investimenti, gestire la liquidita' aziendale

D.2.0 risparmio

D.2.1 indennita' di fine rapporto per dipendenti

D.2.2 indennita' di fine mandato

D.2.3 realizzare per i propri dipendenti, associat. ecc. accantonam
enti esterni alla previdenza complementare

D.3.0 protezione assicurativa di rischio (morte, morte e invalidita', non autosufficienza, malattie gravi)

D.3.1 soci

D.3.2 dirigenti

D.3.3 quadri

D.3.4 impiegati

D.3.5 operai

X D.3.6 associati

D.3.7 clienti

D.4.0 previdenza complementare

D.5.0 non risponde

E.0. L'ESIGENZA ASSICURATIVA DERIVA DA OBBLIGHI NORMATIVI

(CCNL, CONTRATTO INTEGRATIVO, ACCORDO AZIENDALE, REGOLAMENTO/STATUTO AZIENDALE, OBBLIGO LEGISLATIVO, FIDELIZZARE IMPORTANTI FIGURE AZ.)?

X E.0.1 si

E.0.2 no

E.0.3 non risponde



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40120 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it
tel. +39 051 507711 - fax +39 051 375349 - Capitale Sociale Euro 2.031.454.951,74 - Registro delle Imprese di
Bologna, C.F. e PIVA 0081857012 - R.E.A. 511469 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento
di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. iscritta all'Alba Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I
al n. 100006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Alba dei gruppi assicurativi al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipol.it

QUESTIONARIO SULL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO
Polizza/Convenzione n. 6790283

- F.0. INTENDE PERSEGUIRE I SUOI OBIETTIVI ASSICURATIVO-PREVIDENZIALI**
ATTRAVERSO
F.0.1 versamento unico
☒ F.0.2 versamento periodico/annuale/monoannuale
F.0.3 non risponde
- G.0. QUAL'E' L'ORIZZONTE TEMPORALE CHE SI PREFIGGE PER LA REALIZZAZIONE**
DEGLI OBIETTIVI?
G.0.1 durata breve: fino a 5 anni
G.0.2 durata media: da 6 a 10 anni
☒ G.0.3 durata lunga: oltre 10 anni o quiescenza
G.0.4 non risponde
- H.0. QUAL'E' IL PATRIMONIO DISPONIBILE PER L'INVESTIMENTO?**
H.0.1 meno di euro 25.000,00
H.0.2 da euro 25.000,00 a euro 100.000,00
H.0.3 oltre euro 100.000,00
☒ H.0.4 non risponde
- I.0. QUAL'E' LA SUA CONOSCENZA IN MATERIA DI INVESTIMENTI IN STRUMENTI**
FINANZIARI ?
I.0.1 poca/generica
I.0.2 medio/alta
☒ I.0.3 non risponde
- L.0. QUAL'E' LA PROBABILITA' DI DOVER DISINVESTIRE LA SUA POSIZIONE NEI**
PRIMI ANNI DI CONTRATTO
L.0.1 alta
L.0.2 bassa
☒ L.0.3 non risponde
- M.0. QUAL'E' LA SUA PROPENSIONE AL RISCHIO RELATIVAMENTE AL PRODOTTO**
PROPOSTO?
M.0.1 bassa
M.0.2 media
M.0.3 alta
☒ M.0.4 non risponde

Le risposte non sono sufficienti ai fini della verifica dell'adeguatezza.
DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE
Dichiaro di non voler rispondere alle domande riportate nel Questionario
utili per la valutazione dell'adeguatezza del contratto o ad alcune di esse,
nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione dell'adeguatezza del
contratto alle mie esigenze assicurative.

DATA 14 / 03 / 2016 TIMBRO E FIRMA DEL CLIENTE _____

FIRMA DELL'AGENTE/UNITA' BROKER _____



PLURALVITA GRUPPI

MODULO DI PROPOSTA n.

906.30

Agenzia/Unità Broker: 52978 MILANO BROKER GERENZA

Codice Broker 00000

CONTRAENTE

Cognome e nome o Ragione Sociale: _____ Cod. Fiscale/P.IVA: _____
G.A.A.T. 97518180019

Domicilio o Sede Sociale: _____ Indirizzo: _____ Cap: _____ Prov: _____
TORINO VIA DON GIOVANNI MINZONI 2 10121 TO

RAPPRESENTANTE:

Cognome e Nome rappresentante: _____ Cod. Fiscale del Rappresentante _____
SALVI ROBERTO SLVRRT68T09A271R

Luogo di Nascita: Prov: _____ Data di Nascita: _____
ANCONA AN 09/12/1968

Indirizzo: _____ Comune: _____ Cap: _____ Prov: _____
CONTRADA VALLONICA 2 TREIA 62010 MC

Tipo delega: LEGALE RAPPRESENTANTE

Documento del Contraente/Rappresentante: ALTRO AU8218833

Data rilascio/rinnovo _____ Luogo rilascio: _____
27/09/2014 TREIA

Cod. Attività: S.A.E. : 280 MEDIATORI AGENTI E CONSULENTI DI ASSICUR
AT.ECO. : 000

Firma del rappresentante
(solo se il Contraente è
persona Giuridica)

Dichiaro che i dati relativi al Contraente
sono dati da me forniti e che gli stessi
corrispondono a verità

ASSICURATI: DIPENDENTI

BENEFICIARI: IL CONTRAENTE CONSENTE ALL'ASSICURATO DIVERSA DESIGNAZIONE

Codice tariffa _____ Durata Convenzione(anni) _____ Descrizione Tariffa: _____
7M 1 ASSICURAZIONE MONOANNUALE PER
IL CASO DI MORTE

Data di Decorrenza 01/01/2016

Premio da corrispondere al perfezionamento

PERIODICITA' DEL PREMIO: MONOANNUALE

UnipolSai
ASSICURAZIONI

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it
tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349 - Capitale Sociale Lit. Euro 2.031.454.951,73 - Registro delle Imprese di
Bologna, C.F. e P.IVA 00810570012 - R.E.A. 511489 - 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

PLURALVITA GRUPPI

MODULO DI PROPOSTA n.

906.30

Agenzia/Unità Broker: 52978 MILANO BROKER GERENZA

Codice Broker 00000

Contraente: G.A.A.T.

MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Fermo restando che le parti possono stabilire nella Convenzione modalità specifiche per il pagamento del premio, il Contraente dovrà versare il premio alla Società tramite il competente intermediario incaricato, scegliendo una delle seguenti modalità:

- * assegno bancario, postale o circolare non trasferibile, tratto o emesso all'ordine della Società, contro rilascio di apposita quietanza sottoscritta dalla Società o dall'intermediario incaricato, purché espressamente in tale sua qualità;
- * bonifico SCT (Sepa Credit Transfer) con accredito sull'apposito conto corrente intestato alla Società o all'intermediario incaricato, purché espressamente in tale sua qualità, oppure altro mezzo di pagamento bancario o postale di accredito sul medesimo conto corrente eventualmente reso disponibile dallo stesso intermediario incaricato. In tali casi, la relativa scrittura di addebito sul conto corrente bancario o postale del Contraente, oppure la ricevuta bancaria o postale dell'operazione di accredito, ha valore di quietanza e la data di versamento del premio coincide con la data di valuta del relativo accredito riconosciuta alla Società o all'intermediario incaricato, o con la data dell'operazione, se successiva a quella di valuta.

Il Contraente che intenda successivamente estinguere il conto corrente utilizzato per l'addebito del premio potrà proseguire i versamenti, con una delle modalità già precisate, tramite l'intermediario incaricato che verrà appositamente indicato dalla Società.

E' comunque fatto divieto all'intermediario incaricato di ricevere denaro contante a titolo di pagamento del premio.

Non è consentito incassare il premio su proposta e comunque prima della stipulazione del Contratto. Concluso il contratto il premio dovrà essere corrisposto secondo le modalità e termini di pagamento riportati nelle Condizioni di Assicurazione.

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 Decreto al trattamento, da parte del Titolare e degli altri soggetti indicati nell'informativa (appartenenti alla cd. 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. 30/06/2003 n. 196 e dell'art. 15 del Regolamento ISVAP n. 34 del 19/3/2010 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 di tipo Mms o Sms o altri strumenti elettronici.

X 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.

Data ___ / ___ / ___

Luogo _____

L'AGENTE/UNITÀ BROKER

IL CONTRAENTE

(certifico la firma qui a lato)



Agenzia/Unità Broker: 52978 MILANO BROKER GERENZA
Contraente: G.A.A.T.

Codice Broker 00000

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

La Società emetterà, in base alla presente proposta e ad eventuale altra documentazione, il relativo contratto assicurativo (sempre che essa ritenga di accettare il rischio).

- * La Società presta le garanzie indicate nella Proposta alle condizioni della forma assicurativa tariffa 7M riportate nel Fascicolo Informativo (mod.1.11753.9F ed.17/12/2015), condizioni tutte che il Contraente dichiara di ricevere e ben conoscere.

Relativamente alle dichiarazioni riportate sulla presente Proposta si precisa che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione.

Il Contraente dichiara inoltre:

- * di aver ricevuto dall'Intermediario assicurativo o visionato nei suoi locali, prima della sottoscrizione della presente proposta, la documentazione precontrattuale relativa agli obblighi di comportamento degli intermediari (mod.7A) e ai dati essenziali dell'intermediario e della sua attività (mod.7B), prevista dall'art.49, commi 1 e 2, del Regolamento Isvap n. 5 del 16/10/2006;
 - * di aver ricevuto dall'Intermediario, prima della sottoscrizione della presente Proposta, il Fascicolo informativo mod.1.11753.9F ed.17/12/2015 di cui al Regolamento Isvap n.35 del 26/5/2010 relativo alla forma assicurativa suddetta, contenente i seguenti documenti:
 - * Nota Informativa
 - * Condizioni Contrattuali
 - * Glossario
 - * Il presente modulo di fac-simile proposta
- di averne preso visione e di accettarne i contenuti.

Il Contraente dichiara 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 anamnestico (quando previsto in Convenzione);

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti relative a informazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato e richieste per l'inserimento in assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione del questionario anamnestico (ove previsto), i soggetti di cui alla lettera a) devono verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- c) 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'AGENTE/UNITÀ BROKER
(certifico la firma qui a lato)

IL CONTRAENTE

UnipolSai
ASSICURAZIONI



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it
tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349 - Capitale Sociale Euro 2.031.454.951,73 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00810570012 - R.E.A. 511469 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario SpA, 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.unipol.it - www.unipol.it

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

**ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO
GARANZIA : MORTE**

**COPERTURE PREVISTE DA ACCORDI E/O REGOLAMENTI AZIENDALI
per DIPENDENTI - PLURALVITA GRUPPI**

CONVENZIONE

Art.4 - Contraente e i suoi obblighi.

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

Il Contraente si impegna a fornire a ciascun Assicurato prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione riportate nel Fascicolo Informativo mod.1.11753.9F ed.17/12/2015, nonché ogni eventuale successiva modifica delle stesse.

Il Contraente si impegna altresì a comunicare tempestivamente agli Assicurati le informazioni relative alle modifiche dei dati dell'intermediario e/o della Compagnia, di cui ai commi 1,2 e 3 dell'Art.20 del regolamento 35 Isvap, ricevute dalla Compagnia stessa.

Qualora l'onere economico connesso al pagamento dei premi versati sia sostenuto in tutto o in parte dall'assicurato, il Contraente si impegna a fornire all'assicurato l'INFORMATIVA SUI COSTI GRAVANTI SUL PREMIO di cui all'allegato a) al modulo di adesione.

Art.5 Documentazione per l'assunzione del rischio

Il Contraente ha l'obbligo di inviare alla società la richiesta di copertura per l'ingresso di un Assicurando o di un aumento del capitale da assicurare, ed entro 30 giorni dalla data della richiesta di copertura dovrà inoltre fornire la documentazione prevista a norma dell'allegato n.2 alla presente Convenzione.

In ogni caso la Società si riserva la facoltà di accettare o meno il rischio dando comunicazione scritta.

sulla base della documentazione sanitaria ricevuta la società si riserva la facoltà di chiedere ulteriori accertamenti sanitari, o di accettare i rischi applicando eventuali sovrappremi sanitari.

Si precisa che, in caso di aumento dei capitali assicurati richiesti dal contraente, l'eventuale sovrappremio sanitario si rende applicabile anche al capitale già precedentemente assicurato.

Il costo degli eventuali accertamenti sanitari è a carico del Contraente.

La Società terrà conto, per l'individuazione della somma complessiva sotto rischio ai fini della documentazione necessaria per la valutazione dei rischi da assicurare, delle eventuali altre polizze stipulate sullo stesso Assicurato.

In caso di accettazione delle coperture da parte della Società la medesima emetterà la scheda di polizza.

Art.6 - Documenti contrattuali

Il Contraente presenterà alla società (su supporto informatico o cartaceo):

- entro il 1° Gennaio di ogni anno, ricorrenza annuale dell'assicurazione, l'elenco nominativo degli assicurati da mantenere in copertura con l'indicazione per ciascuno della data di nascita, sesso, codice fiscale e capitale assicurato; l'elenco sarà accompagnato in relazione ai nuovi ingressi dalla documentazione richiesta;
- di volta in volta l'elenco dei nuovi assicurandi, anch'esso accompagnato dalla documentazione richiesta.

La Società emetterà per il contraente:

- annualmente una scheda di polizza ad elenco per assicurati presenti in garanzia al 1° Gennaio di ogni anno;
- mensilmente una scheda di polizza ad elenco contenente i nominativi dei nuovi assicurati entrati in assicurazione nel corso del mese precedente.



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40138 Bologna (Italia) - unipol@assicurazioni.it
tel. +39 051 507711 - fax +39 051 375149 - Capitale Sociale Lit. Euro 2.031.450.951,73 - 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. 100006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritta all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

Convenzione N. 6790283
Agenzia (2978)

**ASSICURAZIONE TEMPORANEA DI GRUPPO
GARANZIA : MORTE**

**COBERTURE PREVISTE DA ACCORDI E/O REGOLAMENTI AZIENDALI
per DIPENDENTI - PLURALVITA GRUPPI**

CONVENZIONE

Art.7 - Durata della Convenzione

La Convenzione ha una durata pari a 1 anno 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 3 mesi prima della scadenza stessa.

La Società si riserva altresì di modificare le condizioni concordate in caso di specifica disposizione dell'Organo di Controllo; le modifiche saranno operanti a partire dal trentesimo giorno successivo alla data in cui la Società abbia comunicato per iscritto al contraente le modifiche stesse.

La presente Convenzione è emessa in Firenze il 14/03/2016 con decorrenza dalle ore 00 del 01/01/2016.

Il Contraente dichiara che i flussi finanziari relativi alla polizza su indicata non si riferiscono a contratti d'appalto pubblici soggetti al Codice Identificativo Gara (CIG) e non rientra nella sfera di applicazione della legge n.136/2010 del 13/08/2010 "Tracciabilità dei flussi finanziari".

La presente Convenzione, emessa contestualmente alla Scheda di Polizza n. 6790283.0001 viene stipulata sulla base dei tassi di premio di cui all' allegato n. 1 alla Convenzione, documentazione per l'assunzione del rischio di cui all' allegato n. 2 alla Convenzione, modulo di adesione allegato n. 3 alla Convenzione ed il relativo rapporto assicurativo e' regolato dalle Condizioni di Assicurazione contenute nel Fascicolo Informativo mod. 1.11753.9F Ed. 17/12/2015, che il Contraente dichiara di conoscere e accettare.

Resta fermo che la Società rimane impegnata esclusivamente per le prestazioni assicurative indicate nella scheda di polizza e non risponde per eventuali inesattezze degli elementi forniti dal Contraente stesso.

IL CONTRAENTE

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Operations Vita
Domenico Carboni

Ai sensi degli articoli 1341 e 1342 c.c. il Contraente dichiara di approvare specificatamente l'articolo 2 (Esclusioni) riportato nelle Condizioni Contrattuali sopra richiamate.

IL CONTRAENTE

