

**CONVENZIONE – POLIZZA N. 195  
PER LA GARANZIA ASSICURATIVA A FAVORE DEGLI ADERENTI A  
PREVIMODA IN CASO DI PREMORIENZA O INVALIDITÀ**

**TRA**

**PREVIMODA – FONDO PENSIONE COMPLEMENTARE A  
CAPITALIZZAZIONE PER I LAVORATORI DELL'INDUSTRIA TESSILE –  
ABBIGLIAMENTO, DELLE CALZATURE E DEGLI ALTRI SETTORI  
INDUSTRIALI DEL SISTEMA MODA – CON SEDE IN VIALE SARCA N.  
223, 20126 MILANO – C.F. 97226200158 – ISCRITTO ALL'ALBO DEI  
FONDI PENSIONE CON IL NUMERO 117 - (DI SEGUITO DEFINITO  
“PREVIMODA”), NELLA PERSONA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE  
ROBERTO ARIOLI**

**E**

**POSTE VITA – (DI SEGUITO NOMINATA “POSTE VITA”), CON SEDE  
LEGALE E DIREZIONE GENERALE IN ROMA VIALE BEETHOVEN, 11 •  
PARTITA IVA 05927271006 • CODICE FISCALE 07066630638 • CAPITALE  
SOCIALE EURO 1.216.607.898,00 I.V. • REGISTRO IMPRESE DI ROMA N.  
07066630638, REA N. 934547 • ISCRITTA ALLA SEZIONE I DELL'ALBO  
DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE AL N. 1.00133 • AUTORIZZATA  
ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSICURATIVA IN BASE ALLE  
DELIBERE ISVAP N. 1144/1999, N. 1735/2000, N. 2462/2006 E N.  
2987/2012 • SOCIETÀ CAPOGRUPPO DEL GRUPPO ASSICURATIVO  
POSTE VITA, ISCRITTO ALL'ALBO DEI GRUPPI ASSICURATIVI AL N.  
043 • SOCIETÀ CON SOCIO UNICO, POSTE ITALIANE S.P.A.,  
SOGGETTA ALL'ATTIVITÀ DI DIREZIONE E COORDINAMENTO DI  
QUEST'ULTIMA – NELLA PERSONA DEL RAPPRESENTANTE LEGALE  
DI POSTE VITA S.P.A. IN VIRTU' DI PROCURA SPECIALE ROBERTO  
MANZATO**



### Premesse

1. PREVIMODA è un fondo pensione complementare, istituito ai sensi del decreto legislativo 5 dicembre 2005 n. 252 e successive modifiche e integrazioni (di seguito definito "Decreto"), riconosciuto ed autorizzato ad operare per l'esercizio delle attività inerenti alla previdenza complementare per i lavoratori dell'industria tessile – abbigliamento, delle calzature e degli altri settori industriali del sistema moda e iscritto all'albo istituito presso la Commissione di Vigilanza sui Fondi pensione (di seguito denominata COVIP) con il n. 117.
2. Poste Vita è autorizzata all'esercizio dell'attività di assicurazione sulla durata della vita umana ed è in possesso dei requisiti fissati dall'IVASS ai sensi dell'Art. 6, co. 7, del Decreto.
3. PREVIMODA intende stipulare la CONVENZIONE di cui all'Art. 6 comma 5 del Decreto a favore dei propri iscritti (di seguito denominati anche, collettivamente "Assicurati", e singolarmente, "Assicurato") per i quali la contrattazione collettiva di lavoro vigente contempla l'attivazione di una garanzia assicurativa per il caso di morte e di invalidità.
4. A norma dell'Art. 6, comma 6, del Decreto, il Consiglio di Amministrazione di PREVIMODA ha provveduto a richiedere, per la tipologia di assicurazione di cui al precedente punto 3, offerte contrattuali a soggetti abilitati ai sensi del medesimo Decreto.
5. PREVIMODA ha individuato in data 15/09/2017 come di interesse la proposta presentata da Poste Vita, dopo la necessaria valutazione e comparazione con le offerte concorrenti.

Ferme restando le premesse di cui sopra, che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente atto, PREVIMODA e Poste Vita (di seguito Parti), convengono e stipulano la presente CONVENZIONE, sul cui contenuto PREVIMODA darà adeguata informativa ai propri aderenti.

### **Art. 1 – Oggetto della CONVENZIONE: Assicurati, Somma Assicurata e Beneficiari**

1. L'assicurazione oggetto della presente CONVENZIONE (di seguito "Assicurazione") è prestata a tutti gli aderenti a PREVIMODA che hanno aderito al Fondo per esplicita volontà, che versano il contributo previdenziale a loro carico e per i quali la contrattazione collettiva di lavoro vigente contempla il versamento obbligatorio da parte dell'azienda di appartenenza, attraverso PREVIMODA, di uno specifico premio di cui all'Art. 4 della presente CONVENZIONE.
2. L'Assicurazione è prestata - senza riduzione alcuna - anche a favore degli Assicurati che risultino invalidi alla data di decorrenza della presente CONVENZIONE, purché la cessazione dell'attività lavorativa sia successiva alla stipula della stessa, fatto salvo quanto previsto dall'Art. 2. L'età massima assicurabile è convenzionalmente stabilita a 75 anni di età. Ai fini della determinazione dell'età dell'Assicurato, si farà riferimento all'età effettiva, calcolata alla data di decorrenza dell'inserimento in CONVENZIONE, eventualmente arrotondandola all'età intera immediatamente successiva o immediatamente precedente, a seconda che, rispettivamente, la frazione di anno decorsa dal compleanno sia o meno superiore a sei mesi.
3. L'Assicurazione garantisce la corresponsione da parte di Poste Vita di una Somma Assicurata per qualsiasi causa, ragione e/o motivo occorsi durante il periodo di copertura, fatto salvo quanto previsto all'Art. 2, il cui ammontare è determinato con le modalità di cui ai successivi commi 4, 5 e 6

per l'evento morte (incluso il suicidio) o l'evento invalidità dell'Assicurato (quest'ultimo come definito ai successivi commi 7 e 8) di seguito definito "Evento".

Convenzionalmente:

- la data dell'Evento morte coincide con la data di decesso dell'Assicurato;
  - la data dell'Evento invalidità coincide con la data di cessazione del rapporto di lavoro.
4. L'ammontare della Somma Assicurata è determinato moltiplicando il 22% dell'Elemento retributivo nazionale (di seguito "ERN") o del minimo tabellare più contingenza ed EDR (di seguito "Paga base"), come definito al successivo comma 6, per il numero di anni, o frazione di anno, calcolato in mesi e giorni, mancanti al raggiungimento del 60°anno di età dell'Assicurato.
  5. Per tutti i lavoratori interessati, inclusi quelli con più di 60 anni di età, la Somma Assicurata non potrà comunque essere inferiore al 100% dell'ERN o Paga base, come definito al successivo comma 6.
  6. L'ERN o la Paga base utile per il calcolo della Somma Assicurata è quello spettante all'Assicurato negli ultimi 12 mesi antecedenti la data dell'Evento (13 mensilità). In assenza di un'annualità completa, si farà riferimento alla media degli ERN mensili o della Paga base mensile percepiti dall'Assicurato e rapportati all'anno. In caso di retribuzione temporaneamente ridotta per cause non dipendenti la volontà dell'Assicurato si farà riferimento all'ERN o Paga base che sarebbe maturato in caso di normale attività lavorativa. Per gli Assicurati senza diritto alla retribuzione per cause non dipendenti dalla loro volontà si farà riferimento all'ERN o Paga base percepiti dall'Assicurato nei 12 mesi precedenti l'assenza di retribuzione. Nei casi di assenza di retribuzione per cause dipendenti dalla volontà degli Assicurati (aspettativa non retribuita), l'ERN o la Paga base di riferimento sarà quella che sarebbe maturato/a in caso di normale attività lavorativa, previo versamento del Premio su base volontaria come definito all'Art. 4 comma 2.
  7. Ai fini della presente CONVENZIONE, si definisce come colpito da Evento di invalidità l'Assicurato al quale l'Ente Previdenziale di riferimento abbia riconosciuto lo stato di invalidità con conseguente diritto alla percezione dell'assegno ordinario di invalidità o della pensione di inabilità e che cessi il rapporto di lavoro, anche in assenza di nesso eziologico tra invalidità e cessazione del rapporto di lavoro.
  8. Ad integrazione di quanto indicato al precedente comma 7, nel caso in cui all'Assicurato manchino i requisiti di anzianità contributiva e di iscrizione all'Ente Previdenziale di riferimento necessari ai fini del riconoscimento da parte di quest'ultimo dell'assegno ordinario di invalidità o della pensione di inabilità, il riconoscimento dell'invalidità, ai fini della corresponsione della Somma Assicurata, verrà effettuato in modo autonomo da Poste Vita secondo le modalità e i termini previsti dall'Allegato A alla presente Convenzione.
  9. Il beneficiario della Somma Assicurata (di seguito "Beneficiario") sarà per il caso invalidità l'Assicurato stesso e per il caso morte il/i soggetto/i cui spetta il diritto di riscatto della posizione previdenziale maturata dall'Assicurato presso il Fondo e nella misura definita dallo stesso diritto, salvo diverse disposizioni formalizzate all'Assicurato a PREVIMODA.
  10. Il Beneficiario deve far pervenire a Poste Vita la domanda di cui al comma 2 del successivo art. 7 entro 3 anni, o nei termini massimi della prescrizione se più favorevole, dalla data dell'Evento morte o dalla data dell'Evento invalidità, così come definite al precedente comma 3 del precedente Art. 1.

Per l'Evento in relazione al quale la domanda pervenga oltre tale termine, la Somma Assicurata non sarà corrisposta.

### **Art. 1 bis - Maggiorazione della somma assicurata a seguito di decesso o invalidità in caso di figlio/i a carico in condizione di non autosufficienza o minori di età**

#### **1. Prestazione aggiuntiva in caso di figlio/i a carico in condizione di Non Autosufficienza**

Fermo restando termini e condizioni per le quali spetta il diritto alla liquidazione della Somma Assicurata prevista dalla Convenzione, la stessa sarà raddoppiata (44% dell'ERN o Paga base) e sarà liquidata in favore dei Beneficiari di cui all'Art. 1 comma 9, qualora, tra i familiari a carico dell'Assicurato, risulti presente alla data dell'Evento almeno un figlio che versi in una condizione di Non Autosufficienza.

#### **2. Prestazione aggiuntiva in caso di figlio/i a carico minore di età**

Fermo restando termini e condizioni per le quali spetta il diritto alla liquidazione della Somma Assicurata prevista dalla Convenzione, la stessa sarà maggiorata del 50% (33% dell'Ern o paga base) e sarà liquidata in favore dei Beneficiari di cui all'Art. 1 comma 9, qualora, tra i familiari a carico dell'Assicurato, risulti presente alla data dell'Evento almeno un figlio minore di età.

Qualora, alla data dell'Evento, dovessero sussistere contemporaneamente le due condizioni di cui sopra, la Somma Assicurata ai Beneficiari di cui all'Art. 1 comma 9 sarà pari a quella prevista dalla prima fattispecie, non essendo cumulabili le due prestazioni aggiuntive.

### **Art. 1 ter - Definizione dello Stato di Non Autosufficienza**

Viene definito in Stato di Non Autosufficienza il/i figlio/i dell'Assicurato che si trovi in uno stato tale - presumibilmente in modo permanente - da avere bisogno dell'assistenza da parte di un'altra persona per essere aiutato nello svolgimento di almeno 3 dei 4 atti "elementari" della vita quotidiana, oppure, sia affetto da grave demenza invalidante comprovata da una diagnosi di un neurologo (basata su test psicometrici riconosciuti tipo MMSE, etc.) con conseguente assoluta necessità di una costante e permanente assistenza da parte di una terza persona.

Le attività "elementari" della vita quotidiana sono definite come:

- Lavarsi o mantenere una corretta igiene personale: capacità di farsi il bagno o la doccia o lavarsi in maniera soddisfacente in altro modo. Ciò implica che l'Assicurato è in grado di lavarsi dalla testa ai piedi in modo da mantenere, anche in caso di incontinenza, un livello soddisfacente di igiene personale, spontaneamente e senza l'aiuto di una terza persona;
- Vestirsi: capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità dell'Assicurato senza l'assistenza di una terza persona. La capacità di allacciarsi/slacciarsi le scarpe o di indossare/togliere calze o calzini non è considerata determinante;
- Nutrirsi: capacità di mangiare o bere autonomamente cibo preparato da terzi. Ciò implica che l'Assicurato è in grado di tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca ed inghiottirlo senza l'aiuto di una terza persona;
- Spostarsi: capacità di alzarsi da una sedia o dal letto e viceversa o di spostarsi da una sedia al letto e viceversa anche con l'aiuto di ausili specifici senza l'aiuto di una terza persona.

La maggiorazione della somma assicurata avviene esclusivamente previo accertamento dello stato di Non Autosufficienza da parte di Poste Vita.

L'Assicurato, il tutore/curatore o qualsiasi altra persona appartenente al suo Nucleo Familiare, dovrà contattare la Compagnia e produrre i documenti giustificativi dello stato di Non Autosufficienza del/dei figlio/i dell'Assicurato così come previsto dagli Allegati B, C e D.

Poste Vita, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- Richiedere ulteriori informazioni, attestazioni o referti, se gli elementi che descrivono la Non Autosufficienza del figlio dell'Assicurato sembrano insufficienti;
- Ritenerne accertato lo stato di Non Autosufficienza dell'Assicurato.

Qualora la valutazione della sussistenza dello stato di Non Autosufficienza del figlio dell'Assicurato alla data dell'Evento desse esito negativo, le eventuali controversie di natura medica potranno essere demandate per iscritto, di comune accordo tra le Parti, ad un Collegio medico arbitrale.

Il Collegio sarà costituito da tre medici nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio dei Medici ha sede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza del figlio dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo, per metà, delle spese e competenze del terzo medico. Tuttavia, qualora l'accertamento definitivo sancisca il riconoscimento dello stato di Non Autosufficienza del figlio dell'Assicurato ai fini della presente Convenzione, Poste Vita assumerà in proprio anche le spese sostenute dall'altra Parte. È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dello stato di Non Autosufficienza ad epoca da definirsi dal Collegio stesso.

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

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

Le decisioni del collegio arbitrale sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale stesso.

## **Art. 2 – Esclusioni**

1. Sono esclusi dall'Assicurazione degli Eventi causati da:
  - a. Guerra attiva, ossia partecipazione ad atti di guerra, guerra civile, insurrezione, occupazione militare, invasione o simili, salvo che l'Assicurato si trovi occasionalmente coinvolto.
  - b. Terrorismo nucleare, chimico e biologico. Per terrorismo nucleare, chimico e biologico si intende l'uso, diretto e indiretto, di ogni arma nucleare o ordigno o le dirette e/o indirette emissioni, perdite, dispersioni, fuoriuscite o fughe di qualsiasi agente chimico solido, liquido o gassoso e/o agente biologico, durante il periodo di copertura, da parte di qualsiasi gruppo/i di persone operante sia isolatamente che in nome di o in connessione con qualsiasi organizzazione/i o governo/i unite da ragioni politiche, religiose o ideologiche inclusa l'intenzione di influenzare i governi e/o di incutere terrore nella popolazione o in una parte di essa. Per "agente chimico" si intende ogni composto che, quando diffuso, arreca incapacità, invalidità, danni o effetti letali alle persone, animali, piante e beni materiali. Per "agente biologico" si intende ogni agente patogeno (causa di malattie) microrganismi e/o tossine prodotte biologicamente (inclusi gli organismi geneticamente modificati e le tossine sintetizzate chimicamente) che causano malattie, incapacità, invalidità o la morte di uomini, animali e piante.

**Art. 3 – Decorrenza, durata e scadenza dell'Assicurazione. Inserimenti ed esclusioni**

1. Il primo periodo di assicurazione della presente CONVENZIONE decorre dalle ore 00.00 del 01/10/2017 e scade alle ore 24.00 del 30/09/2018. I successivi periodi, fino alla data di scadenza della CONVENZIONE, hanno durata di dodici mesi.
2. Entro il 01/02/2018, PREVIMODA, fornisce a Poste Vita l'elenco degli Assicurati – e le altre informazioni rilevanti ai fini dell'Assicurazione – da inserire in copertura a decorrere dal primo periodo di assicurazione.
3. A partire dal 01/02/2018 e di seguito entro il primo giorno lavorativo del secondo mese successivo a ciascun trimestre solare, per tutto il periodo di vigenza della CONVENZIONE, PREVIMODA, per il trimestre di riferimento fornisce a Poste Vita l'elenco degli Assicurati in copertura – e le altre informazioni rilevanti ai fini della CONVENZIONE – aggiornato con gli inserimenti le esclusioni successive all'inizio del periodo di assicurazione.
4. A partire dal 01/02/2018 e di seguito entro il primo giorno lavorativo del secondo mese successivo a ciascun trimestre solare, per tutto il periodo di vigenza della CONVENZIONE, PREVIMODA, per il trimestre di riferimento fornisce altresì a Poste Vita l'elenco dei premi versati dalle aziende di appartenenza per ciascun assicurato, attribuiti nel trimestre precedente alla posizione individuale dell'Assicurato stesso, distinti per trimestre di competenza del premio. Con la medesima periodicità, PREVIMODA fornisce a Poste Vita l'elenco dei premi erroneamente versati in precedenza e di cui le aziende di appartenenza degli Assicurati chiedono la restituzione.
5. Per gli Assicurati inseriti durante il periodo di assicurazione, l'Assicurazione decorre dalle ore 00.00 del giorno di inizio dell'associazione al Fondo. Per gli Assicurati esclusi la copertura cesserà alle ore 24.00 del giorno in cui si risolve il rapporto di lavoro o cessa l'associazione a PREVIMODA.

**Art. 4 – Premio: determinazione termini e modalità di pagamento**

1. L'Assicurazione è prestata a condizione che PREVIMODA versi a Poste Vita per ciascun Assicurato il premio (di seguito "Premio") come di seguito definito.
2. Per ciascun Assicurato, il Premio mensile è determinato moltiplicando l'ERN o Paga base del mese di riferimento del periodo di assicurazione per la percentuale dello 0,20%.

Per gli Assicurati per i quali la retribuzione sia temporaneamente ridotta per cause non dipendenti dalla loro volontà, il Premio sarà determinato moltiplicando la percentuale dello 0,20% per l'ERN o Paga base che sarebbe spettato/a in caso di normale attività lavorativa. Per gli Assicurati senza diritto alla retribuzione per cause non dipendenti dalla loro volontà, il Premio sarà determinato moltiplicando la percentuale dello 0,20% per l'ERN o Paga base percepiti nei 12 mesi precedenti l'assenza di retribuzione e sarà versato per un periodo massimo di 24 mesi. Nei casi di assenza di retribuzione per cause dipendenti dalla volontà degli Assicurati (aspettativa non retribuita), il Premio potrà essere versato, tramite PREVIMODA, su base volontaria e sarà determinato moltiplicando la percentuale dello 0,20% per l'ERN o Paga base che sarebbe spettato/a in caso di normale attività lavorativa.



3. Per gli Assicurati inseriti o esclusi nel corso del periodo di assicurazione, il Premio è determinato con riferimento alla sola frazione di anno, calcolata in giorni, di vigenza dell'Assicurazione.
4. Il Premio, al netto delle quote erroneamente versate di cui al precedente Art. 3 comma 4, è versato in rate trimestrali, con scadenza il primo giorno lavorativo del secondo mese successivo alla fine di ciascun trimestre solare, a partire dal 01/02/2018. Inoltre, alle medesime scadenze verranno regolati i ritardati versamenti. Il Premio è versato a mezzo bonifico bancario sul conto corrente indicato da Poste Vita. La relativa registrazione dell'addebito sul conto corrente di PREVIMODA ha valore di quietanza. La data di versamento del Premio è la data di valuta riconosciuta a Poste Vita o quella diversa della relativa operazione, se questa è successiva alla data di valuta stessa.
5. Per gli Assicurati ai quali compete la corresponsione della Somma Assicurata, il premio è dovuto sino al mese in cui cade la data dell'Evento, così come definita al precedente Art. 1 comma 3. Per gli Assicurati eventuali premi dovuti e non corrisposti verranno versati in un'unica soluzione.
6. Il mancato versamento del Premio da parte delle aziende di appartenenza degli Assicurati determina le conseguenze di cui al successivo Art. 5. In nessun caso il Fondo è tenuto a versare il Premio per gli Assicurati le cui aziende di appartenenza non versano le corrispondenti quote di retribuzione.

#### **Art. 5 – Mancato pagamento del Premio: sospensione e riattivazione dell'Assicurazione**

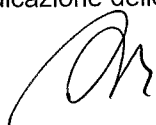
1. Per gli Assicurati per i quali il premio non venga corrisposto per quattro trimestri consecutivi, la garanzia si intenderà sospesa a partire dalle ore 24.00 della data di scadenza del primo trimestre insoluto.
2. Per gli Assicurati per i quali non si sia ancora verificato l'Evento, la garanzia è riattivata se vengono corrisposti tutti i premi trimestrali non pagati alla scadenza convenuta per il periodo assicurativo di riferimento.

#### **Art. 6 – Dichiarazioni e comunicazioni**

1. Le dichiarazioni di PREVIMODA devono essere esatte e complete.
2. L'inesatta indicazione della data di nascita e dell'ERN o Paga base dell'Assicurato comporta la rettifica della Somma Assicurata e, se del caso, del Premio.

#### **Art. 7 – Pagamento della Somma Assicurata**

1. Poste Vita effettua il pagamento della Somma Assicurata al Beneficiario a mezzo bonifico bancario entro 30 giorni dalla data in cui avrà ricevuto da PREVIMODA e/o dal Beneficiario tutta la documentazione prevista dal presente articolo. Decorso inutilmente detto termine, sono dovuti gli interessi legali.
2. Ai fini del pagamento della Somma Assicurata, il Beneficiario trasmette a Poste Vita apposita domanda, con indicazione delle coordinate bancarie del conto corrente da accreditare; la domanda è



accompagnata dalla certificazione rilasciata dal datore di lavoro in merito all'ERN o Paga base dell'Assicurato ed è corredata dai documenti e informazioni di seguito indicate.

Per il caso di decesso dell'Assicurato:

- a. Conferma scritta, da parte del Fondo, delle generalità del Beneficiario, dell'avvenuta presentazione da parte di quest'ultimo della richiesta di riscatto della posizione previdenziale maturata presso il Fondo;
- b. Certificato di morte dell'Assicurato con indicazione della data di nascita;
- c. Dati necessari per l'identificazione di ciascun Beneficiario ai sensi della normativa antiriciclaggio;
- d. Fotocopia fronte retro del documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale del/i Beneficiario/i;
- e. In caso di Beneficiario minorenne o incapace, copia autentica del decreto dell'autorità competente che autorizzi tale Beneficiario a riscuotere la Somma Assicurata.

Per il caso di invalidità dell'Assicurato:

- a. Copia del certificato di riconoscimento del diritto alla percezione dell'assegno ordinario di invalidità o della pensione di inabilità rilasciato dall'Ente previdenziale di riferimento;
- b. Nel caso di riconoscimento del diritto alla percezione dell'assegno ordinario di invalidità, documentazione comprovante la sussistenza del diritto alla percezione dell'assegno ordinario di invalidità alla data di cessazione del rapporto di lavoro, anche mediante esibizione del pagamento ricevuto dall'Ente previdenziale nel mese di cessazione o nel mese immediatamente precedente;
- c. Dichiarazione del datore di lavoro attestante la cessazione del rapporto di lavoro;
- d. Dati necessari per l'identificazione dell'Assicurato ai sensi della normativa antiriciclaggio;
- e. Fotocopia fronte retro del documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'Assicurato;
- f. Per i soli assicurati di cui all'Art. 1 comma 8, la documentazione di cui alla precedente lettera b) è sostituita da quella prevista all'Allegato A.

Per il caso di figlio/i a carico non autosufficiente

- a. Certificato di Stato di Famiglia;
- b. Richiesta di riconoscimento capitale aggiuntivo in caso di Non Autosufficienza del figlio dell'Assicurato (Allegato B);
- c. Questionario di Non Autosufficienza - Figlio dell'Assicurato (Allegato C);
- d. Questionario di Non Autosufficienza del figlio dell'Assicurato – Medico (Allegato D).

Per il caso di figlio/i a carico minore

- a. Certificato di Stato di Famiglia.





3. Poste Vita si impegna a dare comunicazione mensile a PREVIMODA dell'avvenuta liquidazione delle Somme Assicurate, delle richieste di indennizzo in corso di lavorazione e delle richieste di indennizzo rifiutate.

#### **Art. 8 – Controversie**

1. Qualsivoglia controversia scaturente dalla presente CONVENZIONE è devoluta all'autorità giudiziaria ordinaria e il foro competente è quello di Milano.
2. È in facoltà dell'Assicurato o del/i Beneficiario/i di adire autonomamente l'autorità giudiziaria per ogni controversia scaturente dalla presente CONVENZIONE.
3. La competenza territoriale in tal caso è del Tribunale del luogo di residenza dell'Assicurato o del Beneficiario.

#### **Art. 9 – Riservatezza e segretezza**

1. Nello svolgimento delle attività oggetto della CONVENZIONE, ciascuna delle Parti potrebbe avere accesso a informazioni dell'altra Parte (in forma cartacea o elettronica) relative ad attività passate, presenti o future, riguardanti l'impresa, la ricerca, lo sviluppo, i prodotti, i servizi e le conoscenze tecniche - incluso il *know-how* -; tali informazioni dovranno intendersi come riservate (di seguito: "Informazioni Riservate") e ad esse si applicheranno le disposizioni del presente articolo.
2. Le Informazioni Riservate della Parte che le rivela possono essere utilizzate dall'altra Parte solo in relazione all'esecuzione della presente CONVENZIONE. Ciascuna Parte si impegna a proteggere la riservatezza delle Informazioni Riservate dell'altra Parte con la stessa cura con la quale protegge la riservatezza di quelle proprie e, comunque, in nessun caso le Parti useranno meno della ragionevole diligenza nel proteggerle. L'accesso alle Informazioni Riservate sarà limitato a – ed esse saranno utilizzate solo da – il personale di Poste Vita e di PREVIMODA per l'uso consentito ai sensi della presente CONVENZIONE.
3. Tutte le Informazioni Riservate messe a disposizione nel corso dell'esecuzione della presente CONVENZIONE, incluse eventuali loro copie, saranno restituite o distrutte, dietro richiesta scritta dell'altra parte, solo al verificarsi del primo tra i seguenti eventi:
  - a. Cessazione, per qualsiasi causa, della presente CONVENZIONE;
  - b. Richiesta della Parte che le ha rivelate, a meno che la Parte che le abbia ricevute non sia autorizzata a trattenerle ad altro titolo e salvo quanto diversamente previsto dalla presente CONVENZIONE.
4. Ciascuna Parte potrà utilizzare liberamente Informazioni Riservate (ivi incluse, a titolo meramente esemplificativo, idee, concetti, *know-how*, tecniche e metodologie)
  - a. Precedentemente conosciute da tale Parte;
  - b. Che siano o diventino di pubblico dominio, senza che ciò avvenga in conseguenza di violazioni della presente CONVENZIONE.

5. Salvo gli obblighi derivanti da disposizioni di legge e/o dell'autorità di controllo, nonché da ordini della pubblica autorità, le Parti non riveleranno né trasferiranno le Informazioni Riservate a terzi. Non verranno considerate terze parti le società dei rispettivi gruppi societari.
6. L'obbligo di riservatezza non concerne i dati e le informazioni di pubblico dominio.
7. Gli obblighi di riservatezza di cui ai precedenti commi continueranno a trovare applicazione anche per un periodo di 3 anni dalla risoluzione, per qualsiasi ragione e/o causa della CONVENZIONE.

#### **Art. 10 – Protezione dei dati personali**

Poste Vita si impegna ad assicurare la segretezza e la sicurezza di tutti i documenti, dati e più in generale di ogni informazione di cui venisse a conoscenza in occasione dello svolgimento delle attività di cui alla presente CONVENZIONE, in linea con i principi guida delle vigenti (D.Lgs.196/2003) e future disposizioni normative in materia di tutela dei dati personali.

Poste Vita inoltre si impegna ad applicare immediatamente eventuali ulteriori misure di sicurezza che il Garante per la protezione dei dati personali dovesse disporre in futuro.

I dati forniti da PREVIMODA saranno trattati da Poste Vita - ai sensi e per gli effetti del D.Lgs.196/2003 - in qualità di Titolare.

Il Fondo assicura e garantisce, tenendo la Società manlevata da qualsiasi conseguenza che dovesse derivare dall'inadempimento, che:

- I dati che il Fondo trasmetterà alla Società sono stati raccolti presso gli interessati nel rispetto delle vigenti normative;
- Gli interessati sono stati previamente informati che nello svolgimento delle attività di gestione del rapporto previdenziale il Fondo si deve avvalere di altri soggetti, individuati per categorie (l'elenco dei soggetti individuati nominativamente è conservato e costantemente aggiornato presso il Fondo stesso a disposizione degli Assicurati);
- Il Fondo da atto che l'informativa per ciascun Assicurato viene rilasciata al momento dell'adesione al Fondo e che il Fondo ha consegnato in visione il *fac-simile* della propria informativa alla Società, garantendo che ciascun Assicurato è stato correttamente informato;
- Alla presente Convenzione viene allegata l'informativa sul trattamento dei dati predisposta dalla Società a beneficio degli interessati (Allegato E).

La Società manterrà verso terzi la massima riservatezza e il segreto su quanto concerne dati, informazioni, *know-how*, attrezzature e quant'altro riguarda l'organizzazione del Fondo.

Poste Vita si impegna a prendere ogni necessaria e/o opportuna precauzione al fine di adempiere all'obbligo di segretezza, ivi compresa quella di portarlo a conoscenza del personale che, di volta in volta, verrà addetto all'esecuzione delle attività oggetto della presente CONVENZIONE e di curare che venga dal medesimo osservato, restando a tutti gli effetti responsabile anche nei confronti del Fondo per qualsiasi eventuale violazione.



**Art. 11 – Forma delle comunicazioni**

1. Tutte le comunicazioni alle quali le Parti e l'Assicurato e/o il Beneficiario sono tenuti ai sensi della CONVENZIONE devono essere fatte per iscritto, senza necessità di forme particolari.
2. In caso di contestazioni, le comunicazioni si presumono pervenute quando l'interessato dimostri di avere comunque assolto l'onere di spedizione; a tale scopo, in caso di invio a mezzo telefax o e-mail, varrà come prova anche il tabulato di spedizione di fax o di telefax o la conferma di lettura dell'e-mail.

**Art. 12 – Decorrenza e durata della CONVENZIONE**

1. La presente CONVENZIONE decorre dalle ore 00.00 del 01/10/2017 e scade alle ore 24.00 del 30/09/2020.
2. La presente CONVENZIONE si intenderà rinnovata tacitamente di triennio in triennio, a meno che non sia data disdetta scritta da una delle Parti, tramite invio di lettera raccomandata A.R. o Posta Elettronica Certificata, che dovrà pervenire all'altra Parte almeno 90 giorni prima della scadenza naturale, eventualmente prorogata.
3. È facoltà sia di PREVIMODA che di Poste Vita recedere ad ogni ricorrenza annuale (30/09 di ogni anno) dalla Convenzione con un preavviso minimo di 90 giorni tramite lettera raccomandata A.R. o Posta Elettronica Certificata inviata da una delle Parti.
4. In caso di disdetta o recesso, il termine di durata della presente Convenzione si intende prorogato fino all'accettazione dell'incarico da parte di un'altra Compagnia, con un massimo di 6 mesi dalla data di scadenza del termine stesso. Durante tale proroga, valgono le disposizioni del successivo comma 5.
5. Nell'ipotesi di cui al precedente comma 4:
  - a. PREVIMODA comunicherà a Poste Vita la data di decorrenza della nuova CONVENZIONE;
  - b. Il Premio di cui Art. 4 della presente CONVENZIONE è dovuto solo con riferimento alla frazione di anno – calcolata in mesi – di operatività dell'assicurazione;
  - c. Per gli assicurati ai quali sia corrisposta la Somma Assicurata, si applica quanto previsto all'Art. 4, comma 5 della presente CONVENZIONE.



**Art. 13 – Disposizioni finali**

1. La presente CONVENZIONE non è cedibile dalla Compagnia, senza preventivo consenso scritto di PREVIMODA.
2. PREVIMODA e Poste Vita prendono espressamente atto e riconoscono che ciascuna delle clausole della presente CONVENZIONE è stata oggetto di trattativa individuale e che pertanto non trovano applicazione le disposizioni contenute agli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile.
3. Le clausole della presente CONVENZIONE dovranno interpretarsi secondo il senso letterale delle parole utilizzate, senza possibilità di integrare e/o chiarire il loro contenuto ricorrendo a contratti, atti o documenti di qualsivoglia natura, pur se richiamati in CONVENZIONE.

Fatta e sottoscritta in duplice copia ad un solo effetto ad uso delle parti contraenti.

Roma, 10/11/2017

**PREVIMODA**  
Il Presidente

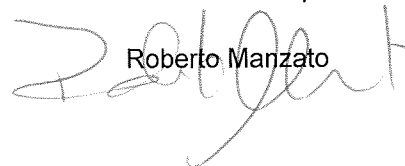
Roberto Arioli



**POSTE VITA S.p.A.**

Rappresentante Legale di Poste Vita S.p.A.  
in virtù di Procura Speciale

Roberto Manzato



**ALLEGATO A**

**Accertamento autonomo da parte di Poste Vita dell'invalidità dell'Assicurato nel caso di mancanza dei requisiti di anzianità contributiva necessari ai fini del riconoscimento dell'assegno ordinario di invalidità o della pensione di inabilità da parte dell'Ente Previdenziale di riferimento ai sensi dell'art. 1 comma 8 della CONVENZIONE.**

**Art.1 - Accertamento dell'invalidità**

Poste Vita a seguito della ricezione della domanda per il pagamento della somma assicurata per invalidità presentata dall'iscritto e, ove esistente, di copia dell'ultima cartella clinica procederà con l'accertamento autonomo dell'invalidità dell'iscritto.

Qualora l'esame della documentazione indicata sia incompleta o evidenzi situazioni particolari o dubbie, tali da non consentire la verifica dell'obbligo di pagamento, Poste Vita richiederà tempestivamente l'ulteriore documentazione necessaria in relazione alle particolari esigenze istruttorie.

Su richiesta di Poste Vita l'Assicurato ha pertanto l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti medici necessari per valutare lo stato di invalidità, presso strutture sanitarie e presso medici di fiducia della stessa Poste Vita.

L'Assicurato è tenuto a fornire in modo veritiero e completo le dichiarazioni e le prove richieste da Poste Vita per l'accertamento dell'invalidità e delle relative cause.

**Art. 2 - Controversie di natura medica**

Nel caso in cui l'invalidità non venga riconosciuta da Poste Vita l'Assicurato ha facoltà, entro il termine di 120 giorni dalla comunicazione avutane, di promuovere azione legale per il riconoscimento dell'invalidità.

La competenza a decidere della controversia per il riconoscimento dell'invalidità è devoluta in via esclusiva al Tribunale del luogo di residenza dell'Assicurato.



**ALLEGATO B**

**Richiesta di riconoscimento capitale aggiuntivo in caso di Non Autosufficienza del figlio dell'Assicurato**

Spedire a Poste Vita S.p.A., Viale Beethoven, 11 - 00144 Roma (RM)

Il trattamento dei dati personali e sensibili raccolti con il presente modulo avverrà secondo le modalità e le finalità descritte all'interno dell'informativa privacy.

Per ulteriori informazioni riguardanti il trattamento dei dati personali e sensibili, nonché per ottenere chiarimenti per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 (es. revoca del consenso ecc.), si prega di consultare l'Informativa ex art. 13 D.Lgs.196/2003 presente sul sito internet della Compagnia [www.postevita.it](http://www.postevita.it).

Figlio dell'Assicurato

N° POLIZZA.....

COGNOME.....NOME.....

RECAPITO.....

LO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA E' CONSEGUENZA DI UN INFORTUNIO?

SI

NO

INDICARE IN BREVE LA DINAMICA.....

LO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA E' CONSEGUENZA DI UNA MALATTIA?

SI

NO

INDICARE IN BREVE LA DINAMICA.....

**INDICAZIONI PER L'ATTESTAZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA.**

In caso di richiesta di attestazione dello stato di non autosufficienza del figlio dell'Assicurato, oltre al presente modulo, dovranno essere allegati i seguenti documenti:

- Questionario di Non Autosufficienza - Figlio dell'Assicurato avente diritto (Allegato C)
- Questionario di Non Autosufficienza del figlio dell'Assicurato – Medico (Allegato D)

L'avente diritto è riconosciuto non autosufficiente nel caso in cui risulti permanentemente incapace di svolgere almeno 3 dei 4 atti "elementari" della vita quotidiana e necessita pertanto della costante assistenza di una terza persona.



**ALLEGATO C**

**Questionario di Non Autosufficienza - Figlio dell'Assicurato avente diritto**

Dati dell'Assicurato:

Nome e Cognome dell'Assicurato: .....

Nome e Cognome del Figlio dell'Assicurato per cui si richiede la prestazione aggiuntiva:

.....

Indirizzo: .....

**Le domande sono rivolte alle condizioni cliniche del figlio dell'Assicurato.**

**1. Storia medica**

A) Di quali disturbi, malattie, menomazioni soffre attualmente o ha sofferto recentemente?

Descriva i sintomi attuali: .....

Queste condizioni sono dovute a un infortunio? Si  No

In caso affermativo, fornire dettagli: .....

B) Percepisce una pensione d'invalidità o una pensione per inabilità permanente o un anticipo di pensione per ragioni di salute: Si  No

In caso affermativo indicare il tipo di pensione: .....

da quando: .....

Grado d'invalidità: .....%

C) Quando ha consultato per la prima volta il suo medico in relazione a quanto descritto al punto A)?  
.....

D) Quando si è reso necessario per la prima volta un trattamento medico in relazione a quanto descritto al punto A)?  
.....

E) Che tipo di trattamento sta seguendo attualmente e quali farmaci assume?  
.....



.....  
.....

F) La condizione descritta al punto A) è peggiorata o migliorata dalla sua insorgenza nel tempo fino ad ora?  
.....  
.....

G) In precedenza, ha mai sofferto della condizione di cui al punto A) o di condizioni simili?      Si  No

In caso affermativo, fornire dettagli comprese le date di eventuali visite mediche e nome dei medici consultati:  
.....  
.....  
.....  
.....

H) Richiede costantemente l'assistenza di un'altra persona?      Si  No

**2. Particolari sul sinistro**

A) Se risiede in casa di cura, di riposo o struttura analoga, indicare nome, indirizzo: .....  
.....  
.....  
.....  
..... Data d'ingresso: .....

B) Se vive in casa propria, specificare nome e indirizzo della persona che eventualmente fornisce assistenza a domicilio, da quale data e la frequenza:  
.....  
.....  
.....

C) Vive da solo?      Si  No

In caso di negazione, specificare il nome di eventuali persone di riferimento:  
.....  
.....

D) Specificare nome e indirizzo del medico curante che la segue attualmente:  
.....  
.....





.....  
.....  
.....  
Se ha consultato un altro medico o specialista in merito alla Sua condizione attuale, specificare nome e indirizzo:

.....  
.....  
.....

### 3. Particolari sul tipo d'invalidità

#### A) Lavarsi:

È in grado di svolgere le seguenti attività senza aiuto?

- Lavarsi nella vasca? Sì  No   
Lavarsi nella doccia? Sì  No   
Lavarsi in modo soddisfacente in altro modo? Sì  No

Se non è in grado, specificare il motivo e il tipo di aiuto necessario:

.....  
.....  
.....

#### B) Vestirsi

È in grado di vestirsi completamente e senza aiuto? Sì  No

Se non è in grado, specificare cosa non riesce a fare e il tipo di aiuto necessario:

.....  
.....  
.....

#### C) Alimentarsi

È in grado di alimentarsi senza aiuto? Sì  No

Se non è in grado, specificare il problema e la forma di aiuto necessario:

.....  
.....  
.....

#### D) Spostarsi

È in grado alzarsi dal letto, sedersi, o alzarsi dalla sedia senza aiuto? Sì  No



Se non è in grado, specificare il motivo e la forma di aiuto necessario:

.....  
.....  
.....

**In caso di necessità l'Assicurato o gli aventi diritto, sono pregati di fornire tutta la documentazione medica (lettere di dimissione da ricoveri ospedalieri, certificati, cartelle cliniche...) rilevante per la valutazione dello stato di Non Autosufficienza.**

Data: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**ALLEGATO D**

**Questionario di Non Autosufficienza del figlio dell'Assicurato - Medico**

**Dati dell'Assicurato:**

Nome e Cognome dell'Assicurato: .....

Nome e Cognome del Figlio dell'Assicurato per cui si richiede la prestazione aggiuntiva:

.....

**DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE del figlio dell'assicurato:**

**Dati del medico curante:**

Nome e Cognome del medico curante: .....

Indirizzo: .....

Numero di telefono: .....

**1. Lei è il medico curante del figlio dell'Assicurato?** Si  No   
In caso affermativo, da quanto tempo? .....

**2. In che data ha visitato il figlio Assicurato l'ultima volta?** .....  
Quando ha visitato per la prima volta il figlio dell'Assicurato in merito alla sintomatologia attuale?  
.....

**3. Particolari sul domicilio e situazione attuale:**  
Il figlio dell'Assicurato vive a casa propria?   
o risiede in una casa di cura?

A) Se vive a casa propria:  
Quali cure, trattamenti o aiuti richiede e da quando?  
.....  
.....

Il figlio dell'Assicurato richiede costantemente l'assistenza di una terza persona per effettuare le attività elementari della vita quotidiana? Si  No

In caso affermativo, trattasi di:  
parenti, amici:   
assistenza a domicilio:   
in caso di assistenza a domicilio indicare le ore settimanali: .....  
Note aggiuntive: .....

B) Se risiede in casa di cura, di riposo o struttura analoga, indicare:  
Nome: .....  
Indirizzo: .....  
Data di ingresso: .....  
Eventuale data d'uscita: .....



Eventuale data di trasferimento in una struttura analoga: .....

**4. Cause della richiesta della perdita di autosufficienza:**

A) Data della prima manifestazione di difficoltà ad effettuare le attività elementari della vita quotidiana:

.....

B) In caso d'infortunio:

Data dell'infortunio: .....

Quali sono i postumi: .....

.....

.....

C) In caso di malattia:

Diagnosi: .....

Si tratta di una malattia ricorrente: .....

Data della diagnosi: .....

D) Quali sono i trattamenti attuali?

Farmaci: .....

.....

.....

Cure infermieristiche: .....

.....

Trattamenti di fisioterapia/ergoterapia: .....

.....

Altri: .....

.....

E) C'è possibilità di miglioramento/evoluzione dello stato clinico attuale?

.....

.....

.....

Lo stato clinico attuale può essere considerato consolidato, non evolutivo?

.....

.....

.....

F) Il figlio dell'Assicurato fa uso o ha fatto uso eccessivo di alcolici?

Si  No

In caso affermativo quanto e da quando: .....

Lo stato di non autosufficienza può essere legato all'eccessivo consumo? Si  No

G) Il figlio dell'Assicurato percepisce una pensione d'invalidità o una pensione per inabilità permanente o un anticipo di pensione per ragioni di salute: Si  No

In caso affermativo indicare il tipo di pensione: .....



da quando: .....  
Grado di invalidità: ..... %

**5. Fornire la storia medica pregressa del figlio dell'Assicurato: eventuali malattie fisiche/mentali ed infortuni**

Diagnosi esatta	Data della diagnosi	Tipo di trattamento medico ed eventuale durata	Postumi

**6. Descrizione dettagliata delle deficienze dei vari apparati:**

**A) APPARATO LOCOMOTORE:**

Arto superiore (AS)

parte dominante:

destra  sinistra

Arto inferiore (AI)

parte dominante:

destra  sinistra

Eventuali protesi: .....

Paralisi:  ASD  ASS  AID  AIS  emicorpo

Paresie:  ASD  ASS  AID  AIS  emicorpo

**B) APPARATO RESPIRATORIO:**

Elementi clinici:

broncorrea

ipertensione polmonare

affaticamento

dispnea



.....  
.....  
**K) QUADRO NEURO-PSICHIATRICO**

**DA COMPILARE SOLAMENTE IN CASO DI DEMENZA SENILE O PRESENILE INVALIDANTE**

Risultati dei test psicoattitudinali:

MMS: .....  
.....  
.....

Altri .....  
.....  
.....

	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Gravità</b> <b>1: lieve</b> <b>2: media</b> <b>3: severa</b>
Idee deliranti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3
Allucinazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3
Agitazione/Aggressività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3
Depressione/ Disforia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3
Ansia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3
Apatia/Indifferenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3

**Valutazione dei disturbi:**

	<b>Nessuna difficoltà</b>	<b>Difficoltà moderata</b>	<b>Grave difficoltà</b>
Parlare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Percepire il suono delle parole e valutazione a comprendere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientarsi all'interno della propria dimora abituale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ricordarsi gli avvenimenti recenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ricordarsi gli avvenimenti passati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**7. Valutazione del livello di autosufficienza**

Quali delle seguenti attività il figlio dell'Assicurato è/non è in grado di svolgere?

**A) Lavarsi:**

Il figlio dell'Assicurato è in grado di mantenere una corretta igiene personale: capacità di farsi il bagno o la doccia o lavarsi in maniera soddisfacente in altro modo? Ciò implica che il figlio dell'Assicurato è in grado di lavarsi dalla testa ai piedi in modo da mantenere, anche in caso d'incontinenza, un livello soddisfacente d'igiene personale, spontaneamente e senza l'aiuto di una terza persona.

- Tutto da solo, facilmente Sì  No
- Tutto da solo, con difficoltà Sì  No
- Con un'assistenza parziale per qualche parte del corpo Sì  No
- Nonostante l'utilizzo di ausili specifici, il figlio dell'Assicurato dipende interamente dall'assistenza di una terza persona per la totalità della sua igiene personale. Sì  No

Note aggiuntive: .....

.....

.....

.....

**B) Vestirsi**

Il figlio dell'Assicurato è in grado di vestirsi?  
Capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo d'indumento compresi indumenti speciali o ausili adatti al tipo di disabilità del figlio dell'Assicurato/a senza l'assistenza di una terza persona. La capacità di allacciarsi/slacciarsi le scarpe o di indossare/togliere calze o calzini non è considerata determinante per la valutazione.

- Tutto da solo, facilmente Sì  No
- Tutto da solo, con difficoltà Sì  No
- Con un'assistenza parziale per indossare, togliere, allacciare o slacciare alcuni vestiti. Sì  No

Nonostante l'utilizzo di ausili specifici, il figlio dell'Assicurato dipende interamente dall'assistenza di una terza persona per vestirsi e spogliarsi. Sì  No

Note aggiuntive: .....

.....

.....

.....



C) Alimentarsi

Il figlio dell'Assicurato è in grado di alimentarsi?

Capacità di mangiare e bere autonomamente cibo preparato da terzi. Ciò implica che il figlio dell'Assicurato è in grado di tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca e inghiottirlo senza l'aiuto di una terza persona.

Tutto da solo, facilmente Sì  No

Tutto da solo, con difficoltà Sì  No

Il figlio dell'Assicurato necessita un'assistenza parziale, per esempio per tagliare il cibo Sì  No

Nonostante l'utilizzo di ausili specifici, il figlio dell'Assicurato dipende interamente dall'assistenza di una terza persona per alimentarsi Sì  No

Note aggiuntive: .....  
.....  
.....  
.....

D) Spostamento/Deambulazione

Il figlio dell'Assicurato è in grado di spostarsi nella propria dimora abituale?

Capacità di alzarsi da una sedia o dal letto e viceversa o di spostarsi da una sedia al letto e viceversa anche con l'aiuto di ausili specifici senza l'aiuto di una terza persona.

Tutto da solo, facilmente Sì  No

Tutto da solo, con difficoltà o con ausili specifici (bastone, stampelle, deambulatore, carrozzina,...) Sì  No

Con l'assistenza per certi spostamenti, per esempio fare un paio di passi, scendere dal letto, alzarsi da una sedia. Sì  No

Nonostante l'utilizzo di ausili specifici, il figlio dell'Assicurato dipende interamente dall'assistenza di una terza persona per tutti gli spostamenti all'interno della propria dimora. Sì  No

Note aggiuntive: .....  
.....  
.....  
.....

Data: \_\_\_\_\_

Firma e timbro \_\_\_\_\_



**ALLEGATO E**

**Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003  
(Codice in materia di protezione dei dati personali)**

Poste Vita S.p.A (di seguito "Poste Vita"), Società del Gruppo Poste Italiane - con sede in Roma, Viale Beethoven, 11 che opera in qualità di "Titolare" del trattamento, nel pieno rispetto delle disposizioni dettate dal D.lgs. n.196/03 Codice in materia di protezione dei dati personali (di seguito "Codice") fornisce le seguenti informazioni riguardanti il trattamento dei dati personali degli assicurati (di seguito "Interessati").

**Fonte dei dati personali**

Al fine di fornire i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti o previsti a favore dell'interessato, Poste Vita deve disporre di dati personali, che possono essere raccolti presso l'interessato stesso, al momento della richiesta del prodotto o del servizio oppure nel corso del rapporto contrattuale nonché, presso altri soggetti inerenti al rapporto contrattuale (es. contraenti di assicurazione in cui l'interessato risulti essere assicurato, beneficiario, coobbligati ecc.) e/o intermediari assicurativi e riassicurativi (quali, Poste Italiane S.p.A. patrimonio BancoPosta, i soggetti addetti all'intermediazione quali dipendenti, collaboratori ed altri incaricati dell'intermediario stesso per l'attività svolta al di fuori dei locali dove lo stesso opera; agenti; broker di assicurazione, ecc.).

I dati personali possono essere raccolti di persona o anche telefonicamente (es. tramite call center) o anche attraverso tecniche di comunicazione a distanza (fra cui la e-mail il sito internet ed i servizi web in esso contenuti).

**Finalità del trattamento, natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati personali e conseguenze di un eventuale rifiuto**

I dati personali saranno trattati da Poste Vita per dar corso alle richieste dell'Interessato e/o per eseguire gli obblighi derivanti dal contratto stipulato con il Contraente o per adempiere a specifiche richieste del Contraente o dell'interessato prima della conclusione del contratto; inoltre per l'adempimento di obblighi di legge, nonché per le attività connesse e strumentali alla gestione del rapporto contrattuale, ivi compresi i rapporti relativi ad eventuali servizi accessori, secondo le ordinarie e molteplici attività e modalità operative dell'assicurazione.

In particolare, i dati personali saranno trattati da Poste Vita nel quadro delle finalità "assicurative" le quali richiedono, necessariamente, che i dati siano trattati per: predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio o difesa dei diritti di Poste Vita; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; gestione e controllo interno; attività statistiche.

Inoltre ove espressamente richiesto dalle disposizioni normative vigenti in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo internazionale (d.lgs. n. 231/2007 e n. 109/2007), i dati raccolti saranno trattati per l'esecuzione degli obblighi di adeguata verifica, registrazione, conservazione, comunicazione e segnalazione, nonché per attuare le relative misure volte a prevenire, contrastare e reprimere il finanziamento del terrorismo e l'attività dei paesi che minacciano la pace e la sicurezza internazionale.

Per finalità amministrativo-contabili, Poste Vita potrà comunicare i dati personali alle società del Gruppo Poste Italiane. I trattamenti effettuati per finalità amministrativo-contabili sono quelli connessi allo svolgimento delle attività di natura organizzativa, amministrativa, finanziaria e contabile, a prescindere dalla natura dei dati trattati (attività organizzative interne, quelle funzionali all'adempimento di obblighi contrattuali e precontrattuali, la tenuta della contabilità etc.).

Per tutte le finalità sopra descritte il conferimento dei dati è obbligatorio, in mancanza, non sarà possibile fornire il prodotto assicurativo e/o il servizio richiesto.

**Dati sensibili e giudiziari**

Per la fornitura di prodotti e/o servizi assicurativi ed in particolare nell'ambito del servizio di liquidazione sinistri, Poste Vita ha la necessità di trattare anche dati di natura "sensibile" (cioè dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché ed in particolare i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.



Il consenso espresso per il trattamento di tali dati sensibili, compresi quelli sanitari (ex art. 23 del Codice), e raccolto nei limiti delle sole finalità assicurative sopra descritte, verrà richiesto all'interno di specifica modulistica (es. Modulo Denuncia Sinistri) messa a disposizione dell'Interessato.

Poste Vita non tratterà dati di natura "giudiziarie" (cioè dati personali idonei a rivelare provvedimenti di cui all'articolo 3, comma 1, lettere da a) ad o) e da r) ad u), del D.P.R. 14 novembre 2002, n. 313, in materia di casellario giudiziale, di anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato e dei relativi carichi pendenti, o la qualità di imputato o di indagato ai sensi degli articoli 60 e 61 del codice di procedura penale.

#### **Modalità di trattamento dei dati personali**

Il trattamento dei dati personali (compresi quelli sensibili) avverrà mediante strumenti cartacei, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

#### **Soggetti che possono venire a conoscenza dei dati personali in qualità di Responsabili o Incaricati e soggetti o categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati**

In considerazione della complessità organizzativa e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali Poste Vita informa che i dati personali saranno trattati (il "trattamento" può comportare le seguenti operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a) del Codice: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati) da dipendenti e/o collaboratori designati quali Responsabili o Incaricati nell'ambito delle rispettive mansioni ed in conformità alle istruzioni ricevute nel rispetto delle finalità sopra descritte.

Inoltre, Poste Vita potrà comunicare i dati personali a soggetti terzi, ivi comprese le società del Gruppo Poste Italiane, per lo svolgimento di alcune attività (o parte di esse) strettamente necessarie per dar corso alla richiesta dell'Interessato e/o essenziali in relazione all'esecuzione del contratto. I predetti soggetti opereranno in qualità di Responsabili esterni, appositamente nominati da Poste Vita, oppure in qualità di Titolari autonomi del trattamento; in tale ultimo caso, provvederanno a rendere all'Interessato idonea informativa ai sensi dell'art. 13 del Codice. Tali soggetti, anche esteri e/o appartenenti a gruppi societari esteri, in relazione al prodotto o al servizio richiesto, saranno individuati nell'ambito delle seguenti categorie:

A) intermediari assicurativi e riassicurativi ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; consulenti tecnici ed altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto di Poste Vita, quali professionisti legali, periti e medici; cliniche convenzionate; società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di consulenza per tutela giudiziaria.

B) società di servizi informatici, telematici e di telecomunicazione; società per la lavorazione, elaborazione e archiviazione dei dati; società di servizi postali per le comunicazioni dirette agli interessati; società (es. call center) per attività di assistenza, pubblicità, promozioni, ricerche di mercato e rilevazioni del grado di soddisfazione della clientela; società di revisione e certificazione delle attività svolte dal Gruppo Assicurativo Poste Vita anche nell'interesse della clientela; società di assistenza e consulenza; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti; soggetti che svolgono attività di garanzia assegni. C) autorità e organi di vigilanza e controllo e in generale soggetti, pubblici o privati, con funzioni di rilievo pubblicitario (es. IVASS, CONSOB, COVIP, ANIA, CIRT, CONSAP, Banca d'Italia, UIF, ecc.); soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi ai danni degli intermediari finanziari.

Per conoscere l'elenco aggiornato dei soggetti che possono trattare i dati personali e/o dei soggetti ai quali gli stessi possono essere comunicati è possibile rivolgersi al Referente privacy, Viale Beethoven, 11, 00144, Roma, Fax 06.54.92.42.58 o in alternativa al seguente indirizzo di posta elettronica [privacy@postevita.it](mailto:privacy@postevita.it)

#### **Esercizio dei diritti ex Art. 7 D.Lgs. 196/03**

Presso il sopra indicato Referente Privacy, l'interessato potrà esercitare i diritti previsti dall'Art. 7 del D.Lgs. 196/2003, quali ad esempio il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali, della loro comunicazione, il diritto di richiedere l'aggiornamento, la rettifica o integrazione, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco per i trattamenti in violazione di legge, nonché di opporsi al trattamento dei dati per finalità promozionali.

