

CONVENZIONE – POLIZZA COLLETTIVA A ADESIONE VOLONTARIA PER LA COPERTURA DEL RISCHIO TEMPORANEA CASO MORTE ED INVALIDITÀ PERMANENTE

TRA

Solidarietà Veneto Fondo Pensione (di seguito definito “Fondo” o “Solidarietà Veneto”), codice fiscale 90023570279, con sede legale in Via Torino 151/B – 30172 – Venezia (VE)

E

POSTE VITA – (di seguito nominata “Poste Vita”), con sede legale e direzione generale in Roma Viale Europa 190, partita iva 05927271006, codice fiscale 07066630638, registro imprese di Roma n. 07066630638, rea n. 934547; iscritta alla sezione I dell'albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00133 e 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 virtù di procura speciale Giancarlo Simone.

PREMESSO CHE

1. Solidarietà Veneto Fondo Pensione è un fondo pensione complementare negoziale, intercategoriale, a capitalizzazione individuale, che si rivolge ai lavoratori dipendenti e autonomi operanti nel territorio Veneto. Costituito in forma di associazione riconosciuta, è autorizzato all'esercizio dell'attività ed è iscritto all'Albo istituito presso la Commissione di Vigilanza sui Fondi pensione (di seguito definita “Commissione di vigilanza” o “Covip”) in data 05 giugno 2000, con il numero 87.
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 Legislativo 252/2005 (di seguito “Decreto”).
3. Solidarietà Veneto intende stipulare una convenzione ai sensi dell'articolo 6, comma 5, del Decreto a favore dei propri iscritti (di seguito denominati anche, collettivamente “Assicurati”, e singolarmente, “Assicurato”).
4. Il Consiglio di amministrazione del Fondo, in data 26.11.2024, ha individuato in Poste Vita la compagnia vincitrice della gara indetta il 30.09.2024 per la selezione del soggetto con cui stipulare una convenzione per una polizza collettiva per la copertura del rischio "Temporanea Caso Morte e Invalidità Permanente Totale".

Ferme restando le premesse di cui sopra, che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente atto, Solidarietà Veneto e Poste Vita (di seguito “Parti”), convengono e stipulano la presente convenzione (di seguito “Convenzione”), sul cui contenuto Solidarietà Veneto darà adeguata informativa ai propri iscritti.

Art.1 – Oggetto della Convenzione

1. Oggetto della presente Convenzione è un'assicurazione Temporanea Caso Morte e Invalidità Totale e Permanente (di seguito “Assicurazione”) collettiva ad adesione. La Convenzione si attiva nel momento in cui la numerosità iniziale, alla prima decorrenza della stessa, sia almeno pari a cento adesioni.
2. 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 (ovvero quando il grado di invalidità permanente sia pari o superiore al 66%) e che cessi il rapporto di lavoro, anche in assenza di nesso eziologico tra invalidità e cessazione del rapporto di lavoro.

Ad integrazione di quanto sopra, 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

3. È data facoltà a ciascun iscritto al Fondo, non coperto dalla Convenzione collettiva obbligatoria tra il Fondo e Poste Vita, di accedere volontariamente all'Assicurazione (Assicurazione volontaria), mediante la compilazione del modulo di adesione e dopo valutazione da parte di Poste Vita della dichiarazione sul buono stato di salute (DBS), presente direttamente sul sito del Fondo. Poiché la copertura è monoannuale (art. 6 comma 1), fermo restando la durata della Convenzione (art. 15 comma 1), ogni qualvolta l'Assicurato sceglie di modificare il capitale base (così come definito al successivo art.2 comma 4), dovrà ripetere la sottoscrizione della DBS. Viceversa, se l'assicurato sceglie di non modificare il capitale base nel corso della durata della Convenzione e non rinuncia alla garanzia di anno in anno, le modalità assuntive non dovranno essere ripetute.
4. L'Assicurazione è prestata senza riduzione alcuna, fatto salvo le Esclusioni di cui all'Art. 5.
5. L'assicurazione volontaria è attivabile e rinnovabile a condizione che l'età dell'assicurato sia compresa tra 18 e 70 anni.
6. Per età dell'Assicurato deve intendersi l'età assicurativa ossia se dall'ultimo compleanno sono trascorsi meno di sei mesi l'età è quella compiuta; se invece sono trascorsi sei o più mesi l'età è quella prossima da compiere.

Art.2 – Prestazioni previste

1. L'Assicurazione garantisce la corresponsione da parte di Poste Vita di un indennizzo (di seguito "Somma Assicurata") per qualsiasi causa, ragione e/o motivo occorsi durante il periodo di copertura, fatto salvo quanto previsto all'Art. 5, il cui ammontare è determinato con le modalità di cui ai successivi commi 2 e 3 per l'evento morte (incluso il suicidio) o l'evento invalidità dell'Assicurato.
2. L'ammontare della Somma Assicurata è pari al capitale base scelto al momento dell'adesione così come formulato al successivo comma 4.
3. Per tutti gli aderenti interessati, inclusi quelli con più di 60 anni di età, la Somma Assicurata non potrà comunque essere inferiore al 100% del Capitale Base.
4. Il Capitale base, compreso tra un importo minimo di euro 25.000,00 e un importo massimo di euro 200.000,00, viene scelto direttamente dall'aderente (con scaglioni di euro 5.000,00) selezionando lo scaglione più vicino per eccesso al proprio reddito lordo annuo.

Art.3 – Beneficiari

1. Il beneficiario della Somma Assicurata (di seguito "Beneficiario") sarà per l'evento invalidità l'Assicurato stesso. Per il caso morte, salvo diversa volontà esplicita dell'Assicurato da indicare nel modulo di adesione alla copertura, i beneficiari coincidono con quelli designati per la sua posizione presso il Fondo. L'Assicurato può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione. Revoche o modifiche, devono essere comunicate alla Compagnia per il tramite del Fondo, mediante la compilazione di un apposito flusso su tracciato fornito dalla Compagnia e che contempli tali variazioni da inviare mediante protocollo SFTP.

Art.4 – Prestazioni aggiuntive in caso di decesso

1. 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% e sarà liquidata in favore dei Beneficiari, qualora, tra i familiari a carico dell'Assicurato, risulti presente alla data dell'evento almeno un figlio minore di età.
2. Fermo restando termini e condizioni per le quali spetta il diritto alla liquidazione della Somma Assicurata prevista dalla Convenzione, la stessa sarà maggiorata del 25% e sarà liquidata in favore dei Beneficiari, qualora, il decesso dell'Assicurato sia causa diretta o indiretta di un incidente stradale.

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

Art.5 – Esclusioni

1. La copertura relativa al rischio decesso è esclusa nei seguenti casi:
 - guerra attiva, ossia partecipazione ad atti di guerra, guerra civile, insurrezione, occupazione militare, invasione o simili, salvo che l'Assicurato si trovi occasionalmente coinvolto;
 - 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.
2. La copertura relativa al rischio Invalidità Totale e Permanente è esclusa nei seguenti casi:
 - infortuni causati da atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
 - infortuni causati all'Assicurato da abuso di psico-farmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, a meno che l'uso di psico-farmaci, stupefacenti o allucinogeni sia stato prescritto a scopo terapeutico e sempre che detta prescrizione non sia collegabile a stati di dipendenza;
 - infortuni occorsi alla guida di veicoli a motore e dovuti ad un tasso alcolemico dell'Assicurato superiore a quanto consentito dalla normativa in vigore al momento del sinistro;
 - infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
 - infortuni causati da guerra anche non dichiarata od insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni;
 - partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di terrorismo, attentati e atti di sabotaggio;
 - infortuni causati da scioperi, sommosse, tumulti a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
 - infortuni causati da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche, (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, eccetera);
 - eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidei;
 - applicazioni di carattere estetico, richieste dall'Assicurato per motivi psicologici o personali, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio ed attinente alle garanzie Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero ospedaliero avvenuto durante il periodo di validità dell'assicurazione;
 - le conseguenze di infortuni avvenuti nei 360 gg. antecedenti la data iniziale e le conseguenze di situazioni patologiche insorte nei 360 gg. antecedenti la data iniziale, già diagnosticate in tale data all'Assicurato;
 - mal di schiena e patologie assimilabili salvo che siano comprovate da esami radiologici e clinici che diano origine ad uno stato di invalidità totale;
 - infortuni causati da: paracadutismo, uso, anche come passeggero, di deltaplani, ultraleggeri, parapendio; dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove; dalla guida di natanti a motore per uso non privato; dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i

requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del sinistro; dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° grado della Scala di Monaco, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere; dalla partecipazione a competizioni compiute a livello professionistico - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali;

- sono infine esclusi dalla copertura i soggetti ai quali, in epoca antecedente al momento dell'ingresso in assicurazione, sia già stato riconosciuto, da parte dell'INPS in ambito previdenziale, la pensione di inabilità o in subordine l'assegno di invalidità.

Art.6 – Durata e scadenza dell'Assicurazione. Inserimenti ed esclusioni

1. La durata delle garanzie è monoannuale, fermo restando la durata della Convenzione come disciplinato al successivo Art. 15 comma 1.
2. Solidarietà Veneto, fornisce a Poste Vita l'elenco degli Assicurati secondo apposito tracciato messo a disposizione dalla Compagnia – e le altre informazioni rilevanti ai fini dell'Assicurazione – che hanno fatto richiesta di aderire alla copertura volontaria da inserire in copertura. La richiesta di adesione potrà essere fatta mediante il Fondo, su apposito sito messo a disposizione dello stesso, in qualsiasi momento durante il periodo di validità della Convenzione. Le richieste che perverranno al Fondo entro il ventesimo giorno di ogni mese saranno messe in copertura con decorrenza a partire dal 01 del mese successivo, altrimenti la decorrenza slitterà al 01 del secondo mese successivo alla richiesta (esempio: una richiesta del 12 gennaio 2025 avrà decorrenza il 01.02.2025; una richiesta del 21 gennaio 2025 avrà decorrenza il 01.03.2025 e così via).
3. Per gli Assicurati, la cui adesione avverrà successivamente alla decorrenza iniziale o alla ricorrenza annuale, si applicherà un rateo di premio calcolato in proporzione alla durata della copertura ed al relativo capitale base (come definito all'art.2 comma4). Gli inserimenti dei nuovi Assicurati, nel corso della durata contrattuale, verranno perfezionati attraverso l'emissione di apposita appendice di adesione. Entro l'ultimo giorno lavorativo di ogni mese il Fondo comunica i nuovi ingressi e/o le rinunce relative a ciascun Assicurato attraverso canale SFTP messo a disposizione dalla Compagnia secondo apposito tracciato e avendo sempre cura di indicare i dati anagrafici nonché il Capitale base e la decorrenza come indicata al precedente comma 2.
4. Per gli Assicurati che rinunciano alla copertura, in relazione all'anno successivo, la copertura cesserà alle ore 24.00 della ricorrenza annuale. La richiesta di rinuncia dovrà pervenire alla Compagnia per il tramite del Fondo.

Art.7 – Premio: determinazione termini e modalità di pagamento

1. L'Assicurazione è prestata a condizione che Solidarietà Veneto versi a Poste Vita per ciascun Assicurato il premio (di seguito "Premio") come di seguito definito.
2. Il Premio è pari al Capitale base, scelto dall'Assicurato, moltiplicato per i tassi di premio corrispondenti all'età assicurativa dell'aderente. Nell'allegato 1 della presente Convenzione sono riportati i tassi di premio per 1000 euro di capitale.
3. Per gli Assicurati inseriti, il Premio è determinato con riferimento alla sola frazione di anno, calcolata in giorni, di vigenza dell'Assicurazione.
4. Il Premio complessivo di tutte le adesioni è versato mensilmente.

Art.8 – Mancato pagamento del premio: sospensione

Il Fondo deve pagare il Premio entro 30 giorni dalla data di richiesta di inserimento degli, pena l'inefficacia del contratto. Resta inteso che, a fronte del mancato pagamento del premio, eventuali sinistri verificatisi durante il periodo di sospensione della copertura non verranno indennizzati.

Art.9 – Dichiarazioni e comunicazioni

1. Le dichiarazioni del Fondo pensione Solidarietà Veneto e dell'aderente devono essere esatte e complete.

2. L'inesatta indicazione della data di nascita e del Capitale base dell'Assicurato comporta la rettifica della Somma Assicurata e, se del caso, del Premio.

Art.10 – 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 dal Fondo 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, anche per il tramite del Fondo, apposita domanda, con indicazione delle coordinate bancarie del conto corrente da accreditare; la domanda è accompagnata dai documenti e informazioni di seguito indicate, da indirizzare a postevita@pec.postevita.it (inserendo nell'oggetto numero di polizza, codice fiscale, nome e cognome assicurato)

Per il caso di decesso dell'Assicurato:

A) RICHIESTA DI PAGAMENTO

La richiesta di pagamento sottoscritta da ciascun Beneficiario dovrà contenere le seguenti informazioni:

- nome, cognome e codice fiscale di ciascun Beneficiario;
- copia di un documento di identità di ciascun Beneficiario in corso di validità;
- IBAN di ciascun Beneficiario;
- dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali sottoscritta da ciascun Beneficiario (ai sensi Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE (GDPR);
- dichiarazione contenente i dati richiesti dalla normativa antiriciclaggio sottoscritte da ciascun Beneficiario (questionario di adeguata verifica della clientela)

Al fine di agevolare i Beneficiari, la Società mette a disposizione degli stessi presso il Fondo dei modelli di richiesta pagamento per coloro che ritengono di farne uso.

B) CERTIFICATO DI MORTE DELL'ASSICURATO

- Certificato relativo al decesso emesso da ufficiale di stato civile.

C) DOCUMENTAZIONE RELATIVA AL DECESSO

- Relazione medica sulle cause del decesso dell'Assicurato solo per consentire a PosteVita di verificare che il decesso non rientri tra le esclusioni della presente Convenzione; i Beneficiari - al fine di agevolare il pagamento - potranno inviare, qualora disponibile, anche il modulo ISTAT relativo al decesso redatto e sottoscritto dal medico competente. Al fine di agevolare i Beneficiari, Poste Vita mette a disposizione degli stessi presso il Fondo un modello di relazione medica sulle cause del decesso, per coloro che ritengono di farne uso.
- in caso di morte violenta (infortunio, suicidio, omicidio) a causa della quale sia intervenuta l'Autorità Giudiziaria copia del verbale redatto dalle Forze dell'Ordine, o Certificato della Procura, o altro documento rilasciato dall'Autorità competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso.

D) DOCUMENTAZIONE RELATIVA AI BENEFICIARI E LORO DESIGNAZIONE

- Nel caso in cui l'Assicurato sia deceduto senza lasciare testamento:
 - (i) dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà con firma autenticata da cui risulti, sotto la propria responsabilità, che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento, che il beneficiario ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare la non esistenza di disposizioni testamentarie da parte dell'Assicurato nonché l'indicazione di tutte le persone nominate come beneficiari per quanto a conoscenza del dichiarante, con indicazione della loro data di nascita e capacità di agire;
- nel caso siano presenti disposizioni testamentarie da parte dell'Assicurato:
 - (i) dichiarazione sostitutiva autenticata dell'atto di notorietà da cui risulti, sotto la propria

responsabilità, quali sono i Beneficiari e che il beneficiario ha espletato ogni tentativo e ha compiuto quanto in suo potere per accertare che il testamento presentato è l'unico o, nel caso di più testamenti, quale sia ritenuto valido, che non sono state mosse contestazioni avverso il testamento o i testamenti, che oltre ai beneficiari menzionati nella dichiarazione stessa non ve ne sono altri e che nel testamento non sono presenti revoche o modifiche della designazione dei beneficiari;

(ii) copia autentica o estratto autentico dell'atto di ultima volontà.

- Nel caso in cui tra i Beneficiari vi siano soggetti minori od incapaci, il decreto di autorizzazione del Giudice Tutelare a riscuotere la somma dovuta con esonero di Poste Vita S.p.A. da ogni responsabilità circa il pagamento della somma stessa, con espressa indicazione del numero di polizza.

Per il caso maggiorazione in caso di decesso e presenza di figlio/i a carico minore: Certificato di Stato di Famiglia.

Per il caso di invalidità dell'Assicurato:

- dichiarazione contenente i dati richiesti dalla normativa antiriciclaggio sottoscritte da ciascun Beneficiario (questionario di adeguata verifica della clientela);
- fotocopia fronte retro del documento di identità in corso di validità e fotocopia del codice fiscale dell'Assicurato;
- verbale di riconoscimento dell'invalidità;
- documentazione sanitaria attestante lo stato di invalidità
- 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;
- 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;
- dichiarazione del datore di lavoro attestante la cessazione del rapporto di lavoro.

In assenza di tale documentazione, su richiesta dell'Assicurato, si potrà avviare la procedura di autonomo accertamento che dovrà avvenire entro 180 giorni dalla ricezione della documentazione medica a supporto dell'invalidità sopraggiunta. A richiesta della Compagnia, il Fondo e l'Assicurato sono tenuti:

- a rendere con verità ed esattezza qualsiasi dichiarazione richiesta per gli accertamenti dello stato di invalidità dell'Assicurato;
- a fornire la documentazione che fosse ritenuta opportuna per stabilire le cause e gli effetti della malattia o della lesione fisica che hanno prodotto l'invalidità.

Il decesso dell'Assicurato intervenuto prima che venga riconosciuta l'invalidità equivale all'avvenuto riconoscimento dello stato d'invalidità medesimo.

Una volta eseguito il pagamento della Somma Assicurata per l'invalidità totale e permanente, la garanzia si estingue e nulla è più dovuto per il caso di morte dell'Assicurato.

Tutti i sinistri di cui il Fondo verrà a conoscenza dal 01/01/2025 saranno presi in carico da Poste Vita e gestiti secondo quanto previsto dalla Convenzione, ferme restando le esclusioni riportate all'art. 5, purché la data di accadimento dell'evento sia successiva al 01/01/2025.

Art.11 – Controversie

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

Art.11.1- Reclami

Chi vuole presentare un reclamo sul rapporto contrattuale e/o la gestione di un sinistro, deve farlo per iscritto e inviare il reclamo a:



Poste Vita

Ufficio Reclami Viale
Europa 190,
00144 Roma



reclami@postevita.it

Se contiene dati personali, la risposta al reclamo viene inviata all'indirizzo che l'assicurato ha indicato al momento della sottoscrizione del Prodotto di investimento assicurativo (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali 2016/679/UE GDPR).

Poste Vita deve rispondere entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

Se l'assicurato non riceve risposta o la risposta non lo soddisfa può:

- scrivere all'IVASS, l'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni



IVASS

Servizio Tutela del Consumatore Via del
Quirinale 21
00187 Roma

Sul sito www.postevita.it è disponibile il modello di presentazione del reclamo all'IVASS, da compilare e corredare con la documentazione necessaria.

- ricorrere alla mediazione civile obbligatoria (D.Lgs. 28/2010, modificato dal D.L. 69/2013, convertito con modificazioni in Legge 98/2013).

Solo dopo aver tentato di risolvere la controversia con la mediazione civile è possibile rivolgersi al giudice.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o attivare direttamente il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/index_en.htm).

Le informazioni sulla gestione dei reclami, i recapiti e le modalità di presentazione, i tempi di risposta sono disponibili sul sito www.postevita.it.

Art.12 – 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 Solidarietà Veneto 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 che 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. 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
7. L'obbligo di riservatezza non concerne i dati e le informazioni di pubblico dominio.
8. 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.13 – 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 (Regolamento UE 2016/279) 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 dal Contraente saranno trattati da Poste Vita - ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/279- in qualità di Titolare.

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

- I dati che il Fondo trasmetterà a Poste Vita 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 dà 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 a Poste Vita, garantendo che ciascun Assicurato è stato correttamente informato;
- Alla presente Convenzione viene allegata l'informativa sul trattamento dei dati predisposta da Poste Vita a beneficio degli interessati (Allegato informativa privacy).

Art.14 – 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.15 – Decorrenza e durata della Convenzione

1. La presente Convenzione decorre dalle ore 00.00 del 01.01.2025 e scade alle ore 24.00 del 31.12.2027.
2. La presente Convenzione non si intenderà rinnovata tacitamente di triennio in triennio salvo diverso accordo tra le Parti.
3. È facoltà del Fondo recedere ad ogni ricorrenza annuale (30/11 di ogni anno) dalla Convenzione con un preavviso minimo di 60 giorni tramite lettera raccomandata A.R. o Posta Elettronica Certificata inviata da una delle Parti.
4. È facoltà dell'aderente rinunciare alla copertura annuale, facendo pervenire la richiesta alla Compagnia per il tramite del Fondo. In caso di non rinuncia della copertura, la stessa si intenderà tacitamente rinnovata a patto di mantenere lo stesso capitale base scelto in fase di prima sottoscrizione e sempre nei limiti di durata della Convenzione riportati al comma 1 del presente articolo.

Art.16 – Codice Etico

Poste Vita dichiara di aver ricevuto, letto e compreso il Codice Etico ed il Documento sulla gestione dei conflitti di interesse adottati da Solidarietà Veneto.

Poste Vita, con riferimento alle attività poste in essere in nome e per conto del Fondo, si impegna a rispettare – e a far rispettare ai propri dipendenti e/o collaboratori – i contenuti, i principi e le procedure previsti dai suddetti Documenti, che costituiscono parte integrante ed essenziale degli impegni assunti con la Convenzione.

Poste Vita manleva fin d'ora Solidarietà Veneto per eventuali sanzioni o danni dovessero derivare a quest'ultima quale conseguenza della violazione dei sopracitati Documenti da parte di Poste Vita o di suoi eventuali dipendenti e/o collaboratori.

Solidarietà Veneto Fondo Pensione

Presidente
Paolo Bizzotto

POSTE VITA SPA

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

Allegato 1 - Tassi di premio da applicare al capitale base

Età	Tassi per mille euro di capitale base
18	0,479
19	0,541
20	0,577
21	0,609
22	0,621
23	0,617
24	0,611
25	0,594
26	0,585
27	0,585
28	0,588
29	0,606
30	0,615
31	0,634
32	0,657
33	0,673
34	0,697
35	0,723
36	0,762
37	0,816
38	0,872
39	0,936
40	0,991
41	1,056
42	1,145
43	1,245
44	1,36
45	1,495
46	1,646
47	1,855
48	2,057
49	2,251
50	2,452
51	2,7
52	2,909
53	3,207
54	3,565
55	4,007
56	4,457
57	5,057
58	5,456
59	5,941
60	6,486
61	7,001
62	7,758

63	8,622
64	9,558
65	10,634
66	11,841
67	13,247
68	14,676
69	16,161
70	17,959

Allegato 2 - Modulo denuncia sinistro

Spett.le Poste Vita S.p.A.

Ufficio Liquidazioni

Viale Europa 190

00144 - Roma

In alternativa:

postevita@pec.postevita.it (inserendo nell'oggetto numero di polizza, codice fiscale, nome e cognome assicurato)

Data/...../.....

Oggetto: **Richiesta liquidazione sinistro**

- ☐ **Caso Morte, data decesso**
- ☐ **Caso Invalidità Totale e Permanente**

Polizza N.

Nome e Cognome dell'Assicurato

Data di nascita dell'Assicurato/..../..... Codice Fiscale □□□□□□□□□□□□

In allegato i seguenti documenti:

CASO MORTE

- certificato sulle cause di morte, redatto da un medico o da una struttura sanitaria. In alternativa, è possibile inviare anche la scheda Istat che riporti l'esatta sequenza delle cause che hanno determinato il decesso;
- modulo per il rilascio del consenso sul trattamento dei dati personali, sottoscritto dai beneficiari;
- per ogni Beneficiario: la copia di un documento identificativo e il codice fiscale;
- certificato di morte, dal quale devono risultare anche il luogo e la data di nascita del defunto;
- documentazione atta a individuare i beneficiari dell'assicurazione;
- decreto di autorizzazione del Giudice Tutelare, con esplicito riferimento al numero di polizza, a riscuotere la somma dovuta con esonero di Poste Vita S.p.A. da ogni responsabilità circa il pagamento della somma stessa, nel caso in cui tra i Beneficiari vi siano soggetti minori o incapaci.
- verbale della Polizia Giudiziaria attestante le cause del decesso, in caso di morte violenta;
- questionario di adeguata verifica della clientela per ciascun beneficiario.

CASO INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

- documento identificativo e il codice fiscale
- documentazione riguardante il riconoscimento dello stato di invalidità permanente;
- modulo per il rilascio del consenso al trattamento dei dati personali particolari;

- provvedimento di cessazione dal servizio;
- decreto di autorizzazione del Giudice Tutelare, con esplicito riferimento al numero di polizza, a riscuotere la somma dovuta, con esonero di Poste Vita S.p.A. da ogni responsabilità circa il pagamento della somma stessa, nel caso in cui l'Assicurato sia incapace.
- Questionario di adeguata verifica della clientela.

- Documentazione dalla quale risulti il riconoscimento della pensione di inabilità o del primo assegno di invalidità da parte dell'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS).

La Compagnia si riserva la possibilità di richiedere qualsiasi altra documentazione prevista dalle Condizioni contrattuali, a supporto del sinistro. **Per la documentazione completa fare riferimento all'art. 10 del presente Contratto.**

Il pagamento della prestazione assicurata dovrà avvenire tramite bonifico bancario sulle seguenti coordinate:

IBAN:

Intestato a:

Banca e Filiale:

(Per le Nazioni non aderenti all'IBAN indicare le coordinate bancarie di riferimento utilizzate dalla Banca per la ricezione di bonifici internazionali)

Firma:

Allegato 3 - (Informativa privacy da firmare e datare al momento della denuncia sinistro
invalidità

**Modulo per il rilascio del consenso al trattamento dei dati personali particolari
(es. dati relativi alla salute) ai sensi del Regolamento 2016/679/UE (GDPR).**

Come indicato nell'Informativa estesa resa ai sensi del Regolamento 2016/679/UE (GDPR) che Le è stata consegnata all'atto della stipula del Contratto da parte del Contraente e comunque rintracciabile all'indirizzo www.postevita.it, sezione Privacy, Poste Vita La informa che per fornire i servizi di liquidazione delle prestazioni contrattuali che La riguardano ha necessità di trattare **particolari categorie di dati personali** ed in particolare dati relativi alla salute. Per tale motivo Le richiediamo esplicito consenso.

L'Assicurato presta liberamente il consenso al trattamento dei dati personali relativi alla salute necessari alla gestione della fase liquidativa.

Luogo e Data

Nome e Cognome

**Firma dell'Assicurato/Interessato
(leggibile)**

.....

Ci autorizza a trasmettere al Contraente l'esito completo delle valutazioni effettuate dalla Compagnia nell'ambito della liquidazione del sinistro? Il suddetto consenso alla comunicazione è facoltativo ed un'eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto sul regolare svolgimento delle prestazioni legate alla polizza assicurativa in oggetto.

SI

NO

Luogo e Data

Nome e Cognome

Firma dell'Assicurato/Interessato

Dichiarazione del buono stato di salute da compilare prima della sottoscrizione della copertura:

RACCOLTA DI INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURANDO									
Le dichiarazioni che seguono costituiranno la base del contratto che verrà emesso dalla Compagnia. È quindi necessario rispondere con cura e completezza a tutte le domande. Si ricorda che le dichiarazioni inesatte possono compromettere l'efficacia della garanzia assicurativa (art. 1892 Cod. Civ.).									
1.	Ha in vigore con Postevita polizze Vita che prevedono un capitale in caso di morte e invalidità totale e permanente?						☐ sì	☐ no	
2.	Nello svolgimento della professione o in qualsiasi attività è esposto a particolari pericoli? (ad esempio, entra in contatto con corrente elettrica superiore a 380 Volts, gas, sostanze nocive, esplosivi, svolge attività in fonderie, attività di pubblica sicurezza, aviazione, ecc.)?						☐ sì	☐ no	
3.	Pratica attività sportive esposte a particolari rischi (ad esempio subacqueo, paracadutismo, parapendio, deltaplano, gare automobilistiche e motociclistiche, alpinismo, ecc.)?						☐ sì	☐ no	
4.	Ha sofferto o attualmente soffre di malattie che abbiano provocato la sospensione dell'attività lavorativa e/o le attività non lavorative abituali per una durata superiore a due settimane consecutive negli ultimi 5 anni?						☐ sì	☐ no	
5.	È mai stato ricoverato in case di cura o ospedali per interventi, cure o accertamenti, anche in regime di day-hospital per una durata superiore a una settimana (esclusi ricoveri per appendicectomia e tonsillectomia)?						☐ sì	☐ no	
6.	Deve recarsi prossimamente in ospedale, clinica o altro per accertamenti, interventi chirurgici o visite mediche anche in regime di day hospital?						☐ sì	☐ no	
7.	Ha seguito o segue attualmente terapie mediche di durata maggiore di due settimane (ad esclusione delle terapie fisioterapiche o termali)?						☐ sì	☐ no	
8.	Ha effettuato il test HIV o test epatite B/C con esito positivo?						☐ sì	☐ no	
9.	Ha subito in passato traumi o lesioni accidentali? È percettore di pensioni di invalidità o di assegno di accompagnamento?						☐ sì	☐ no	
10.	Ha sofferto recentemente, o soffre attualmente di astenia, febbricola, diarrea, sudori notturni, ingrossamento ghiandole linfatiche, malattia della pelle, malattia oncologica, neurologica, osteoarticolare, cardiovascolare, enfisema, asma bronchiale, ipertensione arteriosa o conseguente ad immunodeficienza acquisita, diabete, insufficienza renale?						☐ sì	☐ no	
11.	Il suo peso è superiore alla cifra indicata in corrispondenza della sua altezza?								
	Altezza (cm)	145-150	151-160	161-170	171-180	181-190	sup. a 190	☐ sì	☐ no
	Peso (Kg)	65	75	85	95	110	115		
12.	Vi sono state variazioni di peso negli ultimi 12 mesi (aumento, diminuzione) superiore al 20% del suo peso originario?						☐ sì	☐ no	

La copertura è sottoscrivibile qualora la risposta a tutte alle domande dalla 2 alla 12 sia NO