

Professional

Assicurazione temporanea per il caso morte in forma collettiva

Fascicolo informativo 

Copertura Assicurativa sulla Vita
a durata annuale



Afi • Esca 
GROUPE BURRUS

Rappresentanza Generale per l'Italia

Pagina vuota



FASCICOLO INFORMATIVO POLIZZA
COLLETTIVA N. 31A30350

Professional

ASSICURAZIONE TEMPORANEA PER IL CASO MORTE A DURATA ANNUALE
IN FORMA COLLETTIVA

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTIENE:

- Nota Informativa;
- Glossario;
- Condizioni Generali di Assicurazione;
- Privacy;
- Modulo di Adesione.

E DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE E ALL'ADERENTE/ASSICURATO
PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

(Data dell'ultimo aggiornamento: 20/07/2015)

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa si riferisce all'offerta di una Assicurazione Temporanea per il Caso Morte (Copertura per il caso di Decesso dell'Assicurato).

La presente Nota Informativa si riferisce all'offerta di Coperture Assicurative relative a rami vita, prestate da AFI ESCA S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia.

A - INFORMAZIONI SULLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE

1. INFORMAZIONI GENERALI

AFI ESCA S.A. è una Compagnia di Assicurazioni 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). La Polizza Collettiva e i contratti di assicurazione conclusi per adesione alla Polizza Collettiva di cui alla presente Nota Informativa sono stipulati con la rappresentanza generale per l'Italia di AFI ESCA S.A., avente sede e direzione in Largo Richini, 6 - 20122 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.

2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE

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%.

B - INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

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

3.1 PRESTAZIONI E GARANZIE OFFERTE

La presente Nota Informativa si riferisce all'offerta di una Assicurazione Temporanea per il Caso Morte (Copertura per il caso di Decesso dell'Assicurato).

La durata dell'assicurazione relativa ai singoli Aderenti/Assicurati che aderiranno alla Polizza Collettiva è pari ad 1 anno compatibilmente con l'età dell'Assicurato, che al momento di sottoscrizione del Modulo di Adesione deve essere compresa tra 18 anni e 64 anni.

L'assicurazione prevede il tacito rinnovo.

A fronte del versamento del premio pattuito, la Compagnia si impegna a corrispondere un capitale in caso di Decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale. L'ammontare del Capitale Assicurato viene indicato nel Modulo di Adesione.

La Polizza Collettiva prevede le seguenti prestazioni assicurative:

prestazione in caso di Decesso (valida per tutti gli Assicurati)

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

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

Avvertenza: si richiama l'attenzione dell'Aderente/Assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Modulo di Adesione relative alle informazioni sul suo stato di salute, mediante la compilazione della dichiarazione di buono stato di salute.

Con riguardo a ciascun Assicurato, l'efficacia delle Coperture è subordinata ad un Periodo di Carenza di 6 mesi dalla data di adesione dell'Assicurato stesso alla Polizza Collettiva, durante il quale l'assicurazione resta sospesa. Nel caso in cui l'evento assicurato - Decesso dell'Assicurato - si verifichi durante detto Periodo di Carenza la Compagnia, salvo determinate ipotesi indicate all'Art. 7.1 delle Condizioni Generali di Assicurazione - non è tenuta al pagamento del Capitale Assicurato ma si limita a restituire i premi versati. Per informazioni di dettaglio sul Periodo di Carenza si rinvia All'art. 7.1 delle Condizioni Generali di Assicurazione."

3.2 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

In sede di adesione alla Polizza Collettiva, l'Aderente/Assicurato deve fornire alla Compagnia dichiarazioni veritiere e non reticenti sulle circostanze del rischio. **Avvertenza: le dichiarazioni inesatte o reticenti dell'Aderente/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.**

4. PREMI

L'importo totale del premio ("Premio") è pari alla componente di premio per la Copertura Decesso.

Il Premio è stabilito in misura fissa per ciascun Assicurato, indipendentemente dall'età e dalle relative abitudini di vita al momento della messa in copertura.

Il Premio annuale è fisso in funzione di una delle seguenti opzioni assicurative prescelta dall'Assicurato all'atto della sottoscrizione:

(a) Capitale assicurato Euro 50.000,00 - Premio lordo annuo 120,00 Euro;

(b) Capitale assicurato Euro 100.000,00 - Premio lordo annuo 240,00 Euro;

(c) Capitale assicurato Euro 150.000,00 - Premio lordo annuo 360,00 Euro;

(d) Capitale assicurato Euro 200.000,00 - Premio lordo annuo 480,00 Euro;

Il Premio annuale deve essere versato dall'Assicurato in unica soluzione all'atto della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Per la Copertura assicurativa non è prevista la possibilità di Riscatto e di Riduzione.

5. MODALITÀ DI CALCOLO E DI ASSEGNAZIONE DELLA PARTECIPAZIONE AGLI UTILI

Il Contratto non prevede partecipazione agli utili della Compagnia.

C - INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

6. COSTI

6.1 COSTI GRAVANTI DIRETTAMENTE SULL'ADERENTE/ASSICURATO

6.1.1 COSTI GRAVANTI SUL PREMIO:

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

Esempio: su un Premio di Euro 120,00 con una remunerazione dell'intermediario pari al 20%, detto costo è pari ad Euro 24,00.

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 dal Contratto.

7. SCONTI

Non sono previsti sconti di Premio.

8. REGIME FISCALE

8.1 IMPOSTE SUI PREMI

I Premi di assicurazione per le Coperture relative al ramo vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni. Diversamente i premi per le assicurazioni complementari infortuni abbinate alle assicurazioni sulla vita sono soggetti ad imposta nella misura del 2,5%.

8.2 DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI

Le Coperture Assicurative offerte da AFI ESCA S.A. in forza della Polizza Collettiva (Assicurazione vita) danno diritto ad una detrazione dall'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 stabilito dalla normativa vigente. La detrazione è riconosciuta nei limiti anzidetti all'Aderente/Assicurato.

8.3 TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

Le somme corrisposte saranno assoggettate al momento del loro pagamento all'applicazione dell'imposta sostitutiva sui redditi in base alle vigenti disposizioni di legge. Come da disposizioni vigenti alla data di redazione della presente Nota Informativa, le somme corrisposte a seguito di Decesso e di Invalidità Totale e Permanente in dipendenza del presente Contratto di Assicurazione, non sono assoggettate ad alcuna imposizione fiscale (art. 6, c. 2 DPR n. 917/1986).

D - ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

9. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

Le modalità di perfezionamento dell'adesione e la decorrenza delle Coperture sono indicate nell'Art. 4 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

10. RISCATTO E RIDUZIONE

Non sono previste ipotesi di Riscatto o Riduzione.

11. DIRITTO DI RECESSO

L'Aderente/Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro trenta giorni dalla data di adesione alla Polizza Collettiva, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviare a: AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, Largo Richini, 6 - 20122 MILANO, accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità.

Le garanzie cesseranno alla data richiesta dall'Aderente o, se precedente, alla data di spedizione della lettera raccomandata da parte dell'Aderente/Assicurato.

La Compagnia, entro il termine di trenta giorni dal ricevimento della dichiarazione di recesso, ha l'obbligo di restituire all'Aderente/Assicurato il Premio, al netto delle imposte e della quota parte di Premio relativa al periodo in cui il Contratto e le relative Coperture assicurative hanno avuto effetto. Si precisa che, laddove nelle more dell'esercizio del diritto di recesso si verifichi un Sinistro e il Beneficiario dichiararsi per iscritto alla Compagnia di voler profittare della garanzia assicurativa, tale diritto del Beneficiario si intenderà prevalente rispetto al diritto di recesso esercitato dall'Aderente/Assicurato.

Alla ricorrenza annuale dalla data di adesione, la Copertura si rinnova automaticamente per un anno, e così di volta, per gli anni successivi, entro i seguenti limiti:

- Disdetta inviata dall'Assicurato con almeno 30 giorni di anticipo rispetto alla ricorrenza annua;
- Risoluzione della convenzione collettiva da parte del Contraente o della Compagnia che sarà in ogni caso notificata all'Assicurato almeno 30 giorni prima della ricorrenza annua;
- Compimento del 65° anno di età dell'Assicurato.

12. DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'IMPRESA PER LA LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI - TERMINI DI PRESCRIZIONE

12.1 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE PER LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI

I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a mezzo raccomandata A.R. al seguente recapito: AFI ESCA S.A. - UFFICIO SINISTRI - Largo Richini, 6 - 20122 MILANO, e comunque non oltre il termine di 30 giorni dal verificarsi del Sinistro.

Gli aventi diritto possono chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al seguente numero 02 - 5832.4845.

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. Gli 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 degli aventi diritto all'Indennizzo.

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

12.2 TERMINI DI PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'art. 2952 del codice civile, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

Decorso inutilmente il predetto termine, la Compagnia verserà la somma non reclamata al fondo appositamente istituito dal Ministero dell'Economia e della Finanza, secondo quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modifiche e integrazioni.

13. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al Contratto si applica la legge italiana.

14. 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.

15. RECLAMI

15.1 RECLAMI ALLA COMPAGNIA

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

AFI ESCA S.A. - Largo Richini, 6 - 20122 MILANO
Telefono: +39 02.5832.4845, Fax: +39 02 5832.5594
Indirizzo e-mail: reclami@afi-esca.com

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

15.2 RECLAMI ALL'IVASS

Il Contraente/Assicurato potrà altresì rivolgersi al seguente Istituto:

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

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

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

15.3 LITI TRANSFRONTALIERE

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.

16. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO

La Compagnia si impegna a comunicare tempestivamente al Contraente ed all'Aderente/Assicurato contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute in nota informativa intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

17. CONFLITTO DI INTERESSI

AFI ESCA S.A. dichiara che il presente contratto non presenta situazioni di conflitto di interessi.

La Compagnia in ogni caso si impegna a non recare pregiudizio agli Aderenti/Assicurati e ad ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

18. GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE

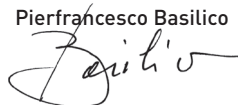
Il presente contratto, redatto in lingua italiana, è soggetto alla giurisdizione italiana.

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, Aderente/Assicurato o Beneficiari).

AFI ESCA S.A. È RESPONSABILE DELLA VERIDICITÀ E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI E DELLE NOTIZIE
CONTENUTI NELLA PRESENTE NOTA INFORMATIVA

Il rappresentante Generale della sede italiana di AFI ESCA S.A.
Direttore Italia

Pierfrancesco Basilico



Professional

Assicurazione temporanea per il caso morte in forma collettiva



Glossario

Aderente: la persona fisica che abbia aderito alla presente Polizza Collettiva.

Assicurato: la persona fisica sulla cui vita viene stipulato il Contratto di Assicurazione. L'Assicurato coincide sempre con l'Aderente.

Beneficiario: la persona fisica o giuridica designata dall'Aderente/Assicurato nel Modulo di Adesione, alla quale viene erogata la prestazione assicurata (Capitale Assicurato) quando si verifica l'evento assicurato.

Capitale assicurato o Prestazione Assicurata o Indennizzo: la somma dovuta dalla Compagnia al Beneficiario, sotto forma di capitale, in base al Contratto in caso di Sinistro.

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

Compagnia: AFI ESCA S.A.

Condizioni Generali di Assicurazione: insieme delle disposizioni che disciplinano in via generale il Contratto di Assicurazione.

Contraente: il soggetto che stipula il contratto di assicurazione in forma collettiva per conto degli Assicurati che intenderanno aderire alla Polizza Collettiva.

Contratto di Assicurazione o Contratto: Il rapporto assicurativo oggetto delle Condizioni Generali di Assicurazione, con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare la Prestazione Assicurata al verificarsi di un Sinistro.

Copertura: la garanzia assicurativa riconosciuta dalla Compagnia all'Assicurato, in forza della quale la Compagnia è obbligata al pagamento dell'Indennizzo al verificarsi del Sinistro.

Data di Decorrenza: la data a decorrere dalla quale le Coperture hanno effetto, a condizione che sia stato pagato il Premio.

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

Esclusioni: tutte le situazioni, elencate nel Contratto di Assicurazione, il cui verificarsi rende inoperanti le Coperture.

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

Fascicolo Informativo: l'insieme dei documenti precontrattuali e contrattuali da consegnare al potenziale cliente (Aderente/Assicurato) prima della sottoscrizione del Modulo di Adesione, comprendente la Nota Informativa, le Condizioni Generali di Assicurazione, il Glossario e il Modulo di Adesione.

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.).

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

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

Modulo di Adesione: il documento sottoscritto dall'Aderente/Assicurato mediante il quale lo stesso aderisce alla Polizza Collettiva.

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.

Polizza Collettiva: Il documento che prova l'assicurazione stipulata dal Contraente per conto degli Assicurati di cui al Contratto.

Premio: la somma dovuta dall'Aderente alla Compagnia in relazione all'assicurazione per effetto dell'adesione alla Polizza Collettiva.

Riscatto: la facoltà dell'Aderente/Assicurato di richiedere anticipatamente, prima cioè della scadenza delle Coperture, la liquidazione della prestazione maturata determinata in base alle Condizioni Generali di Assicurazione.

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

Sinistro: il verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del Contratto di Assicurazione e per il quale viene prestata la garanzia assicurativa ed erogata la relativa prestazione (nella specie, il Capitale Assicurato), come ad esempio il decesso dell'Assicurato. Premi versati e i Premi originariamente previsti, sulla base di apposite clausole contrattuali.

Professional

Assicurazione temporanea per il caso morte in forma collettiva



Condizioni generali di assicurazione

ARTICOLO 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1.1 - Prestazione assicurativa di base

Con il presente contratto di assicurazione la Compagnia si impegna a corrispondere ai Beneficiari una prestazione in forma di pagamento del Capitale Assicurato nel caso di morte dell'Assicurato (ossia colui che ha sottoscritto il Modulo di Adesione alla presente Polizza Collettiva) prima della scadenza dell'assicurazione relativa al singolo Assicurato (la Copertura Decesso o Copertura Principale o garanzia principale). In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza dell'assicurazione relativa al singolo Assicurato, l'assicurazione si intenderà estinta, e i premi versati resteranno acquisiti dalla Compagnia quale corrispettivo del rischio corso.

La prestazione assicurativa di base viene pagata a condizione che l'Assicurato/Aderente sia in regola con il pagamento del premio.

Si informa l'Aderente/Assicurato che la garanzia è prestata in seguito all'accertamento delle condizioni dello stato di salute dell'Assicurato, tramite la sottoscrizione della dichiarazione di buono stato di salute.

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

Art. 2.1 - Persone assicurabili

Sono assicurabili le sole persone fisiche che non risultino già titolari di altre polizze sottoscritte con la Compagnia.

Art. 2.2 - Età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione l'età dell'Assicurato dovrà risultare superiore ad anni 18 e inferiore ad anni 65.

Art. 2.3 - Residenza dell'Assicurato

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

Art. 2.4 - Modalità di sottoscrizione

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

L'Aderente è altresì tenuto ad adempiere alle formalità di cui successivo Art. 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 ogni caso in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui ai precedenti artt. 2.1, 2.2 e 2.3.

Art. 2.5 - Ammissione alla Copertura

Per essere ammesso alla Copertura, l'Assicurato dovrà sottoscrivere, all'atto dell'adesione alla Polizza Collettiva, unitamente al Modulo di Adesione, la dichiarazione di buono stato di salute.

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

Le dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato, rese al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione devono essere vere, esatte e complete. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Aderente/Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio assunto dalla Compagnia, o comunque tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto l'esatto stato delle cose, possono comportare la perdita totale

o parziale del diritto alle Prestazioni Assicurate e, quindi, al Capitale Assicurato, nonché la cessazione delle Coperture ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile.

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

Qualora tra il momento del rilascio delle informazioni inerenti lo stato di salute dell'Assicurato e la Data di Decorrenza intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute, l'Assicurato deve darne sollecita comunicazione alla Compagnia al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione alle Coperture di cui all'art. 2.5 e la conseguente determinazione delle nuove condizioni per l'ammissione alle Coperture medesime; la mancata comunicazione alla Compagnia comporta la perdita totale o parziale del diritto alle Prestazioni Assicurate e, quindi, al Capitale Assicurato, nonché la cessazione delle Coperture ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile.

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

Art. 4.1 - Conclusione del Contratto

L'assicurazione relativa a ciascun Assicurato si conclude con la sottoscrizione del Modulo di Adesione e della Dichiarazione dello stato di buona salute da parte dell'Assicurato e il versamento, da parte sua, del relativo Premio a favore della Compagnia.

Art. 4.2 - Decorrenza della Copertura

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

Art. 4.3 - Durata della Copertura

La durata delle Coperture, con riguardo all'assicurazione conclusa da ciascun Aderente, è fissata in 1 anno, compatibilmente con l'età dell'Assicurato che alla sottoscrizione del Modulo di Adesione deve essere almeno pari a 18 anni e alla scadenza dell'assicurazione, al medesimo relativa, non può essere superiore a 65 anni.

L'assicurazione prevede il tacito rinnovo.

ARTICOLO 5 - RISCATTO, RIDUZIONE E RELATIVI COSTI

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

ARTICOLO 6 - DIRITTO DI RECESSO DELL'ADERENTE/ ASSICURATO

L'Aderente può recedere dall'assicurazione entro trenta giorni dalla data di adesione alla Polizza Collettiva - come determinata ai sensi del precedente art. 4.1-, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviare a: AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, Largo Richini, 6 - 20122 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 spe-

dizione della lettera raccomandata da parte dell'Assicurato.

La Compagnia, entro il termine di trenta giorni dal ricevimento della dichiarazione di recesso, ha l'obbligo di restituire all'Assicurato il Premio, al netto delle imposte e della quota parte di Premio relativa al periodo in cui le Coperture hanno avuto effetto. Si precisa che, laddove nelle more dell'esercizio del diritto di recesso si verifichi un Sinistro oggetto delle Coperture e il Beneficiario dichiarato per iscritto alla Compagnia di voler approfittare della Prestazione Assicurativa, il diritto del Beneficiario si intenderà prevalente rispetto al diritto di recesso esercitato dall'Assicurato.

ARTICOLO 7 - CONDIZIONI, LIMITAZIONI E PRESTAZIONI RELATIVE ALLE COPERTURE

Il Contratto di Assicurazione di cui alla presente Polizza Collettiva prevede una prestazione assicurativa in caso di Decesso.

La garanzia è prestata nei limiti delle Esclusioni, comuni e specifiche, di cui all'Art. 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 - Periodo di Carenza

Con riguardo a ciascun Assicurato, viene applicato un Periodo di Carenza di 6 mesi dalla data di adesione dell'Assicurato alla Polizza Collettiva, durante il quale l'assicurazione resta sospesa.

Nel caso in cui

l'evento assicurato - Decesso 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 imposte relative alla eventuale garanzia complementare.

Tale limitazione non si applica e pertanto la Compagnia corrisponde integralmente la prestazione assicurata nel caso in cui, durante il Periodo di Carenza, il Decesso dell'Assicurato avvenga per conseguenza diretta:

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

Art. 7.2 - A) Prestazione in Caso di Decesso

Assicurati garantiti

La garanzia si applica a tutti gli Assicurati.

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, viene indicato nel Modulo di Adesione sulla base di una delle seguenti opzioni assicurative prescelta dall'Assicurato all'atto della sottoscrizione:

- Capitale assicurato Euro 50.000,00;
- Capitale assicurato Euro 100.000,00;
- Capitale assicurato Euro 150.000,00;
- Capitale assicurato Euro 200.000,00;

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

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza dell'assicurazione ad esso relativa, la Compagnia non è soggetta ad alcun obbligo e il Premio versato resterà acquisito da quest'ultima.

ARTICOLO 8 - ESCLUSIONI

Art. 8.1 - Esclusioni

- dolo dell'Assicurato, del Contraente o del Beneficiario;
- Sinistri conseguenti ad azioni intenzionali dell'Assicurato, quali: il suicidio; 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;
- Guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- 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;
- Malattia consistente in sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate.

Le Coperture Assicurative sono escluse e quindi NON operanti nel caso in cui la causa del sinistro sia dovuta allo svolgimento di una delle seguenti attività professionali:

- addetto al soccorso alpino;
- attività a contatto con correnti elettriche superiori a 380 V;
- attività in montagna (es. guida alpina);
- attività nel sottosuolo (es. speleologo, minatore);
- attività subacquee (es. sommozzatore);
- collaudatore di autoveicoli o motocicli;
- guardia giurata;
- lavori su tetti ed impalcature > 20 m. (es. muratore, antennista, elettricista su piloni o alta tensione, imbianchino);
- militare;
- pilota o membro di equipaggi di aerei privati e/o elicotteri;
- pilota professionista;
- skipper;
- vigile del fuoco;
- acrobata;
- magistrato operante in settori a rischio (es. antimafia);
- attività a contatto con sostanze nocive o tossiche, esplosive e/o radioattive.

Le Coperture Assicurative sono escluse e quindi NON operanti qualora il Sinistro sia causato dalla pratica dei seguenti sport:

- bungee jumping, base jump, paracadutismo;
- canyoning, rafting, kite surf;
- speleologia;
- sport da combattimento (tranne se praticati in club o con licenza);
- sci fuori pista, sci acrobatico, salti dal trampolino con sci o idrosci, bobsleigh;
- alpinismo, scalata e trekking in montagna con accesso ai ghiacciai, downhill;
- immersioni oltre 20 m di profondità e speleo-subacquee.
- pratica di qualsiasi sport a titolo professionale e o con contratto remunerato;
- 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.

ARTICOLO 9 - MODIFICA DELLE OPZIONI ASSICURATIVE

Non è prevista la possibilità di modificare le opzioni assicurative in corso di contratto.

ARTICOLO 10 - BENEFICIARIO DELLE COPERTURE

L'Aderente/Assicurato designa i Beneficiari all'atto della sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva e può in qualsiasi momento revocare e modificare tale designazione. La designazione di beneficiario 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'Aderente 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'Aderente di volersi avvalere del Beneficio.

In tali casi l'operazione di recesso richiede l'assenso scritto dei Beneficiari.

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.

ARTICOLO 11 - CALCOLO DEI PREMI

Art. 11.1 - Tariffazione

La tariffa è definita in misura fissa per ciascun Assicurato, indipendentemente dall'età e dalle relative abitudini di vita al momento della messa in copertura.

ARTICOLO 12 - PREMIO

Art. 12.1 - Determinazione del Premio

Il Premio versato dall'Aderente, al netto dei costi, viene utilizzato dalla Compagnia per far fronte ai rischi previsti dal Contratto. Il Premio viene quantificato in maniera fissa sulla base delle seguenti opzioni:

- (a) Capitale assicurato Euro 50.000,00
Premio lordo annuo 120,00 Euro;
- (b) Capitale assicurato Euro 100.000,00
Premio lordo annuo 240,00 Euro;
- (c) Capitale assicurato Euro 150.000,00
Premio lordo annuo 360,00 Euro;
- (d) Capitale assicurato Euro 200.000,00
Premio lordo annuo 480,00 Euro;

Art. 12.2 - Versamento del Premio

Il Premio deve essere versato in un'unica soluzione alla Compagnia per il tramite del Contraente. La Compagnia conferisce 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 della Compagnia.

Art. 12.3 - Costi gravanti sul Premio

Sul Premio gravano costi di acquisizione; tali costi costituiscono parte del Premio corrisposto dall'Assicurato.

In particolare l'importo percepito dall'Intermediario è determinato in misura percentuale del 20,00 per cento del Premio versato.

ARTICOLO 13 - DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI

I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a mezzo raccomandata A.R. al seguente recapito: AFI ESCA S.A. - UFFICIO SINISTRI - Largo Richini, 6 - 20122 MILANO, e comunque non oltre il termine di 30 giorni dal verificarsi del Sinistro.

Gli aventi diritto possono chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al seguente numero 02 - 5832.4845.

Gli aventi diritto dovranno consegnare alla Compagnia tutta la documentazione richiesta da quest'ultima, necessaria e sufficiente a veri-

ficare il diritto alla Prestazione Assicurata. 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. Gli 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 degli aventi diritto alla Prestazione Assicurata.

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

Art. 13.1 - Decesso

- copia di un documento di identità e del codice fiscale dell'Assicurato;
- 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 che indica 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;
- 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;
- dichiarazione sottoscritta dagli aventi causa con il codice IBAN sul quale accreditare l'importo dell'Indennizzo;
- Copia del documento di 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;

ARTICOLO 14 - LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

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

ARTICOLO 15 - ESTENSIONE TERRITORIALE

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

ARTICOLO 16 - IMPOSTE E TASSE

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

ARTICOLO 17 - 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 18 - COMUNICAZIONI - RICHIESTA DI INFORMAZIONI - PROVA DEL CONTRATTO

Fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 20 (Reclami), tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato alla Compagnia dovranno pervenire a mezzo lettera raccomandata A.R. indirizzata a: AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, Largo Richini, 6 - 20122 MILANO - Indirizzo e-mail: informazioni@afi-esca.com - Telefono: +39 02 58.32.48.45, Fax: +39 02 58.32.55.94 ovvero direttamente al Contraente -nella sua qualità di Intermediario nella distribuzione del Contratto, nel caso in cui questi sia

stato abilitato al ricevimento delle comunicazioni da parte della Compagnia.

Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Assicurato.

La Compagnia 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 19 - MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL FASCICOLO INFORMATIVO

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

ARTICOLO 20 - RECLAMI

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

AFI ESCA S.A.

Largo Richini, 6 - 20122 MILANO

Telefono: +39 02.5832.4845, Fax: +39 02.5832.5594

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

La Compagnia gestisce il reclamo dandovi riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. L'Assicurato 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'ISVAP o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, individuabile accedendo al sito Internet: http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm

L'IVASS, ricevuto il reclamo, e accertata la presenza di un sistema estero competente, lo inoltra senza ritardo a tale sistema, dandone notizia al reclamante. L'Autorità di Vigilanza del Paese di origine di AFI ESCA è l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito: www.acam-france.fr/relations-assures. Resta comunque salva la facoltà di adire direttamente l'Autorità Giudiziaria.

ARTICOLO 21 - PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'art. 2952 del codice civile, i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

Decorso inutilmente il predetto termine, la Compagnia verserà la somma non reclamata al fondo appositamente istituito dal Ministero dell'Economia e della Finanza, secondo quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modifiche e integrazioni.

ARTICOLO 22 - CONFLITTO D'INTERESSI

AFI ESCA S.A. dichiara che il presente Contratto non presenta situazioni di conflitto di interessi.

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

I dati contenuti nelle Condizioni di Assicurazioni sono stati aggiornati in data 20/07/2015.

Professional

Assicurazione temporanea per il caso morte in forma collettiva



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 FINALITÀ ASSICURATIVE:

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

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

2) TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ 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) MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI:

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

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

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

- in totale autonomia, in qualità di distinti Titolari.

4) COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI:

a) I Suoi dati personali possono essere comunicati esclusivamente per le finalità di cui al punto 1 o per obbligo di legge agli altri soggetti del settore assicurativo (costituenti la c.d. "Catena Assicurativa"), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti; società di servizi a cui siano affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informativi, di settore assicurativo, IVASS, CONSOB, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casella Centrale Infortuni). b) Inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 2 a società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, a società specializzate in promozione commerciale, ricerche di mercato ed indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti.

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

5) TRASFERIMENTO DI DATI ALL'ESTERO:

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

6) DIRITTI DELL'INTERESSATO:

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

7) TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO DEI DATI:

Titolare, ex art. 28 del Codice, del trattamento sono entrambe le Compagnie, i cui estremi identificativi sono:

- Afi Esca S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, Largo Richini n. 6, 20122 Milano;
- Afi Esca Iard S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, Largo Richini n. 6, 20122 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, Largo Richini n. 6, 20122 Milano (MI), telefono 02.5832.4845 - fax 02.5832.5594, a cui potrà essere richiesta ogni informazione in merito all'individuazione degli altri Responsabili del trattamento e dei soggetti cui vengono comunicati i dati e di coloro che operano per conto del Titolare.

Professional n. 31A30350

CONTRAENTE: PHENIX INSURANCE BROKER S.R.L., sede legale in Via Vадurso, 33 Cap 03036 Isola Del Liri (FR)

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: _____

Garanzia/Capitale Assicurato/Premi

La garanzia è il Decesso (valida per tutti gli Assicurati)

Per il Capitale Assicurato desiderato, selezionare una sola delle seguenti opzioni assicurative:

- Euro 50.000,00 – Premio lordo annuo 120,00 Euro
- Euro 100.000,00 – Premio lordo annuo 240,00 Euro
- Euro 150.000,00 – Premio lordo annuo 360,00 Euro
- Euro 200.000,00 – Premio lordo annuo 480,00 Euro

Durata

La durata della copertura è di 1 anno dalla data di adesione e si rinnova automaticamente ogni anno nel limite di 65 anni di età dell'Assicurato a scadenza.

Beneficiari delle prestazioni

Il sottoscritto, nella propria qualità di Aderente/Assicurato della Polizza Collettiva Vita "Professional" n. 31A30350, nomina ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 delle Condizioni Generali di Assicurazione quale Beneficiario/Beneficiari delle Prestazioni Assicurate i seguenti soggetti:

Avvertenze

L'età dell'Assicurato, all'atto della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, deve essere compresa tra 18 anni e 64 anni.

Le coperture prevedono il tacito rinnovo.

Dichiarazioni

Agli effetti della validità ed efficacia della Polizza Collettiva Vita in oggetto, in rapporto tra la Compagnia 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 e l'Informativa sulla Privacy.
- 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

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

Luogo e data _____ L'assicurato _____

Dichiarazione di buono stato di salute

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

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

Luogo e data _____ L'assicurato _____

AVVERTENZA

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Prima di sottoscrivere la DICHIARAZIONE DI BUONO STATO DI SALUTE l'Assicurato deve verificare l'esattezza e la veridicità delle dichiarazioni in essa riportate.

Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

Modalità di pagamento

Il pagamento del Premio viene effettuato in un'unica soluzione dall'Assicurato al Contraente, il quale incassa il premio per conto della Compagnia in forza del mandato all'incasso conferitagli da questa ultima. La remunerazione spettante all'Intermediario è pari al 20,00%

Consenso al trattamento dei dati personali

L'Aderente/Assicurato dichiara di aver preso visione dell'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali allegato al Fascicolo Informativa relativo alla Polizza Collettiva Vita "Professional" n.31A30350, fornitagli ai sensi dell'art. 13 del DLGS 30 giugno 2003, n. 196 ("Codice della Privacy") da AFI ESCA S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, che si impegna a rendere nota agli altri interessati. Dichiara di essere consapevole che il mancato consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, necessari alla Compagnia per le finalità ivi illustrate, comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale. Esprime pertanto il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili, effettuato dalla Compagnia e dai soggetti indicati nella suddetta Informativa, per le finalità e con le modalità illustrate nella stessa.

Luogo e data _____ L'assicurato _____

Professional	
SCHEDA TECNICA TEMPORANEA CASO MORTE A CAPITALE COSTANTE DI DURATA MONOANNUALE CON TACITO RINNOVO	
Caratteristiche	Descrizione
Età alla sottoscrizione	18-64
Età massima alla scadenza	65
Tariffazione	Tariffazione unica, indifferenziata per età e condizione di fumatore o non fumatore
Periodicità	Premio annuo con tacito rinnovo pagato in unica soluzione
Spese di emissione	€30
Modalità assuntive	Dichiarazione di buono stato di salute (DBS)
Metodo di pagamento	Direttamente al Contraente della Convenzione Collettiva
Massimali assicurabili	Opzioni libera a discrezione dell'assicurato: (a) Capitale Assicurato 50.000 Euro ==> Premio annuo Euro 120,00 (b) Capitale Assicurato 100.000 Euro ==> Premio annuo Euro 240,00 (c) Capitale Assicurato 150.000 Euro ==> Premio annuo Euro 360,00 (d) Capitale Assicurato 200.000 Euro ==> Premio annuo Euro 480,00
Garanzie aggiuntive	Non previste
RECESSO	Entro 30 giorni dalla conclusione del contratto
Riscatto	Non previsto
Temporanea Caso Morte (DECESSO)	
Prestazioni	Liquidazione del capitale assicurato nel rispetto di una delle 4 opzioni prescelte (vedi massimali assicurabili) per morte dovuta da infortunio o malattia
Durata	1 anno rinnovabile automaticamente salvo disdetta o raggiungimento dell'età massima a scadenza
Franchigie e carenze	Franchigie non previste. Carenza 6 mesi
Limiti di indennizzo	Nel rispetto del capitale assicurato previsto dall'opzione selezionata e fino al compimento del 65° anno di età a scadenza

- Documento riservato -

