

ALLEGATO 2c - Modello di domanda di aiuto Polizze sperimentali

D.Lgs. 29 marzo 2004 n. 102 e ss.mm.ii.
POLIZZE SPERIMENTALI (D.M. 12 Gennaio 2015 n.162 e ss.mm.ii.)
 Domanda di aiuto per l'accesso ai benefici del Fondo di solidarietà nazionale (FSN)
 Decreto recante modalità attuative e invito a presentare proposte per la campagna assicurativa 2020, n. **XXX** del **XXX** pubblicato su G.U.R.I. **XXX**.
CAMPAGNA 2020

AUTORITA' COMPETENTI MINISTERO DELLE POLITICHE AGRICOLE ALIMENTARI E FORESTALI ORGANISMO PAGATORE AGEA - AGENZIA PER LE EROGAZIONI IN AGRICOLTURA	SPAZIO RISERVATO AL CODICE A BARRE CODICE A BARRE NUMERO IN CHIARO								
COMPIATO PER IL TRAMITE DI <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">CODICE CAA</td> <td style="font-size: 8px;">SIGLA PROVINCIA</td> <td style="font-size: 8px;">PROGR. UFFICIO</td> <td style="font-size: 8px;">OPERATORE</td> </tr> </table>					CODICE CAA	SIGLA PROVINCIA	PROGR. UFFICIO	OPERATORE	
CODICE CAA	SIGLA PROVINCIA	PROGR. UFFICIO	OPERATORE						
DOMANDA: INIZIALE <input type="checkbox"/> DIMODIFICA <input type="checkbox"/> In modifica della domanda numero: _____ DISUBENTRO (ai sensi dell'art. 13 del Decreto) <input type="checkbox"/> _____									

QUADRO A - AZIENDA

SEZIONE I - DATI IDENTIFICATIVI DEL RICHIEDENTE

CUAA (CODICE FISCALE)	SOGGETTO RICADENTE IN UNA DELLE FATTISPECIE DI CUI AL D.LGS. 50/2010 e s.m.i. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
COGNOME O RAGIONE SOCIALE			
NOME			
DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)	SESSO	COMUNE DI NASCITA	PROVINCIA
M F			
INDIRIZZO POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) _____ @ _____		NUMERO TELEFONO _____	

RESIDENZA O SEDE LEGALE

INDIRIZZO E NUMERO CIVICO _____		NUMERO TELEFONO _____	
CODICE ISTAT	COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
Comune Provincia			

RAPPRESENTANTE LEGALE

CUAA (CODICE FISCALE)		NOME	
COGNOME			
DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)	SESSO	COMUNE DI NASCITA	PROVINCIA
M F			

SEZIONE II - COORDINATE PER IL PAGAMENTO

Il pagamento deve essere effettuato al richiedente

Autorizzo l'Organismo Pagatore AGEA ad effettuare il pagamento all'Organismo collettivo di difesa (solo se Polizza collettiva e in presenza di flag su Anticipo consortile - vedi quadro C e Allegato Polizza):

CUAA (CODICE FISCALE) _____

RAGIONE SOCIALE _____

RAPPRESENTANTE LEGALE

CUAA (CODICE FISCALE)		NOME	
COGNOME			
DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)	SESSO	COMUNE DI NASCITA	PROVINCIA
M F			

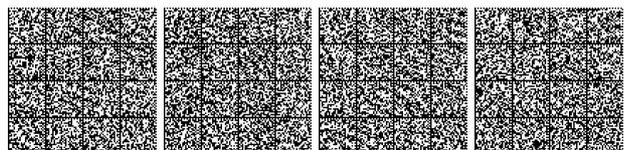
N.B. Il conto deve essere intestato al richiedente/OCD - il codice BIC-IBAN indicato identifica il rapporto corrispondente con l'Istituto di Credito del richiedente/OCD; l'ordine di pagamento da parte dell' Organismo Pagatore AGEA si ritiene eseguito correttamente per quanto riguarda il beneficiario indicato dal codice BIC-IBAN (Direttiva 2007/64/CE del 13/11/2007, applicata in Italia con L. n. 88/2009 e con il D. Lgs. 27 gennaio 2010 n. 11).

SWIFT (o BIC) - COORDINATE BANCARE (obbligatorio nel caso di transazioni internazionali)	IBAN - COORDINATE BANCARE (riempire obbligatoriamente tutti i campi del presente riquadro)		
ISTITUTO			
AGENZIA	COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.

RIGA RISERVATA AGLI ESTREMI DEL RILASCIO (PROTOCOLLO, DATA E CODICE OTP), IMPOSTATA SOLO PER RILASCIO CON OTP



CUAA (CODICE FISCALE)	COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE	NUMERO DOMANDA
		6539000000
QUADRO B - RIFERIMENTI		
SEZIONE I - RIFERIMENTI AL FASCICOLO AZIENDALE		
DATA DI VALIDAZIONE	NUMERO DI VALIDAZIONE	ORGANISMO PAGATORE COMPETENTE PER IL FASCICOLO
SEZIONE II - RIFERIMENTI AL PIANO ASSICURATIVO INDIVIDUALE		
DATA DI PRESENTAZIONE	NUMERO IDENTIFICATIVO (Codice a barre)	
SEZIONE III - RIFERIMENTI ORGANISMO DI DIFESA A CUI SI ADERISCE (obbligatorio per l'adesione alle polizze collettive)		
CODICE ORGANISMO	ORGANISMO COLLETTIVO DI DIFESA	
QUADRO C - DATI RELATIVI AL PAGAMENTO DEL PREMIO DI POLIZZA		
SEZIONE I - RIFERIMENTI ALLA POLIZZA		
COMPAGNIA ASSICURATRICE	codice	denominazione
NUMERO POLIZZA / CERTIFICATO		
ORGANISMO COLLETTIVO DI DIFESA CON CUI E' STATA STIPULATA LA POLIZZA (se Polizza collettiva)		
MODALITA' PAGAMENTO		
IMPORTO PAGATO (EURO)		DATA DEL PAGAMENTO
SEZIONE II - RIFERIMENTI ALL'AIUTO RICHIESTO		
AIUTO RICHIESTO (EURO)		(PARIAL 65 % DEL PREMIO DI POLIZZA)



CUAA (CODICE FISCALE)	COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE	NUMERO DOMANDA
QUADRO D - IMPEGNI E SOTTOSCRIZIONE		
<p>Il sottoscritto: </p> <p>ai sensi del Decreto recante modalità attuative e invito a presentare proposte per la campagna assicurativa 2020, chiede l'erogazione del contributo pubblico previsto dal D.Lgs. 29 marzo 2004 n. 102, e ss.mm.ii.</p> <p>At tal fine dichiara assumendone la responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46,47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000:</p> <ul style="list-style-type: none"> - di essere imprenditore agricolo ai sensi dell'art. 2135 del Codice civile, iscritto nel registro delle imprese o nell'anagrafe delle imprese agricole istituita presso le Province Autonome di Trento e di Bolzano; - di essere una PMI, di cui all'articolo 2, punto 2, del Reg. (UE) n. 702/2014; - di non essere un'impresa in difficoltà, così come definita dall'art. 2, comma 1, punto 14, del Reg. (UE) n. 702/2014; - di non essere un soggetto destinatario di un ordine di recupero pendente a seguito di una precedente decisione della Commissione Europea che dichiara gli aiuti illegittimi e incompatibili con il mercato interno conformemente a quanto indicato all'art. 1, comma 5, del Reg. (UE) n. 702/2014; - che per la realizzazione degli interventi di cui alla presente domanda di aiuto non ha ottenuto né richiesto, anche tramite gli organismi collettivi di difesa di appartenenza, contributi a valere su altre misure del PSR 2014/2020 (fondo FEASR) o da altri fondi SIE o nazionali; - che la presente operazione è oggetto di intervento integrativo da parte dell'Ente _____ a carico di fondi _____; <p>- che non sussistono nei confronti propri cause di divieto, di decadenza o di sospensione, di cui all'art. 67 comma 1 lettere da a) a g), commi da 2 a 7 e all'art.76 comma 8 del D.Lgs. n. 159/2011 e ss.mm.ii.</p> <p>Dichiara, agli stessi effetti, inoltre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - di essere a conoscenza delle disposizioni e norme nazionali che disciplinano la corresponsione degli aiuti richiesti con la presente domanda di aiuto e che disciplinano il settore dell'Assicurazione Agricola Agevolata; - di essere a conoscenza dei decreti recanti modalità attuative e invito a presentare proposte per la campagna assicurativa 2020 sulle polizze sperimentali (polizze ricavo e polizze indicizzate); - di essere a conoscenza delle conseguenze derivanti dall'inosservanza degli adempimenti precisati nel decreto recante modalità attuative e invito a presentare proposte per la campagna assicurativa 2020; - di essere a conoscenza che le polizze devono essere sottoscritte a partire dal 1° novembre del 2019 e tener conto delle relative scadenze riportate nel PGRA 2020; - di essere a conoscenza delle disposizioni previste nel "Piano di gestione dei rischi in agricoltura 2020" in materia di determinazione della spesa premi ammissibile a contributo in base all'applicazione dei parametri contributivi, per ogni combinazione anno/comune/prodotto/garanzia di polizza relativamente alle polizze sperimentali indicizzate; - di essere a conoscenza delle disposizioni previste dall'art. 33 del D.Lgs. 228/2001 in materia di sospensione dei procedimenti di erogazione in caso di notizie circostanziate circa indebita percezioni di erogazioni; - di disporre e poter esibire se richiesto in sede di controllo idonea documentazione comprovante: <ul style="list-style-type: none"> a) le produzioni annuali dichiarate nel PAI; b) la polizza/certificato sottoscritti in originale; c) la documentazione attestante il pagamento della quota di premio complessivo di propria competenza all'Organismo di difesa nel caso di polizze collettive; - di conservare tutta la documentazione citata al precedente punto per i tre anni successivi alla data di pagamento del contributo pubblico; - di essere a conoscenza degli effetti sanzionatori per le affermazioni non rispondenti al vero anche in relazione alla perdita degli aiuti previsti dalla normativa nazionale in - di essere a conoscenza che i propri dati personali potranno essere comunicati, per lo svolgimento delle rispettive funzionalità istituzionali, agli organi ispettivi pubblici, nazionali, regionali e provinciali; - di essere consapevole che l'Autorità competente avrà accesso, in ogni momento e senza restrizioni, agli impianti dell'azienda e alle sedi del richiedente per le attività di ispezione previste, nonché a tutta la documentazione che riterrà necessaria ai fini dell'istruttoria e dei controlli a pena di esclusione/revoca dell'aiuto richiesto; - di non essere sottoposto a pene detentive e/o misure accessorie interdittive o limitative della capacità giuridica e di agire fatta salva l'autorizzazione degli organi di - di esonerare l'Amministrazione nazionale e/o eventuali Enti o soggetti delegati da ogni responsabilità derivante dal pagamento del contributo richiesto, nei confronti di terzi aventi causa a qualsiasi titolo; - di essere consapevole che l'Organismo Pagatore, in ottemperanza alla normativa unionale e nazionale in materia, effettuerà i controlli e determinerà l'importo della spesa ammissibile e dell'aiuto concedibile; - di essere a conoscenza che ogni comunicazione al sottoscritto sarà effettuata tramite la PEC indicata sulla domanda, ovvero sul sito internet del Mipaaf e sul sito di Agea, o attraverso il portale SIAN con modalità che sarà opportunamente pubblicizzata, ed, in particolare, che in caso di esito completamente positivo dell'istruttoria, la comunicazione avverrà solo mediante pubblicazione su sito internet del Mipaaf e mediante portale SIAN; - di essere consapevole che il contributo pubblico massimo erogabile, calcolato sulla spesa ammessa in seguito all'istruttoria della presente domanda di aiuto, è pari al 65% per le polizze sperimentali, in funzione della disponibilità finanziaria di cui all'avviso pubblico. - di essere <input type="checkbox"/> non essere <input type="checkbox"/> soggetto all'applicazione del DURC <p>Si impegna, inoltre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a consentire l'accesso in azienda e alla documentazione agli organi incaricati dei controlli, in ogni momento e senza restrizioni; - a comunicare tempestivamente eventuali variazioni rispetto a quanto dichiarato nella domanda, anche con riferimento all'indirizzo di posta elettronica certificata; - a consentire il trattamento dei dati conferiti per le finalità e gli obblighi previsti dalla normativa di settore. <p>Autorizza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il trattamento dei dati conferiti, inclusi eventuali dati personali di natura sensibile e/o giudiziaria, ottenuti anche tramite eventuali allegati e/o altra documentazione accessoria, per le attività istruttorie ai fini del trattamento dei dati per la domanda di aiuto, nonché per le finalità istituzionali contenute nell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 679/2016; - altresì, la comunicazione dei dati conferiti ai soggetti elencati nella Informativa ed il trasferimento agli altri soggetti titolari e responsabili del trattamento; <p>- la comunicazione all'Organismo di difesa associato della avvenuta liquidazione da parte dell'Organismo pagatore dell'importo relativo al contributo spettante a fronte del certificato di adesione alla polizza collettiva (in caso di pagamento effettuato al richiedente).</p> <p>Con riferimento alla documentazione necessaria alla richiesta della certificazione antimafia, qualora prevista sulla base dell'importo del contributo richiesto:</p> <p>1 <input type="checkbox"/> dichiara che i documenti necessari sono stati messi a disposizione dell'Amministrazione</p> <p>2 <input type="checkbox"/> dichiara di essere un Ente Pubblico esonerato dall'obbligo della certificazione antimafia</p> <p>Dichiara, infine, di essere consapevole che, apponendo la firma nello spazio sottostante, si assume la piena responsabilità che quanto esposto nella presente domanda - incluse le dichiarazioni sopra riportate che si intendono qui integralmente assunte - risponde al vero e di essere a conoscenza delle norme penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.</p>		
LUOGO E DATA DI SOTTOSCRIZIONE		
Fatto a: _____ il: _____		
NON COMPILARE IL RIQUADRO SOTTOSTANTE IN CASO DI DICHIARAZIONE SOTTOSCRITTA CON FIRMA DIGITALE		
ESTREMI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO: Tipo documento: _____ N° _____ Data scadenza: _____ (di cui si richiede fotocopia in allegato alla domanda)		
<p>IN FEDE</p> <p>_____</p>		



CUAA (CODICE FISCALE)	COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE	NUMERO DOMANDA
QUADRO E - ELENCO DI CONTROLLO DELLA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA		
TIPO DI DOCUMENTO		
Codice	Descrizione	
CAA:	UFFICIO:	
ATTESTAZIONI A CURA DELL'UFFICIO		
1) Il produttore si è presentato presso questo ufficio ed è stato identificato;		
2) Il produttore ha firmato la domanda;		
3) la domanda e gli eventuali allegati presenti sono stati archiviati presso questo ufficio;		
4) la domanda contiene gli allegati sopra indicati.		
Data : _____	Firma dell'operatore di SEDE del CAA che ha curato la compilazione e la stampa della domanda:	

Il sottoscritto in qualità di responsabile di SEDE (o di responsabile di livello superiore) del CAA _____, dichiara che le attività sopra descritte sono state eseguite nel rispetto delle disposizioni		
Timbro e Firma del responsabile di SEDE del CAA (o del responsabile di livello superiore)	In qualità di Responsabile di Sede _____	



CUAA (CODICE FISCALE)		COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE		NUMERO DOMANDA																	
QUADRO F - ALLEGATO ALLA DOMANDA DI AIUTO - INFORMATIZZAZIONE DELLA POLIZZA STIPULATA																					
NUMERO IDENTIFICATIVO PAI		PRESENZA DI POLIZZA INTEGRATIVA		DATA STIPULA POLIZZA/CERTIFICATO																	
INTERVENTO		POLIZZA INDIVIDUALE		NUMERO POLIZZA / CERTIFICATO																	
DESCRIZIONE INTERVENTO		ORGANISMO COLLETTIVO DI DIFESA CON CUI E' STATA STIPULATA LA POLIZZA COLLETTIVA		COMPAGNIA ASSICURATRICE																	
ANTICIPO CONSORTILE				COD. COMPAGN																	
CORRISPONDENZA PAI - VALORI ASSICURATI																					
REGIONE		COMUNE		PRODOTTO DA ASSICURARE (*)		PRODUZIONE DA ASSICURARE (*)		PROD. BIOLOGICA SINO													
		PROVINCIA	DESCRIZIONE							SUPERFICIE	HA	ARE	CA	U.M.	Q.TA						
				PRODOTTO (da DM/prezzi)		SUPERFICIE ASSICURATA		QUANTITA' ASSICURATA		PREZZO UNITARIO		VALORE ASSICURATO		TASSO		PREMIO		DATA INIZIO COPERTURA		DATA FINE COPERTURA	

SOGGETTI PUBBLICI O RICADENTI IN UNA DELLE FATTISPECIE DI CUI AL D.LGS. 50/2016 e s.m.i.		
CUAA (CODICE FISCALE)	COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE	NUMERO DOMANDA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PROCEDURA DI GARA PER INDIVIDUAZIONE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DICHIARA E ALLEGA:		
1. espletamento diretto della procedura di gara per l'individuazione della Compagnia di assicurazione: Provvedimento di aggiudicazione alla Compagnia di assicurazione;		<input type="checkbox"/>
2. conferimento dell'attività di individuazione della Compagnia di assicurazione ad un Organismo collettivo di difesa: Provvedimento autorizzatorio all'adesione al citato Organismo collettivo di difesa o Provvedimento di affidamento del servizio assicurativo all'Organismo collettivo per l'annata assicurativa di riferimento.		<input type="checkbox"/>
DATA DELL'ATTO		<input type="text"/>
PROTOCOLLO DELL'ATTO (facoltativo)		<input type="text"/>
CIG relativo alla procedura di gara		<input type="text"/>
	DOCUMENTAZIONE ALLEGATA	<input type="text"/>

