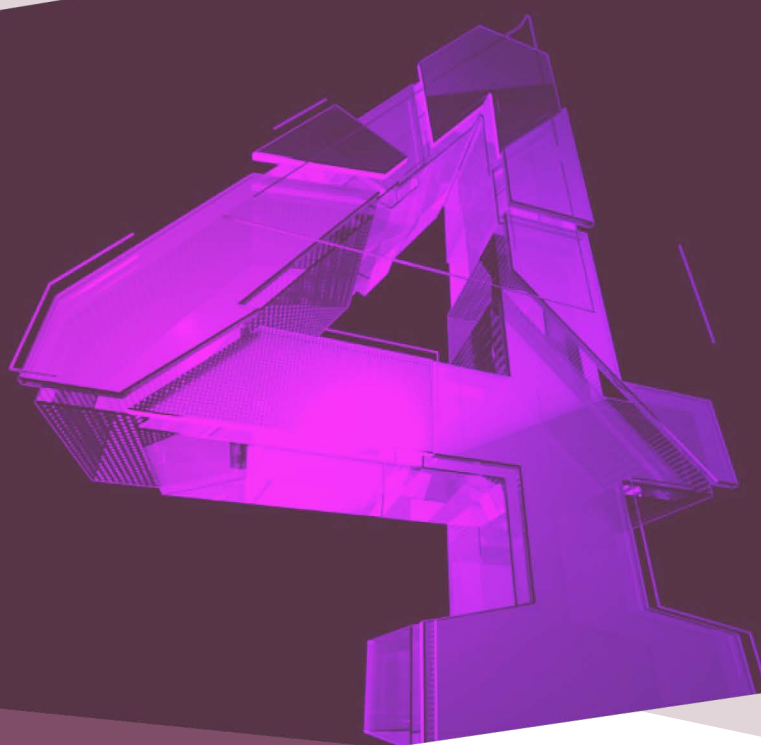


Vivendo 4

Assicurazione per la protezione del tenore di vita

Fascicolo informativo 

Copertura Assicurativa Collettiva
Vita e Danni



Afi • Esca 
Groupe Burrus

Rappresentanza Generale per l'Italia

Afi • Esca 
iARD Groupe Burrus

Rappresentanza Generale per l'Italia

Pagina vuota

FASCICOLO INFORMATIVO
POLIZZA COLLETTIVA
N. 3112008

Vivendo 4

ASSICURAZIONE
PER LA PROTEZIONE DEL TENORE DI VITA

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

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTIENE:

- Nota Informativa;
- Glossario;
- Condizioni Generali di Assicurazione;
- Privacy;
- Adeguata Verifica della Clientela;
- Modulo di Adesione.

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

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

[Data dell'ultimo aggiornamento: 09/01/2018]

NOTA INFORMATIVA

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

La presente Nota Informativa si riferisce all'offerta congiunta di Coperture assicurative relative a rami vita e 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., è una impresa di assicurazione di diritto francese, con sede legale e direzione generale in Quai Kléber, 2, Strasburgo (Francia), abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento.

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

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

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

1.2 COPERTURA ASSICURATIVA RELATIVA AI CASI DI INABILITÀ TOTALE E TEMPORANEA E PERDITA DI IMPIEGO (COPERTURA DANNI)

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

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

Per le Coperture Danni, la Polizza Collettiva e le connesse Assicurazioni concluse per adesione alla Polizza Collettiva di cui alla presente Nota Informativa, sono stipulate con la rappresentanza generale per l'Italia di AFI ESCA IARD S.A., avente sede e direzione in Via 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..

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

- Decesso, Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale. Tale formula è valida per tutti i lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti;
- Decesso, Invalidità Totale Permanente, Inabilità Temporanea Totale, Perdita d'Impiego. Tale formula è valida solo per gli assicurati che siano lavoratori Dipendenti del Settore Privato;

La durata delle Coperture coincide con la durata prescelta dall'Assicurato in fase di sottoscrizione del Modulo di Adesione sulla base della tabella che segue al successivo art. 5, compatibilmente con l'età dell'Assicurato che, congiuntamente:

- al momento di sottoscrizione del Modulo di Adesione, deve essere non inferiore a 18 anni;
- alla scadenza, non può essere superiore, a 70 anni.

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

3.1 COPERTURE RELATIVE AL RAMO VITA

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

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

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

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

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

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

Avvertenze relative a tutte le Coperture Vita:

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

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

L'efficacia delle Coperture Vita è subordinata a un periodo di carenza di 180 giorni decorrenti dalla data di adesione dell'Assicurato alla Polizza Collettiva, durante il quale l'assicurazione resta sospesa. Nel caso in cui l'evento assicurato – decesso o invalidità totale e permanente dell'Assicurato – si verifichi durante detto periodo di carenza la Compagnia, salvo determinate ipotesi indicate all'art. 8.5 delle Condizioni Generali di Assicurazione – non è tenuta al pagamento del Capitale assicurato ma si limita a restituire il premio versato al netto delle imposte applicate alle Coperture Danni. Per informazioni di dettaglio sul periodo di carenza si rinvia all'art. 7.1 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

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

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

3.2 COPERTURE RELATIVE AL RAMO DANNI

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

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

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

La garanzia è sottoscrivibile solo dai Lavoratori Autonomi con un reddito certificabile e dai Lavoratori Dipendenti del settore privato e pubblico. Per la garanzia Inabilità Temporanea Totale è prevista una durata contrattuale coincidente con la durata prescelta sul Modulo di Adesione nel limite massimo rappresentato dall'inizio del pensionamento volontario dell'Assicurato, ovvero allo scadere della durata massima del Contratto determinato in funzione dell'età dell'assicurato al momento della sottoscrizione del modulo d'adesione, come da tabella allegata art. 4 delle CGA.

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.

Per la garanzia Perdita Involontaria d'Impiego è prevista una durata coincidente con la durata prescelta sul Modulo di Adesione, nel limite massimo rappresentato dall'inizio del pensionamento volontario dell'Assicurato, ovvero allo scadere della durata massima del Contratto determinato in funzione dell'età dell'assicurato al momento della sottoscrizione del modulo d'adesione, come da tabella allegata art. 4 delle CGA.

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

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

Avvertenze relative a tutte le Coperture Danni:

Alle Coperture assicurative relative al ramo danni si applica un Periodo di Franchigia.

Alle Coperture assicurative relative al ramo danni si applica un Periodo di Carenza.

Esemplificazioni:

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

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

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

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

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

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

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

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

5. PREMI

Il Premio deve essere unico anticipato. Il suo ammontare, che dipende dall'importo e dalla durata della Copertura, è determinato in relazione all'im-

porto del capitale assicurato, alla durata contrattuale, all'età dell'Assicurato sulla base di coefficienti differenti in funzione dell'età alla sottoscrizione.

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

Il Premio Unico è corrisposto dall'Aderente alle Compagnie per il tramite del Contraente.

Le Compagnie conferiscono al Contraente della Polizza Collettiva mandato all'incasso dei premi e pertanto il pagamento dei premi medesimi al Contraente si considera come effettuato direttamente dall'Assicurato alle Compagnie.

TABELLA ILLUSTRATIVA DEI PREMI

Nella tabella che segue si possono osservare alcune esemplificazioni degli importi di Premio richiesti per le Coperture Decesso e Invalità Totale Permanente per ogni 1.200 Euro di Capitale e per le coperture Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'Impiego per ogni 100 Euro di indennizzo mensile.

I Premi indicati sono da intendersi unici anticipati e al netto dei costi di emissione, ma comprensivi delle tasse e della remunerazione dell'Intermediario pari al 70%.

Premi per assicurati di età inferiore ai 55 anni alla sottoscrizione/ricorrenza annua				
Durata in anni				
	3	5	7	10
Decesso/ITP/ITT	€ 28,21	€ 42,18	€ 64,70	€ 98,78
Decesso/ITP/ITT/PI	€ 160,23	€ 262,19	€ 372,51	€ 538,77

Premi per assicurati di età superiore ai 54 anni alla sottoscrizione/ricorrenza annua				
Durata in anni				
	3	5	7	10
Decesso/ITP/ITT	€ 75,21	€ 124,76	€ 181,52	€ 276,01
Decesso/ITP/ITT/PI	€ 207,23	€ 344,77	€ 489,33	€ 716,00

C - INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

6. COSTI

Sull'Assicurato gravano i seguenti costi:

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

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

6.1 COSTI GRAVANTI DIRETTAMENTE SULL'ASSICURATO

COSTO	Misura fissa	% Premio versato al netto delle imposte
Spese di emissione contratto/adesione	Euro 50	-
Remunerazione dell'intermediario		70%

6.1.2 ALTRI COSTI

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

7. SCONTI

Non sono previsti sconti di Premio.

8. RIVALSE

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

9. REGIME FISCALE

9.1 IMPOSTE SUI PREMI

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

9.2 DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI

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

9.3 TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

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

D - ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

10. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

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

11. RISCATTO E RIDUZIONE

Non sono previste ipotesi di Riscatto o Riduzione.

12. DIRITTO DI RECESSO

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

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

Le Compagnie, entro il termine di trenta giorni dal ricevimento della dichiarazione di recesso, hanno l'obbligo di restituire all'Assicurato il Premio, al netto delle imposte, delle spese di emissione del Contratto/adesione sostenute - che si quantificano preventivamente in € 50,00 - e della quota parte di Premio relativa al periodo in cui l'Assicurazione ha avuto effetto nei confronti di detto Assicurato. Si precisa che, laddove nelle more dell'esercizio del diritto di recesso si verifici un Sinistro e il Beneficiario dichiara per iscritto alle Compagnie di voler profittare della garanzia assicurativa, tale diritto del Beneficiario si intenderà prevalente rispetto al diritto di recesso esercitato dall'Assicurato.

13. PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

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

14. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al contratto si applica la legge italiana.

15. LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO

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

16. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO

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

17 - CONFLITTO DI INTERESSI

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

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

► E - INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

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

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

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

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

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

In ogni caso, la Compagnia si riserva la facoltà di far sottoporre l'Assicurato ad accertamenti medici.

L'art. 13 delle Condizioni Generali di Assicurazione riporta le indicazioni di dettaglio relative alla documentazione da presentare alla Compagnia per la liquidazione e alla procedura di liquidazione.

19 - RECLAMI

19.1 RECLAMI ALLA COMPAGNIA

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

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

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

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

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

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

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

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

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente domicilio in Italia può presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, individuabile accedendo al sito Internet: 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 Résolution) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito: www.acam-france.fr/reclamations-assures.

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

20. GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE

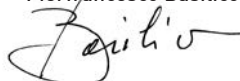
Il presente contratto, redatto in lingua italiana, è soggetto alla giurisdizione italiana.

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

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

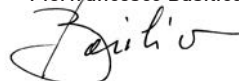
AFI ESCA S.A.
Direttore Italia

Pierfrancesco Basilico



AFI ESCA IARD S.A.
Direttore Italia

Pierfrancesco Basilico



Vivendo 4



Glossario

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

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

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

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

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

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

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

Compagnia: rispettivamente:

Per le Coperture Vita: AFI ESCA S.A.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Polizza Collettiva: il documento che prova l'Assicurazione.

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

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

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

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

Vivendo 4

Assicurazione per la protezione del tenore di vita



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 Inabilità 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 secondo le seguenti formule assicurative:

- Copertura per il caso di Decesso + Copertura per Inabilità 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 Inabilità Totale e Permanente + Copertura per Inabilità Temporanea Totale al Lavoro + 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 Adesione l'Assicurato dovrà selezionare le coperture alle quali intende aderire.

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

Art. 2.1 – Persone assicurabili

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

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

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione l'età dell'Assicurato dovrà risultare superiore o uguale a 18 anni e comunque alla scadenza del contratto e della relativa Assicurazione, non potrà risultare superiore a 70 anni.

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

Art. 2.3 – Residenza dell'Assicurato

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

Art. 2.4 – Modalità di sottoscrizione

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

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

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

Art. 2.5 – Ammissione alla Copertura

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

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, entro 45 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione, può rifiutare l'assunzione del rischio dandone comunicazione all'Assicurato. Ciascuna Compagnia si riserva in ogni caso il diritto, nel caso dalla documentazione contrattuale emergesse una richiesta di indennizzo non congrua all'effettivo tenore di vita dell'Assicurato, di rifiutare l'assunzione del rischio.

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

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

Le dichiarazioni dell'Assicurato, rese al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e del questionario medico devono essere vere, esatte e complete.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio assunto dalle Compagnie, o comunque tali che le Compagnie non avrebbero dato il loro consenso o non lo avrebbero dato alle medesime condizioni se avessero conosciuto l'esatto stato delle cose, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle Prestazioni Assicurate, e quindi all'Indennizzo e/o al Capitale assicurato, nonché la cessazione delle Coperture ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile. Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti lo stato di salute dell'Assicurato che, richieste dalle Compagnie all'atto di sottoscrizione del Modulo di Adesione, devono corrispondere a verità ed esattezza.

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

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

Il Contratto di Assicurazione si conclude alla data in cui l'Assicurato riceve dalla Compagnia la lettera di benvenuto, nella quale sono indicate le Prestazioni Assicurate, l'importo del capitale assicurato, la durata delle Garanzie.

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

Art. 4.2 – Decorrenza della Copertura

L'Assicurazione relativa a ciascun Assicurato produce i suoi effetti dalle ore 24:00 della data di decorrenza indicata sulla lettera di benvenuto.

Art. 4.3 – Durata delle Coperture

La durata delle Coperture, con riguardo all'Assicurazione conclusa da ciascun Assicurato, può variare secondo quanto prescelto dall'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione (ed ivi riportato), compatibilmente con l'età dell'Assicurato che alla sottoscrizione del Modulo di Adesione deve essere almeno pari a 18 anni e non superiore a 64 anni e alla scadenza della relativa As-

sicurazione non può essere superiore a 70 anni.

Art. 4.4 – Cessazione delle Coperture

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

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

- esercizio del diritto di recesso, come disciplinato dal successivo Articolo 6;
- per la Copertura Inabilità Temporanea Totale, alla data di inizio del pensionamento volontario; ovvero allo scadere della durata massima del contratto, determinata in funzione dell'età dell'assicurato al momento della sottoscrizione della copertura, come indicato nella tabella che segue;
- per la Copertura Perdita Involontaria d'Impiego, alla data di inizio del pensionamento volontario; ovvero allo scadere della durata massima del contratto, determinata in funzione dell'età dell'assicurato al momento della sottoscrizione della copertura, come indicato nella tabella che segue;
- Decesso dell'Assicurato;
- Riconoscimento della Prestazione Assicurata per la Copertura Invalità Totale Permanente, ove l'Assicurato ne abbia fatto richiesta ai sensi dell'articolo 7.2 B) restando inteso che in caso di successiva morte dell'Assicurato la Compagnia è tenuta a liquidare la Prestazione Assicurata in relazione ad uno solo dei Sinistri del ramo vita.

Età alla sottoscrizione	DURATA MASSIMA GARANZIA
	ITT / perdita d'impiego
Fino a 55 anni non compiuti	10
56	9
57	8
58	7
59	6
60	5
61	4
62	3
63	2
64	1

ARTICOLO 5 – RISCATTO, RIDUZIONE E RELATIVI COSTI.

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

ARTICOLO 6 – DIRITTO DI RECESSO DELL'ADERENTE/ ASSICURATO

L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro sessanta giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva, dandone comunicazione alle Compagnie a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviare a: AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, Via Vittor Pisani, 5 – 20124 MILANO, accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità. Le Coperture assicurative cesseranno alla data indicata dall'Assicurato nella comunicazione di recesso ovvero, se precedente, alla data di spedizione della lettera raccomandata dell'Assicurato.

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

Le Compagnie, entro il termine di trenta giorni dal ricevimento della dichiarazione di recesso, hanno l'obbligo di restituire all'Assicurato il Premio, al netto delle imposte, delle spese di emissione del contratto sostenute - che si quantificano preventivamente in € 50,00 - e della quota parte di Premio relativa al periodo in cui le Coperture hanno avuto effetto. Si precisa che, laddove nelle more dell'esercizio del diritto di recesso si verifici un Sinistro e il Beneficiario dichiarato per iscritto alle Compagnie di voler profittare della garanzia assicurativa, tale diritto del

Beneficiario si intenderà prevalente rispetto al diritto di recesso esercitato dall'Assicurato.

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

ARTICOLO 7 – CONDIZIONI, LIMITAZIONI E PRESTAZIONI RELATIVE ALLE COPERTURE

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

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

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

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

Art. 7.1 - A) Prestazione in Caso di Decesso

Assicurati garantiti

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

Rischio assicurato

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

Prestazione assicurativa

La Compagnia si impegna a corrispondere un capitale in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale. L'ammontare del capitale assicurato deve essere indicato sul modulo di adesione e deve essere almeno pari a 3.600,00 Euro e non superiore a 18.000,00. Nel caso in cui il Decesso dell'Assicurato si verifichi nel corso della durata della Copertura al medesimo relativa, la Compagnia liquida immediatamente ai Beneficiari l'Indennizzo determinato al momento del Decesso dell'Assicurato.

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

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

Art. 7.2 - B) Prestazione in Caso di Invalità 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'Invalità Totale e Permanente che derivi da Infortunio o Malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalità 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 Invalità 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 Compagnia si impegna a corrispondere un capitale alla data di riconoscimento dello stato di Invalità Totale Permanente prima della scadenza contrattuale. L'ammontare del capitale assicurato deve essere selezionato sul modulo di adesione sulla base delle opzioni disponibili. La presente garanzia viene prestata:

- senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, fatte salve le esclusioni specifiche di cui agli Articoli 8.1 e 8.2 che seguono, e che possono comportare la riduzione o il 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 dell'Assicurazione relativa a ciascun Assicurato, 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. 7.3 - C) Prestazione in Caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro

Assicurati garantiti

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

Rischio assicurato

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

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

Prestazione assicurativa

La Copertura garantisce, in caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro, la liquidazione mensile della somma pattuita in fase di sottoscrizione del Modulo di Adesione e riportata nel Modulo di Adesione stesso, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata dell'Assicurazione conclusa con l'Assicurato.

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

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

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

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

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

La presente garanzia viene prestata:

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

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

Assicurati garantiti

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

Rischio assicurato

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

- giustificato motivo oggettivo;
- messa in mobilità.

Prestazione assicurativa

In caso di Perdita di Impiego la Compagnia liquida mensilmente la somma pattuita in fase di sottoscrizione del Modulo di Adesione e riportata nel Modulo di Adesione stesso, per un massimo di 8 rate mensili per Sinistro e 24 rate mensili per tutta la durata dell'Assicurazione conclusa con l'Assicurato. L'importo della prestazione non può in nessun caso eccedere l'80% del reddito netto mensile dell'Assicurato risultante dagli ultimi due cedolini paga.

La Copertura per la Perdita di Impiego è sottoposta:

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

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

interrotto definitivamente.

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

La presente garanzia viene prestata:

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

ARTICOLO 8 - ESCLUSIONI

Art. 8.1 – Esclusioni comuni a tutte le garanzie

Le Coperture sono escluse nei seguenti casi:

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

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

Militare, polizia, vigile del fuoco, qualsiasi professione che comporti l'utilizzo di un'arma da fuoco, addetto al soccorso alpino, lavoro su tetti ed impalcature > 20 m (es. muratore, antennista, elettricista su piloni o alta tensione, imbianchino), attività a contatto con sostanze nocive o tossiche,

esplosive e/o radioattive, attività a contatto con correnti elettriche superiori a 380 V, attività subacquee (es. sommozzatore), attività nel sottosuolo (es. speleologo, minatore), attività in alta montagna (es. guida alpina), pilota o membro dell'equipaggio di aerei privati e/o elicotteri, skipper, collaudatore di autoveicoli e motocicli, pilota professionista.

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

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

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

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

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

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

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

- licenziamenti per "giusta causa";
- dimissioni;
- licenziamento dovuto a motivi disciplinari o professionali;
- licenziamenti comunicati da un datore di lavoro che sia coniuge o comunque parente, anche ascendente e discendente dell'Assicurato;
- cessazioni, alla loro scadenza, di contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di somministrazione lavoro (ex interinali), contratti di lavoro intermittente e contratti stagionali;
- licenziamenti durante o al termine di un periodo di prova;
- contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano;
- licenziamenti per raggiungimento dell'età richiesta per il diritto a "pensione di vecchiaia";
- licenziamenti o risoluzioni consensuali del rapporto di lavoro determinati da ristrutturazione o riorganizzazione aziendale con erogazione di incentivi all'esodo ovvero accompagnatori alla quiescenza;
- messa in mobilità del lavoratore dipendente che, nell'arco del periodo di mobilità stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- situazioni di Disoccupazione che diano luogo all'Indennizzo da parte della Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Edilizia o Straordinaria;
- all'atto della sottoscrizione l'Assicurato è a conoscenza della prossima disoccupazione o è al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;
- licenziamento per superamento del periodo di comporto (ossia li-

cenziamento 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 ha attivato l'iscrizione nella lista di collocamento salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in mobilità.

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

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

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

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

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

Non è prevista la possibilità di richiedere la modifica delle Coperture scelte al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione così come la modifica delle prestazioni.

ARTICOLO 10 – BENEFICIARIO DELLE COPERTURE

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

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

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

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

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

Le prestazioni assicurative sono liquidate:

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

ARTICOLO 11 - CALCOLO DEI PREMI

Art. 11.1 - Determinazione del Premio

Il Premio versato dal Contraente, al netto dei costi, viene utilizzato dalla Compagnia per far fronte ai rischi previsti dal Contratto.

La tariffa applicata è definita in base alle informazioni contenute nel Modulo di Adesione.

Il Premio è determinato in base:

- All'importo del capitale assicurato richiesto dall'Aderente;
- All'importo dell'indennizzo mensile richiesto per le garanzie prestate da Afi Escalard S.A.;
- All'età dell'Assicurato alla Data di Decorrenza.

ARTICOLO 12 – PREMIO

Art. - 12.1 Versamento del Premio

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

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

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

Art. 12.2 – Costi gravanti sul Premio

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

ARTICOLO 13 - DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI

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

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

L'Assicurato o gli aventi diritto possono chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al seguente numero 02 – 58.32.48.45. L'Assicurato o gli aventi diritto dovranno consegnare alla Compagnia – come sopra indicata - tutta la documentazione richiesta da quest'ultima, necessaria e sufficiente a verificare il diritto all'Indennizzo. In ogni caso, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o la documentazione necessaria per una corretta valutazione del Sinistro. L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono inoltre sciogliere da qualsiasi obbligo di riservatezza i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi anche ad opera di consulenti medici di fiducia della Compagnia. Le spese relative agli accertamenti medici sono a carico dell'Assicurato o degli aventi diritto all'Indennizzo. I documenti necessari da consegnare alla Compagnia – come sopra indicata - (salvo eventuali integrazioni richieste dalla Compagnia stessa) sono di seguito dettagliati per ogni singola Copertura.

Art. 13.1 - Decesso

- comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto);
- certificato di morte;
- Atto Sostitutivo di Notorietà dal quale si evincano gli eredi/testamento;
- certificato medico che precisi le esatte cause del Decesso, se del caso completo di anamnesi patologica con particolare riferimento alla patologia che ha causato il Decesso e, in caso di Decesso a

seguito di ricovero, copia della cartella clinica;

- in caso di Decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- copia del referto autoptico e tossicologico, se è stata effettuata l'autopsia;
- Copia di un documento d'identità e del codice fiscale dell'Assicurato;
- in caso di morte violenta (suicidio, omicidio) occorre copia del verbale dell'Autorità di P.S. o Giudiziaria, da cui si possano rilevare le circostanze del Decesso e il decreto di archiviazione emesso da un'Autorità competente;
- Copia del documento d'identità e del codice fiscale di ciascun Beneficiario;
- In caso di eredi minori o incapaci, autorizzazione del Giudice Tutelare alla riscossione del Capitale Assicurato da parte del Tutore;
- Dichiarazione sottoscritta dagli aventi causa con il codice IBAN sul quale accreditare l'importo dell'Indennizzo.

Art. 13.2 - Invalidità Totale e Permanente

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

Art. 13.3 - Inabilità Totale Temporanea al Lavoro

- comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto);
- copia di un documento di identità dell'Assicurato in corso di validità e del codice fiscale;
- certificato del medico curante che precisi le esatte cause che hanno determinato il Sinistro, se del caso completo di anamnesi patologica con particolare riferimento alla patologia che l'ha 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. 13.4 - Perdita Involontaria d'Impiego

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

- comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto);
- copia di un documento di identità dell'Assicurato in corso di validità e del codice fiscale;
- copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- copia del certificato di attivazione dell'iscrizione alle liste di mobilità o al centro per l'impiego (ex ufficio di collocamento);
- autocertificazione dello stato di Disoccupazione;
- gli ultimi due cedolini di paga
- 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 Sini-stro - copia delle cartelle cliniche o dichiarazioni di altri medici curanti. In casi particolari, la Compagnia potrà richiedere eventuale docu-mentazione suppletiva.

ARTICOLO 14 - LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

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

ARTICOLO 15 - CESSIONE DEI DIRITTI

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

ARTICOLO 16 - ESTENSIONE TERRITORIALE

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

ARTICOLO 17 - IMPOSTE E TASSE

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

ARTICOLO 18 - SPESE VARIE

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, l'Assicurato dovrà farsi carico delle spese di emissione del contratto pari all'impor-to indicato nel Modulo di Adesione.

ARTICOLO 19 - GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE

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

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

ARTICOLO 20 - COMUNICAZIONI - RICHIESTA DI INFORMAZIONI

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

Eventuali comunicazioni da parte delle Compagnie saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Assicurato.

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

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

ARTICOLO 21 - MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL FASCICOLO INFORMATIVO

La Compagnia si impegna a comunicare all'Assicurato eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo, anche

a seguito di modifiche normative intervenute dopo l'adesione alla Polizza Collettiva.

ARTICOLO 22 - RECLAMI

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

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

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

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

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

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

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

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

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente domicilio in Italia può presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, individuabile accedendo al sito Internet: 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.

ARTICOLO 23 - PRESCRIZIONE

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

ARTICOLO 24 - LEGGE APPLICABILE E LINGUA DEL CONTRATTO

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

ARTICOLO 25 - CONFLITTO D'INTERESSI

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

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

I dati contenuti nelle Condizioni di Assicurazioni sono stati aggiornati in data 09/01/2018.

Vivendo 4

Assicurazione per la protezione del tenore di vita



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:

- a) obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni);
- b) 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:

- a) 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;

b) 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 n. 5, 20124 Milano;
- Afi Esca Iard S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Vittor Pisani n. 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 n. 5, 20124 (MI), telefono 02.583.248.45, a cui potrà essere richiesta ogni informazione in merito all'individuazione degli al-tri Responsabili del trattamento e dei soggetti cui vengono comunicati i dati e di coloro che operano per conto del Titolare.

Vivendo 4

Assicurazione per la protezione del tenore di vita



Adeguate verifica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OBBLIGHI DEL CLIENTE

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

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

SANZIONI PENALI

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

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

zione che omette di indicare la 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 piu' 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 e' realizzata un'operazione o un'attività, ovvero, nel caso di entità giuridica, la persona o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllano tale entità, ovvero ne risultano beneficiari secondo i criteri di cui all'allegato tecnico al presente decreto.

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

1. Per titolare effettivo s'intende:

a) in caso di società:

- 1) la persona fisica o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllano un'entità giuridica, attraverso il possesso o il controllo diretto o indiretto di una percentuale sufficiente delle partecipazioni al capitale sociale o dei diritti di voto in seno a tale entità giuridica, anche tramite azioni al portatore, 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 piu' 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 piu' 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 piu' del patrimonio di un'entità giuridica.

PERSONE ESPOSTE POLITICAMENTE

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

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

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

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

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

- b) i parlamentari;
 - c) i membri delle corti supreme, delle corti costituzionali e di altri organi giudiziari di alto livello le cui decisioni non sono generalmente soggette a ulteriore appello, salvo in circostanze eccezionali;
 - d) i membri delle Corti dei conti e dei consigli di amministrazione delle banche centrali;
 - e) gli ambasciatori, gli incaricati d'affari e gli ufficiali di alto livello delle forze armate;
 - f) i membri degli organi di amministrazione, direzione o vigilanza delle imprese possedute dallo Stato.
- In nessuna delle categorie sopra specificate rientrano i funzionari di livello medio o inferiore. Le categorie di cui alle lettere da a) a e) comprendono, laddove applicabili, le posizioni a livello europeo e internazionale.
2. Per familiari diretti s'intendono:
- a) il coniuge;
 - b) i figli e i loro coniugi;

- c) coloro che nell'ultimo quinquennio hanno convissuto con i soggetti di cui alle precedenti lettere;
 - d) i genitori.
3. Ai fini dell'individuazione dei soggetti con i quali le persone di cui al numero 1 intrattengono notoriamente stretti legami si fa riferimento a:
- a) qualsiasi persona fisica che ha notoriamente la titolarità effettiva congiunta di entità giuridiche o qualsiasi altra stretta relazione d'affari con una persona di cui al comma 1;
 - b) qualsiasi persona fisica che sia unica titolare effettiva di entità giuridiche o soggetti giuridici notoriamente creati di fatto a beneficio della persona di cui al comma 1.
4. Senza pregiudizio dell'applicazione, in funzione del rischio, di obblighi rafforzati di adeguata verifica della clientela, quando una persona ha cessato di occupare importanti cariche pubbliche da un periodo di almeno un anno i soggetti destinatari del presente decreto non sono tenuti a considerare tale persona come politicamente esposta.

Vivendo 4

Modulo di Adesione

POLIZZA COLLETTIVA DI ASSICURAZIONE VITA E DANNI VIVENDO 4 N°3112008

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

Aderente/Assicurato

Sesso: Maschio Femmina

Cognome e nome _____

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

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

Indirizzo _____ Città _____

CAP _____ Prov. _____ Tel. _____ / _____

Cell.: _____ e-mail: _____

Prestazioni assicurate

Mensilità assicurata (Min. 300 - Max. 1.500) Euro _____

N.B. Il Capitale assicurato per Decesso e Invalidità Totale e Permanente corrisponde sempre alla mensilità moltiplicata per 12

Periodicità pagamento premio

Premio unico anticipato

Durata

3 anni

5 anni

7 anni

10 anni

Garanzie

Decesso (garanzia per tutti gli assicurati)

I.T.P. (Invalidità Totale Permanente, garanzia per tutti gli assicurati)

I.T.T. (Inabilità Temporanea Totale, garanzia per tutti gli assicurati)

P.I. (Perdita d'Impiego, garanzia opzionabile solo per gli assicurati che siano lavoratori Dipendenti del Settore Privato)

Beneficiario delle prestazioni

Il Sottoscritto, nella propria qualità di Aderente/Assicurato della Polizza Collettiva Vita e Danni "Vivendo 4 n. 3112008", nomina ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 delle Condizioni Generali di Assicurazione quale Beneficiario/Beneficiari delle Prestazioni Assicurate i seguenti soggetti:

Premio

Spese di adesione : 50 € Premio dovuto per il perfezionamento: _____ €

Dichiarazioni dell'Assicurato

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

• Prima dell'adesione, mi è stato consegnato il Fascicolo Informativo redatto secondo le prescrizioni IVASS, contenente, oltre al presente Modulo di Adesione, la Nota Informativa, le Condizioni Generali di Assicurazione, il Glossario, l'Informativa sulla Privacy e l'Informativa sull'Adeguata Verifica della Clientela;

• Ho preso visione e accettato le Condizioni Generali di Assicurazione riportate nel Fascicolo Informativo ricevuto;

• Esprimo consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla mia vita così come regolata dalla Polizza Collettiva in oggetto, mediante sottoscrizione del presente Modulo di Adesione.

Avvertenze relative alla sottoscrizione del Questionario Medico

a) Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato possono compromettere il diritto alla prestazione;

b) Prima della sottoscrizione del Questionario Medico, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario Medico

Luogo e data _____ L'Assicurato _____

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

Luogo e data _____ L'Assicurato _____

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

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

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

Luogo e data _____ L'Assicurato _____

Modalità di pagamento

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

Luogo e data _____ L'Assicurato _____

Consenso al trattamento dei dati personali

Preso atto dell'informativa ricevuta ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/6/2003, n. 196, il sottoscritto dichiara di acconsentire al trattamento da parte del Titolare, nonché degli altri soggetti appartenenti alla c.d. "Catena Assicurativa", dei dati personali, inclusi gli eventuali dati sensibili e giudiziari, che mi riguardano, funzionali al rapporto giuridico da concludere o in essere con le Compagnie, nonché alla prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; al trasferimento degli stessi dati all'estero (Paesi UE e Paesi extra UE).

Luogo e data _____ L'assicurato _____

FAC-SIMILE



Il vostro Intermediario

**ISIDE BROKER
INSURANCE S.R.L.**

Via Asiago, 27
Cap 22063 - Cantù (CO)

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.