

Previconsò

Assicurazione abbinata ai Finanziamenti

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.
31A70008

Previconsò

Assicurazione abbinata ai Finanziamenti



Nota informativa

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE ABBINATO AI FINANZIAMENTI

Coperture assicurative collettive e facoltative, a Premio Unico, per i casi di: Decesso - Invalità Totale e Permanente - Malattie Gravi - Inabilità Temporanea Totale - Perdita di Impiego.

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO SI COMPONE DI UN TOTALE DI 24 PAGINE E CONTIENE:

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

E DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE E ALL'ADERENTE
PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL MODULO DI ADESIONE

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

[Aggiornato al Regolamento ISVAP n. 40 del 3/05/2012 - data dell'ultimo aggiornamento: 16/01/2017]

NOTA INFORMATIVA

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

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

A - INFORMAZIONI SULLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE

1. INFORMAZIONI GENERALI

1.1 COPERTURA ASSICURATIVA RELATIVA AI CASI DI DECESSO E INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE (COPERTURA VITA).
AFI ESCA S.A., società con sede legale e direzione generale in Quai Kléber, 2, 67000 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 caso Decesso ed Invalidità Totale e Permanente il Contratto di Assicurazione viene stipulato con la rappresentanza generale per l'Italia di AFI ESCA S.A., avente sede e direzione in Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano - Italia, P. IVA 07907350966, C.F. 97601900158, numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI-1989762 iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00105. Telefono: +39 02.583.248.45; Sito internet: www.afi-esca.it; e-mail: informazioni@afi-esca.com.

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

AFI ESCA IARD S.A., società con sede legale e direzione generale in Square Dutilleul, 4, 59042 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 per Inabilità Totale e Temporanea, Ricovero Ospedaliero e Perdita di Impiego, il Contratto di Assicurazione è stipulato con la rappresentanza generale per l'Italia di AFI ESCA IARD S.A., avente sede e direzione in Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano - Italia, P. IVA e C.F.07906760967, numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI-1989679 iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00102. Telefono: +39 02.583.248.45; 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, di Malattie Gravi e di Perdita di Impiego prestate da AFI ESCA IARD S.A.

Il Contratto di Assicurazione non prevede tacito rinnovo.

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

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

La durata delle Coperture coincide, per ciascun Assicurato, con la durata riportata nel contratto di Finanziamento. Per le Coperture assicurative relative ai casi di Decesso e di Invalidità Totale e Permanente la durata del Contratto coincide sempre con la durata riportata nel contratto originario del Finanziamento, nel limite massimo rappresentato dallo scadere del mese solare di compimento del 70° anno di vita dell'Assicurato per il caso Decesso, e dallo scadere del mese solare di compimento del 65° anno di vita dell'Assicurato per il caso di Invalidità Totale e Permanente. La durata del Finanziamento è comunicata alla Compagnia dal Contraente in fase di sottoscrizione.

Il Contraente è del pari tenuto a comunicare alla Compagnia qualsiasi modifica relativa al Finanziamento (rinegoziazione, rimborso parziale anticipato, allungamento della durata, etc.) entro un termine massimo di 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza della modifica, affinché la Compagnia proceda all'adeguamento del Contratto così come all'eventuale rimborso dei Premi versati in eccedenza. A tale scopo, il Contraente trasmette alla Compagnia copia autentica del nuovo contratto di finanziamento rilasciato dall'Ente Erogante. In difetto di detta comunicazione da parte del Contraente le Coperture assicurative resteranno invariate. Le Coperture assicurative cessano nei casi previsti all'art. 4.4 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Il Contratto di Assicurazione prevede le seguenti prestazioni assicurative:

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

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

b) prestazione in caso di Invalidità Totale e Permanente (valida per tutti gli Assicurati)

Il rischio coperto è l'Invalidità Totale e Permanente che derivi da Infortunio o Malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale e Permanente

riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione da questi esercitata, nel corso del periodo di vigenza della Copertura e prima del compimento del 65° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato.

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

Avvertenze relative a tutte le Coperture relative al ramo vita:

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

Avvertenza: si richiama l'attenzione del Contraente 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 compilazione del Questionario Medico.

L'efficacia delle Coperture è subordinata a un periodo di carenza di 3 mesi dalla data di perfezionamento del Contratto, durante il quale l'assicurazione resta sospesa. Nel caso in cui l'evento assicurato - Decesso o Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato - si verifichi durante detto periodo di carenza la Compagnia salvo determinate ipotesi indicate all'art. 8.1 delle Condizioni Generali di Assicurazione non è tenuta al pagamento del Capitale assicurato ma si limita a restituire i premi versati al netto delle imposte relative alla eventuale garanzia complementare.

Per informazioni di dettaglio sul periodo di carenza si rinvia all'art. 8.1 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

3.2 COPERTURE RELATIVE AI RAMI DANNI, PER I CASI DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE, DI MALATTIA GRAVE E DI PERDITA DI IMPIEGO

Per la Copertura relativa ai rami danni, il Contratto di Assicurazione prevede le seguenti prestazioni assicurative, alternative tra loro:

a) prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale (valida per i Lavoratori Autonomi e i Dipendenti del settore privato e pubblico)

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

La garanzia può essere attivata esclusivamente insieme alle Coperture per il caso di Decesso e per l'Invalidità Totale e Permanente ed è sottoscrivibile solo dai Lavoratori Autonomi con un reddito certificabile e dai Lavoratori Dipendenti del settore privato e pubblico. Per la garanzia Inabilità Temporanea Totale è prevista una durata coincidente con la durata del contratto originario del Finanziamento, nel limite massimo rappresentato dalla prima evenienza tra la data di inizio del pensionamento volontario dell'Assicurato, ovvero allo scadere della durata massima del Contratto determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione on-line, come da tabella allegata all'art. 4. delle CGA.

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

b) prestazione in caso di Malattia Grave (valida per chi non esercita alcuna attività lavorativa)

Il rischio coperto è l'insorgere di una Malattia Grave, nei limiti delle Esclusioni di cui al successivo art. 10, caratterizzata come segue:

- ICTUS (Qualsiasi accidente cerebrovascolare, emorragico o ischemico, che produca un deficit neurologico permanente);
 - CANCRO (Tumore maligno caratterizzato dalla crescita di cellule maligne e invasione dei tessuti. Restano esclusi i carcinomi in situ, la leucemia linfocitica cronica, nonché i tumori in presenza di virus da immunodeficienza e qualsiasi cancro della pelle diverso dal melanoma maligno);
 - ATTACCO CARDIACO (Necrosi di una parte del muscolo cardiaco accompagnato da tutti e tre i seguenti fattori: anamnesi di precordialgia tipica; nuove alterazioni elettrocardiografiche; aumento degli enzimi cardiaci);
 - PATOLOGIA CORONARICA CHE RICHIEDE INTERVENTO CHIRURGICO (Intervento chirurgico per correggere il restringimento – stenosi - o l'occlusione di una o più coronarie con innesti di bypass, condotto su soggetti con sintomi anginosi limitati, ma escluse le tecniche non chirurgiche quali l'angioplastica con catetere a palloncino o la risoluzione di un'ostruzione mediante tecniche laser);
 - INSUFFICIENZA RENALE (Malattia renale terminale, dovuta a qualsiasi causa e sopravvenuta successivamente all'adesione alla copertura che imponga dialisi peritoneale o emodialisi);
 - TRAPIANTO DI ORGANI PRINCIPALI (L'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto di cuore, cuore e polmoni, fegato, pancreas, rene o midollo osseo);
 - La garanzia può essere attivata esclusivamente insieme alla Copertura per il caso di Decesso e per l'Invalidità totale e Permanente ed è sottoscrivibile solo da chi non esercita alcuna attività lavorativa.
 - Per la garanzia Malattia Grave è prevista una durata coincidente con la durata indicata nel contratto originario del Finanziamento, nel limite della durata massima del Contratto determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo d'Adesione, come da tabella allegata all'art. 4 delle CGA.
- **Avvertenza: alla Copertura assicurativa si applica un Periodo di Carenza.**

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

Il rischio coperto è la Perdita Involontaria di Impiego. La garanzia può essere attivata esclusivamente insieme alla Copertura per il caso di Decesso e per l'Invalidità Totale e Permanente ed è sottoscrivibile solo dai Lavoratori Dipendenti del settore privato.

Per la garanzia Perdita Involontaria d'Impiego è prevista una durata coincidente con la durata indicata nel contratto originario del Finanziamento, nel limite massimo rappresentato dalla prima evenienza tra la data di inizio del pensionamento volontario dell'Assicurato, ovvero allo scadere della durata massima del Contratto determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione Modulo di adesione, come da tabella allegata all'art. 4. delle CGA.

Avvertenza: alla Copertura si applica un Periodo di Carenza.

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

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

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

Avvertenze relative a tutte le Coperture relative al ramo danni:

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

Avvertenza: per tutte le Coperture assicurative relative al ramo danni indicate nel presente capitolo 3.2 è prevista l'applicazione di un limite massimo al capitale assicurato, come indicato negli artt. 9.4, 9.5 e 9.6, delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Esemplificazioni:

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

Ad esempio: nel caso in cui sia previsto un Periodo di Franchigia di 30 (trenta) giorni, la prestazione non verrà corrisposta prima che siano decorsi 30 (trenta) 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 60 (sessanta) giorni, qualsivoglia Sinistro verificatosi prima che siano decorsi 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza dell'assicurazione, non potrà essere indennizzato.

Il **Massimale** è la somma fino alla cui concorrenza l'Assicuratore presta le garanzie.

Ad esempio: nel caso in cui sia previsto un massimale pari a Euro 1.000,00 e il debito residuo (o il valore della rata di rimborso) ammonti a Euro 1.500,00, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo di importo pari, al massimo, a Euro 1.000,00.

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

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

Avvertenza: le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'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 è unico anticipato ed è determinato in relazione all'importo del capitale assicurato.

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

L'importo totale del premio è pari alla somma della componente di premio per le Coperture Vita e della componente del premio per le Coperture Danni. Il premio per la Copertura Decesso, Invalità Totale e Permanente e la Copertura Danni viene determinato applicando il tasso unico(*), in funzione dell'Età dell'Assicurato alla sottoscrizione, moltiplicato per il Capitale Assicurato richiesto in fase di sottoscrizione.

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

Il Tasso Unico per Assicurati con Età alla sottoscrizione fino a 59 anni è pari al 5,4%;

Il Tasso Unico per Assicurati con Età alla sottoscrizione compresa tra 60 anni e 65 anni è pari al 7%.

Ipotizzando un Capitale Assicurato di Euro 10.000,00, il premio di assicurazione, per un Assicurato avente età alla sottoscrizione fino a 59 anni viene determinato come segue:

$$10.000,00 \times 5,4\% = 540,00 \text{ Euro}$$

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

Il presente Contratto prevede, inoltre, i seguenti costi a carico dell'Aderente:

• costi di emissione: Euro 70,00

• remunerazione dell'Intermediario: pari al 70% del Premio versato al netto delle imposte e delle spese di emissione; a titolo di esempio, se il Premio imponibile è pari ad Euro 100,00, la remunerazione dell'Intermediario è pari ad Euro 70,00.

Avvertenza: in caso di estinzione anticipata o di trasferimento del Finanziamento, la Compagnia restituisce all'Assicurato, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di avvenuta estinzione anticipata o di trasferimento del Finanziamento, la parte di Premio pagato relativa al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria. L'Assicurato può richiedere di mantenere la Copertura fino alla scadenza originaria del Contratto a favore di un nuovo Beneficiario designato.

Si rinvia agli artt. 7 e 14 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

C - INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

6. COSTI

6.1 COSTI GRAVANTI DIRETTAMENTE SUL CONTRAENTE

6.1.1 COSTI GRAVANTI SUL PREMIO:

COSTO	Misura fissa	% Premio versato al netto delle imposte
Spese di emissione Contratto	€70 di cui €50 retrocesso all'Intermediario	-
Remunerazione dell'Intermediario	Quota parte delle spese di adesione pari a €50	70%

Esempio: se il Premio è pari ad Euro 100,00 e la remunerazione dell'Intermediario è pari al 70% il costo è pari ad Euro 70,00.

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. RIVALSE

Il Contratto non consente l'esercizio di eventuali rivalse.

9. REGIME FISCALE

9.1 IMPOSTE SUI PREMI

I Premi di assicurazione per le Coperture relative al ramo vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni, mentre quelli per le Copertura relativa al ramo danni prevista dal presente Contratto è soggetta ad un'imposta pari al 2,5% del Premio imponibile.

9.2 DETRAZIONE

Il Contratto, stipulato in Italia con soggetti ivi residenti non esercenti attività d'impresa, è soggetto alla normativa fiscale italiana, la quale prevede, in relazione alle Coperture Assicurative offerte da AFI ESCA S.A. (Assicurazione vita) una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) nella misura del 19% dei Premi versati che su base annua, ai fini del calcolo della predetta detrazione d'imposta, non possono eccedere le vigenti disposizioni di legge (art. 15. c. 1 lett. f DPR n. 917/1986). La detrazione è riconosciuta nei limiti anzidetti all'Aderente/Assicurato.

9.3 TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

Come da disposizioni vigenti alla data di redazione della presente Nota informativa, le somme corrisposte a seguito di Decesso, Invalidità Totale e Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Malattia Grave, in dipendenza del presente Contratto di Assicurazione, non sono assoggettate ad alcuna imposizione fiscale (art. 6, c. 2 DPR n. 917/1986). Le somme percepite a seguito di Perdita di Impiego costituiscono reddito della stessa categoria del reddito sostituito.

D - ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

10. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

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

11. RISCATTO E RIDUZIONE

Non sono previste ipotesi di Riscatto o Riduzione.

12. REVOCA DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

L'Assicurato può revocare la proposta contrattuale ai sensi dell'art.176 del Codice delle Assicurazioni Private fino al momento della conclusione del Contratto. La revoca deve essere esercitata a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviarsi alla Compagnia al seguente recapito: AFI ESCA S.A. - SERVIZIO CLIENTI, Via Vittor Pisani, 5 - 20124 MILANO, allegando l'originale Modulo di Adesione. Qualora la dichiarazione di revoca della proposta pervenga tempestivamente alla Compagnia, impedendo la conclusione del Contratto, la Compagnia è tenuta a rimborsare all'Aderente gli importi da questi eventualmente già corrisposti, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.

13. DIRITTO DI RECESSO

L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il Contratto si è concluso, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviare a: AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, Via Vittor Pisani, 5 - 20124 MILANO, accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità. L'Assicurato si impegna, altresì, ad informare l'Ente Erogante dell'intervenuto esercizio del diritto di recesso.

Le garanzie cesseranno alla data richiesta dall'Assicurato o, se precedente, alla data di spedizione della lettera raccomandata dell'Assicurato. La Compagnia, entro il termine di 30 (trenta) giorni dal ricevimento della dichiarazione di recesso, ha l'obbligo di restituire all'Assicurato il Premio, al netto delle imposte, delle spese di emissione del Contratto sostenute - che si quantificano preventivamente in € 70,00 - e della quota parte di Premio relativa al periodo in cui il Contratto ha avuto effetto. Si precisa che, laddove nelle more dell'esercizio del diritto di recesso si verifichi un Sinistro e il Beneficiario dichiarati per iscritto alla Compagnia di voler profittare della garanzia assicurativa, tale diritto del Beneficiario si intenderà prevalente rispetto al diritto di recesso esercitato dall'Assicurato.

14. PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

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

15. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al Contratto si applica la legge italiana.

16. 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.

17. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO

La Compagnia è tenuta a trasmettere, entro 60 (sessanta) giorni dalla chiusura di ogni anno solare, l'estratto conto annuale della posizione assicurativa, nonché una comunicazione avente ad oggetto informazioni sull'ammontare del capitale assicurato, gli eventuali Premi in scadenza ovvero in arretrato, con un'avvertenza sugli effetti derivanti dal mancato pagamento, e il nominativo del/dei Beneficiario/Beneficiari o del/dei vincolatario/vincolatari.

18. COMUNICAZIONI TRA IL CONTRAENTE/ASSICURATO E LA COMPAGNIA

Si richiama l'attenzione del Contraente/Assicurato sulle disposizioni di cui all'articolo 1926 del codice civile in merito alle comunicazioni da rendere alla Compagnia in caso di eventuali modifiche di professione dell'Assicurato eventualmente intervenute in corso di Contratto, tali da comportare una variazione del rischio assicurato.

19. CONFLITTO DI INTERESSI

AFI ESCA S.A. ed AFI ESCA IARD S.A. dichiarano che il presente Contratto non presenta situazioni di conflitto di interessi. La Compagnia in ogni caso si impegna a non recare pregiudizio ai Contraenti e ad ottenere il miglior risultato possibile per gli stessi.

▶ E - INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

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

I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a mezzo raccomandata A.R. al seguente recapito: AFI ESCA S.A. - UFFICIO SINISTRI - Via Vittor Pisani, 5 - 20124 MILANO, e comunque non oltre il termine di 30 (trenta) giorni dal verificarsi del Sinistro. Per le Coperture che applicano una Franchigia, il calcolo del Periodo di Franchigia decorrerà dalla data di ricezione della denuncia di Sinistro da parte della Compagnia.

L'Assicurato o gli aventi diritto possono chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al seguente numero 02.583.248.45.

L'Assicurato o gli aventi diritto dovranno consegnare alla Compagnia tutta la documentazione richiesta da quest'ultima, necessaria e sufficiente a verificare il diritto all'Indennizzo. In ogni caso, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o la documentazione necessaria per una corretta valutazione del Sinistro nonché copia del contratto del finanziamento con indicazione del debito residuo. 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. 16 delle Condizioni Generali di Assicurazione riporta le indicazioni di dettaglio relative alla procedura di liquidazione e alla documentazione da presentare alla Compagnia per la Liquidazione dell'Indennizzo.

21. RECLAMI

21.1 RECLAMI ALLA COMPAGNIA

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

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

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

IVASS - Servizio Tutela 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/finservi-ces-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.

22. GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE

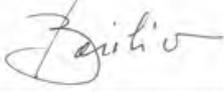
Il presente Contratto, redatto in lingua italiana, è soggetto alla giurisdizione italiana.

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

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



Previconsò

Assicurazione abbinata ai Finanziamenti



Glossario

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

Assicurato: assicurato è la persona fisica di età compresa tra i 18 ed i 65 anni non compiuti, cliente dell'Ente Erogante ed intestatario del Finanziamento. 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.

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.

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

Compagnia:

Per le Coperture Vita: AFI ESCA S.A.

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

Condizioni Generali di Assicurazione (CGA): clausole di base previste da un contratto di assicurazione. Esse riguardano gli aspetti generali del contratto, quali il pagamento del premio, la decorrenza della garanzia, la durata del contratto, e possono essere integrate da condizioni speciali e aggiuntive.

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

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

Contratto di Assicurazione o Contratto: il rapporto assicurativo oggetto delle presenti condizioni generali di assicurazione.

Copertura/Coperture: la/le garanzia/garanzie assicurativa/assicurative riconosciuta/riconosciute dalla Compagnia all'Assicurato ai

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

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

Ente Erogante: l'istituto bancario o finanziario che ha concesso il Finanziamento.

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 dell'Assicurato.

Fascicolo Informativo: l'insieme dei documenti precontrattuali e contrattuali che la Compagnia è tenuta a consegnare al potenziale Contraente prima della sottoscrizione, e cioè la nota informativa, le condizioni generali di assicurazione e il glossario.

Finanziamento: il prestito in relazione al quale la Compagnia concede la Copertura, per una somma predeterminata che dovrà essere rimborsata dall'Assicurato secondo uno specifico contratto di finanziamento.

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: la somma dovuta 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 es., gli agenti, i broker, etc.).

Invalità 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 (ex ISVAP): 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 compori 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 del settore 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 la Pubblica Amministrazione. A titolo esemplificativo fanno parte della Pubblica Amministrazione:

- le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado;
- le aziende e amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo;
- le Regioni - le Province - i Comuni;
- le Comunità Montane e loro consorzi e associazioni;
- le Istituzioni Universitarie;
- le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni;
- le Aziende e gli Enti del servizio sanitario Nazionale.

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.

Perdita Involontaria di Impiego o Perdita di Impiego: la cessazione del rapporto di lavoro dipendente.

Periodo di Carenza o Carenza: il periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale la Copertura ha un effetto limitato.

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

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

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

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

Riscatto: la facoltà dell'Assicurato di richiedere anticipatamente, prima cioè della scadenza del Contratto, la liquidazione della prestazione maturata.

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

Sinistro: l'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Previconsò

Assicurazione abbinata ai Finanziamenti



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. e delle Coperture assicurative relative ai casi di Inabilità Totale e Temporanea, di malattia grave e di Perdita di Impiego prestate da AFI ESCA IARD S.A.

Art. 1.2 - Prestazioni Sottoscrivibili

Al momento della sottoscrizione del Modulo di adesione, l'Assicurato può optare per uno dei seguenti pacchetti, in funzione del proprio status di lavoratore:

- Copertura per il caso di Decesso + Copertura per Inabilità Totale e Permanente + Copertura per Inabilità Temporanea Totale al Lavoro (valida per i Lavoratori Autonomi e per i Lavoratori Dipendenti del settore pubblico e privato);
- Copertura per il caso di Decesso + Copertura per Inabilità Totale e Permanente + Malattia Grave (valida per chi non esercita alcuna attività lavorativa);
- Copertura per il caso di Decesso + Copertura per Inabilità Totale e Permanente + Perdita di Impiego (valida solo per i Lavoratori Dipendenti del settore privato);

Le Coperture sono valide e operanti solo se confermate dalla compagnia in fase di conclusione del contratto

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

Art. 2.1 - Persone assicurabili

Sono assicurabili le persone fisiche, che abbiano richiesto o siano cointestatari di un Finanziamento sottoscritto con l'Ente Erogante.

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

Nei casi di Copertura per Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'impiego, sono assicurabili le persone fisiche che al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione:

- siano di età inferiore a 65 anni.
- Nei casi di Copertura per Inabilità Temporanea Totale e Perdita d'impiego, sono assicurabili le persone fisiche che esercitino effettivamente un'attività lavorativa retribuita o comunque produttiva di reddito certificabile. In via eccezionale, ove i richiedenti 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, potranno richiedere tali garanzie a condizione che la ripresa dell'attività lavorativa avvenga entro 6 mesi dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione. In caso contrario, le medesime garanzie cesseranno e i relativi Premi verranno rimborsati ai richiedenti, su domanda di questi ultimi.

Art. 2.3 - Residenza dell'Assicurato

Per poter usufruire delle Coperture, l'Assicurato deve risiedere in Italia.

Art. 2.4 - Modalità di sottoscrizione

L'Assicurato compila e sottoscrive il Modulo di Adesione, allegandovi il contratto del Finanziamento o un documento dell'Ente Erogante contenente le caratteristiche dello stesso;

La persona da assicurare è altresì tenuta ad adempiere alle formalità di cui al successivo art. 2.5 come le saranno precisate al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Per una stessa operazione di Finanziamento possono essere assicurate più persone, a condizione che siano cointestatari del medesimo Finanziamento e che ciascuna separatamente sottoscriva il proprio Modulo di Adesione.

Ciascun Assicurato, come individuato nel Modulo di Adesione, deve essere in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui ai precedenti artt. 2.1, 2.2 e 2.3.

Art. 2.5 - Ammissione alla Copertura

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, ciascun assicurato dovrà compilare il Questionario Medico (QM).

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

La Compagnia si riserva il diritto, entro 45 (quarantacinque) giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione, nel caso in cui dalla documentazione anche sanitaria emergano fattori di rischio di rilievo, di rifiutare l'assunzione del rischio o di stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio che prevedano l'esclusione di particolari rischi, per le quali saranno comunicate specifiche Condizioni Particolari che l'Assicurato dovrà sottoscrivere per accettazione.

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

Le dichiarazioni dell'Assicurato, rese al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, se inesatte o reticenti relativamente a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio assunto dalla Compagnia, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della Copertura 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 alla Copertura di cui all'art. 2.5, pena la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della Copertura ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile.

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

Se la Compagnia accetta il rischio, redige e invia all'Assicurato la lettera che precisa le garanzie accordate, l'importo del capitale assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di benvenuto e alla fine di ogni anno solare, la Data di Decorrenza e quella di scadenza del Contratto, le caratteristiche del Finanziamento e la Percentuale di copertura assicurativa, le eventuali Condizioni Particolari e i Beneficiari designati.

Art. 4.1 - Conclusione del Contratto

Il Contratto di Assicurazione si conclude:
alla data in cui l'Assicurato riceve dalla Compagnia conferma di avvenuta accettazione delle coperture

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

Se la Compagnia accetta il rischio, con esclusione di alcune garanzie o rischi, l'Assicurato deve esprimere il proprio consenso scritto e formale alle Condizioni Particolari che gli vengono proposte.

Art. 4.2 - Decorrenza della Copertura

La Copertura decorre:

- dalle ore 24 della Data di Decorrenza indicata nel Modulo di Adesione, ovvero,
- dalle ore 24 del giorno in cui è stato concesso il Finanziamento o dalla data di accollo di un Finanziamento già erogato, sempre a condizione che:
- sia stata sottoscritto il Modulo di Adesione;
- siano state esplicate le formalità mediche di ammissione alla Copertura e che gli esiti siano stati valutati positivamente ed accettati dalla Compagnia;
- sia stato pagato il Premio.

Art. 4.3 - Durata della Copertura

La durata della Copertura coincide, per ciascun Assicurato, con la durata indicata nel contratto originario del Finanziamento, fermo restando il rispetto dei limiti di età dell'Assicurato indicati per ciascuna garanzia all'art. 4.4 che segue. In ogni caso la durata non potrà risultare inferiore a 12 mesi o superiore a 96 mesi.

Art. 4.4 - Cessazione della Copertura

La Copertura cessa alla scadenza del contratto di Finanziamento. La Copertura cessa comunque, anche prima della scadenza sopra indicata, alle ore 24 del giorno in cui si verifica il primo tra i seguenti eventi:

- pagamento dell'ultima rata di rimborso del Finanziamento;
- estinzione totale anticipata del Finanziamento, salvo quanto previsto dal successivo art. 7;
- accollo del Finanziamento da parte di terzi, come previsto dall'art. 1273 del codice civile, salvo quanto previsto dal successivo art. 7;
- estinzione totale anticipata del Finanziamento in relazione alla liquidazione del Sinistro;
- esercizio del diritto di recesso, come disciplinato dal successivo art. 8;
- per la Copertura per Decesso, al compimento dell'70° anno di vita dell'Assicurato;
- per la Copertura Invalidità Totale e Permanente, al compimento del 65° anno di vita dell'Assicurato;
- 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 Modulo di Adesione, come indicato nella tabella a latere;
- per la Copertura Malattia Grave, allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, come indicato nella tabella a latere;
- 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 del Modulo di Adesione, come indicato nella tabella a latere;

ETÀ ALLA SOTTOSCRIZIONE	DURATA MASSIMA GARANZIA
	ITT/MALATTIA GRAVE/PERDITA DI IMPIEGO
18	96
19	96
20	96
21	96
22	96
23	96
24	96
25	96
26	96
27	96
28	96
29	96
30	96
31	96
32	96
33	96
34	96
35	96
36	96
37	96
38	96
39	96
40	96
41	96
42	96
43	96
44	96
45	96
46	96
47	96
48	96
49	96
50	96
51	96
52	96
53	96
54	96
55	96
56	96
57	96
58	84
59	72
60	60
61	48
62	36
63	24
64	12
65	0

ARTICOLO 5 - REVOCA DEL CONTRATTO

L'Assicurato può revocare il contratto ai sensi dell'art. 176 del Codice delle Assicurazioni Private fino al momento della conclusione dello stesso. La revoca deve essere esercitata a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviarsi alla Compagnia al seguente recapito: AFI ESCA S.A. - SERVIZIO CLIENTI, Via Vittor Pisani, 5 - 20124 MILANO, allegando l'originale del Modulo di Adesione. Qualora la dichiarazione di revoca dal contratto pervenga tempestivamente alla Compagnia, impedendone la conclusione, la Compagnia è tenuta a rimborsare all'Assicurato i Premi da questi eventualmente già corrisposti, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.

ARTICOLO 6 - RISCATTO, RIDUZIONE E RELATIVI COSTI

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

ARTICOLO 7 - ESTINZIONE TOTALE ANTICIPATA, TRASFERIMENTO, ACCOLLO

In caso di estinzione totale anticipata o di accollo del finanziamento da parte di terzi, che l'Assicurato si impegna a comunicare tempestivamente alla Compagnia, la Copertura cesserà alla data di efficacia dell'estinzione totale anticipata ovvero dell'accollo da parte di Terzi. In caso di trasferimento, che l'Assicurato si impegna a comunicare tempestivamente alla Compagnia, in difetto di comunicazione da parte di quest'ultimo del nuovo contratto di Finanziamento, la copertura resta valida nei limiti di quanto riportato sul contratto di Finanziamento in possesso della Compagnia.

In caso di estinzione anticipata o di accollo del finanziamento da parte di terzi, la Compagnia restituisce all'Assicurato, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di avvenuta estinzione anticipata o di trasferimento del Finanziamento, la parte di Premio pagato relativa al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.

L'Assicurato può richiedere il mantenimento della Copertura fino alla scadenza originaria del Contratto a favore di un nuovo Beneficiario designato.

ARTICOLO 8 - DIRITTO DI RECESSO

L'Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro sessanta giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il Contratto si è concluso, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviare a: AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, Via Vittor Pisani, 5 - 20124 MILANO, accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità. L'Assicurato si impegna, altresì, ad informare l'Ente Erogante dell'intervenuto esercizio del diritto di recesso. La Compagnia, entro il termine di 30 (trenta) giorni dal ricevimento della dichiarazione di recesso, ha l'obbligo di restituire all'Assicurato il Premio, al netto delle imposte, delle spese di emissione del Contratto sostenute - che si quantificano preventivamente in € 70,00 - e della quota parte di Premio relativa al periodo in cui il Contratto ha avuto effetto. Si precisa che, laddove nelle more dell'esercizio del diritto di recesso si verifici un Sinistro e il Beneficiario dichiara per iscritto alla Compagnia di voler profittare della garanzia assicurativa, tale diritto del Beneficiario si intenderà prevalente rispetto al diritto di recesso esercitato l'Assicurato.

ARTICOLO 9 - CONDIZIONI E PRESTAZIONI RELATIVE ALLE COPERTURE

Il Contratto di Assicurazione prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- prestazione in caso di Decesso (valida per tutti gli Assicurati);
- prestazione in caso di Invalidità Totale e Permanente (valida per tutti gli Assicurati);
- prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale (valida solo per i Lavoratori Autonomi e i Dipendenti del settore privato e pubblico);
- prestazione in caso di Malattia Grave (valida per chi non esercita alcuna attività lavorativa);
- prestazione in caso di Perdita d'Impiego (valida esclusivamente per i Lavoratori Dipendenti del settore privato).

Le garanzie sono prestate nei limiti delle Esclusioni, comuni e specifiche, di cui all'art. 10 che segue.

L'Assicurato dovrà leggere attentamente le raccomandazioni e le avvertenze contenute nel Modulo di Adesione relative alla compilazione del questionario sanitario.

Art. 9.1 - Carenza

Viene applicato un periodo di carenza di 3 mesi dalla data di perfezionamento del Contratto, durante il quale l'assicurazione resta sospesa.

Nel caso in cui l'evento assicurato - Decesso o Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato - si verifichi durante detto periodo di carenza la Compagnia non è tenuta al pagamento del Capitale assicurato ma si limita a restituire il premio versato 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 o l'Invalidità Totale Permanente avvengano per conseguenza diretta:

a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo l'entrata in vigore del contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epideica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite endemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;

b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto;

c) di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto, intendendo per infortunio (fermo quanto disposto al successivo articolo Esclusioni) l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano conseguenza la morte o l'Invalidità Totale Permanente.

Art. 9.2 - A) Prestazione in Caso di Decesso

Assicurati garantiti

La garanzia si applica a tutti gli Assicurati.

Rischio assicurato

Il rischio coperto è il Decesso derivante da infortunio o malattia.

Prestazione assicurativa

Il capitale liquidato al Beneficiario sarà pari al debito residuo del Finanziamento in linea capitale, alla data del Decesso dell'Assicurato, al netto di interessi o rate insolute o di cui sia stata accordata la sospensione del pagamento. Il pagamento avviene nel limite del capitale massimo assicurabile pari a 30.000€. Nel caso in cui il Decesso dell'Assicurato si verifichi nel corso della durata del Contratto, la Compagnia liquida immediatamente ai Beneficiari l'Indennizzo determinato al momento del Decesso dell'Assicurato. L'Indennizzo verrà corrisposto previa comunicazione documentata dell'importo del debito residuo del Finanziamento alla data di Decesso dell'Assicurato.

La presente garanzia viene prestata:

- senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, fatte salve le esclusioni di cui agli artt. 10.1 e 10.2 che seguono, che possono comportare la riduzione o il venir meno della Copertura;
- fino allo scadere del mese solare di compimento del 70° anno di vita dell'Assicurato.

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

Art. 9.3 - B) Prestazione in Caso di Invalidità Totale e Permanente Assicurati garantiti

La garanzia si applica a tutti gli Assicurati.

Rischio assicurato

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

n. 1124 e successive modifiche.

Prestazione assicurativa

Il capitale liquidato al Beneficiario sarà pari al debito residuo del Finanziamento in linea capitale, alla data di riconoscimento dello stato di Invalità Totale e Permanente, al netto di interessi o rate insolute o di cui sia stata accordata la sospensione del pagamento.

Il pagamento avviene nel limite del capitale massimo assicurabile pari a 30.000 €. 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 all'art. 10.3 che segue, e che possono comportare la riduzione o il venire meno della Copertura;
- fino allo scadere del mese solare di compimento del 65° anno di vita dell'Assicurato.

Art. 9.4 - C) Prestazione in Caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro

Assicurati garantiti

La garanzia si applica ai Lavoratori Autonomi con un reddito certificabile e ai Lavoratori Dipendenti del settore privato e pubblico.

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 di una somma determinata in base alle indicazioni del contratto di Finanziamento nei limiti di cui al successivo art. 9.7, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata del Contratto.

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

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

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

- ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni.
- La presente garanzia viene prestata:
- senza limiti territoriali salvo le esclusioni specifiche previste all'art. 10.3 che segue e che possono comportare la riduzione o il venire meno della Copertura;
 - fino alla data di inizio del pensionamento volontario dell'Assicurato, ovvero allo scadere della durata massima del Contratto determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, come da tabella allegata all'art. 4.

Art. 9.5 - D) Prestazione in Caso di Malattia Grave

Assicurati garantiti

La garanzia si applica a chi non esercita alcuna attività lavorativa.

Rischio assicurato

Il rischio copre l'insorgere di una delle seguenti malattie:

- ICTUS (Qualsiasi accidente cerebrovascolare, emorragico o ischemico, che produca un deficit neurologico permanente);
- CANCRO (Tumore maligno caratterizzato dalla crescita di cellule maligne e invasione dei tessuti. Restano esclusi i carcinomi in situ, la leucemia linfocitica cronica, nonché i tumori in presenza di virus da immunodeficienza e qualsiasi cancro della pelle diverso dal melanoma maligno);
- ATTACCO CARDIACO (Necrosi di una parte del muscolo cardiaco accompagnato da tutti e tre i seguenti fattori: anamnesi di precordialgia tipica; nuove alterazioni elettrocardiografiche; aumento degli enzimi cardiaci);
- PATOLOGIA CORONARICA CHE RICHIEDE INTERVENTO CHIRURGICO (Intervento chirurgico per correggere il restringimento -stenosi-

o l'occlusione di una o più coronarie con innesti di bypass, condotto su soggetti con sintomi anginosi limitati, ma escluse le tecniche non chirurgiche quali l'angioplastica con catetere a palloncino o la rivascolazione di un'ostruzione mediante tecniche laser);

- INSUFFICIENZA RENALE (Malattia renale terminale, dovuta a qualsiasi causa e sopravvenuta successivamente all'adesione alla copertura che imponga dialisi peritoneale o emodialisi);
- TRAPIANTO DI ORGANI PRINCIPALI (L'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto di cuore, cuore e polmoni, fegato, pancreas, rene o midollo osseo);

Prestazione assicurativa

Il capitale liquidato al Beneficiario sarà pari al debito residuo del Finanziamento in linea capitale, alla data di Sinistro, al netto di interessi o rate insolute o di cui sia stata accordata la sospensione del pagamento. Il pagamento avviene nel limite del capitale massimo assicurabile pari a 30.000,00 Euro.

La liquidazione della prestazione sarà effettuata solo al termine del periodo di sopravvivenza che è pari a 2 mesi dalla data di diagnosi della malattia grave.

L'Indennizzo verrà corrisposto previa comunicazione documentata dell'importo del debito residuo del Finanziamento alla data del Sinistro. Come data di Sinistro si intende la data di prima diagnosi.

La presente garanzia viene prestata:

- Senza limiti territoriali, fatte salve le esclusioni di cui all'art. 10 che segue;
- Allo scadere della durata massima del Contratto determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, come da tabella allegata all'art. 4.

Art. 9.6 - 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.

Prestazione assicurativa

La Copertura garantisce, in caso di Perdita di Impiego, la liquidazione mensile di una somma, determinata in base alle indicazioni del contratto di Finanziamento nei limiti di cui al successivo art. 9.7, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata del Contratto.

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, il pagamento dell'Indennizzo verrà interrotto definitivamente. Tuttavia, nel caso in cui il contratto di lavoro dipendente sia solo a tempo determinato e per una durata non superiore a sei mesi, il pagamento dell'Indennizzo verrà sospeso per la durata del 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.

La presente garanzia viene prestata:

- senza limiti territoriali, fatte salve le esclusioni specifiche di cui all'art. 10.4 che segue, che può determinare la riduzione o il venire meno della Copertura;
- fino alla data di inizio del pensionamento volontario dell'Assicurato, ovvero allo scadere della durata massima del Contratto determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, come da tabella allegata all'art. 4.

Art. 9.7 - Regola di rimborso

Nel caso di Sinistro relativo a Coperture per Inabilità Temporanea Totale al Lavoro, e Perdita Involontaria di Impiego, la somma mensile che sarà liquidata dalla Compagnia non potrà superare il limite di Euro 1.500,00. Si precisa inoltre che, per la garanzia perdita di impiego, l'importo dell'indennizzo corrisponderà al minore tra la rata mensile dovuta all'ente erogante e l'importo netto relativo alla retribuzione mensile percepita fino al momento del sinistro.

ARTICOLO 10 - ESCLUSIONI

Art. 10.1 - Esclusioni riguardanti la garanzia per il caso di Decesso, valide solo per le ipotesi in cui l'Ente Erogante abbia condizionato l'erogazione del Finanziamento alla stipula del Contratto di Assicurazione

La Copertura è esclusa solo nei seguenti casi:

- decesso causato da dolo del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario (artt. 1900 e 1922 del codice civile);
- decesso per suicidio avvenuto nei primi due anni dalla Data di Decorrenza, salvo patto contrario (art. 1927 del codice civile);
- decesso dovuto a rischi catastrofali.

Art. 10.2 - Esclusioni comuni a tutte le garanzie (ad eccezione delle ipotesi di cui all'art. 10.1)

La Copertura è esclusa 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.
- Malattia consistente in sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate.
- sinistri che siano diretta conseguenza di stati depressivi, minorazioni dell'integrità psichica, affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche o dell'assunzione in via continuativa di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- sinistri che siano conseguenza diretta della pratica di Attività Sportive Professionistiche, della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;

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

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

Art. 10.3 - 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 pre-esistenti e noti all'Assicurato prima della Data di decorrenza delle coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
- bungee jumping, base jump, tauromachia;
- 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;
- 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;
- per il caso di Inabilità Temporanea Totale l'interruzione del lavoro dovuta a gravidanza;

Art. 10.4 - Esclusioni riguardanti la garanzia Perdita Involontaria d'Impiego

- licenziamenti per "giusta causa";
- dimissioni;
- licenziamenti comunicati da un datore di lavoro congiunto, anche ascendente o discendente;
- 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 alla "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;
- licenziamento per superamento del periodo di comporto;
- licenziamento per impossibilità sopravvenuta della prestazione determinata dalla carcerazione del lavoratore;
- l'assicurato risulti assunto da meno di 24 mesi;
- conoscenza, da parte dell'Assicurato, della prossima disoccupazione o sia al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione.

ARTICOLO 11 - MODIFICA DELLE GARANZIE E/O RINEGOZIAZIONE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

Non è prevista la possibilità di richiedere la modifica delle Coperture scelte al momento della sottoscrizione del Contratto. L'Assicurato è tenuto a comunicare alla Compagnia qualsiasi modifica relativa al Finanziamento (rinegoziazione, rimborso parziale anticipato, allungamento della durata, etc.) entro un termine massimo di 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza della modifica.

In caso di Sinistro, non saranno opponibili alla Compagnia le modifiche al Finanziamento che comportino un aggravamento del rischio e che non siano state comunicate tempestivamente alla Compagnia medesima. Le modifiche al Finanziamento che comportano una diminuzione del rischio non daranno diritto ad alcun rimborso del Premio, ove non siano state tempestivamente comunicate alla Compagnia.

ARTICOLO 12 - BENEFICIARIO DELLE COPERTURE

Beneficiario irrevocabile delle Prestazioni liquidate in base alle garanzie Invalidità Permanente, Inabilità Temporanea e Totale, Perdita d'Impiego e Malattia Grave, è l'Aderente.

Beneficiario irrevocabile delle Prestazioni liquidate in base alla garanzia Decesso, è ogni soggetto che, al momento del decesso dell'Assicurato, risulti essere nell'ordine:

- (a) Beneficiario designato sul modulo di Adesione;
- (b) Erede testamentario dell'Aderente; ovvero, in mancanza di eredi testamentari;
- (c) erede legittimo dell'Aderente.

L'Aderente rinuncia espressamente nei confronti degli Assicuratori ad ogni facoltà di revoca della predetta designazione. È fatta salva, in caso di Portabilità, la possibilità di designare beneficiaria la banca che subentra nel finanziamento, ai sensi del Regolamento ISVAP n. 35.

La Prestazione verrà liquidata al Beneficiario direttamente.

ARTICOLO 13 - CALCOLO DEI PREMI

Art. 13.1 - Tariffazione

L'importo totale del premio è pari alla somma della componente di premio per la Copertura Decesso e Invalidità Totale e Permanente e della componente del premio per le Coperture Danni. Il premio per la Copertura Decesso, Invalidità Totale e Permanente e la Copertura Danni viene determinato applicando il tasso unico(*), in funzione dell'Età dell'Assicurato alla sottoscrizione, moltiplicato per il capitale assicurato richiesto in fase di sottoscrizione.

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

Il Tasso Unico per Assicurati con Età alla sottoscrizione fino a 59 anni è pari al 5,4%;

Il Tasso Unico per Assicurati con Età alla sottoscrizione compresa tra 60 anni e 65 anni è pari al 7%.

Ipotizzando un Capitale Assicurato di Euro 10.000,00, il premio di assicurazione, per un Assicurato avente età alla sottoscrizione inferiore a 59 anni viene determinato come segue:
 $10.000,00 \times 5,4\% = 540 \text{ Euro}$

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

Art. 13.2 - Importo e frazionamento

Il premio è unico e anticipato.

Non sono ammessi frazionamenti di premio.

ARTICOLO 14 - PREMIO

Art. 14.1 - Versamento del Premio

Il Premio unico deve essere versato in una 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.

L'ammontare totale del Premio, indicato nella Proposta di Assicurazione, è comprensivo dell'eventuale imposta di assicurazione applicabile, attualmente nella misura del 2,5%, alle Coperture Inabilità Temporanea Totale, Malattia grave e Perdita di Impiego.

Art. 14.2 - Costi gravanti sul Premio

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

In particolare, il costo per l'emissione del Contratto è determinato in misura fissa ed è pari ad Euro 70,00 di cui Euro 50,00 retrocesso all'Intermediario, e l'importo percepito dall'eventuale Intermediario è determinato in misura percentuale del 70 per cento del Premio versato al netto delle imposte e delle spese di emissione.

L'importo percepito dall'Intermediario sarà indicato, in valore assoluto, nella lettera di benvenuto.

Qualora l'Assicurato, anche nei casi non espressamente previsti

dalla Compagnia, decida di sottoporsi a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, il costo di tale visita potrà

variare in considerazione della struttura sanitaria prescelta dall'Assicurato stesso e sarà interamente a suo carico.

ARTICOLO 15 - 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 - Via Vittor Pisani, 5 - 20124 MILANO, e comunque non oltre il termine di 30 giorni dal verificarsi del Sinistro. Per le Coperture che applicano una Franchigia, il calcolo del Periodo di Franchigia decorrerà dalla data di ricezione della denuncia di Sinistro da parte della Compagnia.

L'Assicurato o gli aventi diritto possono chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al seguente numero 02.583.248.45.

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

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

Art. 15.1 - Decesso

- 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 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 dell'Ente Erogante attestante l'importo residuo del Finanziamento o, in alternativa, esplicita lettera di svincolo.

Art. 15.2 - Invalidità Totale e Permanente

- copia di un documento di identità in corso di validità dell'Assicurato;
- comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto);
- 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 il codice IBAN sul quale accreditare l'importo dell'Indennizzo;
- dichiarazione dell'Ente Erogante attestante l'importo residuo del Finanziamento o, in alternativa, esplicita lettera di svincolo.

Art. 15.3 - Inabilità Totale Temporanea al Lavoro

- comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto);
- copia di un documento di identità dell'Assicurato in corso di validità;
- 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;
- dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con il 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;
- dichiarazione dell'Ente Erogante attestante l'importo della rata del Finanziamento.

Art. 15.4 - Malattia grave

- dichiarazione del medico curante corredata dalla relativa documentazione sanitaria di supporto;
 - attestato che certifichi la sua condizione di non lavoratore;
- In ogni caso, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere:

- ulteriori accertamenti medici o documentazione necessarie ad una corretta valutazione del Sinistro;
- documentazione dell'Ente Erogante attestante l'importo residuo del Finanziamento o, in alternativa, esplicita lettera di svincolo.

Art. 15.5 - Perdita Involontaria d'Impiego

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

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

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

AVVERTENZA

Le denunce di Sinistro saranno considerate complete solamente al ricevimento di tutta la documentazione richiesta dalla Compagnia. La Compagnia si riserva il diritto di richiedere - per la disamina del Sinistro - copia delle cartelle cliniche o dichiarazioni di altri medici curanti. In casi particolari, la Compagnia potrà richiedere eventuale documentazione suppletiva.

ARTICOLO 16 - LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

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

ARTICOLO 17 - CESSIONE DEI DIRITTI

Fatto salvo quanto previsto dal precedente art. 7, il Contraente non potrà cedere o trasferire a terzi i diritti derivanti dalla Copertura. Il Contraente potrà altresì vincolare a favore di terzi le prestazioni.

ARTICOLO 18 - ESTENSIONE TERRITORIALE

La Copertura assicurativa ha validità in tutti i Paesi del mondo.

ARTICOLO 19 - IMPOSTE E TASSE

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

ARTICOLO 20 - SPESE VARIE

Al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, l'Assicurato dovrà farsi carico delle spese di emissione del Contratto pari all'importo indicato nel Modulo di Adesione.

ARTICOLO 21 - GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE

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

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

La Compagnia è tenuta ad inviare l'Assicurato, entro 60 (sessanta) giorni dalla chiusura di ogni anno solare, una comunicazione avente ad oggetto informazioni sull'ammontare del capitale assicurato, e il nominativo del/dei Beneficiario/Beneficiari o del/dei vincolatario/vincolatari.

Fatto salvo quanto previsto al successivo art. 24 (Reclami), tutte le comunicazioni da parte del Contraente/Assicurato alla Compagnia dovranno pervenire a mezzo lettera raccomandata A.R. indirizzata a: AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, Via Vittor Pisani, 5 - 20124 MILANO - Indirizzo e-mail: informazioni@afi-esca.com - Telefono: +39 02.583.248.45.

Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dal Contraente/Assicurato.

La Compagnia fornisce riscontro scritto ad ogni comunicazione e/o richiesta di informazioni presentata dal Contraente/Assicurato o dagli aventi diritto in merito all'evoluzione del rapporto assicurativo e alle modalità di determinazione della prestazione assicurativa.

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

Il Contratto è costituito esclusivamente dalle presenti condizioni generali di assicurazione, dal Certificato di Polizza e dalle sue Appendici.

ARTICOLO 23 - MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL FASCICOLO INFORMATIVO

La Compagnia si impegna a comunicare all'Assicurato eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo, anche a seguito di modifiche normative intervenute dopo la sottoscrizione del Contratto.

Le variazioni saranno segnalate in occasione della prima comunicazione da inviare in adempimento degli obblighi di informativa previsti dalla normativa vigente.

ARTICOLO 24 - RECLAMI

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

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

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

Il Contraente/Assicurato potrà altresì rivolgersi al seguente Istituto:

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

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

- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;
- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali la Compagnia non ha dato riscontro entro il termine massimo di 45 (quarantacinque) 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 25 - PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'art. 2952 del codice civile, i diritti derivanti dal Contratto relativi alle Coperture Danni si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto mentre i diritti derivanti dal Contratto relativi alle Coperture Vita si prescrivono in dieci anni. 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 26 - LEGGE APPLICABILE E LINGUA DEL CONTRATTO

Al Contratto si applica la legge italiana.

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

ARTICOLO 27 - CONFLITTO D'INTERESSI

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

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

I dati contenuti nelle Condizioni Generali di Assicurazione sono stati aggiornati in data 16.01.2017.

Pagina vuota

Previconsò

Assicurazione abbinata ai Finanziamenti



Privacy

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

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

1) TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITA' ASSICURATIVE:

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

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

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

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

3) MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI:

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

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

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

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 Infortunati). 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 Milano (MI), telefono 02.583.248.45, a cui potrà essere richiesta ogni informazione in merito all'individuazione degli altri Responsabili del trattamento e dei soggetti cui vengono comunicati i dati e di coloro che operano per conto del Titolare.

Sotto-cod.:

POLIZZA PREVICONSÒ n. 31A70008
 CONTRAENTE: ISIDE BROKER INSURANCE S.R.L., Sede Legale Via Asiago, 27 - 22063 Cantù (CO)

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 e durata coperture

Capitale assicurato _____ Euro

Durata delle coperture _____ (mesi)

Garanzie

- Decesso + I.T.P. (Invalidità Totale e Permanente) + I.T.T. (Inabilità Temporanea Totale, garanzia valida solo per i lavoratori autonomi e i lavoratori dipendenti del settore pubblico e privato).
- Decesso + I.T.P. (Invalidità Totale e Permanente) + Malattia Grave (garanzia valida per chi non esercita alcuna attività lavorativa).
- Decesso + I.T.P. (Invalidità Totale e Permanente) + Perdita di Impiego (garanzia valida solo per i lavoratori dipendenti settore privato).

Beneficiari delle prestazioni

Il sottoscritto, nella propria qualità di Aderente/Assicurato della Polizza Collettiva Vita "PREVINCONSO" n. 31A70008, nomina ai sensi e per gli effetti dell'art. 12 delle Condizioni Generali di Assicurazione quale Beneficiario/Beneficiari delle Prestazioni Assicurate i seguenti soggetti:

 (in caso di indicazione di nominativi specifici, specificare il tipo di legame tra l'assicurato e il beneficiario designato)

Premio

Premio Unico

Spese di emissione: 70 € Premio dovuto: _____ € (indicare il premio al netto delle spese di emissione)

Dichiarazioni

L'Assicurato dichiara che gli è stato consegnato, il Fascicolo Informativo redatto secondo le prescrizioni ISVAP, contenente, oltre al presente Modulo di Adesione, la nota informativa, le condizioni generali di assicurazione, il glossario e l'informativa sulla privacy.

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

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

art. 3 (Dichiarazioni dell'Assicurato relative alle circostanze di rischio); art. 4 (Conclusione del Contratto e decorrenza, durata e cessazione delle Coperture); art. 7 (Estinzione totale anticipata, trasferimento, accollo); art. 9.4 (sezione "Prestazione assicurativa"); art. 9.5 (sezione "Prestazione assicurativa"); art. 9.6 (sezione "Prestazione assicurativa"); art. 10 (Esclusioni); art. 11 (Modifica delle garanzie e/o rinegoziazione del contratto di Finanziamento); art. 15 (Denuncia e gestione dei Sinistri); art. 17 (Cessione dei diritti); art. 22 (Controversie ed arbitrato).

L'Assicurato dichiara altresì di essere stato informato che potrà revocare o recedere dal Contratto nei termini e con le modalità disciplinate rispettivamente agli artt. 1887 del Codice Civile e 176 del Codice delle Assicurazioni Private, e 1899 del Codice Civile e 177 del Codice delle Assicurazioni Private, e nonch  dagli artt. 5 e 8 delle condizioni generali di assicurazione.

Avvertenze relative alla compilazione 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 Sanitario**, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario Sanitario;

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

Luogo e data _____ L'Assicurato _____

L'Assicurato dichiara di aver ricevuto dall'addetto Intermediario, prima della sottoscrizione del Modulo di Adesione:

- la dichiarazione contenente - ai sensi dell'art. 49, comma 2, lett. a) del Regolamento ISVAP n. 5 del 16 ottobre 2006 - i dati essenziali dell'Intermediario e della propria attivit , le informazioni sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela dei Clienti;

- la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui l'Intermediario   tenuto - ai sensi dell'art.49, comma 2 lett. a) bis del Regolamento ISVAP n. 5 del 16 ottobre 2006 - nei confronti dei Contraenti.

L'Assicurato prende atto che la Copertura decorre dalle ore 24 della Data di Decorrenza indicata nel Modulo di Adesione, ovvero dalle ore 24 del giorno in cui   stato concesso il Finanziamento o della data di accollo di un Finanziamento gi  erogato, se successive alla data di conclusione del Contratto. La decorrenza della Copertura   in ogni caso subordinata:

- alla sottoscrizione del Modulo di Adesione;

- all'adempimento delle formalit  mediche di ammissione alla Copertura, ed alla valutazione positiva ed accettazione degli esiti da parte della Compagnia;

- al pagamento del Premio.

Luogo e data _____ L'Assicurato _____

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

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

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

Modalit  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 quest'ultima. La remunerazione spettante all'Intermediario   pari al 70%.

Consenso al trattamento dei dati personali

L'aderente/Assicurato dichiara di aver preso visione dell'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali allegato al Fascicolo Informativo relativo alla polizza Collettiva Vita Previcons  n. 31A70008 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 finalit  ivi illustrate, comporta l'impossibilit  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 finalit  e con le modalit  illustrate nella stessa.

Luogo e data _____ L'Assicurato _____



Il vostro Intermediario

ISIDE BROKER INSURANCE S.R.L.

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

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.