

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 le campagne assicurative 2021 e 2022, n. XXX del XXX pubblicato su G.U.R.I. XXX.
CAMPAGNA XXX

AUTORITA' COMPETENTI MINISTERO DELL'AGRICOLTURA, DELLA SOVRANITA' ALIMENTARE E DELLE FORESTE ORGANISMO PAGATORE AGEA - AGENZIA PER LE EROGAZIONI IN AGRICOLTURA	SPAZIO RISERVATO AL CODICE A BARRE CODICE A BARRE NUMERO IN CHIARO 				
COMPILATO PER IL TRAMITE DI <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">CODICE CAA</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">SIGLA PROVINCIA</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">PROGR. UFFICIO</td> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;">OPERATORE</td> </tr> </table>	CODICE CAA	SIGLA PROVINCIA	PROGR. UFFICIO	OPERATORE	
CODICE CAA	SIGLA PROVINCIA	PROGR. UFFICIO	OPERATORE		
DOMANDA: INIZIALE <input type="checkbox"/> DI MODIFICA <input type="checkbox"/> In modifica della domanda numero: _____ DI SUBENTRO (ai sensi dell'art. 13 del Decreto) <input type="checkbox"/>					
QUADRO A - AZIENDA					
SEZIONE I - DATI IDENTIFICATIVI DEL RICHEDENTE					
CUAU (CODICE FISCALE) _____	SOGGETTO RICADENTE IN UNA DELLE FATTISPECIE DI CUI AL DLGS. 50/2016 e s.m.i. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
COGNOME O RAGIONE SOCIALE _____					
NOME _____					
DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA) _____	SESSO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
COMUNE DI NASCITA _____	PROVINCIA _____				
INDIRIZZO POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) _____ @ _____	NUMERO TELEFONO _____				
RESIDENZA O SEDE LEGALE INDIRIZZO E NUMERO CIVICO _____					
CODICE ISTAT _____	COMUNE _____				
PROVINCIA _____	C.A.P. _____				
RAPPRESENTANTE LEGALE CUAU (CODICE FISCALE) _____					
COGNOME _____					
NOME _____					
DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA) _____	SESSO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
COMUNE DI NASCITA _____	PROVINCIA _____				
SEZIONE II - COORDINATE PER IL PAGAMENTO					
<input type="checkbox"/> Il pagamento deve essere effettuato al richiedente <input type="checkbox"/> 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);					
CUAU (CODICE FISCALE) _____					
RAGIONE SOCIALE _____					
RAPPRESENTANTE LEGALE CUAU (CODICE FISCALE) _____					
COGNOME _____					
NOME _____					
DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA) _____	SESSO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
COMUNE DI NASCITA _____	PROVINCIA _____				
N.B. Il conto deve essere intestato al richiedente/OCF - il codice BIC-IBAN indicato identifica il rapporto corrispondente con l'Istituto di Credito del richiedente/OCF; 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 BANCARIE (obbligatorio nel caso di transazioni internazionali) _____	IBAN - COORDINATE BANCARIE (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					

MASAF - DISR 06 - Prot. Uscita N.0124922 del 27/02/2023

CUAA (CODICE FISCALE)	COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE	NUMERO DOMANDA

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

	codice	denominazione
COMPAGNIA ASSICURATRICE		
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'AUTO RICHIESTO

AUTO RICHIESTO (EURO)		(PARI AL 65 % DEL PREMIO DI POLIZZA)

CUAA (CODICE FISCALE)

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE

NUMERO DOMANDA

QUADRO D - IMPEGNI E SOTTOSCRIZIONE

Il sottoscritto :

ai sensi del Decreto recante modalità attuative e invito a presentare proposte per la campagna assicurativa XXX, chiede l'erogazione del contributo pubblico previsto dal D.Lgs. 29 marzo 2004 n. 102. e ss.mm.ii.

A 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:

- 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 2014/2022 (fondo FEASR) o da altri fondi SIE o nazionali;
- di essere a conoscenza che, in caso di adesione ad una polizza collettiva, l'OCDF di appartenenza all'uopo delegato può ricevere un acconto dell'aiuto, a titolo di rimborso di quanto anticipato per il pagamento della polizza, e che in tal caso l'importo a titolo di aiuto verrà erogato al netto di quanto già anticipato all'OCDF e di rilasciarne pertanto più ampia quietanza;
- 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.

Dichiara, agli stessi effetti, inoltre:

- 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 XXX 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 XXX;
- di essere a conoscenza che la data di sottoscrizione della polizza e la relativa data di scadenza devono essere conformi a quanto espresso nel PGRA di riferimento;
- di essere a conoscenza delle disposizioni previste nel "Piano di gestione dei rischi in agricoltura" dell'anno di riferimento 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 indebitate percezioni di erogazioni;
- di disporre e poter esibire se richiesto in sede di controllo idonea documentazione comprovante:
 - 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 materia;
- di essere a conoscenza che i propri dati personali potranno essere comunicati, per lo svolgimento delle rispettive funzionalità istituzionali, agli organi ispettivi pubblici, unionali, nazionali e regionali;
- 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 vigilanza e/o tutori;
- 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 Masaf e sul sito di Afea, 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 Masaf 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 non essere soggetto all'applicazione del DURC

Si impegna, inoltre:

- 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.

Autorizza:

- 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;
- 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).

Con riferimento alla documentazione necessaria alla richiesta della certificazione antimafia, qualora prevista sulla base dell'importo del contributo richiesto:

1 dichiara che i documenti necessari sono stati messi a disposizione dell'Amministrazione

2 dichiara di essere un Ente Pubblico esonerato dall'obbligo della certificazione antimafia

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.

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)

IN FEDE

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 impartite dall'Organismo Pagatore AGEA

**Timbro e Firma del responsabile di SEDE del CAA
(o del responsabile di livello superiore)**

In qualità di Responsabile di Sede

MASAF - DISR 06 - Prot. Uscita N.0124922 del 27/02/2023

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 <input type="checkbox"/>	DATA STIPULA POLIZZA/CERTIFICATO	NUMERO POLIZZA / CERTIFICATO
INTERVENTO	POLIZZA INDIVIDUALE <input type="checkbox"/>		
DESCRIZIONE INTERVENTO	ORGANISMO COLLETTIVO DI DIFESA CON CUI E' STATA STIPULATA LA POLIZZA COLLETTIVA	COD. COMPAGNIA	COMPAGNIA ASSICURATRICE
ANTICIPO CONSORTILE <input type="checkbox"/>			
POLIZZA RICAVO <input type="checkbox"/>	POLIZZA INDEX BASED <input type="checkbox"/>		

CORRISPONDENZA PAI - VALORI ASSICURATI

DATI DEL PAI										DATI DELLA POLIZZA STIPULATA									
REGIONE	PROVINCIA	COMUNE		PRODOTTO	SUPERFICIE			VALORE DELLA PRODUZIONE STORICA (*) (**)		PRODUZ. BIOLOGICA S/NO	SPECIFICA DI PRODOTTO (da DM SV)	SUPERFICIE ASSICURATA	QUANTITA' ASSICURATA	PREZZO UNITARIO	VALORE ASSICURATO	TASSO	PREMIO	DATA INIZIO COPERTURA	DATA FINE COPERTURA
		CODICE	DESCRIZIONE		HA	ARE	CA	U.M.	Q.TA										
TOTALI:																			

(*) RAPPRESENTA IL VALORE MASSIMO ASSICURABILE AMMISSIBILE AL SOSTEGNO.
 (**) IN CASO DI VALORE DICHIARATO NEL PAI SUPERIORE ALLO STANDARD VALUE DI RIFERIMENTO, IL VALORE DELLA PRODUZIONE STORICA SARA' DETERMINATO PREVIA VERIFICA DELLA DOCUMENTAZIONE PROBANTE.

AVVERSITA'

COMBINAZIONE DI RISCHI ASSICURATI: _____

CUAA (CODICE FISCALE)

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE

NUMERO DOMANDA

PROCEDURA DI GARA PER INDIVIDUAZIONE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE

SI

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;

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.

DATA DELL'ATTO

PROTOCOLLO DELL'ATTO (facoltativo)

CIG relativo alla procedura di gara

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

CUAA (CODICE FISCALE)

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE

NUMERO DOMANDA

QUADRO H - SOGGETTI RICADENTI IN UNA DELLE FATTISPECIE DI CUI ALL'ART. 13 DEL DECRETO**SEZIONE I - CESSIONE DI AZIENDE**

Il sottoscritto comunica di essere subentrato nella conduzione della seguente azienda, e allega la relativa documentazione:

CUAA (CODICE FISCALE)

DATA DI CESSIONE

Fattispecie	Documentazione giustificativa
h Cessione di azienda	1 copia dell'atto registrato con il quale, a qualsiasi titolo, è trasferita l'azienda dal cedente al cessionario, contenente l'indicazione puntuale delle superfici dichiarate nell'atto amministrativo

SEZIONE II - SUCCESSIONE "MORTIS CAUSA"

Il sottoscritto comunica di essere subentrato nella conduzione della seguente azienda, e allega la relativa documentazione:

CUAA (CODICE FISCALE)

Fattispecie	Documentazione giustificativa
a decesso del beneficiario (successione mortis causa)	<p>A. Successione legittima</p> <p>1 dichiarazione sostitutiva di certificazione di morte del titolare <i>unitamente a:</i> copia del documento d'identità in corso di validità dell'erede dichiarante</p> <p>2 scrittura notarile indicante la linea ereditaria oppure 3 dichiarazione sostitutiva con l'indicazione della linea ereditaria <i>unitamente a:</i> copia del documento di identità in corso di validità dell'erede richiedente</p> <p>inoltre, nel caso di coeredi:</p> <p>4 delega/consenso di tutti i coeredi al richiedente oppure 5 nel caso di irreperibilità di uno o più coeredi, dichiarazione sostitutiva del richiedente attestante l'irreperibilità dei coeredi <i>unitamente a:</i> documento di identità in corso di validità di tutti i deleganti</p> <p>In caso di costituzione della comunione ereditaria:</p> <p>6 dichiarazione resa da almeno uno dei coeredi nella quale si dichiara che la successione è eseguita in favore della comunione ereditaria costituita</p> <p>B. Successione testamentaria</p> <p>7 dichiarazione sostitutiva di atto notorio per uso successione <i>unitamente a:</i> copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante</p>