

Vivendo

Assicurazione per la protezione del budget familiare

Fascicolo informativo



Copertura Assicurativa Individuale
Vita e Danni



Afi • Esca 
Groupe Burrus

Rappresentanza Generale per l'Italia

Afi • Esca 
iard Groupe Burrus

Rappresentanza Generale per l'Italia

Pagina vuota

Vivendo

Assicurazione per la protezione del budget familiare



Nota informativa

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER LA PROTEZIONE DEL TENORE DI VITA

Coperture assicurative a Premio Unico o Periodico, 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;
- Privacy;
- Adeguata Verifica della Clientela;
- Modulo di Proposta di Assicurazione.

E DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE
PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL MODULO DI PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

(Data dell'ultimo aggiornamento: 15/12/2017)

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. Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni Generali di Assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto di Assicurazione. La presente Nota Informativa si riferisce all'offerta congiunta di Coperture assicurative relative a rami vita e a 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., società 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'ACP (Autorité de Contrôle Prudentiel).

Per le Coperture caso Decesso ed Invalidità Totale e Permanente il Contratto di Assicurazione viene stipulato 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., società 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'ACP (Autorité de Contrôle Prudentiel).

Per le Coperture per Inabilità Totale e Temporanea e Perdita di Impiego, il Contratto di Assicurazione è stipulato 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 123 milioni di Euro di cui 12,36 milioni di Euro è il capitale sociale e 110,76 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 248%.

2.2 AFI ESCA IARD S.A.

AFI ESCA IARD S.A. ha un patrimonio netto pari a 3.176.000 Euro di cui 3 milioni di Euro è il capitale sociale e 176.000 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 18.076%.

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. Il Contraente, all'atto della sottoscrizione del Modulo di Proposta di Assicurazione, potrà scegliere una tra le due seguenti combinazioni di Coperture assicurative proposte:

- 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.

Il Contratto di Assicurazione non prevede tacito rinnovo.

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

3.1 COPERTURE RELATIVE AL RAMO VITA PER I CASI DI DECESSO E DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

La durata delle Coperture coincide con la durata prescelta dal Contraente in fase di sottoscrizione della Proposta di Assicurazione tra le seguenti possibilità: 5 anni ovvero 10 anni.

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

Il Contratto di Assicurazione prevede 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. 9 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle singole prestazioni.

Avvertenze relative a tutte le Coperture Vita:

Avvertenza: alle Coperture assicurative del ramo vita si applicano le Esclusioni specificamente indicate agli artt. 10.1 e 10.2 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Avvertenza: alle Coperture assicurative del ramo vita si applica un Periodo di Carenza.

L'immediata efficacia delle Coperture Vita è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica ed agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Compagnia. Qualora l'Assicurato decida di non sottoporsi alla visita medica (e purché la Compagnia non ritenga indispensabile la sottoposizione dello stesso agli accertamenti sanitari), viene applicato un periodo di carenza di 6 mesi dalla data di perfezionamento del Contratto, 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. 10.5 delle Condizioni Generali di Assicurazione - non è tenuta al pagamento del Capitale assicurato ma si limita a restituire i premi versati al netto delle imposte. Per informazioni di dettaglio sul periodo di carenza si rinvia all'art. 9.1 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Avvertenza: si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di Proposta di Assicurazione relative alle informazioni rese dall'Assicurato sul suo stato di salute, mediante la compilazione del Questionario Medico.

3.2 COPERTURE RELATIVE AL RAMO DANNI, PER I CASI DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE E DI PERDITA DI IMPIEGIO

Per le Coperture relative ai rami danni, il Contratto di Assicurazione prevede 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 può essere attivata esclusivamente insieme alle Coperture per il caso di Decesso e per l'Invalidità Totale e Permanente ed è sottoscrivibile solo dai Lavoratori Autonomi con un reddito certificabile e dai Lavoratori Dipendenti del settore privato e pubblico. Per la garanzia Inabilità Temporanea Totale è prevista una durata coincidente con la durata prescelta sul modulo di Proposta nel limite massimo rappresentato dall'inizio del pensionamento volontario dell'Assicurato.

Avvertenze: alla Copertura assicurativa si applica un Periodo di Franchigia.

Alla Copertura assicurativa si applica un Periodo di Carenza.

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.

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

Avvertenze: Alla Copertura si applica un Periodo di Carenza.

Alla Copertura assicurativa si applica un Periodo di Franchigia.

Si rinvia all'art. 9 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle singole prestazioni.

La Copertura assicurativa cessa nei casi previsti all'art. 4.4 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Avvertenze relative a tutte le Coperture del ramo danni:

Avvertenza: alle Coperture assicurative si applicano le Esclusioni specificamente indicate all'art. 10 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

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.

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

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

Avvertenza: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente e/o dall'Assicurato per la conclusione del Contratto e relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Compagnia, o comunque tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso alla conclusione del Contratto o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto l'esatto stato delle cose, 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. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento o diminuzione del rischio, come previsto all'art. 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione, in cui sono altresì previste le conseguenze in caso di mancata comunicazione.

A tal fine, a titolo esplicativo ma non esaustivo, si ritengono aggravamento o diminuzione del rischio le variazioni inerenti lo stato di salute.

6. PREMI

Il Premio può essere unico o periodico. Il suo ammontare, che dipende dall'importo e dalla durata della Copertura, è determinato in relazione all'importo dell'Indennizzo mensile pattuito.

Per tutte le Coperture assicurative, relative sia al ramo vita che al ramo danni, il Contratto non prevede la possibilità di Riscatto e di Riduzione del Contratto.

Il Premio può essere corrisposto in un'unica soluzione, nel caso di Premio unico o, a richiesta del Contraente, in rate annuali, nel caso di Premio periodico.

Il Premio Unico e il Premio Perfezionamento devono essere versati mediante assegno bancario o assegno circolare intestato a AFI ESCA S.A., oppure bonifico bancario intestato alla medesima ovvero tramite addebito SDD Core sul conto corrente del Contraente. I Premi successivi devono essere versati mediante procedura di addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente, secondo le indicazioni espresse dal Contraente nel modulo di Proposta di Assicurazione.

DETERMINAZIONE DEL PREMIO

L'importo totale del premio annuo è pari alla somma della componente di premio per le Coperture Vita e della componente del premio per le Coperture Danni.

Il premio annuo per la Copertura Decesso, Invalidità Totale e Permanente e la Copertura Danni viene determinato applicando il tasso unico(*), in funzione dell'Età dell'Assicurato alla sottoscrizione, moltiplicato per l'indennizzo mensile richiesto in fase di sottoscrizione.

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 0,398638;

Il Tasso Unico per Assicurati con Età alla sottoscrizione maggiore o uguale a 55 anni è pari al 0,647868.

Ipotizzando un Indennizzo Mensile di Euro 500,00, il premio annuo di assicurazione, per un Assicurato avente età alla sottoscrizione inferiore a 55 anni viene determinato come segue:

$500,00 \times 0,398638 = 199,32$ Euro

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

Il presente Contratto prevede, inoltre, i seguenti costi a carico del Contraente:

- costi di emissione: Euro 20,00
- remunerazione dell'Intermediario: pari al 50% del Premio versato al netto delle imposte; a titolo di esempio, su un Premio imponibile pari ad Euro 199,32 la remunerazione dell'intermediario è pari ad Euro 98,18.

Si rinvia all'art. 14 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.



C - INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

7. COSTI

7.1 COSTI GRAVANTI DIRETTAMENTE SUL CONTRAENTE

7.1.1 COSTI GRAVANTI SUL PREMIO:

COSTO	Misura fissa	% Premio versato al netto delle imposte
Spese di emissione Contratto	Euro 20	-
Remunerazione dell'Intermediario	-	50%

Esempio: su un Premio di Euro 199,32 detto costo è pari ad Euro 98,18.

7.1.2 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 dal Contratto.

8. SCONTI

Non sono previsti sconti di Premio.

9. RIVALSE

Il Contratto non consente l'esercizio di eventuali rivalse.

10. REGIME FISCALE

10.1 IMPOSTE SUI PREMI

I Premi di assicurazione per le Coperture Vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni, mentre quelli per le Coperture Danni previste dal presente Contratto sono soggetti ad un'imposta pari al 2,5% del Premio imponibile.

10.2 DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI

Il Contratto, stipulato in Italia con soggetti ivi residenti, è soggetto alla normativa fiscale italiana, la quale prevede, in relazione alle Coperture Vita offerte da AFI ESCA S.A. (Assicurazione vita) una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) nella misura del 19% dei Premi versati che su base annua, ai fini del calcolo della predetta detrazione d'imposta, non possono eccedere l'importo massimo previsto dalla normativa vigente.

10.3 TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

Come da disposizioni in vigore alla data di redazione della presente Nota Informativa le somme corrisposte a seguito di Decesso, Invalidità Totale e Permanente ed Inabilità Temporanea Totale in dipendenza del presente Contratto di Assicurazione, non sono assoggettate ad alcuna imposizione fiscale, ai sensi dell'art. 6 comma 2 del D.P.R. nr. 917 del 22/12/1986. Le somme percepite a seguito di Perdita di Impiego costituiscono reddito della stessa categoria del reddito sostituito.

D - ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

11. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

Le modalità di conclusione del Contratto e la decorrenza delle Coperture sono indicate negli artt. 2 e 4 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

12. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO PER SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI

Il Contraente ha facoltà di risolvere il Contratto sospendendo il pagamento dei Premi, nei termini e secondo le modalità di cui all'art. 8 delle Condizioni Generali di Assicurazione, con possibilità di riattivazione entro massimo sei mesi dalla scadenza della prima rata di premio non versata alla Compagnia.

Avvertenza: la risoluzione del Contratto comporta la cessazione delle Coperture. Si rinvia all'art. 8 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

13. RISCATTO E RIDUZIONE

Non sono previste ipotesi di Riscatto o Riduzione.

14. REVOCA DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

Il Contraente può revocare la proposta contrattuale fino al momento della conclusione del Contratto.

La revoca deve essere esercitata a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviarsi alla Compagnia al seguente recapito: AFI ESCA S.A. - SERVIZIO CLIENTI, Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano, allegando l'originale della Proposta di Assicurazione. Qualora la dichiarazione di revoca della proposta pervenga tempestivamente alla Compagnia, impedendo la conclusione del Contratto, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente gli importi da questi eventualmente già corrisposti, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.

15. DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente può recedere dal Contratto di Assicurazione entro trenta giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il Contratto si è concluso, dandone comunicazione alla Compagnia 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.

Le garanzie cesseranno alla data richiesta dal Contraente o, se precedente, alla data di spedizione della lettera raccomandata del Contraente/Assicurato.

La Compagnia, entro il termine di trenta giorni dal ricevimento della dichiarazione di recesso, ha l'obbligo di restituire al Contraente il Premio, al netto delle imposte, delle spese di emissione del Contratto sostenute - che si quantificano preventivamente in € 20,00 - e della quota parte di Premio relativa al periodo in cui il Contratto ha avuto effetto. Si precisa che, laddove nelle more dell'esercizio del diritto di recesso si verifichi un Sinistro e il Beneficiario dichiara per iscritto alla Compagnia di voler profittare della garanzia assicurativa, tale diritto del Beneficiario si intenderà prevalente rispetto al diritto di recesso esercitato dal Contraente.

16. PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

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.

17. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al Contratto si applica la legge italiana.

18. 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.

19. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO

La Compagnia trasmettere, entro 60 giorni dalla chiusura di ogni anno solare, l'estratto conto annuale della posizione assicurativa.

20. COMUNICAZIONI TRA IL CONTRAENTE/ASSICURATO E LA COMPAGNIA

Non è prevista alcuna comunicazione alla Compagnia in caso di eventuali modifiche di professione dell'Assicurato.

21. 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.

La Compagnia in ogni caso si impegna a non recare pregiudizio ai Contraenti e ad ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

E - INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

22. SINISTRI - DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'IMPRESA PER LA LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

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.

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. 15 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.

23. RECLAMI

23.1 RECLAMI ALLA COMPAGNIA

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

AFI ESCA S.A./AFI ESCA IARD S.A. - Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano
Telefono: +39 02.583.248.45
Indirizzo e-mail: reclami@afi-esca.com

La Compagnia gestisce il reclamo dandovi riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. Il Contraente/Assicurato potrà altresì rivolgersi al seguente Istituto:

IVASS - Servizio Tutela di 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: http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm. 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: [www.acam-france.fr/relations-assures](http://www.acam-france.fr/rerelations-assures).

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

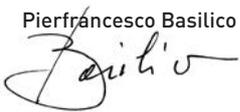
24. GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE

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) così come individuati nella Proposta di Assicurazione.

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


Vivendo

Assicurazione per la protezione del budget familiare



Glossario

Appendice: il documento rilasciato unitamente e/o posteriormente all'emissione del Certificato di Polizza per procedere alla modifica di uno o più elementi originari del Contratto. L'Appendice costituisce parte integrante del Contratto.

Assicurato: la persona fisica per la quale è prestata l'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.

Certificato di Polizza o Polizza: il documento rilasciato dalla Compagnia al Contraente che, insieme alle Condizioni Generali di Assicurazione ed eventuali Appendici, prova il Contratto di Assicurazione.

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

Condizioni Particolari: l'insieme di clausole contrattuali, negoziate dalle parti, aventi ad oggetto specifiche condizioni di accettazione del rischio da parte della Compagnia. Possono prevedere l'applicazione di sovrappremi e/o l'esclusione di determinati rischi.

Contraente: il soggetto che stipula il Contratto di Assicurazione con la Compagnia e si obbliga a pagare il Premio.

Contratto di Assicurazione o Contratto: Il rapporto assicurativo oggetto delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione.

Copertura/Coperture: indistintamente, la/le garanzia/garanzie

assicurativa/assicurative riconosciuta/riconosciute dalla Compagnia all'Assicurato ai sensi del presente Contratto, in forza della/delle quale/quali la Compagnia è obbligata al pagamento dell'Indennizzo al verificarsi del Sinistro.

Coperture Danni: le coperture assicurative relative al caso di Inabilità Totale e Temporanea (o Inabilità Temporanea Totale al Lavoro) e di Perdita Involontaria di Impiego (o Perdita di Impiego).

Copertura Vita: le coperture assicurative relative al caso di Decesso e di Inabilità Totale e Permanente dell'Assicurato.

Data di Decorrenza: la data a decorrere dalla quale 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 dalla Compagnia.

Età Assicurativa: l'età dell'Assicurato che la Compagnia prende in considerazione per calcolare il Premio. L'Età Assicurativa non coincide sempre con l'età anagrafica; per determinare l'Età Assicurativa, la Compagnia fa riferimento alla differenza tra l'anno di sottoscrizione e l'anno di nascita.

Fascicolo Informativo: l'insieme dei documenti precontrattuali e contrattuali che la Compagnia è tenuta a consegnare al potenziale Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, e cioè la Nota Informativa, le Condizioni Generali di Assicurazione, il Glossario e il Modulo di Proposta.

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.).

Inabilità 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 Inabilità Totale e 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 redditi 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, Artigianato 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 Proposta o Proposta di Assicurazione: il modulo predisposto dalla Compagnia e sottoscritto dal Contraente, con il quale egli manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il Contratto di Assicurazione in base alle caratteristiche e alle condizioni in esso indicate.

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 del Contratto di Assicurazione, il Beneficiario non ha diritto ad alcuna Indennità.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

Premio di Perfezionamento: il premio relativo alla prima annualità di decorrenza della Polizza (ove il Contraente abbia optato per il pagamento di premi periodici).

Questionario Medico (QM): il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato stesso prima della sottoscrizione del Contratto di Assicurazione.

Riduzione: la facoltà dell'Assicurato di conservare la propria qualità, seppur per un capitale ridotto, avendo sospeso il pagamento dei Premi. L'Indennizzo si riduce in proporzione al rapporto tra i Premi versati e i Premi originariamente previsti, sulla base di apposite clausole contrattuali.

Riscatto: la facoltà del Contraente di richiedere anticipatamente, prima cioè della scadenza del Contratto, 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 di Assicurazione e per il quale è/sono prestata/e la/e garanzia/e assicurativa/e ed erogata la relativa Prestazione Assicurata (come ad esempio, il Decesso dell'Assicurato).

Vivendo

Assicurazione per la protezione del budget familiare



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:

- 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;
- 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.

Nel Modulo di Proposta di Assicurazione il Contraente 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.

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 9.1 -A), per il caso di Decesso, e 9.2 - B), per il caso di Invalidità Totale Permanente.

Le Coperture sono valide e operanti solo se specificatamente indicate nel Certificato di Polizza e nelle sue eventuali successive Appendici.

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 artt. 2.2, 2.3.

Art. 2.2 - Età e attività professionale al momento della sottoscrizione

Al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione l'età dell'Assicurato dovrà risultare:

- inferiore a 60 anni, nel caso in cui la durata del Contratto di Assicurazione sia pari a 5 anni;
- inferiore a 55 anni, nel caso in cui il Contratto di Assicurazione abbia durata pari a 10 anni.

Possono accedere alle Coperture relative all'offerta assicurativa indicata al precedente articolo 1.1 (a), gli Assicurati che alla sottoscrizione della Proposta di Assicurazione esercitano effettivamente un'attività lavorativa retribuita o comunque produttiva di reddito certificabile.

Possono accedere alle Coperture relative all'offerta assicurativa indicata al precedente articolo 1.1 (b) soltanto gli Assicurati che alla sottoscrizione della Proposta di Assicurazione siano Lavoratori Dipendenti del Settore Privato e con età massima di 50 anni alla sottoscrizione, in caso di scelta della durata pari a 5 anni, ovvero di età massima di 45 anni, in caso di scelta della durata pari a 10 anni.

In via eccezionale, ove l'Assicurato stia 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, potrà richiedere di attivare una delle due formule assicurative di cui al precedente articolo 1.1, fermo restando il diritto della Compagnia di non concludere il Contratto; qualora viceversa la Compagnia decida di concludere il Contratto, l'Assicurato dovrà riprendere l'attività lavorativa entro 6 mesi dalla data di sottoscrizione della Proposta di Assicurazione; ove ciò non avvenga, tutte le Coperture cesseranno di efficacia e il Contratto si intenderà automaticamente risolto.

Art. 2.3 - Residenza dell'Assicurato

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

Art. 2.4 - Modalità di sottoscrizione

Il Contraente compila e sottoscrive il Modulo di Proposta di Assicurazione allegandovi, nel caso di pagamento periodico del Premio, l'autorizzazione al prelievo automatico accompagnata dagli estremi di un conto bancario intestato a suo nome.

Il Modulo di Proposta dovrà essere sottoscritto anche dall'Assicurato se diverso dal Contraente.

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

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

Art. 2.5 - Ammissione alla Copertura

Non è ammissibile alla Copertura il Contraente che alla sottoscrizione della Proposta di Assicurazione sia già titolare di altra polizza Vivendo conclusa con la Compagnia in qualità di Assicurato.

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta di Assicurazione, ciascun Assicurato dovrà inoltre compilare il Questionario Medico (QM).

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

Nel caso in cui dalla documentazione, anche sanitaria, consegnata alla Compagnia emergano fattori di rischio di particolare rilievo, la Compagnia può rifiutare l'assunzione del rischio ovvero stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio che prevedano l'esclusione di particolari rischi, dandone comunicazione al Contraente e all'Assicurato. Nel caso in cui la Compagnia sottoponga specifiche Condizioni Particolari (es. esclusione di specifici rischi), il Contratto di Assicurazione si perfezionerà soltanto con la sottoscrizione, per accettazione, delle Condizioni Particolari da parte del Contraente e/o, ove dovuto, dall'Assicurato.

La 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'assicurando, di rifiutare l'assunzione del rischio.

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

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato, rese al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, devono essere vere, esatte e complete.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato rese al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta di Assicurazione relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio assunto dalla Compagnia, o comunque tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse 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 dalla Compagnia all'atto di sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, devono corrispondere a verità ed esattezza.

Qualora tra il momento del rilascio delle informazioni inerenti lo stato di salute dell'Assicurato e la Data di Decorrenza intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute, l'Assicurato deve darne sollecita comunicazione alla Compagnia al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione alla Copertura di cui all'art. 2.5 e la conseguente determinazione delle nuove condizioni per l'ammissione alle Coperture medesime; la mancata comunicazione alla Compagnia comporta 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.

ARTICOLO 4 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E DECORRENZA, DURATA E CESSAZIONE DELLE COPERTURE

Art. 4.1 - Conclusione del Contratto

Il Contratto di Assicurazione si conclude alla data in cui il Contraente riceve dalla Compagnia il Certificato di Polizza nel quale sono indicate le Prestazioni Assicurate, l'importo dell'Indennizzo e il Capitale assicurato, la durata delle Garanzie, le eventuali Condizioni Particolari accettate dal Contraente e, se dovuto, dall'Assicurato, e i Beneficiari designati.

Qualora la Compagnia si riservi di accettare il rischio subordinatamente all'esclusione di alcune garanzie o rischi o, più in generale, all'accettazione da parte del Contraente di specifiche condizioni, la Compagnia ne dà comunicazione al Contraente e all'Assicurato, affinché ne ottenga il relativo consenso scritto. In tal caso il Certificato di Polizza sarà consegnato al Contraente soltanto dopo che la Compagnia abbia ricevuto le Condizioni Particolari sottoscritte dal Contraente e, se dovuto, dall'Assicurato.

Il Contraente è tenuto a restituire alla Compagnia la copia firmata del Certificato di Polizza, che riporta anche le eventuali Condizioni Particolari. La mancata restituzione del Certificato di Polizza non condiziona comunque né la validità del Contratto né la Data di Decorrenza.

La mancata sottoscrizione del Certificato di Polizza da parte del Contraente, non potrà essere opposta alla Compagnia in caso di controversia sulle garanzie prestate o sulle somme assicurate o sul loro limite, purché la Compagnia abbia adempiuto a quanto richiesto dall'art. 2.5.

Se la Compagnia rifiuta il rischio, ne dà comunicazione all'Assicurato tramite lettera raccomandata A.R. e gli rimborsa gli eventuali premi versati al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione.

Art. 4.2 - Decorrenza della Copertura

Le Coperture decorrono dalle ore 24 della Data di Decorrenza indicata nel Certificato di Polizza, sempre a condizione che:

- sia stata sottoscritta la Proposta di Assicurazione;
- siano state esplicitate le formalità mediche di ammissione alla Copertura e che gli esiti siano stati valutati positivamente ed accettati dalla Compagnia;
- siano state accettate per iscritto dal Contraente e, se dovuto, dall'Assicurato, le eventuali Condizioni Particolari sottoposte dalla Compagnia;
- sia stato pagato il Premio.

Art. 4.3 - Durata della Copertura

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta di Assicurazio-

ne, il Contraente dovrà scegliere la durata del Contratto e, quindi, delle relative Coperture.

In ogni caso la durata potrà essere pari soltanto a cinque anni ovvero dieci anni.

La durata delle Coperture e la loro data di scadenza sono valide solo se specificatamente indicate nel Certificato di Polizza e nelle sue eventuali successive Appendici.

Art. 4.4 - Cessazione della Copertura

Le Coperture cessano alla scadenza riportata sul Certificato di Polizza nonché nelle sue eventuali successive Appendici.

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 art. 7;
- 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;
- Mancato pagamento dei premi, secondo quanto previsto al successivo articolo 8;
- Riconoscimento della Prestazione Assicurata per la Copertura Invalidità Totale Permanente, ove l'Assicurato ne abbia fatto richiesta ai sensi dell'articolo 9.2.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;
- Mancata ripresa dell'attività lavorativa da parte dell'Assicurato nei sei mesi successivi alla sottoscrizione della Proposta di Assicurazione nel caso di cui all'ultimo comma dell'articolo 2.2.

ARTICOLO 5 - REVOCA DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

Il Contraente può revocare la proposta contrattuale fino al momento della conclusione del Contratto.

La revoca deve essere esercitata a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviarsi alla Compagnia al seguente recapito: AFI ESCA S.A. - SERVIZIO CLIENTI, Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano, allegando l'originale della Proposta di Assicurazione. Qualora la dichiarazione di revoca della proposta pervenga tempestivamente alla Compagnia, impedendo la conclusione del Contratto, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente i premi da questi eventualmente già corrisposti, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.

ARTICOLO 6 - RISCATTO, RIDUZIONE E RELATIVI COSTI

Il presente Contratto non consente ipotesi di Riscatto e Riduzione. Conseguentemente, non sono previsti eventuali costi.

ARTICOLO 7 - DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente può recedere dal Contratto di Assicurazione entro trenta giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il Contratto si è concluso, dandone comunicazione alla Compagnia 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.

Le garanzie cesseranno alla data richiesta dal Contraente o, se precedente, alla data di spedizione della lettera raccomandata del Contraente/Assicurato.

La Compagnia, entro il termine di trenta giorni dal ricevimento della dichiarazione di recesso, ha l'obbligo di restituire al Contraente il Premio, al netto delle imposte, delle spese di emissione del Contratto sostenute - che si quantificano preventivamente in € 20,00 - e della quota parte di Premio relativa al periodo in cui il Contratto ha avuto effetto. Si precisa che, laddove nelle more dell'esercizio del diritto di recesso si verifichi un Sinistro e il Beneficiario dichiara per iscritto alla Compagnia di voler profittare della garanzia assicurativa, tale diritto del Beneficiario si intenderà prevalente rispetto al diritto di recesso esercitato dal Contraente.

ARTICOLO 8 - RISOLUZIONE DEL CONTRATTO PER MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI E RIATTIVAZIONE

Il mancato pagamento anche di una sola rata di Premio determina, trascorsi 30 giorni dalla sua scadenza, la sospensione dell'assicurazione e

quindi delle Coperture, per un periodo massimo di sei mesi decorrenti dalla data di scadenza della rata, qualunque sia il numero e gli importi dei Premi già versati alla Compagnia che restano comunque definitivamente acquisiti dalla Compagnia medesima. Trascorsi i sei mesi, salvo il caso della sua riattivazione, il Contratto è risolto di diritto.

A giustificazione del mancato pagamento del Premio il Contraente non può, in alcun caso, opporre alla Compagnia il mancato ricevimento degli avvisi di scadenza né la mancata riscossione dell'incasso al proprio domicilio.

Entro sei mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata, il Contraente ha il diritto di riattivare il Contratto, e di conseguenza, le Coperture, previa corresponsione di tutte le rate di Premio arretrate e non pagate, aumentate degli interessi legali calcolati per il periodo intercorso tra la data di scadenza di ogni singola rata di Premio arretrata e quella della riattivazione, nonché delle eventuali spese di incasso sostenute dalla Compagnia.

La riattivazione del Contratto ripristina - con effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il pagamento dell'intero ammontare dovuto - l'efficacia del Contratto e delle relative Coperture: l'eventuale Sinistro accaduto nel periodo di sospensione non è pertanto indennizzabile dalla Compagnia.

Trascorsi sei mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il Contratto e di conseguenza, le Coperture, non possono più essere riattivati.

ARTICOLO 9 - CONDIZIONI E PRESTAZIONI RELATIVE ALLE COPERTURE

Il Contratto di Assicurazione 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 Invalidità 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'Art. 10 che segue.

L'Assicurato dovrà leggere attentamente le raccomandazioni e le avvertenze contenute nella Proposta di Assicurazione relative alla compilazione del questionario sanitario.

Art. 9.1 - 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 dal Contraente.

Nel caso in cui il Decesso dell'Assicurato si verifichi nel corso della durata del Contratto, 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 artt. 10.1 e 10.2 che seguono, che possono comportare la riduzione o il venir meno della Copertura.

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

Art. 9.2 - B) Prestazione in caso di Invalidità 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'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.

Il grado di Invalidità 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 dal Contraente, alla data di riconoscimento dello stato di Invalidità 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 artt. 10.1 e 10.2 che seguono, e che possono comportare la riduzione o il venir 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 del Contratto, qualora nel corso della sua vigenza non si fosse verificato l'evento coperto dal rischio (Invalidità 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. 9.3 - 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 di cui all'art. 1.2, per un massimo di 6 rate mensili per Sinistro e 18 rate mensili per tutta la durata del Contratto.

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'art. 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 artt. 10.2 e 10.3 che seguono e che possono comportare la riduzione o il venir meno della Copertura;
- fino alla data di inizio del pensionamento volontario dell'Assicurato, ovvero allo scadere del Contratto di Assicurazione.

Art. 9.4 - D) 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 di cui all'art. 1.2, per un massimo di 6 rate mensili per Sinistro e 18 rate mensili per tutta la durata del Contratto.

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 trascorsi 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'Art. 10.4 che segue, che possono determinare la riduzione o il venir meno della Copertura;
- fino alla data di inizio del pensionamento volontario dell'Assicurato.

ARTICOLO 10 - ESCLUSIONI

Art. 10.1 - 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;
- 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, 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. 10.2 - 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;
- 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. 10.3 - Esclusioni riguardanti la garanzia Inabilità Temporanea Totale al lavoro

La copertura Inabilità Temporanea Totale al lavoro è esclusa, oltre ai casi menzionati agli artt. 10.1 e 10.2, anche con riguardo ai casi indicati nel presente art. 10.3. 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. 10.4 - 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 o 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 comporto (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. 10.5 - Periodo di Carenza per le Coperture Decesso e Invalità Totale e Permanente

L'immediata copertura assicurativa per i casi di Decesso e di Invalità Totale e Permanente è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto alla visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Compagnia.

Nel caso in cui l'Assicurato decida di non sottoporsi alla visita medica (e sempreché la Compagnia non ritenga indispensabile la sottoposizione dello stesso agli accertamenti sanitari), viene applicato un periodo di Carenza di 6 mesi dalla data di perfezionamento del Contratto, durante il quale l'assicurazione resta sospesa. Nel caso in cui l'evento assicurato - Decesso o Invalità 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:

- a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore del Contratto: 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;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore del Contratto;
- c) di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore del Contratto, 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 11 - 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 Contratto così come la modifica dell'indennizzo mensile pattuito.

ARTICOLO 12 - BENEFICIARIO DELLE COPERTURE

Se il Contraente e l'Assicurato sono la stessa persona, le prestazioni assicurative sono liquidate:

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

ARTICOLO 13 - CALCOLO DEI PREMI

Art. 13.1 - Tariffazione

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

Il premio annuo per la Copertura Decesso, Invalità Totale e Permanente e la Copertura Danni viene determinato applicando il tasso unico(*), in funzione dell'Età dell'Assicurato alla sottoscrizione, moltiplicato per l'indennizzo mensile richiesto in fase di sottoscrizione.

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 0,398638;

Il Tasso Unico per Assicurati con Età alla sottoscrizione maggiore o uguale a 55 anni è pari al 0,647868.

Ipotizzando un Indennizzo Mensile di Euro 500,00, il premio annuo di assicurazione, per un Assicurato avente età alla sottoscrizione inferiore a 55 anni viene determinato come segue:
 $500,00 \times 0,398638 = 199,32$ Euro

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

Art. 13.2 - Importo e frazionamento

Il Contraente ha la facoltà di scegliere tra due tipi di Premio:

- unico, il cui importo dovrà essere corrisposto in un'unica soluzione ed in via anticipata alla Data di Decorrenza;
 - periodico, il cui importo resterà fisso per tutta la durata del Contratto.
- La scelta, da effettuarsi al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, è irrevocabile fino al termine del Contratto.
 I Premi periodici possono essere versati unicamente su base annuale.

ARTICOLO 14 - PREMIO

Art. 14.1 - Versamento del Premio

Il Premio può essere corrisposto in un'unica soluzione, nel caso di Premio unico o, a richiesta del Contraente, in rate annuali, nel caso di Premio periodico.

Nel primo caso, la prestazione assicurata è garantita previa corrispondenza del Premio unico dovuto in un'unica soluzione.

Il Premio Unico deve essere versato interamente a favore di AFI ESCA S.A. anche nella sua qualità di delegata all'incasso di AFI ESCA IARD S.A. Il Premio di Perfezionamento può essere versato mediante assegno bancario o assegno circolare intestato a AFI ESCA S.A., oppure bonifico bancario intestato alla medesima ovvero tramite addebito SDD Core sul conto corrente del Contraente.

I Premi periodici diversi dal Premio di Frazionamento devono essere versati mediante procedura di addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente. Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento, fa fede la documentazione contabile del relativo istituto di credito.

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

Art. 14.2 - Costi gravanti sul Premio

Sul Premio gravano costi di acquisizione; tali costi costituiscono parte del Premio corrisposto dal Contraente.

In particolare, il costo per l'emissione del Contratto è determinato in misura fissa ed è pari ad Euro 20,00 e l'importo percepito dall'Intermediario è determinato nella misura percentuale del 50 per cento del Premio versato al netto delle imposte.

ARTICOLO 15 - DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI

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.

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 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 (salvo eventuali integrazioni richieste dalla Compagnia stessa) sono di seguito dettagliati per ogni singola Copertura.

Art. 15.1 - 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 Giudiziarìa, 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. 15.2 - 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. 15.3 - 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 causato 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. 15.4 - Perdita Involontaria di 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 e del codice fiscale;
- 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)
- gli ultimi due cedolini di paga;
- Documentazione attestante lo STATO OCCUPAZIONALE AGGIORNATO (C2 storico, scheda anagrafica/professionale o altra dichiarazione sostitutiva) rilasciato dal Centro per l'Impiego;
- Dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con l'indicazione del codice IBAN sul quale accreditare l'importo dell'Indennizzo.

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 16 - 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 17 - CESSIONE DEI DIRITTI

Il Contraente non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dalle Coperture.

ARTICOLO 18 - ESTENSIONE TERRITORIALE

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

ARTICOLO 19 - IMPOSTE E TASSE

Tutte le imposte e tasse, presenti o future, deducibili e non, sono a carico del Contraente.

ARTICOLO 20 - SPESE VARIE

Al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, il

Contraente dovrà farsi carico delle spese di emissione del Contratto pari all'importo indicato nella Proposta di Assicurazione. L'emissione di un'Appendice del Contratto comporta una spesa pari a Euro 15,00 a carico del Contraente.

ARTICOLO 21 - 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) così come individuati nella Proposta di Assicurazione.

ARTICOLO 22 - COMUNICAZIONI - RICHIESTA DI INFORMAZIONI - PROVA DEL CONTRATTO

Fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 24 (Reclami), tutte le comunicazioni da parte del Contraente/Assicurato alla Compagnia 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 all'Intermediario che ha distribuito il Contratto, nel caso in cui questi sia stato abilitato al ricevimento delle comunicazioni da parte della Compagnia. Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dal Contraente/Assicurato. La Compagnia fornisce riscontro scritto ad ogni comunicazione e/o richiesta di informazioni presentata dal Contraente/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, il Contraente/Assicurato o gli aventi diritto dovranno inserire sul plico la seguente indicazione: "Oggetto: Richiesta di informazioni". Il Contratto è costituito esclusivamente dalle presenti Condizioni Generali di Assicurazione, dal Certificato di Polizza e dalle sue Appendici.

ARTICOLO 23 - MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL FASCICOLO INFORMATIVO

La Compagnia si impegna a comunicare al Contraente eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo, anche a seguito di modifiche normative intervenute dopo la sottoscrizione del Contratto. Le variazioni saranno segnalate in occasione della prima comunicazione da inviare in adempimento degli obblighi di informativa previsti dalla normativa vigente.

ARTICOLO 24 - RECLAMI

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

AFI ESCA S.A./AFI ESCA IARD S.A.
Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano
Telefono: +39 02.583.248.45
Indirizzo e-mail: reclami@afi-esca.com

La Compagnia gestisce il reclamo dandovi riscontro entro il termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento del medesimo. Il Contraente/Assicurato potrà 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: http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm 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: www.acam-france.fr/relations-assures. Resta comunque salva la facoltà di adire direttamente l'Autorità Giudiziaria.

ARTICOLO 25 - 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 26 - LEGGE APPLICABILE E LINGUA DEL CONTRATTO

Al Contratto si applica la legge italiana.

ARTICOLO 27 - 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. La Compagnia, in ogni caso, si impegna a non recare pregiudizio ai Contraenti e ad ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

I dati contenuti nelle Condizioni di Assicurazione e sono stati aggiornati in data 15.12.2017.

Vivendo

Assicurazione per la protezione del budget familiare



Privacy

INFORMATIVA - Dati personali e sensibili ai sensi dell'art. 13 Decreto Legislativo 30.6.2003 n. 196

In conformità all'art. 13 del Decreto Legislativo 30/6/2003, n. 196 (di seguito denominato il "Codice"), le Compagnie in qualità di Titolari del trattamento (nel seguito, "Titolare/i") - La informano sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti (art. 7 del Codice):

1) TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITA' ASSICURATIVE:

Le Compagnie trattano i dati personali, inclusi gli eventuali dati sensibili e giudiziari, da Lei forniti o dalle stesse già detenuti, al fine di concludere, gestire ed eseguire il contratto da Lei richiesto, nonché gestire e liquidare i sinistri attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa e riassicurativa, a cui le Compagnie sono autorizzate ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. Nell'ambito della presente finalità, il trattamento viene altresì effettuato per la prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali. In tal caso, ferma la Sua autonomia personale, il conferimento dei dati personali da Lei effettuato potrà essere:

- obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni);
- strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri. Qualora Lei rifiuti di fornire i dati personali richiesti, le Compagnie non potranno concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o gestire e liquidare i sinistri.

2) TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITA' PROMOZIONALI/COMMERCIALI:

in caso di Suo consenso i Suoi dati potranno essere utilizzati per finalità di profilazione della Clientela, di informazione e promozione commerciali di prodotti e servizi, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli da Lei già ricevuti e di ricerche di mercato. In tali casi il conferimento dei Suoi dati personali sarà esclusivamente facoltativo ed un suo eventuale rifiuto non comporterà alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, precludendo solo l'espletamento delle attività indicate nel presente punto.

3) MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI:

il trattamento dei Suoi dati personali potrà essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, con modalità e procedure strettamente necessarie al perseguimento delle finalità sopra descritte; è invece esclusa qualsiasi operazione di diffusione dei dati. Le Compagnie svolgono il trattamento direttamente tramite soggetti appartenenti alla propria organizzazione o avvalendosi di soggetti esterni alle Compagnie stesse, facenti parte del settore assicurativo o correlati con funzioni meramente organizzative.

Tali soggetti tratteranno i Suoi dati:

- conformemente alle istruzioni ricevute dalle Compagnie in qualità di responsabili o di incaricati, tra i quali indichiamo gli Agenti delle Compagnie, i dipendenti o collaboratori delle Compagnie stesse addebiati alle strutture aziendali nell'ambito delle funzioni cui sono adibiti ed esclusivamente per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa. L'elenco aggiornato dei responsa-

bili e delle categorie di incaricati è conoscibile ai riferimenti indicati nel seguente punto 7;

- in totale autonomia, in qualità di distinti Titolari.

4) COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI:

a) I Suoi dati personali possono essere comunicati esclusivamente per le finalità di cui al punto 1 o per obbligo di legge agli altri soggetti del settore assicurativo (costituenti la c.d. "Catena Assicurativa"), quali 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). b) Inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 2 a società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, a società specializzate in promozione commerciale, ricerche di mercato ed indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti.

L'elenco dei soggetti a cui sono comunicati i dati è conoscibile ai riferimenti indicati nel seguente punto 7.

5) TRASFERIMENTO DI DATI ALL'ESTERO:

i dati personali possono essere trasferiti verso paesi UE e verso paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

6) DIRITTI DELL'INTERESSATO:

Ai sensi dell'art. 7 del Codice Lei potrà esercitare specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dalle Compagnie la conferma dell'esistenza o meno dei suoi dati personali e la loro messa a disposizione in forma intellegibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

7) TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO DEI DATI:

Titolare, ex art. 28 del Codice, del trattamento sono entrambe le

- Compagnie, i cui estremi identificativi sono:
- Afi Esca S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano;
- Afi Esca Iard S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano.

Il Responsabile designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Codice è l'area Operations presso le Compagnie - Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano, telefono 02.583.248.45 a cui potrà essere richiesta ogni informazione in merito all'individuazione degli altri Responsabili del trattamento e dei soggetti cui vengono comunicati i dati e di coloro che operano per conto del Titolare.

Vivendo

Assicurazione per la protezione del budget familiare



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, 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, 5 - 20124 Milano, 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 controllino 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, purchè 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.

Pagina vuota

Vivendo

Proposta di Assicurazione

Cod.: Sotto-cod.:

Iscrizione RUI: _____

Ref. interna: 1314 _____

Contraente/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 delle coperture

5 anni 10 anni

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)

Beneficiari

Il Beneficiario designato: appartiene al nucleo familiare dell'Assicurato ha rapporti professionali o d'affari con l'Assicurato

non è riconducibile né ad ambito familiare né professionale.

Specificare _____

Premio

- Unico
- Periodico Annuale

Spese di emissione: 20 € Premio dovuto: _____ € (premio della prima annualità ove periodico)

Dichiarazioni

Il Contraente dichiara che gli è stato consegnato il Fascicolo Informativo redatto secondo le prescrizioni IVASS, contenente, oltre al presente Modulo di Proposta, la Nota Informativa, le Condizioni Generali di Assicurazione, il Glossario e l'Informativa sulla Privacy.

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

Il Contraente 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. 8.2 (Sezione prestazione assicurativa); art. 8.3 (Sezione prestazione assicurativa); art. 8.4 (Sezione Rischio assicurato); art. 9 (Esclusioni); art. 10 (Modifica delle garanzie); art. 14 (Denuncia e gestione dei Sinistri); art. 16 (Cessione dei diritti); art. 20 (Giurisdizione e Foro competente).

Il Contraente dichiara altresì di essere stato informato che potrà revocare la presente Proposta o recedere dal Contratto nei termini e con le modalità disciplinate rispettivamente agli artt. 1887 del codice civile e 176 del Codice delle Assicurazioni Private, e 1899 e 177 del Codice delle Assicurazioni Private, e nonchè dagli artt. 5 e 7 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Qualora l'Assicurato sia persona diversa dal Contraente, egli esprime il consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile.

Avvertenze relative alla sottoscrizione della dichiarazione di buono stato di salute:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato possono compromettere il diritto alla prestazione;
- b) prima della sottoscrizione della dichiarazione di buono stato di salute, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate;

Luogo e data _____ Il Contraente _____

Il Contraente dichiara di aver ricevuto dall'addetto Intermediario, prima della sottoscrizione del Modulo di Proposta:

- la dichiarazione contenente - ai sensi dell'art. 49, comma 2, lett. a) del Regolamento ISVAP n. 5 del 16 ottobre 2006 - i dati essenziali dell'Intermediario e della propria attività, le informazioni sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela dei Contraenti;
- la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui l'Intermediario è tenuto - ai sensi dell'art.49, comma 2 lett. a) bis del Regolamento ISVAP n. 5 del 16 ottobre 2006 - nei confronti dei Contraenti.

Il Contraente prende atto che la Copertura decorre dalle ore 24 della Data di Decorrenza indicata nel Certificato di Polizza.

La decorrenza della Copertura è in ogni caso subordinata:

- alla sottoscrizione della Proposta di Assicurazione;
- alla sottoscrizione della dichiarazione di buono stato di salute;
- al pagamento del Premio.

La Compagnia invia al Contraente il Certificato di Polizza, quale documento contrattuale che riporta i dati identificativi del Contratto.

Luogo e data _____ Il Contraente _____

Spazio riservato all'Intermediario

Dichiaro di aver proceduto personalmente alla identificazione del/i sottoscrittore/i le cui generalità sono riportate fedelmente negli spazi appositi e che le firme sono state apposte in mia presenza.

Dichiaro altresì di aver preso visione e di essere a conoscenza della normativa applicabile in materia antiriciclaggio.

Nome e Cognome dell'Intermediario (stampatello) _____ Firma _____

Modalità di pagamento

Il pagamento del Premio di Perfezionamento viene effettuato mediante:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> assegno bancario intestato alla Compagnia | <input type="checkbox"/> assegno circolare intestato alla Compagnia |
| <input type="checkbox"/> bonifico bancario intestato alla Compagnia | <input type="checkbox"/> addebito SDD Core |
| <input type="checkbox"/> pagamento diretto a favore dell'Intermediario, ove abilitato all'incasso dei Premi da parte della Compagnia | |

Luogo e data _____ Il Contraente _____

Il pagamento del Premio periodico viene effettuato utilizzando la procedura di addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente appoggiato presso la banca indicata in calce. Ai fini dell'attestazione dell'avenuto pagamento dei Premi periodici, fa fede la documentazione contabile del relativo istituto di credito.

AUTORIZZAZIONE DI ADDEBITO IN CONTO: Il correntista autorizza la banca ad addebitare i Premi dovuti sul proprio conto corrente indicato di seguito:

CODICE IBAN _____ alla data del _____

LUOGO E DATA _____ Il Correntista _____

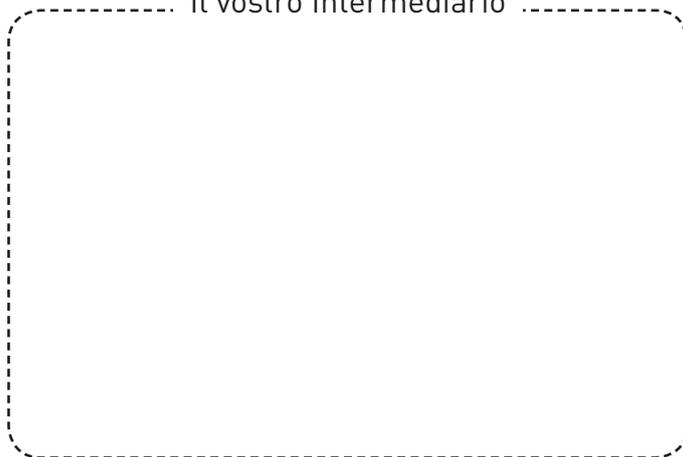
Data di prelevamento: il giorno 20 del mese

Luogo e data _____ Il Contraente _____

FAC-SIMILE



Il vostro Intermediario



www.afi-esca.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 Dutilleul, 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.