

WHITE COLLARS DIRIGENTE

**ASSICURAZIONE TEMPORANEA MONOANNUALE DI GRUPPO
PER IL CASO DI MORTE E DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE****CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA VITA N. 93378**

Stipulato tra:

INFRATRASPORTI. TO SRL (P.I./C.F.: 10319310016), in seguito chiamato/a “*Contraente*” e
GENERALI Italia S.p.A., in seguito chiamata “*Società*”**PREMESSA**

Con il presente contratto di assicurazione il Contraente, in ottemperanza alle disposizioni dei vigenti Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria oppure in base al Contratto Integrativo, all’Accordo e/o al Regolamento Aziendale in vigore, intende stipulare a favore dei propri *dirigenti* un’assicurazione per il caso di morte e di invalidità totale e permanente.

Tutto il personale dirigente in servizio al momento della stipulazione del presente contratto, nonché quello di futura assunzione, costituisce il complesso degli assicurandi.

Il presente contratto è regolato:

- dalle Condizioni di assicurazione del Fascicolo informativo *White Collars Dirigenti I/M, ed.05/2016* consegnato al Contraente;
- da eventuali Appendici successive;
- dalle disposizioni legislative in materia.

DECORRENZA E DURATA DEL CONTRATTO

Il presente contratto viene stipulato con *decorrenza* dalle ore 00 del 1 Luglio 2016 e *scadenza* alle ore 24 del 31 dicembre 2020.

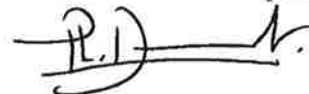
POSIZIONI ASSICURATIVE INDIVIDUALI

Per ciascun dirigente inserito in assicurazione la Società emette un’assicurazione monoannuale che si rinnova al 1° gennaio di ogni anno (*ricorrenza annuale* delle posizioni assicurative individuali).

Mogliano Veneto, 19 Settembre 2016

CONTRAENTE

(Timbro e firma)

GENERALI Italia S.p.A.

Il Contraente, ai sensi degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, dichiara di aver preso conoscenza e di approvare specificatamente l’Art. 9 – *Durata del contratto e della posizione assicurativa*, e l’Art. 20 – *Collegio Arbitrale*, delle Condizioni di assicurazione.

CONTRAENTE

(Timbro e firma)

Contratto collettivo n. 93378

Contraente: INFRATRASPORTI. TO SRL (C.F./P.I.: 10319310016)

APPENDICE AGGIUNTIVA

al Contratto collettivo n. 93378 stipulato con decorrenza 01/07/2016 tra:
INFRATRASPORTI. TO SRL e GENERALI Italia S.p.A.

A parziale modifica di quanto previsto nel contratto in oggetto - con effetto dal 01/07/2016 - si stabilisce quanto segue:

Art. 1 - Documentazione assuntiva, accertamenti e dichiarazioni dell'Assicurando

Con riferimento all'Art. 3 e all'Art. 6 delle Condizioni di assicurazione, ai fini dell'ingresso in assicurazione del gruppo iniziale di assicurati proveniente da altro contratto e a parità di capitale assicurato, si conferma che non verrà richiesta la presentazione di alcuna documentazione.

Rimarranno in ogni caso in vigore eventuali sovrappremi in corso.

Per tutti gli ingressi in assicurazione successivi al gruppo iniziale, per aumenti di capitali su posizioni in corso e per i casi di revisione del rischio rimane in vigore quanto già stabilito all'Art. 6 e nell'Allegato I delle Condizioni di assicurazione del presente contratto, in considerazione del capitale assicurato richiesto.

Art. 2 - Sconto sui tassi di premio

In deroga a quanto previsto all'Art. 10 - Premi di assicurazione, delle Condizioni di assicurazione resta, convenuto che sui tassi di premio di tariffa di cui all'Allegato II delle stesse Condizioni di assicurazione verrà applicato uno sconto complessivo in misura fissa pari al 3,00%.

Fermo il resto.

Mogliano Veneto, 19 settembre 2016

CONTRAENTE

(timbro e firma)

GENERALI Italia S.p.A.



**Modulo di Proposta per coperture assicurative
di rischio in forma collettiva,
parte integrante del Fascicolo Informativo.**



RETE

AGENZIA Ag. TORINO PALAZZO GRANERI (I8400) CODICE I84
 INDIRIZZO VIA CONTE GIAMBATTISTA BOGINO N° 9 CAP 10123
 LOCALITÀ TORINO COMUNE TO PROV. ITALIA NAZIONE
 BROKER _____ CODICE _____

PRODOTTO

PRODOTTO	EVENTI ASSICURATI	CATEGORIE DI LAVORO
<input checked="" type="checkbox"/> TEMPORANEE DI RISCHIO	<input type="checkbox"/> MORTE	<input type="checkbox"/> DIRIGENTE INDUSTRIALE(1)
	<input checked="" type="checkbox"/> MORTE + INVALIDITÀ	<input checked="" type="checkbox"/> DIRIGENTE
	<input type="checkbox"/> DREAD DISEASE	<input type="checkbox"/> IMPIEGATO
		<input type="checkbox"/> OPERAIO GENERICO
		<input type="checkbox"/> ALTRO (utilizzare il campo note)
<input type="checkbox"/> LONG TERM CARE		

TIPO ADESIONE
 OBBLIGATORIA (prevista da CCNL, accordi aziendali) VOLONTARIA (copertura ad adesione facoltativa)

Data sottoscrizione 14 | 06 | 2016 Data decorrenza del contratto 01 | 07 | 2016

CONTRAENTE (PERSONA GIURIDICA)

INFRATRASPORTI. TO SRL _____
 DENOMINAZIONE _____ CODICE FISCALE _____

10319310016 1123292 17/05/2010 TO
 PARTITA IVA N°REGISTRAZIONE Data di Costituzione PROVINCIA DI COSTITUZIONE

ENTE REGISTRAZIONE*: CODICE 30 DESCRIZIONE: CAMERA DI COMMERCIO
 * Per gli Enti non codificati, valorizzare il codice con "99" indicando la descrizione sul cartaceo.

IL CONTRAENTE CONFERMA DI ESSERE ESENTE DAGLI OBBLIGHI DI COMUNICAZIONE PREVISTI DALLA NORMATIVA ANTIRICICLAGGIO AI SENSI DEL D.LGS. N°231 DEL 21.11.2007 E S.M.I. IN QUANTO:

ENTE PUBBLICO INTERMEDIARIO FINANZIARIO

Attenzione: allegare alla proposta copia dei documenti comprovanti l'inclusione nelle suddette categorie.

FORMA GIURIDICA S.R.L. ESERCITA ATTIVITÀ D'IMPRESA SI NO

(2) Trust / Strutture analoghe Enti Religiosi No Profit / Strutture analoghe*
 *Se No Profit / strutture analoghe, indicare la categoria dei soggetti che beneficiano dell'attività:

BENEFICIARI NO PROFIT*: CODICE _____ DESCRIZIONE: _____
 *Per le categorie non codificate, valorizzare il codice con "99" indicando la descrizione sul cartaceo.

CONTRAENTE È SOGGETTO AGLI OBBLIGHI DI TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI DI CUI ALL'ART. 3 DELLA LEGGE 13 AGOSTO 2010, N. 136 E SUCCESSIVE MODIFICHE?

SI Indicare il CIG (codice identificativo della gara - obbligatorio) _____
 e CUP (codice unico di progetto - ove presente) _____

ATECO _____ RAMO ATTIVITÀ SERVIZI SAE 771 SETTORE ATTIVITÀ SERVIZI

Stima del patrimonio complessivo della Società in euro (2)(3):

<input type="checkbox"/> Fino a € 100.000,00	<input type="checkbox"/> Da € 1.000.000,01 a € 2.000.000,00
<input type="checkbox"/> Da € 100.000,01 a € 250.000,00	<input type="checkbox"/> Da € 2.000.000,01 a € 10.000.000,00
<input type="checkbox"/> Da € 250.000,01 a € 500.000,00	<input type="checkbox"/> Da € 10.000.000,01 a € 50.000.000,00
<input type="checkbox"/> Da € 500.000,01 a € 1.000.000,00	<input type="checkbox"/> Superiore a € 50.000.000,00

Risultato economico dell'ultimo anno/esercizi in perdita (2):

Utile/pareggio Perdita da 1 anno Perdita da 2 anni Perdita da 3 anni o più

SEDE LEGALE

INDIRIZZO | CORSO GIUSEPPE SICCARDI | N° | 15 | CAP | 10122 |

| LOCALITÀ | TORINO | | TO | ITALIA |
COMUNE PROV. NAZIONE

RECAPITO TELEFONICO

INDIRIZZO E-MAIL

RECAPITO DI CONTRATTO (QUANDO DIVERSO DALLA SEDE LEGALE)

INDIRIZZO | | N° | | CAP | |

| LOCALITÀ | | | PROV. | NAZIONE |
COMUNE

RECAPITO TELEFONICO

INDIRIZZO E-MAIL

| ITALIA | | 86 |

PAESE SEDE DELL'ATTIVITÀ ECONOMICA PREVALENTE(2)

PAESE SEDE LEGALE DELLA CAPOGRUPPO(2)
(da specificare obbligatoriamente se esistente)

ESECUTORE(4) DEL CONTRAENTE

Legale rappresentante Delegato

| COGNOME E NOME | | DATA DI NASCITA | | SESSO |

| COMUNE DI NASCITA | | PROV. NAZIONE | | CITTADINANZA | | ULTERIORE CITTADINANZA |

CODICE FISCALE | | PROFESSIONE | |

SETTORE PROFESSIONE | | Privato Pubblico

SI NO P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o persona che intrattiene notoriamente stretti legami) (2)

Atto da cui deriva il potere di rappresentanza dell'esecutore(2):

Procura/delega Statuto Delibera assembleare/C.d.A.

Visura camerale Provvedimento giudice tutelare

Attenzione: allegare alla proposta copia del documento

Rapporto con il contraente(1):

Appartenente al nucleo familiare Fuori dal nucleo familiare Altro (specificare) |

RESIDENZA

INDIRIZZO | | N° | | CAP | |

| LOCALITÀ | | | PROV. | NAZIONE |
COMUNE

RECAPITO TELEFONICO

INDIRIZZO E-MAIL

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DELL'ESECUTORE

CARTA D'IDENTITÀ PATENTE DI GUIDA _____

 NUMERO DOCUMENTO DATA DI RILASCIO DATA DI SCADENZA

 ENTE DI RILASCIO LOCALITÀ DI RILASCIO
 Attenzione: allegare alla proposta copia del documento di riconoscimento sopra indicato.

TITOLARE EFFETTIVO (5)

ESISTE IL TITOLARE EFFETTIVO SI NO
DA NON COMPILARE I BOX SUCCESSIVI RELATIVI AI DATI IDENTIFICATIVI DEI TITOLARI EFFETTIVI SE IL TITOLARE EFFETTIVO È UNICO E COINCIDE CON L'ESECUTORE

DATI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE EFFETTIVO N.1

 COGNOME E NOME DATA DI NASCITA SESSO

 COMUNE DI NASCITA PROV. NAZIONE CITTADINANZA ULTERIORE CITTADINANZA

 CODICE FISCALE PROFESSIONE

 SETTORE PROFESSIONE AREA SETTORE

SI NO P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o persona che intrattiene notoriamente stretti legami) (2)

RESIDENZA

INDIRIZZO _____ N° _____ CAP _____

 LOCALITÀ COMUNE PROV. NAZIONE

 RECAPITO TELEFONICO INDIRIZZO E-MAIL

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL TITOLARE EFFETTIVO N.1

CARTA D'IDENTITÀ PATENTE DI GUIDA _____

 NUMERO DOCUMENTO DATA DI RILASCIO DATA DI SCADENZA

 ENTE DI RILASCIO LOCALITÀ DI RILASCIO
 Attenzione: allegare alla proposta copia del documento di riconoscimento sopra indicato.

DATI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE EFFETTIVO N.2

COGNOME E NOME		DATA DI NASCITA	SESSO
COMUNE DI NASCITA	PROV. NAZIONE	CITTADINANZA	ULTERIORE CITTADINANZA
CODICE FISCALE		PROFESSIONE	
SETTORE PROFESSIONE		AREA SETTORE	

SI NO P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o persona che intrattiene notoriamente stretti legami) (2)

RESIDENZA

INDIRIZZO		N°	CAP
LOCALITÀ	COMUNE	PROV.	NAZIONE
RECAPITO TELEFONICO		INDIRIZZO E-MAIL	

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL TITOLARE EFFETTIVO N.2

<input type="checkbox"/> CARTA D'IDENTITÀ	<input type="checkbox"/> PATENTE DI GUIDA	<input type="checkbox"/>
NUMERO DOCUMENTO	DATA DI RILASCIO	DATA DI SCADENZA
ENTE DI RILASCIO	LOCALITÀ DI RILASCIO	

Attenzione: allegare alla proposta copia del documento di riconoscimento sopra indicato.

DATI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE EFFETTIVO N.3

COGNOME E NOME		DATA DI NASCITA	SESSO
COMUNE DI NASCITA	PROV. NAZIONE	CITTADINANZA	ULTERIORE CITTADINANZA
CODICE FISCALE		PROFESSIONE	
SETTORE PROFESSIONE		AREA SETTORE	

SI NO P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o persona che intrattiene notoriamente stretti legami) (2)

RESIDENZA

INDIRIZZO		N°	CAP
LOCALITÀ	COMUNE	PROV.	NAZIONE
RECAPITO TELEFONICO		INDIRIZZO E-MAIL	

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL TITOLARE EFFETTIVO N.3

CARTA D'IDENTITÀ PATENTE DI GUIDA _____

 NUMERO DOCUMENTO DATA DI RILASCIO DATA DI SCADENZA

 ENTE DI RILASCIO LOCALITÀ DI RILASCIO
 Attenzione: allegare alla proposta copia del documento di riconoscimento sopra indicato.

DATI IDENTIFICATIVI DEL TITOLARE EFFETTIVO N.4

 COGNOME E NOME DATA DI NASCITA SESSO

 COMUNE DI NASCITA PROV. NAZIONE CITTADINANZA ULTERIORE CITTADINANZA

 CODICE FISCALE PROFESSIONE

 SETTORE PROFESSIONE AREA SETTORE

SI NO P.E.P. (Persona Politicamente Esposta, un suo familiare o persona che intrattiene notoriamente stretti legami) (2)

RESIDENZA

INDIRIZZO _____ N° _____ CAP _____

 LOCALITÀ COMUNE PROV. NAZIONE

 RECAPITO TELEFONICO INDIRIZZO E-MAIL

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL TITOLARE EFFETTIVO N.4

CARTA D'IDENTITÀ PATENTE DI GUIDA _____


 NUMERO DOCUMENTO DATA DI RILASCIO DATA DI SCADENZA

 ENTE DI RILASCIO LOCALITÀ DI RILASCIO
 Attenzione: allegare alla proposta copia del documento di riconoscimento sopra indicato.

PERIODICITÀ DEL PREMIO E MEZZI DI PAGAMENTO

IMPORTO PAGATO € _____
 P.O.S. BONIFICO ASSEGNO ALTRO (6)

Attenzione: i pagamenti effettuati tramite bonifico dovranno essere intestati a Generali Italia S.p.A.. Il pagamento tramite P.O.S. è possibile nelle agenzie abilitate al servizio; l'assegno, intestato a Generali Italia S.p.A., dovrà essere munito della clausola di non trasferibilità.

 Firma del Contraente o del suo Esecutore  Firma dell'incaricato dell'operazione

PROVENIENZA DELLE SOMME VERSATE ⁽²⁾

PROVENIENZA DELLE SOMME VERSATE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Reddito da lavoro dipendente | <input type="checkbox"/> Operazione/Rendite da immobili |
| <input type="checkbox"/> Reddito da lavoro autonomo | <input type="checkbox"/> Utile societario/Reddito d'impresa |
| <input type="checkbox"/> Vincita | <input type="checkbox"/> Disinvestimento |
| <input type="checkbox"/> Lascito/eredità/donazione | <input type="checkbox"/> Reinvestimento |
| <input type="checkbox"/> Cliente reddituario da precedente occupazione/pensione | <input type="checkbox"/> Investimento di fondi da liquidazione sinistro danni |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ | <input type="checkbox"/> Scudo fiscale |

PAESE DI PROVENIENZA DELLE SOMME VERSATE _____

NOTE

QUESTIONARIO INFORMATIVO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO

A OBIETTIVI ASSICURATIVI / PREVIDENZIALI

Ogni prodotto assicurativo, per le sue peculiarità, è adatto a soddisfare determinate esigenze del Cliente.
 Quale delle seguenti esigenze assicurative vuole perseguire prevalentemente con questo prodotto assicurativo?

- Previdenza** **Protezione** **Investimento**

B ORIZZONTE TEMPORALE

Qual è il periodo dopo il quale Lei si aspetta di veder raggiunti, anche con riferimento alla durata contrattuale, gli obiettivi minimali perseguiti col contratto e valutare nuovamente le caratteristiche offerte?

- Lungo periodo (>10 anni)** **Medio periodo (6-10 anni)** **Breve periodo (5 anni)**

C PROPENSIONE AL RISCHIO DEL CONTRATTO

Il prodotto assicurativo si caratterizza per diversi livelli di possibile rendimento dell'investimento e, di conseguenza, diversi livelli di rischio; qual è la Sua propensione al rischio per questo contratto?

- Investimento a basso rischio** (assenza di disponibilità ad accettare oscillazioni del valore dell'investimento nel tempo; presenza di capitale garantito).
- Investimento a medio rischio** (disponibilità ad accettare oscillazioni modeste del valore dell'investimento durante la durata del contratto, accettando di conseguenza probabili rendimenti medi a scadenza del contratto o al termine dell'orizzonte temporale consigliato).
- Investimento ad alto rischio** (disponibilità ad accettare possibili forti oscillazioni del valore dell'investimento nell'ottica di massimizzare la redditività nella consapevolezza che ciò comporta dei rischi).

D ESIGENZE DI LIQUIDITÀ

Qual è la probabilità che Lei possa richiedere, nei primi anni, l'interruzione del rapporto assicurativo interrompendo il piano dei versamenti o chiedendo il disinvestimento anticipato rispetto alla durata contrattuale definita?

- Bassa probabilità** di ricorrere ad un disinvestimento anticipato rispetto alla durata del piano sottoscritto.
- Alta probabilità** di ricorrere ad un disinvestimento anticipato rispetto alla durata del piano sottoscritto.