

Vivendo ^{Iside}

Assicurazione per la protezione del tenore di vita

Fascicolo informativo 

Copertura Assicurativa Collettiva
Vita e Danni



Afi • Esca 
Groupe Burrus

Rappresentanza Generale per l'Italia

Afi • Esca 
iARD Groupe Burrus

Rappresentanza Generale per l'Italia

Pagina vuota

FASCICOLO INFORMATIVO POLIZZA
COLLETTIVA N. 310300008

Vivendo ^{Iside}

ASSICURAZIONE
PER LA PROTEZIONE DEL TENORE DI VITA

Coperture assicurative a Premio Unico in forma abbinata vita e danni, per i casi di: Decesso – Invalidità Totale e Permanente – Inabilità Temporanea Totale – Perdita di Impiego.

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTIENE:

- Nota Informativa;
- Glossario;
- Condizioni Generali di Assicurazione;
- Informativa Trattamento dei dati personali;
- Adeguata Verifica della Clientela;
- Modulo di Adesione.

E DEVE ESSERE CONSEGNATO ALL' ASSICURATO
PRIMA DELL'ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

[Data dell'ultimo aggiornamento: 20/06/2018]

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. L'Assicurato deve prendere visione delle Condizioni Generali di Assicurazione prima della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

La presente Nota Informativa si riferisce all'offerta congiunta di Coperture assicurative relative a rami vita e ai rami danni, prestate da Compagnie di assicurazione distinte.



A - INFORMAZIONI SULLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE

1. INFORMAZIONI GENERALI

1.1 COPERTURA ASSICURATIVA RELATIVA AI CASI DI DECESSO E INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE (COPERTURA VITA)
AFI ESCA S.A., è una impresa di assicurazione di diritto francese, con sede legale e direzione generale in Quai Kléber, 2, Strasburgo (Francia), abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento.

AFI ESCA S.A. è sottoposta alla vigilanza dell'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).

Per le Coperture Vita, la Polizza Collettiva e le connesse Assicurazioni concluse per adesione alla Polizza Collettiva di cui alla presente Nota Informativa, sono stipulate con la rappresentanza generale per l'Italia di AFI ESCA S.A., avente sede e direzione in Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano - Italia, P. IVA. 07907350966, C.F. 97601900158, numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI-1989762 iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00105.

Telefono: +39 02 5832.4845; Sito internet: www.afi-esca.it; e-mail: informazioni@afi-esca.com.

1.2 COPERTURA ASSICURATIVA RELATIVA AI CASI DI INABILITÀ TOTALE E TEMPORANEA E PERDITA DI IMPIEGO (COPERTURA DANNI)
AFI ESCA IARD S.A. è una impresa di assicurazione di diritto francese, con sede legale e direzione generale in Square Dutilleul, 4, LILLE (Francia), soggetta a direzione e coordinamento di AFI ESCA S.A., abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento.

AFI ESCA IARD S.A. è sottoposta alla vigilanza dell'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).

Per le Coperture Danni, la Polizza Collettiva e le connesse Assicurazioni concluse per adesione alla Polizza Collettiva di cui alla presente Nota Informativa, sono stipulate con la rappresentanza generale per l'Italia di AFI ESCA IARD S.A., avente sede e direzione in Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano - Italia, P. IVA. e C.F. 07906760967, numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI-1989679 iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00102.

Telefono: +39 02 5832.4845; Sito internet: www.afi-esca.it; e-mail: informazioni@afi-esca.com.

2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE

2.1 AFI ESCA S.A.

AFI ESCA S.A. ha un patrimonio netto pari a 190 milioni di Euro di cui 12,36 milioni di Euro è il capitale sociale e 101 milioni di Euro è il totale delle riserve patrimoniali. L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari al 230%.

2.2 AFI ESCA IARD S.A.

AFI ESCA IARD S.A. ha un patrimonio netto pari a 3,63 milioni Euro di cui 4 milioni di Euro è il capitale sociale e 69 mila Euro è il totale delle riserve patrimoniali. L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari al 144%.



B - INFORMAZIONI SUL CONTRATTO, SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

La presente Nota Informativa si riferisce all'offerta congiunta delle coperture assicurative relative ai casi di Decesso e di Invalidità Totale e Permanente prestate da AFI ESCA S.A. e delle coperture assicurative relative ai casi di Inabilità Totale e Temporanea e di Perdita di Impiego prestate da AFI ESCA IARD S.A.

All'atto della sottoscrizione del Modulo di Adesione l'Assicurato potrà scegliere una tra le seguenti combinazioni di Coperture assicurative, distintamente indicate nel Modulo di Adesione:

- Decesso, Invalidità Totale e Permanente, Inabilità Totale e Temporanea. Tale formula assicurativa è valida per gli Assicurati che siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti;
- Decesso, Invalidità Totale e Permanente, Perdita di Impiego. Tale formula assicurativa è valida per gli Assicurati che siano Lavoratori Dipendenti del Settore Privato.

La durata delle Coperture coincide con la durata prescelta dall'Assicurato in fase di sottoscrizione del Modulo di Adesione e può variare da un minimo di 3 anni e un massimo di 10 anni, compatibilmente con l'età dell'Assicurato che, congiuntamente:

- al momento di sottoscrizione del Modulo di Adesione, deve essere non inferiore a 18 anni e non superiore, rispettivamente, a 62 anni, nel caso in cui l'Assicurato opti per la formula assicurativa sub (a), ovvero a 52 anni, nel caso in cui l'Assicurato opti per la formula assicurativa sub (b);
- alla scadenza, non può essere superiore, rispettivamente, a 65 anni, nel caso in cui l'Assicurato opti per la formula assicurativa sub (a), ovvero a 55 anni, nel caso in cui l'Assicurato opti per la formula assicurativa sub (b).

Non è previsto il tacito rinnovo.

3. PRESTAZIONI E COPERTURE ASSICURATIVE E GARANZIE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

3.1 COPERTURE RELATIVE AL RAMO VITA

La Polizza Collettiva e le Assicurazioni concluse mediante adesione alla stessa, prevedono le seguenti prestazioni assicurative:

a) prestazione in caso di Decesso (valida per tutti i Lavoratori Dipendenti e i Lavoratori Autonomi)

Il rischio coperto è il Decesso qualunque possa esserne la causa;

b) prestazione in caso di Invalidità Totale e Permanente (valida per tutti i Lavoratori Dipendenti e i Lavoratori Autonomi)

Il rischio coperto è l'Invalidità Totale e Permanente che derivi da Infortunio o Malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale e Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione da questi esercitata, nel corso del periodo di vigenza della Copertura e prima del compimento del 65° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.

Si rinvia all'art. 7 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle singole prestazioni.

Avvertenze relative a tutte le Coperture Vita:

Avvertenza: alle Coperture Vita si applicano le Esclusioni specificamente indicate agli artt. 8.1 e 8.2 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Avvertenza: alle Coperture Vita si applica un Periodo di Carenza.

L'efficacia delle Coperture Vita è subordinata a un periodo di carenza di 180 giorni decorrenti dalla data di adesione dell'Assicurato alla Polizza Collettiva, durante il quale l'assicurazione resta sospesa. Nel caso in cui l'evento assicurato – decesso o invalidità totale e permanente dell'Assicurato – si verifichi durante detto periodo di carenza la Compagnia, salvo determinate ipotesi indicate all'art. 8.5 delle Condizioni Generali di Assicurazione - non è tenuta al pagamento del Capitale assicurato ma si limita a restituire il premio versato al netto delle imposte applicate alle Coperture Danni.

Per informazioni di dettaglio sul periodo di carenza si rinvia all'art. 7.1 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Avvertenza: si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di Adesione relative alle informazioni rese dall'Assicurato sul suo stato di salute, mediante la sottoscrizione della Dichiarazione di Buono Stato di Salute.

Le Coperture assicurative cessano nei casi previsti all'art. 4.4 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

3.2 COPERTURE RELATIVE AL RAMO DANNI

La Polizza Collettiva e le Assicurazioni concluse mediante adesione alla stessa prevedono le seguenti prestazioni assicurative, alternative tra loro:

a) prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale (valida per tutti i Lavoratori Dipendenti e i Lavoratori Autonomi)

Il rischio coperto è l'Inabilità Temporanea Totale al lavoro derivante da Infortunio o Malattia.

La garanzia è sottoscrivibile solo dai Lavoratori Autonomi con un reddito certificato e dai Lavoratori Dipendenti del settore privato e pubblico. Per la garanzia Inabilità Temporanea Totale è prevista una durata contrattuale coincidente con la durata prescelta sul Modulo di Adesione nel limite massimo rappresentato dall'inizio del pensionamento volontario dell'Assicurato.

b) Copertura assicurativa in caso di Perdita Involontaria d'Impiego (valida esclusivamente per i Lavoratori Dipendenti del settore privato)

Il rischio coperto è la Perdita Involontaria di Impiego.

La garanzia può essere attivata esclusivamente insieme alla Copertura per il caso di Decesso e per l'Invalidità Totale e Permanente ed è sottoscrivibile solo dai Lavoratori Dipendenti del settore privato che alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione abbiano un'età non superiore a 52 anni, mentre l'età massima alla scadenza non potrà essere superiore a 55 anni.

Per la garanzia Perdita Involontaria d'Impiego è prevista una durata coincidente con la durata prescelta sul Modulo di Adesione, nel limite massimo rappresentato dall'inizio del pensionamento volontario dell'Assicurato.

Si rinvia all'art. 7 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle singole prestazioni.

Le Coperture assicurative cessano nei casi previsti all'art. 4.4 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Avvertenze relative a tutte le Coperture Danni:

Avvertenza: alle Coperture assicurative relative al ramo danni si applica un Periodo di Franchigia.

Avvertenza: alle Coperture assicurative relative al ramo danni si applica un Periodo di Carenza.

Esemplificazioni:

Il **Periodo di Franchigia** è un periodo di tempo durante il quale, pur in presenza di un evento indennizzabile ai sensi delle Condizioni Generali di Assicurazione, il Beneficiario non ha diritto ad alcuna Indennità.

Ad esempio: nel caso in cui sia previsto un Periodo di Franchigia di 60 (sessanta) giorni, la prestazione non verrà corrisposta prima che siano decorsi 60 (sessanta) giorni dalla data di accadimento del Sinistro e a condizione che persistano, allo scadere del periodo suddetto, le condizioni che hanno determinato l'operatività della Copertura.

Il **Periodo di Carenza** è un periodo di tempo, immediatamente successivo alla Data di Decorrenza dell'assicurazione, durante il quale l'efficacia della Copertura assicurativa è sospesa.

Ad esempio: nel caso in cui sia prevista una Carenza di 180 (centottanta) giorni, qualsivoglia Sinistro verificatosi prima che siano decorsi 180 (centottanta) giorni dalla Data di Decorrenza dell'assicurazione, non potrà essere indennizzato.

Avvertenze relative a tutte le Coperture Danni:

Avvertenza: alle Coperture assicurative relative al ramo danni si applicano le Esclusioni specificamente indicate all'art. 8 delle Condizioni Generali di Assicurazione

4. DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

In sede di adesione alla Polizza Collettiva, l'Assicurato deve fornire alla Compagnia dichiarazioni veritiere e non reticenti sulle circostanze del rischio.

Avvertenza: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione delle Coperture ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile, come previsto all'art. 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

5. PREMI

Il Premio viene corrisposto anticipatamente in un'unica soluzione. Il suo ammontare, che dipende dall'importo e dalla durata delle Coperture, è determinato in relazione all'importo dell'Indennizzo mensile pattuito.

Per tutte le Coperture assicurative, relative sia al ramo vita che al ramo danni, non sono previste le possibilità di Riscatto e di Riduzione dell'Assicurazione.

Il Premio è corrisposto dall'Aderente alle Compagnie in un'unica soluzione per tutta la durata dell'Assicurazione, per il tramite del Contraente. Le Compagnie conferiscono al Contraente della Polizza Collettiva mandato all'incasso dei premi e pertanto il pagamento dei premi medesimi al Contraente si considera come effettuato direttamente dall'Assicurato alle Compagnie.

DETERMINAZIONE DEL PREMIO

L'importo del Premio è pari alla somma della componente di premio per le Coperture Vita e della componente del premio per le Coperture Danni. Il Premio viene determinato applicando il tasso unico(*), in funzione dell'Età dell'Assicurato alla sottoscrizione, moltiplicato per l'indennizzo mensile richiesto in fase di sottoscrizione per il numero di anni di durata delle Coperture.

Di seguito viene riportato il tasso di premio per la determinazione del premio annuo:

Il Tasso Unico per Assicurati con Età alla sottoscrizione inferiore o uguale a 54 anni è pari al 0,664397

Il Tasso Unico per Assicurati con Età alla sottoscrizione maggiore o uguale a 55 anni è pari al 1,07978

Ipotizzando un Indennizzo Mensile di Euro 500,00, il Premio, per un Assicurato avente età alla sottoscrizione inferiore a 55 anni e durata delle Coperture pari a 5 anni, viene determinato come segue:

$500,00 \times 0,664397 \times 5 = \text{Euro } 1.666,65$

(*) Il tasso applicato per determinare il premio per le Coperture Danni è già comprensivo delle imposte di Legge pari al 2,50%



C - INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

6. COSTI

Sull'Assicurato gravano i seguenti costi:

- costi di emissione/adesione: Euro 70,00 di cui Euro 50,00 retrocesso all'Intermediario;
- remunerazione dell'Intermediario: pari al 70% del Premio al netto delle tasse e delle spese di emissione/adesione; a titolo di esempio, su un Premio imponibile pari ad Euro 100,00, la remunerazione dell'Intermediario è pari ad Euro 70,00.

Si rinvia all'art. 11 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

6.1 COSTI GRAVANTI DIRETTAMENTE SULL'ASSICURATO

COSTO	Misura fi sa	% Premio versato al netto delle imposte
Spese di emissione contratto/adesione	Euro 70 di cui Euro 50 retrocesso all'Intermediario	-
Remunerazione dell'intermediario	Quota parte delle spese di adesione pari a Euro 50	70%

6.1.2 ALTRI COSTI

Non sono previsti costi per Riscatto, erogazione della rendita o in funzione delle modalità di partecipazione agli utili, in quanto tali opzioni non sono consentite dalla Polizza Collettiva.

7. SCONTI

Non sono previsti sconti di Premio.

8. RIVALSE

L'Assicurazione di cui alla presente Polizza Collettiva non consente l'esercizio di eventuali rivalse.

9. REGIME FISCALE

9.1 IMPOSTE SUI PREMI

I premi di assicurazione per le Coperture Vita non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni, mentre quelli per le Coperture Danni sono soggetti ad un'imposta pari al 2,5% del premio imponibile.

9.2 DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI

Le Coperture Assicurative offerte da AFI ESCA S.A. in forza della Polizza Collettiva (Coperture Vita) danno diritto ad una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) nella misura del 19% del Premio versato, che su base annua, ai fini del calcolo della predetta detrazione d'imposta, non può eccedere l'importo massimo previsto dalla normativa vigente. La detrazione è riconosciuta all'Assicurato nei limiti anzidetti.

9.3 TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

Come da disposizioni in vigore alla data di redazione della presente Nota Informativa le somme corrisposte dalle Compagnie a titolo di Indennizzo in dipendenza della presente Assicurazione, non sono assoggettate ad alcuna imposizione fiscale.

D - ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

10. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

Le modalità di perfezionamento dell'adesione alla Polizza Collettiva e la decorrenza delle Coperture sono indicate negli artt. 2 e 4 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

11. RISCATTO E RIDUZIONE

Non sono previste ipotesi di Riscatto o Riduzione.

12. DIRITTO DI RECESSO

L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione – anche per quanto concerne le Coperture Danni – entro trenta giorni dalla data di adesione alla Polizza Collettiva, dandone comunicazione alle Compagnie a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviare a: AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, Via Vittor Pisani, 5 – 20124 MILANO, accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità. A tali fini – per quanto attiene le Coperture Danni – AFI ESCA S.A. agisce quale mandataria di AFI ESCA IARD S.A..

Le garanzie cesseranno alla data richiesta dall'Assicurato o, se precedente, dalle ore 24.00 del giorno della data di spedizione della lettera raccomandata da parte dell'Assicurato.

Le Compagnie, entro il termine di trenta giorni dal ricevimento della dichiarazione di recesso, hanno l'obbligo di restituire all'Assicurato il Premio, al netto delle imposte, delle spese di emissione del Contratto/adesione sostenute – che si quantificano preventivamente in € 70,00 – e della quota parte di Premio relativa al periodo in cui l'Assicurazione ha avuto effetto nei confronti di detto Assicurato. Si precisa che, laddove nelle more dell'esercizio del diritto di recesso si verifici un Sinistro e il Beneficiario dichiarerà per iscritto alle Compagnie di voler profittare della garanzia assicurativa, tale diritto del Beneficiario si intenderà prevalente rispetto al diritto di recesso esercitato dall'Assicurato.

13. PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'art. 2952 del codice civile, i diritti derivanti dall'Assicurazione relativi alle Coperture Danni si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto mentre i diritti derivanti dall'Assicurazione relativi alle Coperture Vita si prescrivono in dieci anni.

14. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al contratto si applica la legge italiana.

15. LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO

Il contratto e ogni documento ad esso collegato e le comunicazioni in corso di contratto, sono redatti in lingua italiana.

16. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO

Le Compagnie si impegnano a comunicare tempestivamente all'Assicurato le eventuali variazioni delle informazioni contenute in Nota Informativa intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto. A tali fini AFI ESCA S.A. agisce quale mandataria di AFI ESCA IARD S.A.

17 - CONFLITTO DI INTERESSI

AFI ESCA S.A. ed AFI ESCA IARD S.A. dichiarano che il presente contratto non presenta situazioni di conflitto di interessi.

Le Compagnie in ogni caso si impegnano a non recare pregiudizio agli Assicurati e ad ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

E - INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

18. SINISTRI – DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'IMPRESA PER LA LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI

LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Ai fini della denuncia dei Sinistri relativi alle Coperture Danni, AFI ESCA S.A. agisce quale mandataria di AFI ESCA IARD S.A.. Pertanto, tutti i Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a mezzo raccomandata A.R. al seguente recapito: AFI ESCA S.A. - UFFICIO SINISTRI - Via Vittor Pisani, 5 - 20124 MILANO, e comunque non oltre il termine di 30 giorni dal verificarsi del Sinistro.

Per le Coperture che applicano una Franchigia, il calcolo del Periodo di Franchigia decorrerà dalla data di ricezione della denuncia di Sinistro da parte della Compagnia – come sopra indicata-.

L'Assicurato o gli aventi diritto possono chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al seguente numero 02 – 5832.4845.

L'Assicurato o gli aventi diritto dovranno consegnare alla Compagnia tutta la documentazione richiesta da quest'ultima, necessaria e sufficiente a verificare il diritto all'Indennizzo. In ogni caso, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o la documentazione

necessaria per una corretta valutazione del Sinistro. L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono inoltre sciogliere da qualsiasi obbligo di riservatezza i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi anche ad opera di consulenti medici di fiducia della Compagnia. Le spese relative agli accertamenti medici sono a carico dell'Assicurato o degli aventi diritto all'Indennizzo. In ogni caso, la Compagnia si riserva la facoltà di far sottoporre l'Assicurato ad accertamenti medici. L'art. 13 delle Condizioni Generali di Assicurazione riporta le indicazioni di dettaglio relative alla documentazione da presentare alla Compagnia per la liquidazione e alla procedura di liquidazione.

19 - RECLAMI

19.1 RECLAMI ALLA COMPAGNIA

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei Sinistri, anche con riguardo alle Coperture Danni, devono essere inoltrati per iscritto, ovvero a mezzo posta elettronica, alla Compagnia:

AFI ESCA S.A. – Via Vittor Pisani, 5 - 20124 MILANO
 Telefono: +39 02 5832.4845
 Indirizzo e-mail: reclami@afi-esca.com

A tali fini AFI ESCA S.A. agisce quale mandataria di AFI ESCA IARD S.A.

La Compagnia – come sopra indicata - gestisce il reclamo dandovi riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. Il reclamante e gli aventi diritto potranno altresì rivolgersi al seguente Istituto:

IVASS - Servizio Tutela dei Consumatori
 Via del Quirinale n. 21
 00187 Roma

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dalla Compagnia e dei dati specificati all'art. 5 del predetto Regolamento ISVAP n. 24 del 19 maggio 2008, nei seguenti casi:

- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;
- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali la Compagnia non ha dato riscontro entro il termine massimo di 45 giorni, decorrenti dalla data di ricezione, inclusi quelli relativi alla gestione del rapporto contrattuale (segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto). Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'autorità giudiziaria. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente domicilio in Italia può presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, individuabile accedendo al sito Internet: https://ec.europa.eu/info/file/fin-net-complaint-form_it.

L'IVASS, ricevuto il reclamo, e accertata la presenza di un sistema estero competente, lo inoltra senza ritardo a tale sistema, dandone notizia al reclamante.

L'Autorità di Vigilanza del Paese di origine di AFI ESCA è l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et Résolution) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito: <https://acpr.banque-france.fr/>.

Resta comunque salva la facoltà di adire direttamente l'Autorità Giudiziaria.

20. GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE

Il presente contratto, redatto in lingua italiana, è soggetto alla giurisdizione italiana.

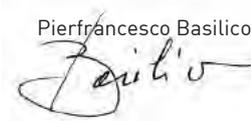
Per qualunque controversia derivante dall'applicazione o interpretazione del presente contratto è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento, se obbligatorio per legge, del tentativo di mediazione ex art. 5 del D.Lgs. 28/2010 e successive modifiche ed integrazioni, deferendo la controversia esclusivamente ad organismo di mediazione abilitato. Resta in ogni caso inteso che nel caso in cui sia adita l'Autorità Giudiziaria, il Foro competente sarà quello di residenza o del diverso domicilio eletto dagli aventi diritto (Contraente, Assicurato o Beneficiari).

AFI ESCA S.A. ed AFI ESCA IARD S.A. SONO RESPONSABILI DELLA VERIDICITÀ E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI E DELLE NOTIZIE CONTENUTI NELLA PRESENTE NOTA INFORMATIVA

AFI ESCA S.A.
 Direttore Italia

Pierfrancesco Basilico


AFI ESCA IARD S.A.
 Direttore Italia

Pierfrancesco Basilico




Aderente/Assicurato: la persona fisica che aderisce alla Polizza Collettiva mediante sottoscrizione del Modulo di Adesione e versamento del Premio, il cui rischio di Sinistro è coperto dall'Assicurazione.

Beneficiario il soggetto al quale viene liquidato l'Indennizzo al verificarsi del rischio assicurato.

Cassa Integrazione Guadagni Edilizia: la Cassa Integrazione Guadagni, Ordinaria o Straordinaria, erogata agli operai, impiegati e quadri dipendenti di aziende edili ed affini e di aziende industriali del settore lapideo esercenti l'attività di escavazione e/o lavorazione di materiale lapideo.

Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria: la prestazione economica erogata dall'Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale (INPS) in sostituzione della retribuzione dei lavoratori in caso di eventi non dipendenti dall'azienda o dal lavoratore.

Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria: la prestazione economica erogata dall'Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale (INPS) in sostituzione della retribuzione dei lavoratori in caso di eventi straordinari stabiliti da un decreto ministeriale.

Cessione, pegno, vincolo: operazioni con le quali il Contraente cede a terzi il contratto, così come lo costituisce in pegno o comunque sottopone a vincolo il Capitale assicurato. Tali atti diventano efficaci solo nel momento in cui la Compagnia, a seguito di comunicazione del Contraente, ne fa annotazione sul documento di polizza o su apposita appendice al contratto di assicurazione. In caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del creditore titolare del pegno o del vincolatario.

Codice delle Assicurazioni Private o CAP: il Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209 e successive modifiche ed integrazioni.

Compagnia: rispettivamente:

Per le Coperture Vita: AFI ESCA S.A.

Per le Coperture Danni: AFI ESCA IARD S.A.

Contraente: il soggetto che, nella sua qualità di Intermediario, stipula l'Assicurazione in forma collettiva per conto degli Assicurati che intenderanno aderire alla Polizza Collettiva.

Contratto di Assicurazione o Contratto o Assicurazione: Il rapporto assicurativo oggetto della Polizza Assicurativa, che si instaura con l'Assicurato nel caso di adesione del medesimo alla Polizza Collettiva mediante sottoscrizione del Modulo di Adesione e pagamento del relativo Premio e con il quale le Compagnie, per quanto di rispettiva competenza, si impegnano a pagare la Prestazione Assicurata al verificarsi di un Sinistro.

Copertura/Coperture: indistintamente, la/le garanzia/garanzie assicurativa/assicurative riconosciuta/riconosciute dalla Compagnia all'Assicurato ai sensi della Polizza Collettiva, in forza della/delle quale/quale la Compagnia è obbligata al pagamento dell'Indennizzo al verificarsi del Sinistro.

Coperture Danni: le coperture assicurative al caso di Inabilità Totale e Temporanea (o Inabilità Temporanea Totale al Lavoro) e di Perdita Involontaria di Impiego (o Perdita di Impiego) prestate da AFI ESCA IARD S.A.

Copertura Vita: le coperture assicurative relative al caso di Decesso e di Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato prestate da AFI ESCA S.A.

Data di Decorrenza: la data a decorrere dalla quale, con riguardo a ciascun Assicurato, le Coperture hanno effetto.

Decesso: la morte dell'Assicurato avvenuta per qualsiasi causa.

Disoccupazione: la condizione di assenza di un rapporto di lavoro dipendente.

Esclusioni: tutte le situazioni, elencate nel Contratto di Assicurazione, il cui verificarsi rende inoperanti le Coperture e in generale tutti i rischi esclusi o limitazioni relativi alle Coperture Assicurative prestate dalle Compagnie.

Età Assicurativa: l'età dell'Assicurato che le Compagnie prendono in considerazione per calcolare il Premio. L'Età Assicurativa non coincide sempre con l'età anagrafica; per determinare l'Età Assicurativa, le Compagnie fanno riferimento alla differenza tra l'anno di sottoscrizione del Modulo di Adesione e l'anno di nascita.

Fascicolo Informativo: l'insieme dei documenti precontrattuali e contrattuali che le Compagnie sono tenute a consegnare al potenziale cliente (Assicurato) prima della sottoscrizione del Modulo di Adesione, comprendente la nota informativa, le condizioni generali di assicurazione, il glossario e il Modulo di Adesione.

Inabilità Totale e Temporanea o Inabilità Temporanea Totale al Lavoro: la perdita temporanea ed in misura totale, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria normale attività lavorativa.

Indennizzo o Prestazione Assicurata: l'importo liquidabile dalla Compagnia al Beneficiario in base al Contratto in caso di Sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intermediario: le persone fisiche o le società, iscritte nel registro unico elettronico degli intermediari assicurativi, che svolgono a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa (ad esempio, gli agenti, i broker, etc.).

Invalidità Totale e Permanente: la perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, della generica capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività lavorativa svolta: tale invalidità totale permanente viene riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità permanente dell'Assicurato sia pari o superiore al 60%, ai sensi del D.P.R. 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche, secondo le Tabelle Riferimento INAIL.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Lavoratori Autonomi: le persone fisiche che abbiano presentato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione relativa all'anno precedente che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente (si veda la definizione di Lavoratore Dipendente al punto successivo) e che comporti denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 32 (reddito agrario), 53 (redditi di lavoro autonomo), 55 (redditi di Impresa) del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone; sono considerati Lavoratori Autonomi anche i cosiddetti "Lavoratori a Progetto".

Lavoratori Dipendenti: indistintamente, i Lavoratori Dipendenti del Settore Privato e i Lavoratori Dipendenti del Settore Pubblico.

Lavoratori Dipendenti del Settore Privato (o di ente privato): le persone fisiche che prestino il proprio lavoro, con qualunque qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base a un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato o determinato comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 20 ore settimanali. Sono altresì assimilati ai lavoratori dipendenti coloro che godono di redditi di cui all'art. 50, comma 1, D.P.R. 22.12.1986 n. 917, lettere : a) lavoratori soci di cooperative, c) borse, assegni o sussidi a fini di studio o di addestramento, d) remunerazioni dei sacerdoti, g) indennità parlamentari ed assimilate.

Lavoratori Dipendenti del Settore pubblico: le persone fisiche che siano lavoratori dipendenti presso una Pubblica Amministrazione Italiana. A titolo esemplificativo fanno parte della Pubblica Amministrazione:

- le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative;
- le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo;
- le Regioni – le Province – i Comuni;
- le Comunità Montane e loro consorzi e associazioni;
- le Istituzioni Universitarie;
- gli Istituti Autonomi Case Popolari;
- le Camere di Commercio, Industria, Artigiano e Agricoltura e loro associazioni;

- le Aziende e gli Enti del servizio sanitario Nazionale;
- tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali.

Malattia: alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Modulo di Adesione: il documento sottoscritto dall'Assicurato mediante il quale lo stesso aderisce all'Assicurazione.

Perdita Involontaria di Impiego o Perdita di Impiego: la cessazione del rapporto di lavoro dipendente a seguito di: giustificato motivo oggettivo; messa in mobilità.

Periodo di Carenza o Carenza: il periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale le Coperture non hanno efficacia ovvero hanno un effetto limitato.

Periodo di Franchigia o Franchigia: il periodo di tempo durante il quale, pur in presenza di un evento indennizzabile ai sensi della Polizza Collettiva, il Beneficiario non ha diritto ad alcuna Indennità.

Polizza Collettiva: il documento che prova l'Assicurazione.

Premio: la somma dovuta dall'Assicurato alle Compagnie in relazione all'Assicurazione per effetto dell'adesione alla Polizza Collettiva.

Riscatto: la facoltà dell'Assicurato di richiedere anticipatamente, prima cioè della scadenza dell'Assicurazione, la liquidazione della prestazione maturata determinata in base alle condizioni generali di assicurazione.

Rivalsa: diritto della Compagnia di ottenere dall'Assicurato il rimborso di quanto pagato a titolo di Indennizzo, nei casi previsti dal Contratto.

Sinistro: il verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del Contratto per il quale è/sono prestata/e la/e garanzia/e assicurativa/ed erogata la relativa Prestazione Assicurata (come ad esempio, il decesso dell'Assicurato).



Condizioni generali di assicurazione

ARTICOLO 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1.1 – Prestazioni Assicurative

Il presente contratto di assicurazione si riferisce all'offerta congiunta delle Coperture Assicurative relative ai casi di Decesso e di Invalidità Totale e Permanente prestate da AFI ESCA S.A. (Coperture Vita) e delle Coperture Assicurative relative ai casi di Inabilità Totale e Temporanea e di Perdita di Impiego prestate da AFI ESCA IARD S.A. (Coperture Danni), secondo le seguenti formule assicurative:

(a) Copertura per il caso di Decesso + Copertura per Invalidità Totale e Permanente + Copertura per Inabilità Temporanea Totale al Lavoro.

Tale formula assicurativa è valida e opzionabile esclusivamente con riguardo agli Assicurati che siano Lavoratori Dipendenti o Lavoratori Autonomi e che esercitino effettivamente un'attività lavorativa retribuita o comunque produttiva di reddito certificabile. L'età massima dell'Assicurato alla scadenza dell'Assicurazione non potrà essere superiore a 65 anni.

(b) Copertura per il caso di Decesso + Copertura per Invalidità Totale e Permanente + Perdita di Impiego.

Tale formula assicurativa è valida e opzionabile esclusivamente con riguardo agli Assicurati che siano Lavoratori Dipendenti del Settore Privato. L'età massima dell'Assicurato alla scadenza dell'Assicurazione non potrà essere superiore a 55 anni.

Le prestazioni assicurative relative alle Coperture oggetto dell'Assicurazione sono specificate al successivo Articolo 7.

Nel Modulo di Adesione l'Assicurato dovrà selezionare la formula assicurativa alla quale intende aderire e dovrà inoltre scegliere l'importo di indennizzo mensile, in ogni caso compreso tra un minimo di Euro 300,00 e un massimo di Euro 2.000,00, che la Compagnia dovrà corrispondere, in relazione alle Coperture Danni, al verificarsi del sinistro. In particolare, l'importo dell'indennizzo mensile costituisce il parametro di riferimento per la determinazione del Capitale assicurato nelle Coperture Vita, secondo quanto meglio specificato ai successivi Articoli 7.1 -A), per il caso di Decesso, e 7.2 - B), per il caso di Invalidità Totale Permanente.

ARTICOLO 2 – PERSONE ASSICURABILI E MODALITÀ DI AMMISSIONE ALL'ASSICURAZIONE

Art. 2.1 – Persone assicurabili

Sono assicurabili le sole persone fisiche aventi i requisiti richiesti nei successivi Articoli 2.2 e 2.3.

Art. 2.2 – Età e attività professionale al momento dell'adesione

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione l'età dell'Assicurato dovrà risultare superiore o uguale a 18 anni e comunque alla scadenza del contratto e della relativa Assicurazione, non potrà risultare superiore, rispettivamente, a 65 anni, nel caso in cui l'Assicurato opti per la formula assicurativa di cui all'articolo 1.1(a) che precede, ovvero a 55 anni, nel caso in cui l'Assicurato opti per la formula assicurativa di cui all'articolo 1.1 (b) che precede.

Possono accedere alle Coperture relative all'offerta assicurativa indicata al precedente Articolo 1.1 (a), gli Assicurati che alla sottoscrizione del Modulo di Adesione esercitano effettivamente un'attività lavorativa retribuita o comunque produttiva di reddito certificabile e che, fermo restando l'età massima alla scadenza del contratto e della relativa Assicurazione specificata al paragrafo che precede, alla data di sottoscri-

zione del Modulo di Adesione abbiano in ogni caso un'età non superiore a 62 anni.

Possono accedere alle Coperture relative all'offerta assicurativa indicata al precedente Articolo 1.1(b) soltanto gli Assicurati che alla sottoscrizione del Modulo di Adesione siano Lavoratori Dipendenti del Settore Privato e che, fermo restando l'età massima alla scadenza del contratto e della relativa Assicurazione specificata al paragrafo che precede, alla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione abbiano in ogni caso un'età non superiore a 52 anni.

Non possono accedere alle Coperture gli Assicurati che al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione stiano beneficiando di una sospensione dell'attività lavorativa per congedo di maternità, congedo parentale, congedo di formazione, periodo sabbatico o per l'avvio di un'attività di impresa.

Art. 2.3 - Residenza dell'Assicurato

L'Assicurato deve essere residente o domiciliato nel territorio della Repubblica Italiana.

Art. 2.4 – Modalità di sottoscrizione

L'Assicurazione relativa a ciascun Assicurato è stipulata mediante sottoscrizione, da parte dell'Assicurato stesso, del Modulo di Adesione.

L'Assicurato è altresì tenuto ad adempiere alle formalità di cui successivo Articolo 2.5 come gli saranno precisate al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

L'Assicurato, come individuato nel Modulo di Adesione, deve essere in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui ai precedenti Articoli 2.2 e 2.3.

Art. 2.5 – Ammissione alla Copertura

Per essere ammesso alla Copertura, l'Assicurato dovrà sottoscrivere, all'atto dell'adesione alla Polizza Collettiva, unitamente al Modulo di Adesione, la Dichiarazione di Buono Stato di Salute e versare il relativo Premio.

Art. 2.6 – Rifiuto di ammissione alla Copertura o applicazione di Condizioni Particolari

Nel caso in cui l'Assicurato non abbia i requisiti per sottoscrivere la dichiarazione di buono stato di salute ciascuna Compagnia, entro quarantacinque giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione, può rifiutare l'assunzione del rischio nei confronti di quell'Assicurato.

Ciascuna Compagnia si riserva in ogni caso il diritto, nel caso dalla documentazione contrattuale emergesse una richiesta di indennizzo non congrua all'effettivo tenore di vita dell'Assicurato, di rifiutare l'assunzione del rischio.

Il rifiuto espresso da una Compagnia vale agli effetti dell'espressione di rifiuto dell'altra Compagnia.

ARTICOLO 3 – DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

Le dichiarazioni dell'Assicurato, rese al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, e della dichiarazione di Buono Stato di Salute devono essere vere, esatte e complete.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio assunto dalle Compagnie, o comunque tali che le Compagnie non avrebbero dato il loro consenso o non lo avrebbero dato alle medesime condizioni se avessero conosciuto l'esatto stato delle cose, possono comportare la perdita

totale o parziale del diritto alle Prestazioni Assicurate, e quindi all'Indennizzo e/o al Capitale assicurato, nonché la cessazione delle Coperture ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile.

Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti lo stato di salute dell'Assicurato che, richieste dalle Compagnie all'atto di sottoscrizione del Modulo di Adesione, devono corrispondere a verità ed esattezza.

ARTICOLO 4 – ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE, DURATA E CESSAZIONE DELLE COPERTURE

Art. 4.1 - Conclusione del Contratto e perfezionamento dell'adesione alla Polizza Collettiva

Fatto salvo quanto previsto al precedente Articolo 2.6, l'adesione alla Polizza Collettiva si intende perfezionata e, conseguentemente, l'Assicurazione relativa a ciascun Assicurato si conclude, con la sottoscrizione del Modulo di Adesione unitamente alla Dichiarazione di Buono Stato di Salute, e il versamento, da parte dell'Assicurato, del relativo Premio.

In ogni caso, ove le Compagnie dovessero rifiutare l'Assicurazione ai sensi dell'Articolo 2.6 che precede, ne danno comunicazione all'Assicurato mediante lettera raccomandata A/R, provvedendo altresì a rimborsare il Premio all'Assicurato.

Art. 4.2 – Decorrenza della Copertura

L'Assicurazione relativa a ciascun Assicurato produce i suoi effetti dalle ore 24:00 del giorno in cui l'adesione alla Polizza Collettiva risulta perfezionata ai sensi del precedente Articolo 4.1.

Art. 4.3 – Durata delle Coperture

La durata delle Coperture, con riguardo all'Assicurazione conclusa da ciascun Assicurato, può variare da un minimo di 3 (tre) anni ad un massimo di 10 (dieci) anni, secondo quanto prescelto dall'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione [ed ivi riportato], compatibilmente con l'età dell'Assicurato che alla sottoscrizione del Modulo di Adesione deve essere almeno pari a 18 anni e alla scadenza della relativa Assicurazione non può essere superiore, rispettivamente, a 65 (sessantacinque) anni, nel caso in cui l'Assicurato opti per la formula assicurativa di cui all'Articolo 1.1 (a) che precede, ovvero a 55 (cinquantacinque) anni, nel caso in cui l'Assicurato opti per la formula assicurativa di cui all'Articolo 1.1 (b) che precede.

Alla scadenza, non è previsto il tacito rinnovo.

Art. 4.4 – Cessazione delle Coperture

Le Coperture cessano alla scadenza del termine prescelto dall'Assicurato e riportato nel Modulo di Adesione.

Le Coperture cessano comunque, anche prima della scadenza sopra indicata, alle ore 24 del giorno in cui si verifica uno tra i seguenti eventi:

- esercizio del diritto di recesso, come disciplinato dal successivo Articolo 6;
- per la Copertura Inabilità Temporanea Totale, alla data di inizio del pensionamento volontario;
- per la Copertura Perdita Involontaria d'Impiego, alla data di inizio del pensionamento volontario;
- Decesso dell'Assicurato;
- Riconoscimento della Prestazione Assicurata per la Copertura Inabilità Totale Permanente, ove l'Assicurato ne abbia fatto richiesta ai sensi dell'articolo 7.2 B) restando inteso che in caso di successiva morte dell'Assicurato la Compagnia è tenuta a liquidare la Prestazione Assicurata in relazione ad uno solo dei Sinistri del ramo vita.

ARTICOLO 5 – RISCATTO, RIDUZIONE E RELATIVI COSTI.

L'Assicurazione non consente ipotesi di Riscatto e Riduzione. Conseguentemente, non sono previsti eventuali relativi costi.

ARTICOLO 6 – DIRITTO DI RECESSO DELL'ADERENTE/ ASSICURATO

L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro trenta giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva, dandone comunicazione alle Compagnie a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviare a: AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, Via

Pisani, 5 – 20124 MILANO, accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità. Le Coperture assicurative cesseranno alla data indicata dall'Assicurato nella comunicazione di recesso ovvero, se precedente, alla data di spedizione della lettera raccomandata dell'Assicurato.

Il diritto di recesso opera congiuntamente ed inscindibilmente per le Coperture Vita e le Coperture Danni.

Le Compagnie, entro il termine di trenta giorni dal ricevimento della dichiarazione di recesso, hanno l'obbligo di restituire all'Assicurato il Premio, al netto delle imposte, delle spese di emissione del contratto sostenute - che si quantificano preventivamente in V 70,00 - e della quota parte di Premio relativa al periodo in cui le Coperture hanno avuto effetto. Si precisa che, laddove nelle more dell'esercizio del diritto di recesso si verifichi un Sinistro e il Beneficiario dichiarerà per iscritto alle Compagnie di voler profittare della garanzia assicurativa, tale diritto del Beneficiario si intenderà prevalente rispetto al diritto di recesso esercitato dall'Assicurato.

Ai fini del presente articolo AFI ESCA S.A. agisce quale mandataria di AFI ESCA IARD S.A.

ARTICOLO 7 – CONDIZIONI, LIMITAZIONI E PRESTAZIONI RELATIVE ALLE COPERTURE

L'Assicurazione di cui alla presente Polizza Collettiva prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- A. prestazione in caso di Decesso (valida per tutti i Lavoratori Autonomi e i Lavoratori Dipendenti);
- B. prestazione in caso di Inabilità Totale e Permanente (valida per tutti i Lavoratori Autonomi e i Lavoratori Dipendenti);
- C. prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale (valida per tutti i Lavoratori Autonomi e i Lavoratori Dipendenti);
- D. prestazione in caso di Perdita d'Impiego (valida esclusivamente per i Lavoratori Dipendenti del settore privato).

Le garanzie sono prestate nei limiti delle Esclusioni, comuni e specifiche, di cui all'Articolo 8 che segue.

L'Assicurato dovrà leggere attentamente le raccomandazioni e le avvertenze contenute nel Modulo di Adesione relative alla sottoscrizione della Dichiarazione di Buono Stato di Salute.

Art. 7.1 - A) Prestazione in Caso di Decesso

Assicurati garantiti

La garanzia si applica a tutti gli Assicurati che siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti.

Rischio assicurato

Il rischio coperto è il Decesso qualunque possa esserne la causa.

Prestazione assicurativa

La Prestazione Assicurata liquidata al Beneficiario, in un'unica soluzione, sarà pari a 24 volte l'importo di indennizzo mensile prescelto dall'Assicurato e riportato nel Modulo di Adesione.

Nel caso in cui il Decesso dell'Assicurato si verifichi nel corso della durata della Copertura al medesimo relativa, la Compagnia liquida immediatamente ai Beneficiari l'Indennizzo determinato al momento del Decesso dell'Assicurato.

La presente garanzia viene prestata senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, fatte salve le esclusioni di cui agli Articoli 8.1 e 8.2 che seguono, che possono comportare la riduzione o il venir meno della Copertura.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza dell'Assicurazione, la Compagnia non è soggetta ad alcun obbligo e i Premi versati resteranno acquisiti da quest'ultima.

Art. 7.2 - B) Prestazione in Caso di Inabilità Totale e Permanente

Assicurati garantiti

La garanzia si applica a tutti gli Assicurati che siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti.

Rischio assicurato

Il rischio coperto è l'Inabilità Totale e Permanente che derivi da Infortunio o Malattia dell'Assicurato che comportino un'Inabilità Totale e Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione da questi esercitata, nel corso del periodo di vigenza della Copertura e prima del compimento del 65° anno di età dell'Assicurato. Il grado di Inabilità Totale e Permanente viene accertato secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. che disciplina la materia di cui al D.P.R. 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche.

Prestazione assicurativa

La Prestazione Assicurata liquidata al Beneficiario, in un'unica soluzione, sarà pari a 24 volte l'importo di indennizzo mensile prescelto dall'Assicurato e riportato nel Modulo di Adesione, alla data di riconoscimento dello stato di Invalità Totale e Permanente.

La presente garanzia viene prestata:

- senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, fatte salve le esclusioni specifiche di cui agli Articoli 8.1 e 8.2 che seguono, e che possono comportare la riduzione o il venire meno della Copertura;
- fino allo scadere del mese solare di compimento del 65° anno di vita dell'Assicurato.

Eseguito il pagamento della Prestazione Assicurata la garanzia si estingue e nulla è dovuto per il caso di successiva morte dell'Assicurato.

Alla scadenza dell'Assicurazione relativa a ciascun Assicurato, qualora nel corso della sua vigenza non si fosse verificato l'evento coperto dal rischio (Invalità Totale e Permanente dell'Assicurato), la Copertura cessa, la Compagnia non è soggetta ad alcun obbligo e i Premi versati resteranno definitivamente acquisiti da quest'ultima.

Art. 7.3 - C) Prestazione in Caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro

Assicurati garantiti

La garanzia si applica a tutti gli Assicurati che siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti.

Rischio assicurato

Il rischio coperto è l'Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio o Malattia.

L'Assicurato si definisce temporaneamente "inabile totale al lavoro" se, a causa di un Infortunio o Malattia, si trova nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua professione o mestiere, a condizione che il giorno in cui si verifica il Sinistro egli eserciti effettivamente un'attività lavorativa regolare.

Prestazione assicurativa

La Copertura garantisce, in caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro, la liquidazione mensile della somma pattuita in fase di sottoscrizione del Modulo di Adesione e riportata nel Modulo di Adesione stesso, per un massimo di 6 rate mensili per Sinistro e 18 rate mensili per tutta la durata dell'Assicurazione conclusa con l'Assicurato.

L'importo della prestazione non può in nessun caso eccedere l'80% del reddito netto mensile dell'Assicurato risultante dagli ultimi due cedolini paga, in caso di Lavoratore Dipendente ovvero da dichiarazione dei redditi per i Lavoratori Autonomi.

Le prestazioni cessano immediatamente in caso di ripresa di un'attività lavorativa da parte dell'Assicurato, nonché in tutti i casi di cessazione delle Coperture come precisati all'Articolo 4.

Qualora l'Assicurato, dopo la ripresa dell'attività lavorativa, subisca – prima che siano trascorsi 30 giorni dalla ripresa stessa – una nuova interruzione di lavoro a seguito della medesima Malattia o del medesimo Infortunio, la Copertura viene ripristinata senza l'applicazione di un nuovo Periodo di Franchigia. Qualora il nuovo Sinistro sia dovuto a una causa diversa dalla precedente, verrà applicato nuovamente il Periodo di Franchigia.

La Copertura per il caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro è sottoposta:

- ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni;
- ad un Periodo di Carenza di 90 giorni.

La presente garanzia viene prestata:

- senza limiti territoriali salvo le esclusioni specifiche previste agli Articoli 8.2 e 8.3 che seguono e che possono comportare la riduzione o il venire meno della Copertura;
- fino alla data di inizio del pensionamento volontario dell'Assicurato, ovvero allo scadere dell'Assicurazione relativa a ciascun Assicurato.

Art. 7.4 - E) Prestazione in Caso di Perdita d'Impiego

Assicurati garantiti

La garanzia si applica ai soli Lavoratori Dipendenti del Settore Privato.

Rischio assicurato

Il rischio coperto è la Perdita Involontaria di Impiego, ossia la cessazione dell'attività lavorativa da parte dell'Assicurato dovuta a:

- giustificato motivo oggettivo;
- messa in mobilità.

Prestazione assicurativa

In caso di Perdita di Impiego la Compagnia liquida mensilmente la somma pattuita in fase di sottoscrizione del Modulo di Adesione e ri-

portata nel Modulo di Adesione stesso, per un massimo di 6 rate mensili per Sinistro e 18 rate mensili per tutta la durata dell'Assicurazione conclusa con l'Assicurato.

L'importo della prestazione non può in nessun caso eccedere l'80% del reddito netto mensile dell'Assicurato risultante dagli ultimi due cedolini paga.

La Copertura per la Perdita di Impiego è sottoposta:

- ad un Periodo di Carenza di 180 giorni;
- ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni.

Qualora la Compagnia stia corrispondendo la prestazione e l'Assicurato intraprenda un'attività lavorativa in qualità di Lavoratore Dipendente di ente privato, l'Assicurato perderà diritto alla Prestazione Assicurata con riguardo al Sinistro iniziale e il pagamento dell'Indennizzo verrà interrotto definitivamente.

Tuttavia, nel caso in cui il nuovo contratto di lavoro dipendente di ente privato sottoscritto dall'Assicurato sia a tempo determinato e per una durata non superiore a sei mesi, il pagamento dell'Indennizzo verrà sospeso per la durata del nuovo contratto di lavoro, riprenderà alla scadenza dello stesso e verrà considerato come continuazione del Sinistro iniziale, sempre che persista lo stato di Disoccupazione. Si precisa che per ogni Sinistro tale sospensione non potrà superare i sei mesi decorsi i quali l'interruzione sarà definitiva con conseguente cessazione del diritto dell'Assicurato all'Indennizzo.

La presente garanzia viene prestata:

- senza limiti territoriali, fatte salve le esclusioni specifiche di cui all'Articolo 8.4 che segue, che possono determinare la riduzione o il venir meno della Copertura;
- fino alla data di inizio del pensionamento volontario dell'Assicurato, ovvero allo scadere dell'Assicurazione relativa a ciascun Assicurato (come riportata nel relativo Modulo di Adesione).

ARTICOLO 8 - ESCLUSIONI

Art. 8.1 – Esclusioni comuni a tutte le garanzie

Le Coperture sono escluse nei seguenti casi:

- dolo dell'Assicurato, del Contraente o del Beneficiario;
- Sinistri conseguenti ad azioni intenzionali dell'Assicurato, quali: il suicidio, se avviene nei primi due anni dalla Data di Decorrenza; il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- Sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, o di stati di alcolismo acuto o cronico;
- Sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, la sommossa, ad eccezione fatta, in ogni caso, per i Sinistri verificatisi nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici, se ed in quanto l'Assicurato sia già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;
- Sinistri conseguenti a movimenti popolari, risse, crimini, delitti, atti di terrorismo, a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, salvo i casi di legittima difesa;
- Sinistri conseguenti ad incidente aereo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota privo di brevetto idoneo, ovvero Sinistri che siano conseguenza diretta della pratica di attività sportive professionistiche o di sport aerei in genere;
- Sinistri conseguenti alla partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- Sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni, emanazioni di calore, inalazioni, radiazioni, se provenienti dalla modifica della struttura atomica;
- Infortuni, Malattie, invalidità e infermità causati da operazioni di carattere estetico, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti a Malattia o Infortunio indennizzabili nei termini del Contratto;
- affezioni o Infortuni accertati da un punto di vista medico a una data anteriore rispetto alla Data di Decorrenza. I seguiti e le conseguenze delle affezioni e degli Infortuni dichiarati alla Compagnia sono comunque garantiti, tranne se oggetto di una Esclusione;
- Cure o interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di stipulazione della polizza;
- Aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;

Vivendo

Assicurazione per la protezione del tenore di vita

- 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;
- Eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici;
- Malattia consistente in sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate.

Le coperture sono inoltre escluse nei casi in cui il Sinistro sia causato dallo svolgimento di una delle seguenti attività professionali:

Militare, polizia, vigile del fuoco, guardia giurata, addetto al soccorso alpino, lavoro su tetti ed impalcature > 20 m (es. muratore, antennista, elettricista su piloni o alta tensione, imbianchino), attività a contatto con sostanze nocive o tossiche, esplosive e/o radioattive, attività a contatto con correnti elettriche superiori a 380 V, attività subacquee (es. sommozzatore), attività nel sottosuolo (es. speleologo, minatore), attività in alta montagna (es. guida alpina), pilota o membro dell'equipaggio di aerei privati e/o elicotteri, skipper, collaudatore di autoveicoli e motocicli, pilota professionista.

Art. 8.2 – Esclusioni riguardanti le garanzie Invalidità Totale e Permanente e Inabilità Temporanea Totale al Lavoro.

Le coperture Invalidità Totale e Permanente e Inabilità Temporanea Totale sono inoltre escluse nei seguenti casi:

- Invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato preesistenti e noti all'Assicurato prima della Data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
- bungee jumping, base jump, taumachia;
- canyoning, rafting, kite surf;
- speleologia;
- pratica di sport da combattimento (tranne se praticati in club o con licenza);
- pratica di atletica pesante, rugby e football americano;
- sci fuori pista, sci acrobatico, bobsleigh, combinata nordica, skeleton, skiatolon, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico;
- alpinismo, scalata e trekking in montagna oltre 3.000 m, downhill;
- immersioni oltre 20 m di profondità e speleosubacquea;
- pratica di qualsiasi sport a titolo amatoriale o professionale che comporti un compenso o una remunerazione;
- gare sportive (compresi gli allenamenti e le prove che le precedono) che richiedono l'utilizzo di animali, veicoli (con o senza motore) o imbarcazioni a motore;
- dalla partecipazione a competizioni – o relative prove – ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali o sport da combattimento in genere, salvo che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali.

Art. 8.3 – Esclusioni riguardanti la garanzia Inabilità Temporanea Totale al lavoro

La copertura Inabilità Temporanea Totale al lavoro è esclusa, oltre ai casi menzionati agli Articoli 8.1 e 8.2, anche con riguardo ai casi indicati nel presente Articolo 8.3. Precisamente, non sono considerati Infortunio o Malattia ai fini della Copertura in oggetto – e, di conseguenza, non sono indennizzabili, le seguenti circostanze:

- lo stato di gravidanza;
- le cure termali o di disintossicazione;
- le fibrositi e la stanchezza cronica;
- le malattie psichiche con sindromi di tipo ansioso-depressivo, nevrotico, psicotico, neuropsichico o neuropsichiatrico, così come i loro seguiti e conseguenze, salvo in caso di ricovero ospedaliero in reparto psichiatrico di una durata superiore a 15 giorni consecutivi.

Art. 8.4 – Esclusioni riguardanti la garanzia Perdita Involontaria d'Impiego

- licenziamenti per "giusta causa";
- dimissioni;
- licenziamento dovuto a motivi disciplinari o professionali;
- licenziamenti comunicati da un datore di lavoro che sia coniuge o comunque parente, anche ascendente e discendente dell'Assicurato;
- cessazioni, alla loro scadenza, di contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di somministrazione lavoro (ex interinali), contratti di lavoro intermittente e contratti stagionali;
- licenziamenti durante o al termine di un periodo di prova;

- contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano;
- licenziamenti per raggiungimento dell'età richiesta per il diritto a "pensione di vecchiaia";
- licenziamenti o risoluzioni consensuali del rapporto di lavoro determinati da ristrutturazione o riorganizzazione aziendale con erogazione di incentivi all'esodo ovvero accompagnatori alla quiescenza;
- messa in mobilità del lavoratore dipendente che, nell'arco del periodo di mobilità stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- situazioni di Disoccupazione che diano luogo all'Indennizzo da parte della Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Edilizia o Straordinaria;
- all'atto della sottoscrizione l'Assicurato è a conoscenza della prossima disoccupazione o è al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;
- licenziamento per superamento del periodo di comportamento (ossia licenziamento a seguito di assenza per malattia oltre il termine massimo consentito per la "conservazione" del posto di lavoro);
- l'Assicurato rientra nei casi di disoccupazione parziale (lavori socialmente utili);
- l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come lavoratore dipendente di ente privato in modo consecutivo e con contratto a tempo indeterminato o determinato con obbligo di prestazione non inferiore a 20 ore settimanali per i 12 mesi precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a due settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- licenziamento per impossibilità sopravvenuta della prestazione determinata dalla carcerazione del lavoratore;
- l'Assicurato non si è iscritto nella lista di collocamento salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in mobilità.

Art. 8.5 – Periodo di Carenza per le Coperture Decesso e Invalidità Totale e Permanente

Con riguardo a ciascun Assicurato, viene applicato un periodo di carenza di 180 giorni dalla data di perfezionamento dell'adesione dell'Assicurato alla Polizza Collettiva – come stabilita al precedente Articolo 4.1 –, durante il quale l'assicurazione resta sospesa. Nel caso in cui l'evento assicurato – Decesso o Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato – si verifichi durante detto periodo di carenza, la Compagnia non è tenuta al pagamento del Capitale assicurato ma si limita a restituire i premi versati al netto delle eventuali imposte, ove dovute.

Tale limitazione non si applica e pertanto la Compagnia corrisponde integralmente la prestazione assicurata nel caso in cui, durante il periodo di carenza, il sinistro indennizzabile avvenga per conseguenza diretta:

- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo il perfezionamento dell'adesione dell'Assicurato alla Polizza Collettiva: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro – spinale, polmonite, encefalite epideica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite endemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- di shock anafilattico sopravvenuto dopo il perfezionamento dell'adesione dell'Assicurato alla Polizza Collettiva;
- di infortunio dell'Assicurato avvenuto dopo il perfezionamento dell'adesione da parte del medesimo alla Polizza Collettiva, intendendo per infortunio, fermo quanto disposto dal presente articolo in relazione ai casi di Esclusione, l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano conseguenza la morte.

ARTICOLO 9 – MODIFICA DELLE GARANZIE E/O RINEGOZIAZIONE DELL'INDENNIZZO MENSILE PATTUITO

Non è prevista la possibilità di richiedere la modifica delle Coperture scelte al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione così come la modifica dell'indennizzo mensile pattuito.

ARTICOLO 10 – BENEFICIARIO DELLE COPERTURE

L'Assicurato designa i Beneficiari all'atto della sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione. La designazione di beneficio e le eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o disposte per testamento.

La designazione dei Beneficiari non può essere revocata nei seguenti casi:

- Dopo che l'Assicurato e i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia rispettivamente, la rinuncia al potere di Revoca e l'accettazione del Beneficio;
- Dopo che si sia verificato l'evento che fa sorgere l'obbligo in capo alla Compagnia di eseguire la prestazione assicurata;
- Dopo che i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto all'Assicurato di volersi avvalere del Beneficio.

I Beneficiari acquistano per effetto della designazione un diritto proprio ai vantaggi dell'Assicurazione (art. 1920 c.c.).

In particolare le somme loro corrisposte a seguito del decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

Le prestazioni assicurative sono liquidate:

- in caso di Decesso, al Beneficiario designato;
- per tutte le altre garanzie, direttamente all'Assicurato.

ARTICOLO 11 – CALCOLO DEI PREMI

Art. 11.1 - Tariffazione

L'importo totale del premio (Premio) è pari alla somma della componente di premio per la Copertura Decesso e Invalidità Totale e Permanente e della componente del premio per le Coperture Danni.

Il Premio - unico per la Copertura Decesso, Invalidità Totale e Permanente e la Copertura Danni - viene determinato applicando il tasso unico(*), in funzione dell'Età dell'Assicurato al momento dell'Adesione, moltiplicato per l'indennizzo mensile richiesto in fase di sottoscrizione del Modulo di Adesione e moltiplicato per il numero di anni di durata delle Coperture.

Di seguito viene riportato il tasso di premio per la determinazione del premio annuo:

Il Tasso Unico per Assicurati con Età alla sottoscrizione inferiore o uguale a 54 anni è pari a 0,664397

Il Tasso Unico per Assicurati con Età alla sottoscrizione maggiore o uguale a 55 anni è pari a 1,07978

Ipotizzando un Indennizzo Mensile di Euro 500,00, il Premio, per un Assicurato avente età alla sottoscrizione inferiore a 55 anni e durata della Coperture pari a 5 (cinque) anni viene determinato come segue: $500,00 \times 0,664397 \times 5 = \text{Euro } 1.660,99$

(* Il tasso applicato per determinare il premio per le Coperture Danni è già comprensivo delle imposte di Legge pari al 2,50%

ARTICOLO 12 – PREMIO

Art. - 12.1 Versamento del Premio

Il Premio deve essere versato dall'Assicurato alle Compagnie in un'unica soluzione per tutta la durata dell'Assicurazione, per il tramite del Contraente. Le Compagnie conferiscono al Contraente della Polizza Collettiva mandato all'incasso dei premi e pertanto il pagamento dei premi medesimi si considera come effettuato direttamente dall'Assicurato a favore delle Compagnie.

Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento, fa fede la documentazione contabile del relativo istituto di credito.

L'ammontare del Premio, indicato nel Modulo di Adesione, è comprensivo dell'imposta di assicurazione applicabile, attualmente nella misura del 2,50%, alle Coperture Inabilità Temporanea Totale e Perdita di Impiego.

Art. 12.2 – Costi gravanti sul Premio

In particolare, per ciascuna adesione alla Polizza Collettiva il costo per l'emissione del contratto a carico dell'Assicurato è determinato in misura fissa ed è pari ad Euro 70,00, di cui Euro 50,00 retrocesso all'Intermediario, e l'importo percepito dall'Intermediario/Contraente è determinato nella misura percentuale del 70 per cento del Premio versato al netto delle imposte e delle spese di emissione/adesione so-pri indicate.

ARTICOLO 13 – DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI

Ai fini della denuncia dei Sinistri relativi alle Coperture Danni, AFI ESCA S.A. agisce quale mandataria di AFI ESCA IARD S.A.. Pertanto, tutti i Sinistri - sia quelli relativi alle Coperture Vita sia quelli relativi alle Coperture Danni - devono essere denunciati tempestivamente per iscritto

a mezzo raccomandata A.R. al seguente recapito: AFI ESCA S.A. - UFFICIO SINISTRI - Via Vittor Pisani, 5 - 20124 MILANO, e comunque non oltre il termine di 30 giorni dal verificarsi del Sinistro.

Per le Coperture che applicano una Franchigia, il calcolo del Periodo di Franchigia decorrerà dalla data di ricezione della denuncia di Sinistro da parte della Compagnia (come sopra indicata).

L'Assicurato o gli aventi diritto possono chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al seguente numero 02 - 58.32.48.45.

L'Assicurato o gli aventi diritto dovranno consegnare alla Compagnia - come sopra indicata - tutta la documentazione richiesta da quest'ultima, necessaria e sufficiente a verificare il diritto all'Indennizzo. In ogni caso, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o la documentazione necessaria per una corretta valutazione del Sinistro. L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono inoltre sciogliere da qualsiasi obbligo di riservatezza i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi anche ad opera di consulenti medici di fiducia della Compagnia. Le spese relative agli accertamenti medici sono a carico dell'Assicurato o degli aventi diritto all'Indennizzo.

I documenti necessari da consegnare alla Compagnia - come sopra indicata - (salvo eventuali integrazioni richieste dalla Compagnia stessa) sono di seguito dettagliati per ogni singola Copertura.

Art. 13.1 - Decesso

- comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto);
- certificato di morte;
- Atto Sostitutivo di Notorietà dal quale si evincano gli eredi/testamento;
- certificato medico che precisi le esatte cause del Decesso, se del caso completo di anamnesi patologica con particolare riferimento alla patologia che ha causato il Decesso e, in caso di Decesso a seguito di ricovero, copia della cartella clinica;
- in caso di Decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- copia del referto autoptico e tossicologico, se è stata effettuata l'autopsia;
- Copia di un documento d'identità e del codice fiscale dell'Assicurato;
- in caso di morte violenta (suicidio, omicidio) occorre copia del verbale dell'Autorità di P.S. o Giudiziaria, da cui si possano rilevare le circostanze del Decesso e il decreto di archiviazione emesso da un'Autorità competente;
- Copia del documento d'identità e del codice fiscale di ciascun Beneficiario;
- In caso di eredi minori o incapaci, autorizzazione del Giudice Tutelare alla riscossione del Capitale Assicurato da parte del Tutore;
- Dichiarazione sottoscritta dagli aventi causa con il codice IBAN sul quale accreditare l'importo dell'Indennizzo.

Art. 13.2 - Invalidità Totale e Permanente

- comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto);
- copia di un documento di identità dell'Assicurato in corso di validità e del codice fiscale;
- notifica di Invalidità Totale e Permanente emessa dagli enti preposti (INAIL, INPS, ASL, etc.), in difetto relazione del medico legale attestante l'Invalidità Totale e Permanente e il relativo grado;
- nel caso di invalidità dovuta a incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- certificato medico che precisi le esatte cause che hanno determinato l'Invalidità Totale e Permanente, se del caso completo di anamnesi patologica con particolare riferimento alla patologia che l'ha causata e, in caso di certificazione in corso di ricovero, copia della cartella clinica;
- Dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con l'indicazione del codice IBAN sul quale accreditare l'importo dell'Indennizzo.

Art. 13.3 - Inabilità Totale Temporanea al Lavoro

- comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto);
- copia di un documento di identità dell'Assicurato in corso di validità e del codice fiscale;
- certificato del medico curante che precisi le esatte cause che hanno determinato il Sinistro, se del caso completo di anamnesi patologica con particolare riferimento alla patologia che l'ha causata e, in caso di ricovero, copia della cartella clinica;

- Ultima dichiarazione dei redditi;
- Dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con l'indicazione del codice IBAN sul quale accreditare l'importo dell'Indennizzo.

In ogni caso, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere ulteriori accertamenti medici o documentazioni necessarie ad una corretta valutazione del Sinistro.

Art. 13.4 - Perdita Involontaria d'Impiego

L'Assicurato deve, entro 30 giorni dal verificarsi della Disoccupazione, comunicare alla Compagnia il proprio stato di Disoccupazione allegando la seguente documentazione:

- Comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto);
- Copia di un documento di identità dell'Assicurato in corso di validità;
- Copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro con precisata la causa;
- Eventuale lettera di assunzione;
- Scheda professionale rilasciata dal Centro per l'Impiego, con l'indicazione della data di inizio e fine degli impieghi svolti;
- Copia del certificato di iscrizione alle liste di mobilità o al centro per l'impiego (ex ufficio di collocamento) come disoccupato;
- Autocertificazione dello stato di Disoccupazione;
- In caso di mobilità, lettera attestante il periodo di mobilità (rilasciata dal datore di lavoro)
- Ultime due buste paga;
- Documento dell'Ente Erogante attestante l'importo della rata di Finanziamento;
- Documentazione attestante lo STATO OCCUPAZIONALE AGGIORNATO (C2 storico, scheda anagrafica/professionale o altra dichiarazione sostitutiva) rilasciato dal Centro per l'Impiego;

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini e gli accertamenti necessari, da compiersi eventualmente anche a mezzo di incaricato della Compagnia, nonché ad autorizzare il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire alla Compagnia le informazioni relative all'ultimo impiego indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal Contratto. L'Assicurato si impegna a dare tempestiva comunicazione scritta alla Compagnia in caso di cessazione dello stato di Disoccupazione.

AVVERTENZA

Le denunce di Sinistro saranno considerate complete solamente al ricevimento di tutta la documentazione richiesta dalla Compagnia.

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere - per la disamina del Sinistro - copia delle cartelle cliniche o dichiarazioni di altri medici curanti.

In casi particolari, la Compagnia potrà richiedere eventuale documentazione suppletiva.

ARTICOLO 14 - LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

AFI ESCA S.A., anche per conto di AFI ESCA IARD S.A., si impegna a liquidare il Sinistro entro 30 giorni dalla ricezione di tutta la documentazione richiesta.

ARTICOLO 15 - CESSIONE DEI DIRITTI

L'Assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dalle Coperture.

ARTICOLO 16 - ESTENSIONE TERRITORIALE

Le Coperture assicurative hanno validità in tutti i Paesi del mondo.

ARTICOLO 17 - IMPOSTE E TASSE

Tutte le imposte e tasse, presenti o future, deducibili e non, relative al contratto sono a carico dell'Assicurato.

ARTICOLO 18 - SPESE VARIE

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, l'Assicurato dovrà farsi carico delle spese di emissione del contratto pari

all'importo indicato nel Modulo di Adesione.

ARTICOLO 19 - GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE

Il presente contratto, redatto in lingua italiana, è soggetto alla giurisdizione italiana.

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione o interpretazione del presente contratto è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento, se obbligatorio per legge, del tentativo di mediazione ex art. 5 del D.Lgs. 28/2010 e successive modifiche ed integrazioni, deferendo la controversia esclusivamente ad organismo di mediazione abilitato. Resta in ogni caso inteso che nel caso in cui sia adita l'Autorità Giudiziaria, il Foro competente sarà quello di residenza o del diverso domicilio eletto dagli aventi diritto (Contraente, Assicurato o Beneficiari).

ARTICOLO 20 - COMUNICAZIONI - RICHIESTA DI INFORMAZIONI

Fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 22 (Reclami), tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato alle Compagnie dovranno pervenire a mezzo lettera raccomandata A.R. indirizzata a: AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, Via Vittor Pisani, 5 - 20124 MILANO - Indirizzo e-mail: informazioni@afi-esca.com - Telefono: +39 02 58.32.48.45 ovvero direttamente al Contraente, nella sua qualità di Intermediario nella distribuzione del Contratto, nel caso in cui questi sia stato abilitato al ricevimento delle comunicazioni da parte delle Compagnie. Ai fini del presente articolo 20, tutte le comunicazioni e le richieste di informazioni relative alle Coperture Danni, devono essere inviate a AFI ESCA S.A., la quale agisce come mandataria di AFI ESCA IARD. Eventuali comunicazioni da parte delle Compagnie saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Assicurato.

AFI ESCA S.A. - anche per conto di AFI ESCA IARD S.A. - fornisce riscontro scritto ad ogni comunicazione e/o richiesta di informazioni presentata dall'Assicurato o dagli aventi diritto in merito all'evoluzione del rapporto assicurativo e alle modalità di determinazione della prestazione assicurativa.

Al fine di ottemperare al meglio alle procedure interne di riscontro, l'Assicurato o gli aventi diritto dovranno inserire sul plico la seguente indicazione: "Oggetto: Richiesta di informazioni".

ARTICOLO 21 - MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL FASCICOLO INFORMATIVO

La Compagnia si impegna a comunicare all'Assicurato eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo, anche a seguito di modifiche normative intervenute dopo l'adesione alla Polizza Collettiva.

ARTICOLO 22 - RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei Sinistri, anche con riguardo alle Coperture Danni, devono essere inoltrati per iscritto, ovvero a mezzo posta elettronica, alla Compagnia:

AFI ESCA S.A. - Via Vittor Pisani, 5 - 20124 MILANO

Telefono: +39 02 5832.4845

Indirizzo e-mail: reclami@afi-esca.com

Ai fini del presente articolo 22 AFI ESCA S.A. agisce quale mandataria di AFI ESCA IARD S.A.

La Compagnia - come sopra indicata - gestisce il reclamo dandovi riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo.

Il reclamante e gli aventi diritto potranno altresì rivolgersi al seguente Istituto:

IVASS - Servizio Tutela dei Consumatori

Via del Quirinale n. 21

00187 Roma

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dalla Compagnia e dei dati specificati all'art. 5 del predetto Regolamento ISVAP n. 24 del 19 maggio 2008, nei seguenti casi:

- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;
- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali la Compagnia non ha dato riscontro entro il termine massimo di 45 giorni, decorrenti dalla data di ricezione, inclusi quelli relativi alla gestione del rapporto contrattuale (segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto).

Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'autorità giudiziaria.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente domicilio in Italia può presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, individuabile accedendo al sito Internet: https://ec.europa.eu/info/file/fin-net-complaint-form_it.

L'IVASS, ricevuto il reclamo, e accertata la presenza di un sistema estero competente, lo inoltra senza ritardo a tale sistema, dandone notizia al reclamante.

L'Autorità di Vigilanza del Paese di origine di AFI ESCA è l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito: <https://acpr.banque-france.fr/>.

Resta comunque salva la facoltà di adire direttamente l'Autorità Giudiziaria.

ARTICOLO 23 - PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'art. 2952 del codice civile, i diritti derivanti dal contratto relativi alle Coperture Danni si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto mentre i diritti derivanti dal contratto relativi alle Copertura Vita si prescrivono in dieci anni.

ARTICOLO 24 - LEGGE APPLICABILE E LINGUA DEL CONTRATTO

Al contratto si applica la legge italiana. Il presente contratto è redatto in lingua italiana.

ARTICOLO 25 - CONFLITTO D'INTERESSI

AFI ESCA S.A. ed AFI ESCA IARD S.A. dichiarano che il presente Contratto non presenta situazioni di conflitto di interessi. Le Compagnie, in ogni caso, si impegnano a non recare pregiudizio agli Assicurati e ad ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

I dati contenuti nelle Condizioni di Assicurazioni sono stati aggiornati in data 20/06/2018



AFI ESCA S.A., è una impresa di assicurazione di diritto francese, con sede legale e direzione generale in Quai Kléber, 2, Strasburgo (Francia), abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento. AFI ESCA S.A. è sottoposta alla vigilanza dell'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).

AFI ESCA IARD S.A. è una impresa di assicurazione di diritto francese, con sede legale e direzione generale in Square Dutilleul, 4, LILLE (Francia), soggetta a direzione e coordinamento di AFI ESCA S.A., abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento.

AFI ESCA IARD S.A. è sottoposta alla vigilanza dell'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).

Le compagnie, di seguito e congiuntamente AFI ESCA, operano attraverso accordi di distribuzione con agenti, broker assicurativi e banche.

La protezione della Sua privacy è una nostra priorità assoluta. In conformità a quanto previsto dall'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 ("Regolamento Privacy") la presente Informativa Privacy spiega in che modo e che tipo di dati personali saranno raccolti (tramite siti internet o tramite la rete di intermediari), perché sono raccolti e a chi verranno divulgati o comunicati.

Si prega di leggere attentamente quanto sotto riportato.

1. Chi è il Titolare del Trattamento? Un titolare del trattamento è la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che, singolarmente o insieme ad altri, determina le finalità e i mezzi del trattamento dei dati personali. Il titolare del trattamento è Afi Esca Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano; e-mail: informazioni@afi-esca.com; tel: 02.58.32.48.45.

2. Che tipo di dati personali vengono raccolti? AFI ESCA tratta (raccolge, registra, archivia, comunica ed utilizza in altro modo) i dati personali del Contraente, dell'Assicurato (se è persona diversa dal Contraente) e dei Beneficiari, (di seguito ognuno di essi potrà essere identificato come "Soggetto Interessato") quali il nome, indirizzo, sesso, data e luogo di nascita, numero di telefono, indirizzo e-mail, codice fiscale, dettagli del documento di identità e dati bancari (di seguito anche solo "Dati").

AFI ESCA può anche raccogliere e trattare "categorie particolari di dati personali" del Contraente o dell'Assicurato quali i risultati di esami diagnostici, informazioni prese da certificati di morte, ricerche su fonti pubbliche per ottenere prova di condanne penali o di cariche politiche.

3. Qual è la base giuridica del trattamento dei Dati? I dati personali forniti dal Soggetto Interessato o da altri soggetti autorizzati saranno trattati per le seguenti finalità:

3.A. FINALITÀ ASSICURATIVE:

- Adempiere agli obblighi precontrattuali, contrattuali e derivanti dal rapporto assicurativo con il Soggetto Interessato;
- Esecuzione del Contratto, compresa la valutazione del rischio, raccolta dei premi, prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative, nonché finalità connesse alla gestione e liquidazione dei sinistri, e liquidazione per altre cause;
- Gestione di richieste specifiche del Soggetto Interessato, nonché per la fornitura dei benefici connessi od accessori al Contratto.

È richiesto il consenso espresso? SI - AFI ESCA deve ottenere il consenso espresso solo per "particolari categorie di dati" quali dati riguardanti la salute del Contraente o dell'Assicurato (se è persona diversa dal Contraente), che saranno raccolti e trattati all'interno o all'esterno dell'Area Economica Europea (EEA) al fine di sottoscrivere e/o gestire il Contratto.

Il conferimento dei dati è obbligatorio o facoltativo? Quali sono le conseguenze del rifiuto di fornire i dati personali? SI - il conferimento dei dati

personali - ivi inclusa la prestazione del consenso al trattamento di eventuali dati relativi alla salute è obbligatorio. Il rifiuto al conferimento dei dati preclude la conclusione ed amministrazione del Contratto.

3.B. FINALITÀ AMMINISTRATIVE:

Espletamento di attività amministrativo - contabili e di quelle attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa, alle quali AFI ESCA è autorizzata, quali la redistribuzione del rischio attraverso co-assicurazione e/o riassicurazione.

È richiesto il consenso espresso? NO.

Il conferimento dei dati è obbligatorio o facoltativo? Quali sono le conseguenze del rifiuto di fornire i dati personali? SI - il conferimento dei dati personali - ivi inclusa la prestazione del consenso al trattamento di eventuali dati relativi alla salute è obbligatorio. Il rifiuto al conferimento dei dati per tale finalità preclude la conclusione, gestione ed amministrazione del Contratto.

3.C. FINALITÀ DI LEGGE:

- Adempimento agli obblighi previsti dalla legge (es. obbligazioni fiscali, contabili ed amministrative) dai Regolamenti Europei o dalla normativa comunitaria o da un ordine delle competenti autorità nazionali ed altri organismi pubblici.

È richiesto il consenso espresso? NO.

Il conferimento dei dati è obbligatorio o facoltativo? Quali sono le conseguenze del rifiuto di fornire i dati personali? SI - Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per finalità di legge. Il rifiuto di fornire i dati impedisce a AFI ESCA di assolvere gli obblighi previsti dalla legge.

3.D. FINALITÀ DI MARKETING:

- Espletamento di attività di marketing da parte del Titolare del Trattamento o delle altre società del Gruppo AFI ESCA o di terzi selezionati tramite: l'invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazioni commerciali attinenti a servizi e prodotti di AFI ESCA, nonché a prodotti e servizi del Gruppo AFI ESCA o società terze (partner commerciali di AFI ESCA) anche mediante tecniche di comunicazione tradizionali e/o a distanza (quali e-mail, telefono, e qualsiasi altra forma di comunicazione elettronica).

È richiesto il consenso espresso? SI - AFI ESCA deve ottenere il consenso espresso del Soggetto Interessato.

Il conferimento dei dati è obbligatorio o facoltativo? Quali sono le conseguenze del rifiuto di fornire i dati personali? NO - Il conferimento dei dati personali per finalità di marketing è facoltativo. In mancanza, il Soggetto Interessato non potrà ricevere comunicazioni commerciali, partecipare a ricerche di mercato, ricevere comunicazioni di marketing specifiche per il proprio profilo.

Per le finalità sopraindicate laddove è indicato che AFI ESCA non richiede il consenso espresso del Soggetto Interessato, i dati personali saranno trattati in base ai legittimi interessi (cfr. i paragrafi 3.A & 3.B. sopra) e/o per adempiere alle obbligazioni di legge (cfr. par. 3.C. che precede).

In qualsiasi momento, il Soggetto Interessato potrà revocare i consensi eventualmente prestati ai sensi di quanto precede, rivolgendosi a AFI ESCA secondo le modalità di cui al paragrafo 8 della presente Informativa.

4. Con quali modalità sono raccolti e trattati i Dati? AFI ESCA otterrà i dati personali direttamente dal Soggetto Interessato e/o dalle seguenti organizzazioni e persone fisiche: società appartenenti alla "catena distributiva", medici, staff infermieristico ed ospedaliero, altre istituzioni mediche, case di cura, fondi assicurativi sanitari pubblici, associazioni professionali ed autorità pubbliche.

In relazione a tutte le suddette finalità i dati personali saranno trattati manualmente od utilizzando mezzi elettronici adeguati per la conservazione, salvaguardia e comunicazione di tali dati. A tal proposito, tutte le misure di sicurezza necessarie saranno prese per garantire che ci sia un livello di protezione sufficiente da accessi non autorizzati, perdita o distruzione accidentale dei dati. A tal fine, l'accesso ai database di AFI ESCA e ai registri sarà limitato: i) ai dipendenti di AFI ESCA espressamente individuati e autorizzati al trattamento; ii) a soggetti esterni alla organizzazione del Titolare del Trattamento facenti parte della "catena assicurativa" o a società di servizi, che potranno agire a seconda dei casi come titolari del trattamento autonomi o come responsabili esterni del trattamento.

5. Chi avrà accesso ai Dati? Per le finalità indicate ai paragrafi 3.A, 3.B e 3.C della presente Informativa Privacy, i Dati del Soggetto Interessato possono essere comunicati ai seguenti soggetti che agiscono nella qualità di autonomi titolari del trattamento: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti; società di servizi a cui siano affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informativi, di settore assicurativo, IVASS, CONSOB, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casella Centrale Infortuni).

Per le finalità indicate ai paragrafi 3.A, 3.B e 3.C della presente Informativa Privacy, i Dati del Soggetto Interessato possono essere comunicati anche ai seguenti soggetti che agiscono nella qualità di responsabili del trattamento secondo le nostre istruzioni: Società del Gruppo AFI ESCA, soggetti appartenenti alla cosiddetta "catena assicurativa"; consulenti tecnici ed altri soggetti che forniscono servizi ausiliari per conto di AFI ESCA, quali, per esempio, consulenti legali, esperti e medici, agenzie di regolamento, società di servizi a cui siano affidate la gestione e/o la liquidazione dei sinistri, consulenti di assistenza legale e centri di assistenza; cliniche convenzionate, società di archiviazione dati o fornitori di servizi IT; società di recapito posta, società di revisione e consulenti; società di informazione commerciale per l'analisi dei rischi finanziari; agenzie di controllo frodi; agenzie di recupero crediti.

Per le finalità di cui al paragrafo 3.D della presente Informativa, i Dati del Contraente Soggetto Interessato possono essere comunicati anche ai seguenti soggetti che agiscono nella qualità di responsabili del trattamento secondo le istruzioni di AFI ESCA: Fornitori di servizi di pubblicità che inviano comunicazioni di marketing nel rispetto della normativa locale ed in conformità alle preferenze espresse dal Soggetto Interessato.

Una lista aggiornata di tali enti può essere ottenuta gratuitamente da AFI ESCA (richiedendoli come descritto al paragrafo 9 della presente Informativa Privacy).

6. Dove saranno trattati i Dati? I dati personali potranno essere trattati sia all'interno che all'esterno della Area Economica Europea (EEA) dalle parti specificate nel paragrafo 5, sempre nel rispetto delle condizioni contrattuali concernenti la riservatezza e la sicurezza in conformità alle leggi e regolamenti applicabili in materia di protezione dati. AFI ESCA non comunicherà i dati personali a soggetti che non sono autorizzati al loro trattamento.

7. Per quanto tempo AFI ESCA trattiene i Dati? I dati personali raccolti ai sensi dei paragrafi 3.A 3.B 3.C e 3.D della presente

Informativa Privacy verranno conservati per un periodo pari alla durata del Contratto (ivi inclusi eventuali rinnovi) e per i 10 anni successivi al termine, risoluzione o recesso dallo stesso, fatti salvi i casi in cui la conservazione per un periodo ulteriore sia richiesta per eventuali contenziosi, richieste delle autorità competenti o ai sensi della normativa applicabile. Alla cessazione del periodo di conservazione i dati saranno cancellati o resi anonimi.

8. Quali sono i diritti del Soggetto Interessato rispetto ai Dati? Come previsto dalla normativa sulla privacy applicabile, il soggetto interessato ha il diritto di:

- Accedere ai dati personali detenuti sul suo conto e di conoscerne l'origine, le finalità, gli scopi del Trattamento, i dettagli del (dei) Titolare(i) del Trattamento il (i) responsabile (i) del Trattamento e le parti a cui i dati possono essere comunicati;
- Revocare il proprio consenso in ogni momento ove i dati siano trattati con il suo consenso; questo non include i casi in cui il trattamento sia necessario per adempiere ad un obbligo di legge cui è soggetto il Titolare del Trattamento o per svolgere un compito di interesse pubblico o è connesso con l'esercizio di pubblici poteri da parte del Titolare del Trattamento;
- Chiedere l'aggiornamento o la rettifica dei propri Dati per garantirne l'accuratezza;
- Chiedere la limitazione del trattamento dei dati personali in determinate circostanze;
- Ottenere i suoi dati personali anche in formato elettronico per il suo uso personale o per un nuovo assicuratore; e
- Presentare un reclamo presso AFI ESCA e/o la competente autorità Garante di controllo ove ne sussistano i presupposti.

Il Soggetto Interessato può esercitare tali diritti contattando AFI ESCA come descritto nel paragrafo 9 della presente Informativa Privacy, fornendo i dettagli del suo nome, indirizzo e-mail, identificazione dell'account e lo scopo della sua richiesta.

9. Come può essere contattata AFI ESCA? Ogni domanda relativa alle modalità di utilizzo dei Dati personali o su come esercitare i diritti del Soggetto Interessato può essere rivolta al Data Protection Officer designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti.

Per Sua comodità, Le indichiamo altresì che potrà contattare il responsabile della protezione dei dati personali (Data Protection Officer), via e-mail o all'indirizzo postale qui di seguito indicato:

Data Protection Officer

M. Santiago VALLS
c/o AFI ESCA S.A.
CS 30441Quai Kléber, 2,
67 008 Strasburgo Cedex
Mail: dpo@groupeburrrus.com

10. Quanto spesso viene aggiornata questa Informativa Privacy? AFI ESCA aggiorna regolarmente la presente Informativa Privacy. AFI ESCA garantirà che la versione più aggiornata di tale documento sia disponibile sul proprio sito web www.afi-esca.it e informerà direttamente i Soggetti Interessati di eventuali modifiche importanti che possano riguardarli o richiedere il loro consenso.

La presente Informativa è stata aggiornata in data 25.05.2018.



Adeguata verifica

Informativa per l'identificazione e l'adeguata verifica della clientela (Artt. 15 e ss. D. Lgs. 231/2007 e s.m.i.)

Ad integrazione del modulo di informativa/consenso relativo al trattamento dei dati personali per finalità assicurativa, si precisa che i dati presenti sul modulo per l'identificazione e l'adeguata verifica della clientela sono rilasciati in ottemperanza al D.Lgs. n. 231 del 21 novembre 2007, recante "Attuazione della direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo nonché della direttiva 2006/70/CE che ne reca misure di esecuzione".

Il conferimento di tali dati è obbligatorio e, pertanto, la carenza delle informazioni richieste comporta l'impossibilità di stipulare il contratto di assicurazione o di eseguire l'operazione richiesta.

Il trattamento dei dati è svolto, per le suddette finalità di prevenzione, con strumenti elettronici e non, esclusivamente da personale incaricato e in modo da garantire la sicurezza del trattamento stesso e la riservatezza dei dati trattati.

I dati non sono oggetto di diffusione, ma possono essere comunicati ad Autorità ed Organi di Vigilanza e Controllo, nonché a Magistratura e Forze dell'ordine, in adempimento degli obblighi di legge. In qualsiasi momento l'interessato può esercitare i diritti di accesso previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 rivolgendosi al Titolare o al Responsabile del trattamento dei dati personali.

Titolare del trattamento è Afi Esca S.A., i cui estremi identificativi sono:

- Afi Esca S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Vittor Pisani n.5, 20124 Milano.

Il Titolare, si avvale, per il trattamento dei dati personali, di Responsabili, dei quali sarà possibile acquisire i dati identificativi, scrivendo al Responsabile Area Operations di Afi Esca S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Vittor Pisani n. 5, 20124 Milano (MI), o all'indirizzo di posta elettronica privacy@afi-esca.com.

Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili del trattamento sopra indicati può essere richiesta a detto servizio.

INFORMATIVA sugli obblighi di cui al D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.

OBBLIGHI DEL CLIENTE

Art. 21 del D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.

1. I clienti forniscono, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti destinatari del presente decreto di adempiere agli obblighi di adeguata verifica della clientela. Ai fini dell'identificazione del titolare effettivo, i clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate delle quali siano a conoscenza.

SANZIONI PENALI

Art. 55, commi 2 e 3, del D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.

2. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, l'esecutore dell'opera-

zione che omette di indicare le generalità del soggetto per conto del quale eventualmente esegue l'operazione o le indica false è punito con la reclusione da sei mesi a un anno e con la multa da 500 a 5.000 euro. 3. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, l'esecutore dell'operazione che non fornisce informazioni sullo scopo e sulla natura prevista dal rapporto continuativo o dalla prestazione professionale o le fornisce false è punito con l'arresto da sei mesi a tre anni e con l'ammenda da 5.000 a 50.000 euro.

TITOLARE EFFETTIVO

Art. 1, comma 1, lett. u), del D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.

u) Titolare effettivo: la persona fisica per conto della quale è realizzata un'operazione o un'attività, ovvero, nel caso di entità giuridica, la persona o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllano tale entità, ovvero ne risultano beneficiari secondo i criteri di cui all'allegato tecnico al presente decreto.

Art. 2, Allegato Tecnico al D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.

1. Per titolare effettivo s'intende:

a) in caso di società:

- 1) la persona fisica o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllano un'entità giuridica, attraverso il possesso o il controllo diretto o indiretto di una percentuale sufficiente delle partecipazioni al capitale sociale o dei diritti di voto in seno a tale entità giuridica, anche tramite azioni al portatore, purché non si tratti di una società ammessa alla quotazione su un mercato regolamentato e sottoposta a obblighi di comunicazione conformi alla normativa comunitaria o a standard internazionali equivalenti; tale criterio si ritiene soddisfatto ove la percentuale corrisponda al 25 per cento più uno di partecipazione al capitale sociale;
- 2) la persona fisica o le persone fisiche che esercitano in altro modo il controllo sulla direzione di un'entità giuridica;

b) in caso di entità giuridiche quali le fondazioni e di istituti giuridici quali i trust, che amministrano e distribuiscono fondi:

- 1) se i futuri beneficiari sono già stati determinati, la persona fisica o le persone fisiche beneficiarie del 25 per cento o più del patrimonio di un'entità giuridica;
- 2) se le persone che beneficiano dell'entità giuridica non sono ancora state determinate, la categoria di persone nel cui interesse principale è istituita o agisce l'entità giuridica;
- 3) la persona fisica o le persone fisiche che esercitano un controllo sul 25 per cento o più del patrimonio di un'entità giuridica.

PERSONE ESPOSTE POLITICAMENTE

Art. 1, comma 1, lett. o), del D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.

o) persone politicamente esposte: le persone fisiche residenti in altri Stati comunitari o in Stati extracomunitari che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari diretti o coloro con i quali tali persone intrattengono notoriamente stretti legami, individuate sulla base dei criteri di cui all'allegato tecnico al presente decreto.

Art. 1, Allegato Tecnico al D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.

1. Per persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche s'intendono:

a) i capi di Stato, i capi di Governo, i Ministri e i Vice Ministri o Sottosegretari;

- b) i parlamentari;
- c) i membri delle corti supreme, delle corti costituzionali e di altri organi giudiziari di alto livello le cui decisioni non sono generalmente soggette a ulteriore appello, salvo in circostanze eccezionali;
- d) i membri delle Corti dei conti e dei consigli di amministrazione delle banche centrali;
- e) gli ambasciatori, gli incaricati d'affari e gli ufficiali di alto livello delle forze armate;
- f) i membri degli organi di amministrazione, direzione o vigilanza delle imprese possedute dallo Stato.

In nessuna delle categorie sopra specificate rientrano i funzionari di livello medio o inferiore. Le categorie di cui alle lettere da a) a e) comprendono, laddove applicabili, le posizioni a livello europeo e internazionale.

2. Per familiari diretti s'intendono:

- a) il coniuge;
- b) i figli e i loro coniugi;

- c) coloro che nell'ultimo quinquennio hanno convissuto con i soggetti di cui alle precedenti lettere;
- d) i genitori.

3. Ai fini dell'individuazione dei soggetti con i quali le persone di cui al numero 1 intrattengono notoriamente stretti legami si fa riferimento a:

- a) qualsiasi persona fisica che ha notoriamente la titolarità effettiva congiunta di entità giuridiche o qualsiasi altra stretta relazione d'affari con una persona di cui al comma 1;
- b) qualsiasi persona fisica che sia unica titolare effettiva di entità giuridiche o soggetti giuridici notoriamente creati di fatto a beneficio della persona di cui al comma 1.

4. Senza pregiudizio dell'applicazione, in funzione del rischio, di obblighi rafforzati di adeguata verifica della clientela, quando una persona ha cessato di occupare importanti cariche pubbliche da un periodo di almeno un anno i soggetti destinatari del presente decreto non sono tenuti a considerare tale persona come politicamente esposta.

Vivendo Iside

Modulo di Adesione

POLIZZA COLLETTIVA DI ASSICURAZIONE VITA E DANNI VIVENDO N. 310300008

Iscrizione RUI: _____

CONTRAENTE: ISIDE BROKER INSURANCE S.R.L., Sede Legale Via Asiago, 27 - 22063 Cantù (CO)

Aderente/Assicurato

Sesso: Maschio Femmina

Cognome e nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Cod. Fisc. _____

Documento di identità _____ N. _____ Rilasciato il _____ da _____

Indirizzo _____ Città _____

CAP _____ Prov. _____ Tel. _____ / _____

Cell.: _____ e-mail: _____

Prestazioni assicurate

Indennizzo mensile pattuito _____ Euro

La prestazione in caso di Decesso o Invalità Totale e Permanente è pari a 24 volte l'importo dell'Indennizzo Mensile pattuito.

Durata in mesi (da 36 a 120): _____

Garanzie

- Decesso + I.T.P. (Invalità Totale e Permanente) + I.T.T. (Inabilità Temporanea Totale, garanzia valida per le persone fisiche che esercitino effettivamente un'attività lavorativa retribuita o comunque produttiva di reddito certificabile)
- Decesso + I.T.P. (Invalità Totale e Permanente) + Perdita di Impiego (garanzia valida solo per i lavoratori dipendenti settore privato)

Beneficiario delle prestazioni

Il Sottoscritto, nella propria qualità di Aderente/Assicurato della Polizza Collettiva Vita e Danni "VIVENDO ISIDE n. 310300008", nomina ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 delle Condizioni Generali di Assicurazione quale Beneficiario/Beneficiari delle Prestazioni Assicurate i seguenti soggetti:

Premio

Spese di adesione : _____ 70 € Premio dovuto: _____ € (premio unico anticipato per l'intera durata)

Dichiarazioni dell'Assicurato

Agli effetti della validità ed efficacia della Polizza Collettiva Vita e Danni in oggetto, con riguardo al rapporto tra le Compagnie e l'Assicurato, il sottoscritto DICHIARA espressamente quanto segue:

- Prima dell'adesione, mi è stato consegnato il Fascicolo Informativo redatto secondo le prescrizioni IVASS, contenente, oltre al presente Modulo di Adesione, la Nota Informativa, le Condizioni Generali di Assicurazione, il Glossario, l'Informativa sulla Privacy e l'Informativa sull'Adeguata Verifica della Clientela;
- Ho preso visione e accettato le Condizioni Generali di Assicurazione riportate nel Fascicolo Informativo ricevuto;
- Esprimo consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla mia vita così come regolata dalla Polizza Collettiva in oggetto, mediante sottoscrizione del presente Modulo di Adesione.

Avvertenze relative alla sottoscrizione della Dichiarazione di Buono Stato di Salute

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato possono compromettere il diritto alla prestazione;
- Prima della sottoscrizione della Dichiarazione di Buono Stato di Salute, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nella Dichiarazione di Buono Stato di Salute

Luogo e data _____ L'Assicurato _____

Il sottoscritto, nella sua qualità di Aderente/Assicurato DICHIARA altresì di aver ricevuto, prima dell'adesione alla Polizza Collettiva in oggetto, il modulo 7A "Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti" e il modulo 7B - Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto" ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 49 del Regolamento ISVAP n. 5/2006 (le successive modifiche).

Luogo e data _____ L'Assicurato _____

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

L'Aderente/Assicurato DICHIARA di aver preso esatta conoscenza delle condizioni generali di assicurazione e di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 (Condizioni generali di contratto) e 1342 (Contratto concluso mediante moduli o formulari) del codice civile - i seguenti articoli:

art. 3 (Dichiarazioni dell'Assicurato relative alle circostanze di rischio); art. 4 (Conclusione del Contratto e decorrenza, durata e cessazione delle Coperture); art. 7 (Condizioni, limitazioni e prestazioni relative alle coperture); art. 8 (Esclusioni); art. 13 (Denuncia e gestione dei Sinistri); art. 19 (giurisdizione e foro competente).

Luogo e data _____ L'Assicurato _____

Modalità di pagamento

Il pagamento del Premio alle Compagnie, viene effettuato dall'Assicurato direttamente al Contraente, il quale incassa il premio per conto delle Compagnie in forza del mandato all'incasso conferitogli da queste ultime.

Luogo e data _____ L'Assicurato _____

Dichiarazione di buono stato di salute

Agli effetti della validità ed efficacia dell'adesione alla Polizza Collettiva in oggetto, il sottoscritto nella propria qualità di Aderente/Assicurato espressamente DICHIARA di essere in buono stato di salute da almeno 12 mesi ed, in particolare:

- Di non essere stato e di non essere affetto da una malattia acuta o cronica (esempi di malattie acute o croniche: disturbi cardio vascolari, disturbi del sistema nervoso, disturbi neuro-psichici; insufficienza respiratoria, insufficienza renale, ipertensione arteriosa, diabete, obesità, epatopatie, sieropositività HIV, tumori, malattie del sangue, bronco pneumopatia cronico o ostruttiva) e di non presentare postumi invalidanti che riducano l'integrità fisica e/o psichica (infermità o invalidità);
- Di non essere stato assente dalla propria professione o attività lavorativa per oltre sessanta giorni continuativi per infortunio o malattia nei dodici mesi antecedenti la sottoscrizione del presente Modulo di Adesione.
- Essere a conoscenza che malattie già diagnosticate e conseguenze di infortuni già verificatisi alla data di sottoscrizione di questa dichiarazione non saranno coperti dalla presente assicurazione.

Luogo e data _____ L'Assicurato _____

AVVERTENZA: Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Prima di sottoscrivere la DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE l'Assicurato deve verificare l'esattezza e la veridicità delle dichiarazioni in essa riportate. Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

Modalità di pagamento

Il pagamento del Premio alle Compagnie, viene effettuato dall'Assicurato direttamente al Contraente, il quale incassa il premio per conto delle Compagnie in forza del mandato all'incasso conferitogli da queste ultime.

Luogo e data _____ L'Assicurato _____

Consenso al trattamento dei dati personali

Si invita il Soggetto Interessato a leggere attentamente l'Informativa Privacy allegata al presente modulo.

Trattamento dei dati Personali Sensibili (inclusi i dati relativi alla Salute nel caso il Soggetto Interessato fosse l'Assicurato)

AFI ESCA raccoglie il consenso per trattare i dati personali del Soggetto Interessato e nel caso fosse l'Assicurato anche quelli relativi alla sua salute per le finalità elencate nei paragrafi 3.A, 3.B, 3.C dell'Informativa Privacy. I dati saranno trattati per le finalità e le attività elencate nell'Informativa Privacy. Il Contratto non potrà essere concluso ed amministrato a meno che non sia fornito il consenso firmando l'apposito spazio sottostante.

Per finalità elencate nei paragrafi 3.A, 3.B, 3.C dell'Informativa Privacy, il Soggetto Interessato esprime il consenso a quanto segue:

- al trattamento dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute nel caso il Soggetto Interessato fosse l'Assicurato, e all'ottenimento dei dati da terze parti di cui al paragrafo 4 dell'Informativa Privacy;
- alla trasmissione dei propri dati personali, compresi quelli relativi alla salute nel caso il Soggetto Interessato fosse l'Assicurato, all'interno od all'esterno dell'Area Economica Europea (EEA), ai soggetti indicati al paragrafo 5 dell'Informativa Privacy;
- a manlevare tutte le persone fisiche presso AFI ESCA ed i soggetti indicati nel paragrafo 5 dell'Informativa Privacy dagli obblighi di riservatezza cui sono tenuti relativi ai dati sulla salute (nel caso il Soggetto Interessato fosse l'Assicurato) ed altri dati personali sensibili che sono obbligati a trasferire ed utilizzare al fine di gestire il Contratto.

Luogo e data _____ Il Soggetto interessato _____

Il Soggetto Interessato dichiara inoltre Acconsentire Non acconsentire

Per finalità elencate nel paragrafo 3.D "FINALITÀ DI MARKETING" dell'Informativa Privacy:

- espletamento di attività di marketing da parte del Titolare del Trattamento o delle altre società del Gruppo AFI ESCA o di terzi selezionati tramite: l'invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazioni commerciali attinenti a servizi e prodotti di AFI ESCA, nonché a prodotti e servizi del Gruppo AFI ESCA o società terze (partner commerciali di AFI ESCA) anche mediante tecniche di comunicazione tradizionali e/o a distanza (quali e-mail, telefono, e qualsiasi altra forma di comunicazione elettronica).

Luogo e data _____ Il Soggetto interessato _____

Luogo e data:

Firma del soggetto interessato:



Il vostro Intermediario

ISIDE BROKER INSURANCE S.R.L.

Via Asiago, 27
22063 Cantù (CO)
Tel. 0331 926042

www.afi-es.a.it



AFI ESCA S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Vittor Pisani, 5, 20124 Milano; Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: informazioni@afi-esca.com; Società per azioni, Capitale sociale € 12.359.520; Sede Sociale: 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, Registro delle Imprese di Strasburgo n. 548 502 517. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00105 - P. IVA 07907350966, C.F. 97601900158, numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989762.



AFI ESCA IARD S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Vittor Pisani, 5, 20124 Milano; Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: informazioni@afi-esca.com; Società per azioni, Capitale sociale € 3.000.000; Sede Sociale: 4, Square Dutilleut, 59000 Lille, Francia, Registro delle Imprese di Lille n. 380 138 644. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00102 - P. IVA e C.F. 07906760967 e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989679.