Chapeau

Assicurazione temporanea per il caso morte a capitale decrescente

Set informativo

Copertura Assicurativa Individuale
sulla Vita

(Ed. 05/2022)

Afi·Esca Groupe Burrus

Rappresentanza Generale per l'Italia

Afi·Esca iard Groupe Burrus

Rappresentanza Generale per l'Italia

Pagina vuota

Chapeau

Assicurazione temporanea per il caso morte a capitale decrescente

Set informativo

Assicurazione temporanea per il caso morte a capitale decrescente con facoltà di abbinare coperture per invalidità totale permanente e inabilità temporanea totale[1]

Il presente contratto ha una natura facoltativa, garantisce all'Assicurato una o più coperture assicurative in base alla scelta fatta sul modulo di Proposta a seguito di eventi imprevisti e non ha alcuna connessione con l'eventuale sottoscrizione di un prestito o di un mutuo, non costituendone condizione per ottenerlo, anche nel caso in cui venga proposto in concomitanza alla erogazione dello stesso. Di conseguenza, in caso di estinzione anticipata totale o parziale del mutuo o del prestito, la copertura assicurativa rimarrà invariata ed in vigore fino alla sua naturale scadenza e la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione del premio.

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTIENE:

- DIP Vita;
- DIP Danni;
- DIP Aggiuntivo Multirischi;
- Condizioni Generali di Assicurazione con Glossario e Indice;
- Informativa per il Trattamento dei dati personali;
- Adeguata Verifica della Clientela;
- Modulo di Proposta di Assicurazione.

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

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO

(Data dell'ultimo aggiornamento: 01/05/2022)

[1] Elaborato ai sensi delle Linee Guida di cui alla Lettera al mercato IVASS del 14 marzo 2018.

Polizza"CHAPEAU"

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

AFI ESCA IARD S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia Prodotto: CHAPEAU

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Assicurazione individuale temporanea caso morte a capitale decrescente, con garanzie ulteriori opzionabili e modulabili.

Che cosa è assicurato?

✓ Inabilità Temporanea Totale e Temporanea

Che cosa non è assicurato?

Si elencano di seguito solo le esclusioni previste per le coperture assicurative legate al ramo danni.
Non sono considerati Infortunio o Malattia le seguenti circostanze:

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

Ci sono limiti di copertura?

! **Sono assicurabili solo le persone fisiche che al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione siano di età compresa tra 18 e 64 anni, e prestazione assicurativa fino a 65 anni;**
! Sono assicurabili solo le persone che esercitino effettivamente un'attività lavorativa retribuita o comunque produttiva di reddito certificabile: Lavoratori Autonomi e Dipendenti del settore privato e pubblico;
! Possono essere assicurate solo le persone fisiche residenti in Italia;
! La Garanzia ITT è opzionabile esclusivamente insieme alle Coperture per i casi di Decesso e Invalidità Totale e Permanente;
! La Garanzia ITT è opzionabile solo se la polizza ha una durata minima di 120 mesi;
! **Franchigia assoluta: 60 giorni.** Se l'Assicurato, dopo la ripresa dell'attività lavorativa, subisce – entro 30 giorni dalla ripresa - 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
! **Carenza: 90 giorni**

Si evidenzia che la data di scadenza del contratto e di ogni singola garanzia è, in ogni caso, riportata sulla scheda di polizza

Dove vale la copertura?

✓ La copertura I.T.T. non ha limiti territoriali.

Che obblighi ho?

• Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti 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.

Quando e come devo pagare?

Il Premio Periodico è determinato in funzione delle garanzie prestate, della durata contrattuale, dell'età dell'Assicurato, del suo stato di salute, delle attività professionali e sportive svolte. Il Premio Periodico è costante, pertanto l'importo annuo di premio rimane invariato per tutta la durata contrattuale. Il Premio di perfezionamento può essere corrisposto in rate annuali, semestrali, trimestrali o mensili, e deve essere versato mediante assegno bancario o assegno circolare intestato a AFI ESCA S.A., oppure bonifico bancario intestato alla medesima ovvero tramite addebito SDD Core sul conto corrente del Contraente. I Premi successivi devono essere versati mediante procedura di addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La polizza produce i suoi effetti dalle ore 24 della Data di Decorrenza indicata nel Certificato di Polizza, a condizione che sia stata sottoscritta la Proposta di Assicurazione; siano state esplicate le formalità mediche di ammissione alla Copertura e che gli esiti siano stati valutati positivamente ed accettati dalla Compagnia; - siano state accettate per iscritto dal Contraente e, se dovuto, dall'Assicurato, le eventuali Condizioni Particolari sottoposte dalla Compagnia; sia stato pagato il Premio di perfezionamento.
La durata delle Coperture scelte coincide, per ciascun Assicurato, con la durata indicata nel Certificato di Polizza e termina con la data di scadenza indicata sul Certificato di Polizza, fermo restando il rispetto dei limiti di età dell'Assicurato previsti per ciascuna garanzia.
La durata può essere fissata da un minimo di 60 mesi a un massimo di 360 mesi compatibilmente con l'età dell'Assicurato.

Le Coperture cessano alla scadenza indicata nel contratto di polizza. Tuttavia, esse cessano comunque, anche prima della scadenza sopra indicata, alle ore 24 del giorno in cui si verifica il primo tra i seguenti eventi: mancato pagamento dei Premi; esercizio del diritto di recesso; per l'Assicurato ammesso alla Copertura nella sua qualità di dirigente, funzionario, socio o legale rappresentante di una persona giuridica, quando cessa di svolgere questa funzione; per la Copertura I.T.T., alla data di inizio del pensionamento volontario ovvero allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta.

Come posso disdire la polizza?

Se ci ripensi, hai 60 giorni di tempo dalla data di decorrenza della polizza per disdire il contratto, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviare a AFI ESCA SERVIZIO CLIENTI, Via Vittor Pisani, 5 – 20124 Milano, accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità. Inoltre, devi comunicare all'Ente Erogante l'intervenuto esercizio del diritto di recesso. In caso di recesso della copertura danni, decade automaticamente anche la copertura vita collegata.

CHAPEAU *<Temporanea caso morte a capitale decrescente>*

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi
(DIP Vita)

AFI ESCA S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia
TCM <Chapeau>

<DIP Vita di ultima pubblicazione>
01/05/2022

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Assicurazione individuale temporanea caso morte a capitale decrescente, con garanzie ulteriori opzionabili e modulabili.

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

La Copertura Vita prevede le seguenti prestazioni assicurative:
*a) prestazione in caso di **Decesso***
Il rischio coperto è il Decesso qualunque possa esserne la causa.
*b) prestazione in caso di **Invalidità Totale e Permanente***
Il rischio coperto è l'Invalidità Totale e Permanente 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.

Che cosa NON è assicurato?

- *Sinistri causati da dolo del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario;*
- *Sinistri conseguenti ad azioni intenzionali dell'Assicurato, quali il suicidio se avvenuto nei primi due anni dalla Data di Decorrenza della copertura;*
- *Decesso dovuto a rischi catastrofali.*

Ci sono limiti di copertura?

Per la Garanzia Decesso:
a) sottoscrizione in età compresa tra i 18 e 70 anni non compiuti, e prestazione assicurativa fino a 80 anni;
Per la Garanzia Invalidità Totale e Permanente:
b) sottoscrizione in età compresa tra i 18 e 64 anni e prestazione assicurativa fino a 65 anni.
Per tutte le coperture:
- l'Assicurato deve essere residente e/o domiciliato in Italia;
- l'Assicurato deve esercitare effettivamente un'attività lavorativa retribuita o comunque produttiva di reddito certificabile (Lavoratori Autonomi e Dipendenti del settore privato e pubblico);
- l'ammontare del Capitale assicurato deve essere pari ad almeno 10.000 euro;
- Carenza di 6 mesi dal perfezionamento del contratto se l'Assicurato non si è sottoposto a visita medica e/o eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Compagnia.
- Carenza estesa a 5 anni, se il Sinistro è dovuto a AIDS ovvero a patologie ad essa collegate, e l'Assicurato non si è sottoposto a visita medica e/ oeventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Compagnia.

Dove vale la copertura?

✓ *La copertura assicurativa ha validità in tutti i Paesi del mondo.*

Che obblighi ho?

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento o diminuzione del rischio, come:
- *attività professionale dell'Assicurato;*
- *attività sportive dell'Assicurato;*
- *abitudini di vita dell'Assicurato (Assicurato dichiaratosi non fumatore che inizi o ricominci a fumare);*
- *soggiorni all'estero di lunga durata in Paesi a rischio.*

In caso di Decesso o Invalidità Totale e permanente, occorre consegnare, a titolo esemplificativo e non esaustivo:
- copia di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del legale rappresentante del Contraente (solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica);

• copia di un documento di identità e del codice fiscale dell'Assicurato;
• documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà del Contraente (solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica);
• decreto di nomina del legale rappresentante del Contraente (solo nel caso in cui sia variato rispetto a quello riportato sulla Proposta di Assicurazione e solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica);
• comunicazione di denuncia del Sinistro.

Quando e come devo pagare?

Il Premio Periodico è determinato in funzione delle garanzie prestate, della durata contrattuale, dell'età dell'Assicurato, del suo stato di salute, delle attività professionali e sportive svolte e delle sue abitudini di vita (stato di fumatore/non fumatore). Il Premio Periodico è costante, pertanto l'importo annuo di premio rimane invariato per tutta la durata contrattuale.
Il Premio di perfezionamento può essere corrisposto in rate annuali, semestrali, trimestrali o mensili, e deve essere versato mediante bonifico bancario intestato a AFI ESCA S.A., ovvero tramite addebito SDD Core sul conto corrente del Contraente. I Premi successivi devono essere versati mediante procedura di addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La polizza produce i suoi effetti dalle ore 24 della Data di Decorrenza indicata nel Certificato di Polizza, a condizione che sia stata sottoscritta la Proposta di Assicurazione; siano state esplicate le formalità mediche di ammissione alla Copertura e che gli esiti siano stati valutati positivamente ed accettati dalla Compagnia; - siano state accettate per iscritto dal Contraente e, se dovuto, dall'Assicurato, le eventuali Condizioni Particolari sottoposte dalla Compagnia; sia stato pagato il Premio di perfezionamento.
La durata delle Coperture scelte coincide, per ciascun Assicurato, con la durata indicata nel Certificato di Polizza e termina con la data di scadenza indicata sul Certificato di Polizza, fermo restando il rispetto dei limiti di età dell'Assicurato previsti per ciascuna garanzia.
La durata può essere fissata da un minimo di 60 mesi a un massimo di 360 mesi compatibilmente con l'età dell'Assicurato.
Le Coperture cessano alla scadenza indicata nel contratto di polizza. Tuttavia, esse cessano comunque, anche prima della scadenza sopra indicata, alle ore 24 del giorno in cui si verifica il primo tra i seguenti eventi:

-mancato pagamento dei Premi;
-esercizio del diritto di recesso;
-per l'Assicurato ammesso alla Copertura nella sua qualità di dirigente, funzionario, socio o legale rappresentante di una persona giuridica, quando cessa di svolgere questa funzione.
-per la Copertura Decesso, al compimento dell'80° anno di vita dell'Assicurato;
-per la Copertura Invalidità Totale e Permanente, al compimento del 65° anno di vita dell'Assicurato.

Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Revoca	*Il Contraente può revocare il contratto 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 Proposta. 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.*
Recesso	*Il Contraente può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il Contratto si è concluso, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviare a: AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, Via Vittor Pisani, 5 - 20124 MILANO, accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità.* *Le garanzie cesseranno alla data richiesta dal Contraente o, se precedente, alla data di spedizione della lettera raccomandata del Contraente/Assicurato.*
Risoluzione	*In caso di premio periodico, trascorsi dodici mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, le Coperture Vita non possono più essere riattivate e il Contratto si intende risolto.*

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI X NO

CHAPEAU < *Temporanea caso morte a capitale decrescente* >

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi
(DIP aggiuntivo Multirischi)

AFI ESCA S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia

AFI ESCA IARD S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia

TCM <Chapeau>

<DIP Aggiuntivo Multirischi di ultima pubblicazione>
01/05/2022

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

AFI ESCA S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia, ***Via Vittor Pisani, n. 5; CAP 20124; Milano, tel. 02 58.32.48.45; sito internet: www.afi-esca.it; e-mail: informazioni@afi-esca.com; PEC: afi-esca@legalmail.it.***

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, e sottoposta alla vigilanza dell'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).
AFI ESCA S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia è iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00105.
AFI ESCA IARD S.A. è una impresa di assicurazione di diritto francese, con sede legale e direzione generale in Square Dutilleul, 4, LILLE (Francia), soggetta a direzione e coordinamento di AFI ESCA S.A..
AFI ESCA IARD S.A Rappresentanza Generale per l'Italia, è iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00102.
Le Coperture Danni sono stipulate con la rappresentanza generale per l'Italia di AFI ESCA IARD S.A..

AFI ESCA S.A. ha un Patrimonio Netto pari a 177.936.076 € di cui 12,36 milioni di Euro è il capitale sociale e 70.388.310 € 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 156%.
AFI ESCA IARD S.A. ha un patrimonio netto pari a 4.884.206 € e 5.000.010 € è il capitale sociale e 68.519 € è il totale delle riserve patrimoniali.
Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SCFR) disponibile sul sito internet dell'impresa www.afi-esca.com/afi-esca-rapports-sur-la-solvabilite-et-la-situation-financiere.

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	*Le coperture Vita e Danni sono sempre escluse nei seguenti casi:* *- dolo dell'Assicurato, del Contraente o del Beneficiario;* *- il suicidio, se avviene nei primi due anni dalla Data di Decorrenza; il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;* *- uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, o di stati di alcolismo acuto o cronico;* *- 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 eccezion 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;* *- movimenti popolari, risse, crimini, delitti, atti di terrorismo, a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, salvo i casi di legittima difesa;* *- 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;* *- partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;* *- 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.*

	Ai fini della Garanzia Danni I.T.T., non sono considerati Infortunio o Malattia le seguenti circostanze: lo stato di gravidanza; le cure termali o di disintossicazione; le fibrositi e la stanchezza cronica; le malattie psichiche con sindromi di tipo ansioso-depressivo, nevrotico, psicotico, neuropsichiche o neuropsichiatrico, così come i loro seguiti e conseguenze, salvo in caso di ricovero ospedaliero in reparto psichiatrico di una durata superiore a 15 giorni consecutivi.

Ci sono limiti di copertura?

Ramo Vita:

- *Carenza di 6 mesi dal perfezionamento del contratto se l'Assicurato non si è sottoposto a visita medica e/o eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Compagnia.*
- *Carenza estesa a 5 anni, se il Sinistro è dovuto a AIDS ovvero a patologie ad essa collegate, e l'Assicurato non si è sottoposto a visita medica e/o eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Compagnia.*

Ramo Danni:

- *Carenza di 90 giorni*
- *Franchigia di 60 giorni.*

Se l'Assicurato, dopo la ripresa dell'attività lavorativa, subisce – entro 30 giorni dalla ripresa - 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.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro	***Denuncia di sinistro:*** *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.*
	Prescrizione: *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.*
	Liquidazione della prestazione: *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.*
	Gestione da parte di altre imprese: *non applicabile*
	Assistenza diretta/in convenzione: *non applicabile*
Dichiarazioni inesatte o reticenti	*Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato, rese al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, 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. Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti lo stato di salute dell'Assicurato che, richieste dalla Compagnia all'atto di sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, devono corrispondere a verità ed esattezza. Qualora tra il momento del rilascio delle informazioni inerenti lo stato di salute dell'Assicurato e la Data di Decorrenza intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute, l'Assicurato deve darne sollecita comunicazione alla Compagnia al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione alla Copertura, pena la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della Copertura.*

Quando e come devo pagare?

Premio	*Il Premio Periodico è determinato in funzione delle garanzie prestate, della durata contrattuale, dell'età dell'Assicurato, del suo stato di salute, delle attività professionali e sportive svolte e delle sue abitudini di vita (stato di fumatore/non fumatore). Il Premio Periodico è costante, pertanto l'importo annuo di Premio rimane invariato per tutta la durata contrattuale.* *Il Premio di perfezionamento può essere corrisposto in rate annuali, semestrali, trimestrali o mensili e deve essere versato mediante bonifico bancario intestato a AFI ESCA S.A. ovvero tramite addebito SDD Core sul conto corrente del Contraente. I Premi successivi devono essere versati mediante procedura di addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente.*
Rimborso	*In caso di recesso, si ha diritto alla restituzione del Premio, al netto delle imposte, delle spese mediche eventualmente già rimborsate, delle spese di emissione del Contratto sostenute - che si quantificano preventivamente in € 20,00 - e della quota parte di Premio relativa al periodo in cui il Contratto ha avuto effetto.*
Sconti	*Non sono previsti sconti di premio.*

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	*La polizza produce i suoi effetti dalle ore 24 della Data di Decorrenza indicata nel Certificato di Polizza,*

	a condizione che sia stata sottoscritta la Proposta di Assicurazione; siano state esplicate le formalità mediche di ammissione alla Copertura e che gli esiti siano stati valutati positivamente ed accettati dalla Compagnia; - siano state accettate per iscritto dal Contraente e, se dovuto, dall'Assicurato, le eventuali Condizioni Particolari sottoposte dalla Compagnia; sia stato pagato il Premio di perfezionamento. La durata delle Coperture scelte coincide, per ciascun Assicurato, con la durata indicata nel Certificato di Polizza e termina con la data di scadenza indicata sul Certificato di Polizza, fermo restando il rispetto dei limiti di età dell'Assicurato previsti per ciascuna garanzia. *La durata può essere fissata da un minimo di 60 mesi a un massimo di 360 mesi compatibilmente con l'età dell'Assicurato.* *Le Coperture cessano alla scadenza indicata nel contratto di polizza.* *Tuttavia, esse cessano comunque, anche prima della scadenza sopra indicata, alle ore 24 del giorno in cui si verifica il primo tra i seguenti eventi:* *- mancato pagamento dei Premi; - esercizio del diritto di recesso; - per l'Assicurato ammesso alla Copertura nella sua qualità di dirigente, funzionario, socio o legale rappresentante di una persona giuridica, quando cessa di svolgere questa funzione; - per la Copertura per Decesso, al compimento dell'80° anno di vita dell'Assicurato; - per la Copertura I.T.P., al compimento del 65° anno di vita dell' Assicurato; - per la Copertura I.T.T., alla data di inizio del pensionamento volontario ovvero allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta.*
Sospensione	*Se non paghi una sola rata di Premio, trascorsi 30 giorni dalla sua scadenza, le garanzie vengono sospese per un periodo massimo di dodici mesi.* *Entro sei mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, hai il diritto di riattivare le Coperture, previa corresponsione di tutte le rate di Premio arretrate e non pagate, nonché delle eventuali spese di incasso sostenute dalla Compagnia.* *Se sono trascorsi 6 mesi dalla data di scadenza della prima rata di Premio non pagata, puoi richiedere la riattivazione delle sole Coperture Vita. In ogni caso, la riattivazione è sottoposta ad accettazione della Compagnia, la quale, a proprio insindacabile giudizio, potrà richiedere nuovi accertamenti sanitari e rifiutare la riattivazione del Contratto, tenuto conto del loro esito.* *La riattivazione delle Coperture ripristina - **con effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il pagamento dell'intero ammontare dovuto** – l'efficacia delle relative Coperture.*

Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Revoca	*Il Contraente può revocare la proposta fino al momento della conclusione del Contratto, a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviarsi alla Compagnia al seguente recapito: AFI ESCA S.A. - SERVIZIO CLIENTI, Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano, allegando l'originale della Proposta di Assicurazione. Qualora la dichiarazione di revoca della proposta pervenga tempestivamente alla Compagnia, impedendo la conclusione del Contratto, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente gli importi da questi eventualmente già corrisposti, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.*
Recesso	*Il Contraente può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il Contratto si è concluso, dandone comunicazione alla CompagniaLe garanzie cesseranno alla data richiesta dal Contraente o, se precedente, alla data di spedizione della lettera raccomandata del Contraente/ Assicurato.*
Risoluzione	*Trascorsi dodici mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, le Coperture non possono più essere riattivate e il Contratto si intende risolto.*

A chi è rivolto questo prodotto?

Chapeau è rivolto ai Lavoratori Autonomi con un reddito certificabile e ai Lavoratori Dipendenti del settore privato e pubblico (in età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti) che intendono assicurare i rischi Decesso, I.T.P. e I.T.T..

Quali costi devo sostenere?

Sul Premio gravano costi di acquisizione; tali costi costituiscono parte del Premio corrisposto dal Contraente.
In particolare, il costo per l'emissione del Contratto è determinato in misura fissa ed è pari ad Euro 20,00 e l'importo percepito dall'eventuale Intermediario è determinato in misura percentuale fino a un massimo del 50 % del Premio versato al netto delle imposte. Non sono previsti altri costi. Se il Premio è pari ad Euro 100,00 e la remunerazione dell'Intermediario è pari al 15% il costo è pari ad Euro 15,00. Si precisa che i costi degli esami e delle visite mediche sono a carico della Compagnia, nella misura massima di Euro 150,00 e previa presentazione di adeguato giustificativo.

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI x NO

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	*Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei Sinistri devono essere inoltrati per iscritto, ovvero a mezzo posta elettronica a: 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.*

All'IVASS	*In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it* *Le imprese con sede legale in altro Stato membro riportano le informazioni di cui sopra indicando l'Autorità di vigilanza del Paese d'origine competente e le modalità di presentazione dei reclami alla stessa.*

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	*Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98)*
Negoziazione assistita	*Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.*
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	*Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente domicilio in Italia può presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, individuabile accedendo al sito Internet: https://ec.europa.eu/info/file/fin-net-complaint-form_it L'Autorità di Vigilanza del Paese di origine di AFI ESCA è l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito: https://acpr.banque-france.fr/ Resta comunque salva la facoltà di adire direttamente l'Autorità Giudiziaria.*

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	*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.* *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 al Contraente/Assicurato.* *Qualora il Contratto venga stipulato da un soggetto esercente attività d'impresa, in base alla normativa fiscale nazionale, i premi versati sono deducibili dal reddito d'impresa se risulta rispettato il principio di inerenza all'attività stessa (art. 109, c. 5 DPR n. 917/86). La deducibilità dei premi è ammessa anche ai fini della determinazione della base imponibile IRAP.*

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA NÉ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

Condizioni generali di assicurazione

Chapeau

Assicurazione temporanea per il caso morte a capitale decrescente

Glossario

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

Assicurato: la persona fisica sulla cui vita viene stipulato il Contratto di Assicurazione, che può coincidere o no con il Contraente.

Beneficiario: la persona fisica o giuridica designata dal Contraente nella Polizza, alla quale viene erogata la prestazione assicurata (Capitale assicurato) quando si verifica l'evento assicurato.

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

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

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

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

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

Condizioni 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 con la Compagnia e si obbliga a pagare il Premio.

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

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

Data di Decorrenza: la data a decorrere dalla quale le Coperture hanno effetto.

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

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

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

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.

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

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

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

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

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

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

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

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

Premio di Perfezionamento: il premio relativo alla periodicità prescelta sul Modulo di Proposta, ove il Contraente abbia optato per il pagamento di premi periodici.

Questionario Medico (QM)/Questionario Medico Semplificato (QMS): 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.

Rapporto Medico (RM): il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che deve essere compilato e sottoscritto dal medico curante.

Riattivazione: la facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati nel Contratto di Assicurazione, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi.

Ricorrenza annuale: l'anniversario della data di decorrenza 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 del Contraente di richiedere anticipatamente, prima cioè della scadenza del Contratto, la liquidazione della prestazione maturata determinata in base alle condizioni di assicurazione.

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

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

Sinistro: il verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del Contratto di Assicurazione e per il quale viene prestata la garanzia assicurativa ed erogata la relativa prestazione (nella specie, il capitale assicurato), come ad esempio il decesso dell'Assicurato.

Sovrappremio: la maggiorazione di premio richiesto dalla Compagnia per i Contratti di Assicurazione misti o di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizione di salute più gravi di quelle normali anche in relazione all'età (sovrappremio cd. sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (cd. sovrappremio professionale o sportivo).

Chapeau

Assicurazione temporanea per il caso morte a capitale decrescente

Indice

ARTICOLO 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE . . . 1
Art. 1.1 - Prestazioni Assicurative . . . 1
Art. 1.2 - Prestazioni Sottoscrivibili . . . 1
ARTICOLO 2 – CONDIZIONI DI ASSICURABILITA' . . . 1
Art. 2.1 - Persone assicurabili . . . 1
Art. 2.2 - Età al momento della sottoscrizione . . . 1
Art. 2.3 - Residenza dell'Assicurato . . . 1
Art. 2.4 - Modalità di sottoscrizione . . . 1
Art. 2.5 - Ammissione alla Copertura . . . 1
Art. 2.6 - Rifiuto di ammissione alla Copertura o applicazione di Condizioni Particolari . . . 2
ARTICOLO 3 - BENEFICIARI DELLE COPERTURE . . . 2
ARTICOLO 4 - DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO . . . 3
ARTICOLO 5 - CONDIZIONI E PRESTAZIONI RELATIVE ALLE COPERTURE . . . 3
Art 5.1 - Carenza per le Coperture Decesso e Invalidità Totale Permanente . . . 3
Art. 5.2 - A) Prestazione in Caso di Decesso . . . 3
Art. 5.3 - B) Prestazione in Caso di Invalidità Totale e Permanente . . . 3
Art. 5.4 - C) Prestazione in Caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro . . . 4
Art. 5.5 - Regola di rimborso . . . 4
ARTICOLO 6 - ESCLUSIONI . . . 4
Art. 6.1 - Esclusioni comuni a tutte le garanzie . . . 4
Art. 6.2 - Esclusioni riscattabili riguardanti la garanzia Invalidità Totale e Permanente . . . 4
ARTICOLO 7 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E DECORRENZA, DURATA E CESSAZIONE DELLE COPERTURE . . . 5
Art. 7.1 - Conclusione del Contratto . . . 5
Art. 7.2 - Decorrenza della Copertura . . . 5
Art. 7.3 - Durata della Copertura . . . 5
Art. 7.4 - Cessazione della Copertura . . . 5
ARTICOLO 8 - RISCATTO, RIDUZIONE E RELATIVI COSTI . . . 6
ARTICOLO 9 - REVOCA DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE . . . 6
ARTICOLO 10 - DIRITTO DI RECESSO . . . 6
ARTICOLO 11 - SOSPENSIONE DEL CONTRATTO PER MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI E RIATTIVAZIONE . . . 6
ARTICOLO 12 - MODIFICA DELLE GARANZIE . . . 6
ARTICOLO 13 - PREMI . . . 6
Art. 13.1 - Tariffazione . . . 6
Art. 13.2 - Importo e frazionamento . . . 6
Art. 13.3 - Determinazione del Premio . . . 7
Art. 13.4 - Versamento del Premio . . . 7
Art. 13.5 - Costi gravanti sul Premio . . . 7
ARTICOLO 14 - DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI . . . 7
Art. 14.1 - Decesso . . . 7
Art. 14.2 - Invalidità Totale e Permanente . . . 7
Art. 14.3 - Inabilità Totale Temporanea al Lavoro . . . 8
ARTICOLO 15 - LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI . . . 8
ARTICOLO 16 - CESSIONE DEI DIRITTI . . . 8
ARTICOLO 17 - ESTENSIONE TERRITORIALE . . . 8
ARTICOLO 18 - IMPOSTE E TASSE . . . 8
ARTICOLO 19 - SPESE VARIE . . . 8
ARTICOLO 20 - GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE . . . 8
ARTICOLO 21 - COMUNICAZIONI - RICHIESTA DI INFORMAZIONI - PROVA DEL CONTRATTO . . . 8
ARTICOLO 22 - MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL SET INFORMATIVO . . . 9
ARTICOLO 23 - RECLAMI . . . 9
ARTICOLO 24 - PRESCRIZIONE . . . 9
ARTICOLO 25 - CONFLITTO D'INTERESSI . . . 9

Chapeau

Assicurazione temporanea per il caso morte a capitale decrescente

ARTICOLO 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1.1 - Prestazioni assicurative

Il presente Contratto di Assicurazione si riferisce all'offerta congiunta delle Coperture assicurative relative ai casi di Decesso e di Invalidità Totale e Permanente prestate da AFI ESCA S.A. e della Copertura assicurativa relativa al caso di Inabilità Totale e Temporanea prestata da AFI ESCA IARD S.A. Il Contraente, all'atto della sottoscrizione del Modulo di Proposta di Assicurazione, potrà scegliere se abbinare alla Copertura assicurativa per il caso di Decesso, anche la Copertura per il caso di Invalidità Totale e Permanente nonché l'ulteriore Copertura assicurativa relative al ramo danni. In ogni caso, il Contraente non potrà accedere alla Copertura per il caso di Invalidità Totale e Permanente se non ha sottoscritto il Modulo di Proposta di Assicurazione per la Copertura relativa al caso di Decesso né alla Copertura per il ramo danni se non ha sottoscritto il Modulo di Proposta di Assicurazione per la Copertura relativa al caso di Decesso e di Invalidità Totale e Permanente. Le Compagnie si impegnano a corrispondere ai Beneficiari una prestazione in forma di pagamento del capitale assicurato nel caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza prevista nel contratto (la Copertura Decesso o Copertura Principale). In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, è previsto il pagamento ai beneficiari designati dal Contraente del capitale assicurato al momento del decesso, pari al capitale assicurato iniziale indicato in polizza, diminuito di un importo costante sulla base della durata prescelta, per quanti sono i mesi interamente trascorsi dalla data di decorrenza. In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza, il contratto si intenderà estinto, i premi versati resteranno acquisiti dalla Compagnia quale corrispettivo del rischio corso.
Le prestazioni vengono pagate a condizione che il contratto sia in regola con il pagamento dei premi.
Si informa il Contraente che la garanzia è prestata in seguito all'accertamento delle condizioni dello stato di salute dell'Assicurato, in base a quanto previsto nella proposta di assicurazione.
La Compagnia non sarà tenuta a garantire alcuna copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzione, divieto o restrizione in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle sanzioni economiche o commerciali, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, o da altre leggi o regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale. Alla Copertura Principale potrà essere abbinata la prestazione assicurativa indicata al successivo articolo 1.2.

Art. 1.2 - Prestazioni sottoscrivibili

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta di Assicurazione, il Contraente può aderire alla sola offerta obbligatoria di base:
(a) Copertura per il solo caso di Decesso (valida per tutti gli Assicurati); ovvero ad una delle formule congiunte delle seguenti Coperture:
(b) Copertura per il caso di Decesso + Copertura per Invalidità Totale e Permanente (valida per tutti gli Assicurati);
(c) Copertura per il caso di Decesso + Copertura per Invalidità 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) sottoscrivibile solo se la durata delle Garanzie Decesso + ITP sia pari ad almeno 120 mesi.
Le Coperture sono valide e operanti solo se specificatamente indicate nel Certificato di Polizza e nelle sue eventuali successive Appendici.

ARTICOLO 2 - CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Art. 2.1 - Persone assicurabili

Sono assicurabili le persone fisiche anche nella loro qualità di dirigenti, dipendenti di imprese od enti con inquadramento di funzionari o quadri, nonché di soci e/o legali rappresentanti di persone giuridiche.

Art. 2.2 - Età al momento della sottoscrizione

Al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione l'età dell'Assicurato dovrà risultare:
a) nel caso di Copertura per Decesso, superiore ad anni 18 e inferiore ad anni 70;
b) nel caso di Copertura per Invalidità Totale e Permanente, superiore ad anni 18 e inferiore ad anni 65.

Art. 2.3 - Residenza dell'Assicurato

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

Art. 2.4 - Modalità di sottoscrizione

Il Contraente compila e sottoscrive il Modulo di Proposta di Assicurazione allegandovi l'autorizzazione al prelievo automatico accompagnata dagli estremi di un conto bancario intestato a suo nome. Il Modulo di Proposta di Assicurazione dovrà essere sottoscritto anche dall' Assicurato, se diverso dal Contraente. All'atto della sottoscrizione del Modulo di Proposta di Assicurazione il Contraente, se intende accedere alla Prestazione Assicurativa Opzionale, dovrà selezionare la Copertura facoltativa, secondo quanto indicato al precedente articolo 1.2.
L'Assicurato è altresì tenuto ad adempiere alle formalità di cui successivo Art. 2.5 come gli saranno precisate al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta. L'Assicurato, come individuato nel Modulo di Proposta di Assicurazione, deve essere in ogni caso in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui ai precedenti artt. 2.1, 2.2 e 2.3.

Art. 2.5 - Ammissione alla Copertura

È ammissibile alla Copertura il Contraente che abbia sottoscritto, unitamente all'Assicurato, se diverso dal Contraente, il Modulo di Proposta di Assicurazione.
Al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta di Assicurazione, l'Assicurato dovrà inoltre, in funzione della propria età e del capitale assicurato, procedere così come indicato nella tabella assuntiva riportata nella pagina seguente:
a) compilare il Questionario Medico Semplificato (QMS);
b) compilare il Questionario Medico (QM) in caso di risposta

TAVOLE DI RIFERIMENTO

TAVOLA DELLE FORMALITÀ MEDICHE (in vigore al 01/06/2019)		
	Età	
Capitale da assicurare	Fino a 59 anni alla sottoscrizione	60-70
fino a 300.000 €	A	C
da 300.001 € a 500.000 €	D	D
da 500.001 € a 2.500.000 €	E	Consultare la Compagnia
oltre 2.500.000 €	Consultare la Compagnia	

	Questionario Medico Semplificato	Quest. Medico (in caso di "sì" al QMS	Rapp. visita medica + Esame urine	Profilo Ematico	ECG a riposo	Rapp. finanz. conf.	*PSA per gli uomini
A							
B							
C							
D							≥45 anni
E							≥45 anni

Profilo ematico con i seguenti esami, nessuno escluso:
Emocromo con formula, VES, Conteggio Piastrine, Glicemia, Trigliceridi, Colesterolo Totale, HDL, LDL, Azotemia, Creatinina, Gamma GT, Transaminasi (ASAT, ALAT), Test HIV, Antigene HBS e HCV.

*** In caso di sottoscrizione i costi degli esami e delle visite mediche sono a carico della Compagnia nella misura massima di Euro 150,00 previa presentazione di adeguato giustificativo.**

affermativa anche a una sola domanda del QMS;
(c) fornire il Rapporto Medico (RM) ed altri eventuali esami medici richiesti dalla Compagnia.
Relativamente alla modalità di cui al precedente punto a), nel caso in l'Assicurato non ritenga di poter sottoscrivere il QMS, dovrà provvedere alla compilazione del QM (modalità b)). Il Profilo Ematico deve prevedere i seguenti esami, nessuno escluso: Emocromo con formula, VES, Conteggio Piastrine, Glicemia, Trigliceridi, Colesterolo Totale, HDL, LDL, Azotemia, Creatinina, Gamma GT, Transaminasi (ASAT, ALAT), Test HIV, Antigene HBS e HCV.

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

Nel caso in cui dalla documentazione, anche sanitaria, consegnata alla Compagnia emergano fattori di rischio di particolare rilievo, la Compagnia, entro 45 (quarantacinque) giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Proposta di Assicurazione, può rifiutare l'assunzione del rischio ovvero stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio che prevedano l'applicazione di eventuali sovrappremi o l'esclusione di particolari rischi dandone comunicazione al Contraente e all'Assicurato (se diverso dal Contraente). Nel caso in cui la Compagnia sottoponga specifiche Condizioni Particolari (es. sovrappremi, esclusioni di particolari rischi, ecc.), il Contratto di Assicurazione si perfezionerà soltanto con la sottoscrizione, per accettazione, delle Condizioni Particolari da parte del Contraente e/o, ove dovuto, dell'Assicurato. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell' Assicurato rese al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta di Assicurazione relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio assunto dalla Compagnia, o comunque tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto l'esatto stato delle cose, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle Prestazioni Assicurate e, quindi, al Capitale Assicurato, nonché la cessazione delle Coperture ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 del codice civile.
Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute dell'Assicurato che, richieste dalla Compagnia all'atto di sottoscrizione del Modulo di Proposta di Assicurazione, devono corrispondere a verità ed esattezza.
Qualora tra il momento del rilascio delle informazioni inerenti lo stato di salute dell'Assicurato e la Data di Decorrenza intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute, l'Assicurato deve darne sollecita comunicazione alla Compagnia al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione alle Coperture di cui all'art. 2.5 e la conseguente determinazione delle nuove condizioni per l'ammissione alle Coperture medesime; la mancata comunicazione alla Compagnia comporta la perdita totale o parziale del diritto alle Prestazioni Assicurate e, quindi, al Capitale assicurato, nonché la cessazione delle Coperture ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile.
I costi degli esami e delle visite mediche sono a carico della Compagnia nella misura massima di Euro 150,00 previa presentazione di adeguato giustificativo.

ARTICOLO 3 - BENEFICIARI DELLE COPERTURE

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare e modificare tale designazione. La designazione di beneficio e le eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o disposte per testamento. La designazione dei Beneficiari non può essere revocata nei seguenti casi:

- dopo che il Contraente e i Beneficiari abbiano dichiarato per iscritto alla Compagnia, rispettivamente, la rinuncia al potere di Revoca e l'accettazione del Beneficio;
- dopo che si sia verificato l'evento che fa sorgere l'obbligo in capo alla Compagnia di eseguire la prestazione assicurata;

• dopo che i Beneficiari abbiano comunicato per iscritto al Contraente di volersi avvalere del Beneficio.
In tali casi le operazioni di Recesso, pegno e vincolo di polizza, richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.
I Beneficiari acquistano per effetto della designazione un diritto proprio ai vantaggi dell'Assicurazione (art. 1920 c.c.). In particolare, le somme loro corrisposte a seguito del decesso dell' Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

ARTICOLO 4 - DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato, rese al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, 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 allo stato di salute dell'Assicurato che, richieste dalla Compagnia all'atto di sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, devono corrispondere a verità ed esattezza. Qualora tra il momento del rilascio delle informazioni inerenti allo 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. 2.6, 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 5 - CONDIZIONI E PRESTAZIONI RELATIVE ALLE COPERTURE

Il Contratto di Assicurazione prevede le seguenti prestazioni assicurative:
A. prestazione in caso di Decesso;
B. prestazione in caso di Invalidità Totale e Permanente (opzionale);
C. prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale (valida solo per i Lavoratori Autonomi e i Dipendenti del settore privato e pubblico).
Le garanzie sono prestate nei limiti delle Esclusioni, comuni e specifiche, di cui all'Art. 6 che segue.
L'Assicurato dovrà leggere attentamente le raccomandazioni e le avvertenze contenute nella Proposta di Assicurazione relative alla compilazione del questionario sanitario.

Art. 5.1 - Carenza per le Coperture Decesso e Invalidità Totale Permanente

L'immediata copertura assicurativa è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto alla visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Compagnia.
Nel caso in cui l'Assicurato decida di non sottoporsi alla visita medica (e sempreché la Compagnia non ritenga indispensabile la sottoposizione dello stesso agli accertamenti sanitari), viene applicato un periodo di carenza di 6 mesi dalla data di perfezionamento del Contratto, durante il quale l'assicurazione resta sospesa. Nel caso in cui l'evento assicurato - Decesso o Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato - si verifichi durante detto periodo di carenza la Compagnia non è tenuta al pagamento del Capitale assicurato ma si limita a restituire i premi versati al netto delle 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;
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.
Nel caso in cui l'Assicurato non si sia sottoposto a visita medica ovvero non abbia aderito alla richiesta della Compagnia di eseguire gli esami clinici necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o sieropositività, rimane convenuto che qualora il Decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dal perfezionamento del Contratto e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS, ovvero ad altra patologia ad essa collegata, la Compagnia non è tenuta al pagamento del capitale assicurato. In suo luogo, purché comunque il Contratto risulti al corrente con il pagamento dei premi, la Compagnia sarà tenuta unicamente a corrispondere una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto dei costi accessori. Per i Contratti ove è previsto che l'Assicurato si sia sottoposto alla visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Compagnia (come previsto dall' art. 2.5), la copertura assicurativa è immediatamente operante.

Art. 5.2 - A) Prestazione in Caso di Decesso

Assicurati garantiti
La garanzia si applica a tutti gli Assicurati.
Rischio assicurato
Il rischio coperto è il Decesso qualunque possa esserne la causa.
Prestazione assicurativa
La Compagnia si impegna a corrispondere un capitale in caso di decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale.
L'ammontare del capitale assicurato, che deve essere almeno pari a 10.000,00 Euro, viene indicato nel documento di polizza.
In caso di decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, è previsto il pagamento ai beneficiari designati dal Contraente del capitale assicurato al momento del decesso, pari al capitale assicurato iniziale indicato in polizza, diminuito di un importo costante sulla base della durata prescelta, per quanti sono i mesi interamente trascorsi dalla data di decorrenza.
La presente garanzia viene prestata senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, fatte salve le esclusioni di cui all'art. 6.1 che segue, che possono comportare la riduzione o il venir meno della Copertura. In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del Contratto, la Compagnia non è soggetta ad alcun obbligo e i Premi versati resteranno acquisiti da quest'ultima.

Art. 5.3 - 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

La Compagnia si impegna a corrispondere un capitale in caso di Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale. L'ammontare del capitale assicurato, che deve essere almeno pari a 10.000,00 Euro, viene indicato nel documento di polizza. In caso di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato, riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica nel corso della durata contrattuale, è previsto il pagamento all'Assicurato del capitale assicurato calcolato alla data del sinistro che ha dato origine alla prestazione. Il capitale viene determinato calcolando il capitale assicurato iniziale indicato in polizza, diminuito di un importo costante sulla base della durata prescelta, per quanti sono i mesi interamente trascorsi dalla data di decorrenza.

La presente garanzia viene prestata:

• senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, fatte salve le esclusioni specifiche di cui agli artt. 6.1 e 6.2 che seguono, e che possono comportare la riduzione o il venire meno della Copertura;

• fino allo scadere del mese solare di compimento del 65°anno di vita dell'Assicurato.

Eseguito il pagamento del capitale assicurato la garanzia si estingue e nulla è dovuto per il caso di successiva morte dell'Assicurato.

Art. 5.4 - C) Prestazione in Caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro

Assicurati garantiti

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

Rischio assicurato

Il rischio coperto è l'Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio 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 negli 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 al calcolo del capitale assicurato iniziale diviso i mesi di durata del contratto nei limiti di cui al successivo art. 6.3, 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. 7.

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

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

• ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni,

• ad un periodo di Carenza di 90 gg.

La presente garanzia viene prestata:

• senza limiti territoriali salvo le esclusioni specifiche previste agli artt. 6.1 e 6.3 che seguono e che possono comportare la riduzione o il venire meno della Copertura;

• fino alla data di inizio del pensionamento volontario dell' Assicurato, ovvero allo scadere della durata massima del Contratto determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta, come da tabella allegata all'art. 7.

Art. 5.5 - Regola di rimborso

Nel caso di Sinistro relativo a Inabilità Temporanea Totale al Lavoro, la somma mensile che sarà liquidata dalla Compagnia non potrà superare il limite di Euro 2.000,00.

ARTICOLO 6 - ESCLUSIONI

Art. 6.1 - Esclusioni comuni a tutte le garanzie

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 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 eccezion fatta, in ogni caso, per i Sinistri verificatisi nei primi 14 giorni dall' inizio degli eventi bellici, se ed in quanto l'Assicurato sia già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;

• Sinistri conseguenti a movimenti popolari, risse, crimini, delitti, atti di terrorismo, a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, salvo i casi di legittima difesa;

• Sinistri conseguenti ad incidente aereo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota privo di brevetto idoneo, ovvero Sinistri che siano conseguenza diretta della pratica di attività sportive professionistiche o di sport aerei in genere;

• Sinistri conseguenti alla partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;

• guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;

• Sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni, emanazioni di calore, inalazioni, radiazioni, se provenienti dalla modifica della struttura atomica;

• Infortuni, Malattie, invalidità e infermità causati da operazioni di carattere estetico, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti a Malattia o Infortunio indennizzabili nei termini del Contratto;

• affezioni o Infortuni accertati da un punto di vista medico a una data anteriore rispetto alla Data di Decorrenza. I seguiti e le conseguenze delle affezioni e degli Infortuni dichiarati alla Compagnia sono comunque garantiti, tranne se oggetto di un'

Esclusione;
• Malattia consistente in sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate, se il decesso avviene entro i primi 5 anni dalla data di conclusione del Contratto.

Art. 6.2 - Esclusioni riscattabili riguardanti la garanzia Invalidità Totale e Permanente
I rischi elencati di seguito possono essere oggetto di Copertura, in qualsiasi momento, su richiesta del Contraente, previa determinazione di un'adeguata tariffa, alle condizioni previste nella Proposta di Assicurazione o dalle relative Condizioni Particolari qualora l'Assicurato pratichi i seguenti sport:
• bungee jumping, base jump, paracadutismo;
• canyoning, rafting, kite surf;
• speleologia;
• sport da combattimento (tranne se praticati in club o con licenza);
• sci fuori pista, sci acrobatico, salti dal trampolino con sci o idroscì, bobsleigh;
• alpinismo, scalata e trekking in montagna con accesso ai ghiacciai, downhill;
• immersioni oltre 20 m di profondità e speleosubacquea;
• pratica di qualsiasi sport a titolo professionale o con contratto remunerato;
• gare sportive (compresi gli allenamenti e le prove che le precedono) che richiedono l'utilizzo di animali, veicoli (con o senza motore) o imbarcazioni a motore;
• le Esclusioni menzionate agli artt. 6.1 e 6.2.
Inoltre, non sono considerati Infortunio o Malattia le seguenti circostanze:
• lo stato di gravidanza;
• le cure termali o di disintossicazione;
• le fibrositi e la stanchezza cronica;
• le malattie psichiche con sindromi di tipo ansioso-depressivo, nevrotico, psicotico, neuropsichico o neuropsichiatrico, così come i loro seguiti e conseguenze, salvo in caso di ricovero ospedaliero in reparto psichiatrico di una durata superiore a 15 giorni consecutivi.

ARTICOLO 7 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E DECORRENZA, DURATA E CESSAZIONE DELLE COPERTURE

Art. 7.1 - Conclusione del Contratto
Il Contratto di Assicurazione si conclude alla data in cui il Contraente riceve dalla Compagnia il Certificato di Polizza, nel quale sono indicate le Prestazioni Assicurate, l'importo del capitale assicurato, la durata delle Garanzie, le eventuali Condizioni Particolari accettate dal Contraente e, se dovuto, dall' Assicurato, e i Beneficiari designati. Qualora la Compagnia si riservi di accettare il rischio subordinatamente al pagamento di un sovrappremio e/o all'esclusione di alcune garanzie o rischi o, più in generale, all'accettazione da parte del Contraente di specifiche Condizioni Particolari, la Compagnia ne dà comunicazione al Contraente e all'Assicurato, affinché ne ottenga il relativo consenso scritto. In tal caso il Certificato di Polizza sarà consegnato al Contraente soltanto dopo che la Compagnia abbia ricevuto le Condizioni Particolari sottoscritte dal Contraente e, se dovuto, dall'Assicurato.
Il Contraente è tenuto a restituire alla Compagnia la copia firmata del Certificato di Polizza, che riporta anche le eventuali Condizioni Particolari. La mancata restituzione del Certificato di Polizza non condiziona comunque né la validità del Contratto né la Data di Decorrenza.
La mancata sottoscrizione del Certificato di Polizza da parte del Contraente, non potrà essere opposta alla Compagnia in caso di controversia sulle garanzie prestate o sulle somme assicurate o sul loro limite, purché la Compagnia abbia adempiuto a quanto richiesto dall'art. 2.5. Se la Compagnia rifiuta il rischio, ne dà comunicazione al Contraente e, se dovuto, all'Assicurato, tramite lettera raccomandata A.R. e rimborsa al Contraente gli eventuali premi versati al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta di Assicurazione.

Art. 7.2- Decorrenza della Copertura
La Copertura decorre dalle ore 24 della Data di Decorrenza indicata nel Certificato di Polizza, sempre a condizione che:
- sia stata sottoscritta la Proposta di Assicurazione;
- siano state esplicate le formalità mediche di ammissione alla Copertura e che gli esiti siano stati valutati positivamente ed accettati dalla Compagnia;
- siano state accettate per iscritto dal Contraente e, se dovuto, dall'Assicurato, le eventuali Condizioni Particolari sottoposte dalla Compagnia;
- sia stato pagato il Premio di perfezionamento.

Art. 7.3 - Durata della Copertura
La durata delle Coperture coincide, per ciascun Assicurato, con la durata indicata nel Certificato di Polizza e termina con la data di scadenza indicata sul Certificato di Polizza, fermo restando il rispetto dei limiti di età dell'Assicurato indicati per ciascuna garanzia all'art. 7.4 che segue. La durata può essere fissata da un minimo di 60 mesi a un massimo di 360 mesi compatibilmente con l'età dell'Assicurato che alla sottoscrizione del Modulo di Proposta di Assicurazione deve essere almeno pari a 18 anni e alla scadenza del Contratto di Assicurazione non può essere superiore a 80 anni.
La durata delle coperture e la loro data di scadenza sono valide solo se specificatamente indicate nel Certificato di Polizza e nelle sue eventuali successive Appendici.

Art. 7.4 - Cessazione della Copertura
Nell'ipotesi in cui le Coperture cessino a seguito della cessazione del rapporto di lavoro con l'Assicurato, ovvero nel momento in cui l'Assicurato non è più socio e/o legale rappresentante del Contraente, la Compagnia rimborserà al Contraente la parte di Premio non goduto. La Copertura cessa alla scadenza indicata nel contratto di polizza. 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:
- mancato pagamento dei Premi, ai sensi dell'art. 1924 del codice civile e secondo quanto disposto dal successivo art. 11;
- esercizio del diritto di recesso, come disciplinato dal successivo art. 10;
- per l'Assicurato ammesso alla Copertura nella sua qualità di dirigente, funzionario, socio o legale rappresentante di una persona giuridica, quando cessa di svolgere questa funzione;
- per la Copertura per Decesso, al compimento dell'80° 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 della Proposta, come indicato nella tabella sottostante.

ETÀ ALLA SOTTOSCRIZIONE	DURATA MASSIMA GARANZIA ITT IN ANNI
da 18 a 35 anni	30
36	29
37	28
38	27
39	26
40	25
41	24
42	23
43	22
44	21
45	20
46	19
47	18
48	17
49	16
50	15
51	14
52	13
53	12
54	11
55	10
56	9
57	8
58	7
59	6
60	5
61	4
62	3
63	2
64	1

ARTICOLO 8 - RISCATTO, RIDUZIONE E RELATIVI COSTI

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

ARTICOLO 9 - REVOCA DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

Il Contraente può revocare la proposta contrattuale ai sensi dell'art. 176 del Codice delle Assicurazioni Private fino al momento della conclusione del Contratto, come determinato ai sensi del precedente art. 7.1. La revoca deve essere esercitata a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviarsi alla Compagnia al seguente recapito: AFI ESCA S.A. - SERVIZIO CLIENTI, Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano, allegando l'originale della Proposta di Assicurazione. Qualora la dichiarazione di revoca della proposta pervenga tempestivamente alla Compagnia, impedendo la conclusione del Contratto, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente i premi da questi eventualmente già corrisposti, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.

ARTICOLO 10 - DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 30 (trenta giorni dalla data di conclusione del Contratto di Assicurazione come determinata ai sensi del precedente art. 7.1, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviare a: AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano, accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità. Le garanzie cesseranno alla data richiesta dal Contraente o, se precedente, alla data di spedizione della lettera raccomandata del Contraente. La Compagnia, entro il termine di trenta giorni dal ricevimento della dichiarazione di recesso, ha l'obbligo di restituire al Contraente il Premio, al netto delle spese mediche eventualmente già rimborsate al Contraente, delle spese di emissione del Contratto sostenute - che si quantificano preventivamente in € 20,00 - e della quota parte di Premio relativa al periodo in cui il Contratto ha avuto effetto.

Si precisa che, laddove nelle more dell'esercizio del diritto di recesso si verifichi un Sinistro oggetto delle Coperture e il Beneficiario dichiari per iscritto alla Compagnia di voler profittare della Prestazione Assicurativa, il diritto del Beneficiario si intenderà prevalente rispetto al diritto di recesso esercitato dal Contraente.

ARTICOLO 11 - RISOLUZIONE DEL CONTRATTO PER MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI E RIATTIVAZIONE

Il mancato pagamento anche di una sola rata di Premio determina, trascorsi 30 giorni dalla sua scadenza, la sospensione dell'assicurazione e quindi delle Coperture, per un periodo massimo di dodici mesi decorrenti dalla scadenza del Premio o della rata di Premio, qualunque sia il numero e gli importi dei Premi già versati alla Compagnia che restano comunque definitivamente acquisiti dalla Compagnia medesima. A giustificazione del mancato pagamento del Premio il Contraente non può, in alcun caso, opporre alla Compagnia il mancato ricevimento degli avvisi di scadenza né la mancata riscossione dell'incasso al proprio domicilio.

Entro sei mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata, il Contraente ha il diritto di riattivare il Contratto, e di conseguenza, le Coperture, previa corresponsione di tutte le rate di Premio arretrate e non pagate, aumentate degli interessi legali calcolati per il periodo intercorso tra la data di scadenza di ogni singola rata di Premio arretrata e quella della riattivazione, nonché delle eventuali spese di incasso sostenute dalla Compagnia. Trascorsi 6 mesi dalla data di scadenza della prima rata di Premio non pagata, la riattivazione può avere luogo solo dietro espressa richiesta scritta del Contraente ed accettazione scritta, a proprio insindacabile giudizio, della Compagnia, che potrà richiedere nuovi accertamenti sanitari e rifiutare la riattivazione del Contratto, tenuto conto del loro esito.

La riattivazione del Contratto ripristina - con effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il pagamento dell'intero ammontare dovuto – l'efficacia del Contratto e delle relative Coperture: l'eventuale Sinistro accaduto nel periodo di sospensione non è, pertanto, indennizzabile dalla Compagnia. Qualora si verifichi il Sinistro durante la prima annualità assicurativa ed il relativo Premio non sia stato corrisposto per intero, la liquidazione dell'indennizzo avverrà solo previo pagamento della parte di Premio non corrisposta, da parte degli eredi legittimi e/o testamentari eventualmente designati Beneficiari

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

ARTICOLO 12 - MODIFICA DELLE GARANZIE

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

ARTICOLO 13 - PREMI

Art. 13.1 - Tariffazione

La tariffa applicata è definita in base alle informazioni contenute nella Proposta di Assicurazione. Essa si basa in particolare:

- sull'età dell'Assicurato che viene calcolata per differenza tra il millesimo dell'anno in corso e il millesimo dell'anno di nascita;
- sull'importo del capitale assicurato iniziale prescelto dal Contraente;
- sulla durata contrattuale;
- sulla condizione di fumatore o non fumatore dell'Assicurato.

Art. 13.2- Importo e frazionamento

Le prestazioni assicurative garantite dalla Compagnia in forza del presente Contratto di Assicurazione sono riconosciute a fronte del pagamento, da parte del Contraente, di un Premio periodico annuo di importo costante per cui l'importo annuo di premio rimane invariato per tutta la durata contrattuale.
Il Premio può essere corrisposto in rate annuali, semestrali, trimestrali o mensili.
Il frazionamento non implica spese aggiuntive, fatte salve le spese bancarie non direttamente riconducibili alla Compagnia.
Nel caso il frazionamento scelto dal Contraente comporti un Premio uguale o inferiore a 30,00 €, sarà applicato il frazionamento immediatamente inferiore. Ad esempio: in caso di importo del Premio trimestrale pari a 30,00 €, il Contratto potrà avere un frazionamento al massimo semestrale, con Premio semestrale pari a 60,00 €.

Art. 13.3 - Determinazione del Premio

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

- all'importo del capitale assicurato richiesto dal Contraente;
- alla durata contrattuale;
- all'Età Assicurativa dell'Assicurato alla Data di Decorrenza;
- allo stato di salute dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione;
- all'attività professionale dell'Assicurato;
- alle attività sportive dell'Assicurato;
- alle abitudini di vita dell'Assicurato (stato di fumatore/non fumatore). L'Assicurato è definito non fumatore se dichiara di non aver mai fumato nel corso dei 24 mesi precedenti e di non aver dovuto smettere di fumare su consiglio medico. È definito fumatore se non rilascia tale dichiarazione.

Art. 13.4 - Versamento del Premio

Il Premio di Perfezionamento dev'essere versato mediante bonifico bancario intestato a AFI ESCA S.A., ovvero tramite addebito SDD Core sul conto corrente del Contraente.

I premi periodici diversi dal Premio di Perfezionamento devono essere versati esclusivamente mediante procedura di addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente. Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento, fa fede la documentazione contabile del relativo istituto di credito. In caso di successiva chiusura del conto corrente il Contraente dovrà rivolgersi alla Compagnia per concordare una diversa modalità di pagamento.

Art.13.5 - Costi gravanti sul Premio

Sul Premio gravano costi di acquisizione, tali costi costituiscono parte del Premio corrisposto dal Contraente.
In particolare, il costo per l'emissione del Contratto è determinato in misura fissa ed è pari ad Euro 20,00 e l'importo percepito dall'eventuale Intermediario è determinato in misura percentuale fino a un massimo del 50 per cento del Premio versato al netto delle imposte.
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 14 - 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. - UFFI-CIO SINISTRI - Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano, e comunque non oltre il termine di 30 giorni dal verificarsi del Sinistro.
Gli aventi diritto possono chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al seguente numero 02.58.32.48.45.
Gli aventi diritto dovranno consegnare alla Compagnia tutta la documentazione richiesta da quest'ultima, necessaria e sufficiente a verificare il diritto alla Prestazione Assicurata. In ogni caso, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o la documentazione necessaria per una corretta valutazione del Sinistro. Gli aventi diritto devono inoltre sciogliere da qualsiasi obbligo di riservatezza i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi anche ad opera di consulenti medici di fiducia della Compagnia. Le spese relative agli accertamenti medici sono a carico degli aventi diritto alla Prestazione Assicurata.
I documenti necessari da consegnare alla Compagnia (salvo eventuali integrazioni richieste dalla Compagnia stessa) sono di seguito dettagliati per ogni singola Copertura.

Art. 14.1 - Decesso

- copia di un documento di identità e del codice fiscale dell' Assicurato;
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà del Contraente (solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica);
- decreto di nomina del legale rappresentante del Contraente (solo nel caso in cui sia variato rispetto a quello riportato sulla Proposta di Assicurazione e solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica);
- comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto);
- certificato di morte;
- atto sostitutivo di notorietà che indica gli eredi/testamento;

- certificato medico che precisi le esatte cause del Decesso, se del caso completo di anamnesi patologica con particolare riferimento alla patologia che ha causato il Decesso e, in caso di Decesso a seguito di ricovero, copia della cartella clinica;
- in caso di Decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- copia del referto autoptico e tossicologico, se è stata effettuata l'autopsia;
- in caso di morte violenta (suicidio, omicidio) occorre copia del verbale dell'Autorità di P.S. o Giudiziaria, da cui si possano rilevare le circostanze del Decesso e il decreto di archiviazione emesso da un'Autorità competente;
- dichiarazione sottoscritta dagli aventi causa con il codice IBAN sul quale accreditare l'importo dell'Indennizzo;
- copia del documento di identità e del codice fiscale di ciascun beneficiario;
- in caso di eredi minori o incapaci, autorizzazione del Giudice Tutelare alla riscossione del Capitale Assicurato da parte del Tutore;
- Benestare dell'eventuale creditore vincolatario o pignoratizio, in difetto del quale, il pagamento sarà effettuato al detto creditore.

Art. 14.2 - Invalidità Totale e Permanente

- copia di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del legale rappresentante del Contraente (solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica);
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà del Contraente (solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica);
- decreto di nomina del legale rappresentante del Contraente (solo nel caso in cui sia variato rispetto a quello riportato sulla Proposta di Assicurazione e solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica);
- 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;
- 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 dal Contraente (solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica)/ dall'Assicurato con il codice IBAN sul quale accreditare l'importo dell'Indennizzo.

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.

Art. 14.3 - Inabilità Totale Temporanea al Lavoro

- copia di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del legale rappresentante del Contraente (solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica);
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà del Contraente (solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica);
- decreto di nomina del legale rappresentante del Contraente (solo nel caso in cui sia variato rispetto a quello riportato sulla Proposta di Assicurazione e solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica);
- 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 dal Contraente (solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica)/ 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.

ARTICOLO 15 - LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

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

ARTICOLO 16 - CESSIONE DEI DIRITTI

Il Contraente può cedere ad altri il Contratto, così come può costituirlo in pegno o comunque vincolare le somme assicurate. Tali atti diventano efficaci solo nel momento in cui la Compagnia ne faccia annotazione sul documento di polizza o su apposita appendice, che diviene parte integrante del contratto.

ARTICOLO 17 - ESTENSIONE TERRITORIALE

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

ARTICOLO 18 - IMPOSTE E TASSE

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

ARTICOLO 19 - SPESE VARIE

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

ARTICOLO 20 - GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE

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

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione o interpretazione del presente Contratto è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento, se obbligatorio per legge, del

tentativo di mediazione ex art. 5 del D.Lgs. 28/2010 e successive modifiche ed integrazioni, deferendo la controversia esclusivamente ad organismo di mediazione abilitato. Resta in ogni caso inteso che nel caso sia 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. Al presente contratto, si applica la legge italiana.

ARTICOLO 21 - COMUNICAZIONI - RICHIESTA DI INFORMAZIONI - PROVA DEL CONTRATTO

Fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 23 (Reclami), tutte le comunicazioni da parte del Contraente/Assicurato alla Compagnia dovranno pervenire a mezzo lettera raccomandata A.R. indirizzo: AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano - mail: informazioni@afi-esca.com - Telefono: + 39 02.58.32.48.45 ovvero direttamente all'Intermediario che ha distribuito il Contratto, nel caso in cui questi sia stato abilitato al ricevimento delle comunicazioni da parte della Compagnia. Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dal Contraente/Assicurato.
La Compagnia fornisce riscontro scritto ad ogni comunicazione e/o richiesta di informazioni presentata dal Contraente/Assicurato o dagli aventi diritto in merito all'evoluzione del rapporto assicurativo e alle modalità di determinazione della prestazione assicurativa. Al fine di ottemperare al meglio alle procedure interne di riscontro, il Contraente/Assicurato o gli aventi diritto dovranno inserire sul plico la seguente indicazione: "Oggetto: Richiesta di informazioni".
Il Contratto è costituito esclusivamente dalle presenti Condizioni Generali di Assicurazione, dal Certificato di Polizza e dalle sue Appendici.

ARTICOLO 22 - MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL SET INFORMATIVO

La Compagnia si impegna a comunicare al Contraente eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Set 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 23 - 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 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

Resta comunque salva la facoltà di adire direttamente l'Autorità Giudiziaria 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, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto).

Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'autorità giudiziaria. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente domicilio in Italia può presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, individuabile accedendo al sito Internet: https://ec.europa.eu/info/file/fin-net-complaint-form_it .
L'IVASS, ricevuto il reclamo, e accertata la presenza di un sistema estero competente, lo inoltra senza ritardo a tale sistema, dandone notizia al reclamante. L'Autorità di Vigilanza del Paese di origine di AFI ESCA è l'ACPR (Autorité de Controle Prudentiel et de Résolution) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito: https://acpr.banque-france.fr/.

ARTICOLO 24 - PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'art. 2952 del codice civile, i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto. Decorso inutilmente il predetto termine, la Compagnia verserà la somma non reclamata al fondo appositamente istituito dal Ministero dell'Economia e della Finanza, secondo quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modifiche e integrazioni.

ARTICOLO 25 - CONFLITTO D'INTERESSI

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

I dati contenuti nelle Condizioni Generali di Assicurazione sono stati aggiornati in data 01.05.2022.

Chapeau

Assicurazione temporanea per il caso morte a capitale decrescente

Informativa per il Trattamento dei dati personali

La presente per informarLa che presso la nostra azienda viene effettuato il trattamento dei Suoi dati personali nel pieno rispetto della vigente normativa nazionale dell'Unione Europea in materia di trattamento dei dati personali.
Ai sensi dell'art. 13 e 14 del REGOLAMENTO UE 2016/679 la informiamo che:

1. Titolare del Trattamento è AFI ESCA S.A. RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede Legale in 2, Quai Klèber, 67000 Strasburgo, Telefono: 02 58.32.48.45 - E-Mail: informazioni@afi-esca.com;

2. Referente Interno del trattamento è Pierfrancesco Basilico, Telefono: 02 58.32.48.45 – Mail: P.BASILICO@afi-esca.com;

3. Responsabile della Protezione del trattamento dei dati (cd. Data Protection Officer) Gruppo Burrus, M. Santiago Valls – Sede: 2, Quai Klèber 67008 Strasburgo Cedex – Mail: dpo@groupe-burrus.tech;

4. Finalità del trattamento: i dati personali vengono trattati nell'ambito della normale attività dell'impresa secondo le seguenti finalità:
a) Finalità dirette esclusivamente all'assolvimento degli obblighi contrattuali o per l'acquisizione di informative precontrattuali, nonché per informazioni relative a richieste dell'interessato di forniture e servizi.
b) Finalità connesse agli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa comunitaria nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate e da organi di vigilanza e controllo, nonché agli obblighi in materia fiscale e contabile;
c) Per attività funzionali all'attività della Società, eseguite direttamente o per il tramite di terzi, quali:

- rilevazione del grado di comprensione della clientela sulla qualità dei prodotti offerti, servizi resi e sull'attività;
- promozione e vendita di prodotti e servizi intermediati dalla Società, effettuata mediante lettere, telefono, invio di materiale pubblicitario, sistemi automatizzati, ecc.;
- indagini di mercato ed elaborazioni statistiche.

d) Categoria di dati raccolti: I dati raccolti rientrano nella categoria dei dati personali identificativi (anagrafica, codice fiscale o Partita IVA, estremi di documenti di identificazione, telefono) strettamente connessi e strumentali alla gestione dei rapporti con clienti e fornitori (ad esempio acquisizione di informazioni preliminari alla conclusione di un contratto, esecuzione di operazioni sulla base degli obblighi derivanti dal contratto concluso, assolvimento degli obblighi fiscali e contabili, ecc...).
E' inoltre inclusa la categoria dei dati particolari, di cui all'art. 9 del Reg. UE 2016/679, esclusivamente per l'espletamento degli obblighi di legge.

e) Modalità di trattamento dei dati: Il trattamento dei dati avviene mediante strumenti cartacei, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi. In particolare la informiamo che i suoi dati sono:
• trattati in modo lecito, corretto e trasparente;
• raccolti per le finalità sopra determinate, esplicite e legittime, e successivamente trattati in modo che non sia incompatibile con tali finalità;
• adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali sono trattati («minimizzazione dei dati»);
• esatti e, se necessario, aggiornati, cancellati e/o rettificati;
• conservati in una forma che consenta la sua identificazione per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati;
trattati in maniera da garantire un'adeguata sicurezza dei dati personali, compresa la protezione, mediante misure tecniche e organizzative adeguate, da trattamenti non autorizzati o illeciti e dalla perdita, dalla distruzione o dal danno accidentale).

7. Comunicazione dei dati: Per il perseguimento delle finalità indicate al punto 4, i Suoi dati potranno essere comunicati a società che effettuano l'acquisizione, la registrazione e il trattamento di dati contenuti in documenti o supporti per svolgere testi e capitolati, convenzioni; legali; progettisti; società tra le quali, quelle per l'informatica, per consentire la gestione degli strumenti elettronici, per le procedure di archiviazione, per la stampa della corrispondenza e per la gestione della posta in arrivo e in partenza; società preposte al controllo delle frodi, al recupero crediti e la rilevazione di rischi creditizi e di insolvenze; a Pubbliche Amministrazioni, ai sensi di legge; a tutti quei soggetti che svolgono servizi bancari, finanziari ed assicurativi; società di servizi per la gestione del sistema informativo dell'azienda; società che svolgono attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni; studi o società nell'ambito di rapporti di assistenza e consulenza; Organismo di Vigilanza; enti certificatori del Sistema di qualità; Collegio sindacale; soggetti che svolgono adempimenti di controllo, revisione e certificazione delle attività svolte dall'azienda; soggetti ai quali la comunicazione risulti necessaria o funzionale al corretto adempimento degli obblighi contrattuali assunti, nonché degli obblighi derivanti dalla legge o che hanno accesso ai dati personali in forza di provvedimenti normativi o amministrativi; studi commercialisti e stazioni appaltanti. L'elenco completo dei responsabili è comunque disponibile presso la sede dell'azienda e per reperirlo è sufficiente rivolgersi al Titolare sopra indicato.

8. Diffusione dei dati: I vs. dati personali, per i quali l'interessato ha facoltà di manifestare o meno il consenso, potranno essere trattati anche da parte di soggetti terzi, ai fini di promozioni commerciali, ricerche di mercato, attività di Marketing ed offerte di prodotto e servizi.

9. Trasferimento all'estero: I suoi dati potranno essere trasferiti in paesi extra-UE esclusivamente nel caso in cui questi ultimi rientrino in una decisione di adeguatezza della Commissione Europea ai sensi dell'articolo 45 del Regolamento

Europeo; potranno altresì essere trasferiti fuori dal territorio nazionale in forza di possibili servizi, piattaforme Cloud, erogati da Provider allocati al di fuori dell'Unione Europea.

10. Obbligatorietà/facoltatività del conferimento dei dati: Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali, sia comuni sia rientranti in particolari categorie, può essere:

- obbligatorio in relazione agli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa dell'Unione Europea, nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate e da organi di vigilanza e controllo, nonché agli obblighi in materia fiscale e contabile;
- imprescindibile alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti contrattuali in essere ovvero in corso di costituzione.

11. Rifiuto di conferimento dei dati: L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire dati personali per le finalità indicate al punto 4 lettere a) b) c) della presente informativa comporta l'impossibilità di procedere alla corretta e completa esecuzione dell'incarico professionale da Lei conferitoci.

12. Periodo di conservazione dei dati: I dati personali che La riguardano saranno conservati in una forma che consenta la loro identificazione per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati, e comunque nel rispetto degli obblighi di legge relativi ai tempi di conservazione dei dati (accertamenti fiscali e termini di prescrizione per l'esercizio dei diritti).

13. Diritti dell'interessato: Al titolare del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti, così come previsti dal Regolamento, ed in particolare ha il diritto di:

a) di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano e di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;

b) di proporre reclamo a un'autorità di controllo;

c) di conoscere la fonte da cui hanno origine i dati personali e, se del caso, l'eventualità che i dati provengano da fonti accessibili al pubblico;

d) di ottenere dal titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso, di ottenere l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni:

- le finalità del trattamento;
- le categorie di dati personali in questione;
- i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati, in particolare se destinatari di paesi terzi organizzazioni internazionali;
- quando possibile, il periodo di conservazione dei dati personali previsto oppure, se non è possibile, i criteri utilizzati per determinare tale periodo.

e) di chiedere al titolare del trattamento la rettifica o la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento;

f) di conoscere, qualora i dati non siano raccolti presso l'interessato, tutte le informazioni disponibili sulla loro origine, sull'esistenza di unprocesso decisionale automatizzato, compresa la profilazione e, almeno in tali casi, informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento per l'interessato;

g) di ottenere dal titolare del trattamento la rettifica dei dati personali inesatti che lo riguardano senza ingiustificato ritardo;

h) di ottenere, tenuto conto delle finalità del trattamento, l'integrazione dei dati personali incompleti, anche fornendo una dichiarazione integrativa;

i) di ottenere dal titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato ritardo;

j) di ottenere dal titolare del trattamento la limitazione del trattamento nel caso in cui contesti l'esattezza dei dati personali, o si opponga alla cancellazione dei dati, o – benchè il titolare non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento – i dati siano necessari all'interessato per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria, o si sia opposto al trattamento effettuato dal titolare per il perseguimento di un proprio interesse legittimo;

k) di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che la riguardano e di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento cui li ha forniti (cd. diritto alla portabilità dei dati);

l) di opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che lo riguardano (quando il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare, oppure quando il trattamento è necessario per il perseguimento di un legittimo interesse del titolare), compresa la profilazione sulla base di tali disposizioni, nonché di opporsi al trattamento dei dati effettuato per finalità di marketing diretto.

Chapeau

Assicurazione temporanea per il caso morte a capitale decrescente

Adeguata verifica

Informativa per l'identificazione e l'adeguata verifica della clientela (Artt. 17 e s.s. D.Lgs 231/2007 come novellato dal D.Lgs 90/2017)

Ad integrazione del modulo di informativa/consenso relativo al trattamento dei dati personali per finalità assicurativa, si precisa che i dati presenti sul modulo per l'identificazione e l'adeguata verifica della clientela sono rilasciati in ottemperanza al D.Lgs. n. 90 del 25 maggio 2017, recante "Attuazione della direttiva (UE) 2015/849 relativa alla prevenzione dell'uso del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo e recante modifica delle direttive 2005/60/CE e 2006/70/CE e attuazione del regolamento (UE) n. 2015/847 riguardante i dati informativi che accompagnano i trasferimenti di fondi e che abroga il regolamento (CE) n. 1781/2006".
Il conferimento di tali dati è obbligatorio e, pertanto, la carenza delle informazioni richieste comporta l'impossibilità di stipulare il contratto di assicurazione o di eseguire l'operazione richiesta.
Il trattamento dei dati è svolto, per le suddette finalità di prevenzione, con strumenti elettronici e non, in modo da garantire la sicurezza del trattamento stesso e la riservatezza dei dati trattati.
I dati non sono oggetto di diffusione, ma possono essere comunicati ad Autorità ed Organi di Vigilanza e Controllo, nonché a Magistratura e Forze dell'ordine, in adempimento degli obblighi di legge. In qualsiasi momento l'interessato può esercitare i diritti di accesso previsti dall'art. 15 del Regolamento UE 2016/679, rivolgendosi al Titolare o del trattamento dei dati personali ovvero al Data Protection Officer. Titolare del trattamento è Afi Esca S.A., i cui estremi identificativi sono:

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

Il Titolare, si avvale, per il trattamento dei dati personali, di Responsabili, dei quali sarà possibile acquisire i dati identificativi, scrivendo al Data Protection Officer di Afi Esca S.A., Mr Santiago Valls, dpo@groupe-burrus.tech, o all'indirizzo di posta elettronica privacy@afi-esca.com. Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili del trattamento sopra indicati può essere richiesta a detto servizio.

INFORMATIVA sugli obblighi di cui al D.Lgs. 231/2007, così come novellato dal D.Lgs 90/2017

OBBLIGHI DEL CLIENTE
Artt. 19 e 22 D.Lgs. 231/2007

I clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti obbligati di adempiere agli obblighi di adeguata verifica. Ai fini dell' identificazione del titolare effettivo, Il cliente fornisce altresì, sotto la propria responsabilità, le informazioni necessarie a consentire l'identificazione del titolare effettivo.

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

Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque essendo obbligato, ai sensi del presente decreto, a fornire i dati e le informazioni necessarie ai fini dell'adeguata verifica della clientela fornisce dati falsi o informazioni non veritiere, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000 euro a 30.000 euro.

TITOLARE EFFETTIVO
Art. 1, comma 2, lett. pp), del D.Lgs. 231/2007 e s.m.i

pp) Titolare effettivo: la persona fisica o le persone fisiche, diverse dal cliente, nell'interesse della quale o delle quali, in ultima istanza, il rapporto continuativo è instaurato, la prestazione professionale è resa o l'operazione è eseguita.

Art. 20 D.Lgs. 231/2007 e s.m.i.

1. Il titolare effettivo di clienti diversi dalle persone fisiche coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente ovvero il relativo controllo.
2. Nel caso in cui il cliente sia una società di capitali:
   a) costituisce indicazione di proprietà diretta la titolarità di una partecipazione superiore al 25 per cento del capitale del cliente, detenuta da una persona fisica;
   b) costituisce indicazione di proprietà indiretta la titolarità di una percentuale di partecipazioni superiore al 25 per cento del capitale del cliente, posseduto per il tramite di società controllate, società fiduciarie o per interposta persona.
3. Nelle ipotesi in cui l'esame dell'assetto proprietario non consenta di individuare in maniera univoca la persona fisica o le persone fisiche cui è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile il controllo del medesimo in forza:
   a) del controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea ordinaria;
   b) del controllo di voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea ordinaria;
   c) dell'esistenza di particolari vincoli contrattuali che consentano di esercitare un'influenza dominante.
4. Qualora l'applicazione dei criteri di cui ai precedenti commi non consenta di individuare univocamente uno o più titolari effettivi, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche titolari di poteri di amministrazione o direzione della società.
5. Nel caso in cui il cliente sia una persona giuridica privata, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, sono cumulativamente individuati, come titolari

effettivi:
a) i fondatori, ove in vita;
b) i Beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili;
c) i titolari di funzioni di direzione e amministrazione.

6. I soggetti obbligati conservano traccia delle verifiche effettuate ai fin dell'individuazione del titolare effettivo.

PERSONE ESPOSTE POLITICAMENTE

Art. 1, comma 2, lett. dd), del D.Lgs. 231/2007 e s.m.i

dd) persone politicamente esposte: le persone fisiche che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:

1) sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:

1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;

1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;

1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;

1.4 giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;

1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;

1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficia e di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;

1.7 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;

1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale.

1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;

2) sono familiari di persone politicamente esposte: i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;

3) sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:

3.1 le persone fisiche legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari;

3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

Afi·Esca Groupe Burrus

Chapeau
Proposta di Assicurazione

Intermediario
Ref. Interna 0522

Sotto-codice

Iscrizione RUI n.: _____
Proposta n.: _____

Assicurato

Sesso: ☐ Maschio ☐ Femmina

Fumatore: ☐ SI ☐ NO (dichiaro di non aver fumato nel corso dei 24 mesi precedenti e di non aver smesso di fumare a seguito di prescrizione medica)

Cognome e nome _____

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

Attività professionale _____ Attività sportiva _____

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

Indirizzo _____ Città _____

CAP _____ Prov. _____ Tel. _____ / _____

Cell.: _____ e-mail: _____

Contraente *(se diverso dall'assicurato)*

Sesso: ☐ Maschio ☐ Femmina ☐ Società

Cognome e nome o ragione sociale _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Cod. Fisc./P. IVA _____

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

Indirizzo _____ Città _____

CAP _____ Prov. _____ Tel. _____ / _____

Cell.: _____ e-mail: _____

Legale rappresentante *(per contraente Società)*

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: _____

Combinazione Garanzie

- ☐ Decesso (garanzia valida per tutti gli assicurati)
- ☐ Decesso + I.T.P. (Invalidità Totale e Permanente, garanzia valida per tutti gli assicurati)
- ☐ 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). Garanzia opzionabile solo per durate pari o superiori a 120 mesi.

Beneficiari*

I Beneficiari designati (specificare):** _____

_____

_____

Durata e periodicità pagamento premi (Premio minimo 30€)

Capitale Assicurato Iniziale: _____ €

Durata (mesi)

Tipologia di Premio: Premio Periodico Costante

Periodicità pagamento Premio Periodico: ☐ Mensile(*) ☐ Trimestrale(*) ☐ Semestrale(*) ☐ Annuale

Spese di emissione: 20€ Premio dovuto _____ €

FAC-SIMILE

Dichiarazioni

Il Contraente dichiara che gli è stato consegnato il prospetto riepilogativo con i premi da pagare (solo in caso di premi periodici variabili), il Set Informativo redatto secondo le disposizioni IVASS, contenente, oltre al presente Modulo di Proposta, i DIP, le Condizioni Generali di Assicurazione, il Glossario, l'Informativa sull'Adeguata Verifica della Clientela e l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali.
Il Contraente ha sempre la facoltà di revocare le modalità di comunicazione prescelte e disporne di altre.
Tra le modalità di comunicazione, si ricorda che il Contraente può scegliere tra le comunicazioni: a mezzo posta; a mezzo posta elettronica.

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE
Il Contraente dichiara di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni Generali di Assicurazione e di approvare specificamente - ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 (Condizioni generali di contratto) e 1342 (Contratto concluso mediante moduli o formulari) del Codice Civile - i seguenti articoli:
art. 4 (Dichiarazioni dell'Assicurato relative alle circostanze di rischio); art. 5 (Condizioni, limitazioni e prestazioni relative alle Coperture); art. 6 (Esclusioni); art. 7 (Conclusione del Contratto e decorrenza, durata e cessazione delle Coperture); art. 11 (Risoluzione del Contratto per mancato pagamento dei Premi e riattivazione); art. 12 (Modifica delle garanzie); art. 14 (Denuncia e gestione dei Sinistri); art. 16 (Cessione dei diritti); art. 20 (Giurisdizione e Foro competente).
Il Contraente dichiara altresì di essere stato informato che potrà revocare la presente Proposta o recedere dal Contratto nei termini e con le modalità disciplinate rispettivamente agli artt. 1887 del codice civile e 176 del Codice delle Assicurazione Private, e 1899 e 177 del Codice delle Assicurazioni Private, e nonché dagli artt. 9, 10 e 11 delle Condizioni Generali di Assicurazione. Qualora l'Assicurato sia persona diversa dal Contraente, egli esprime il consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile.

Avvertenze relative alla sottoscrizione alla compilazione del Questionario Sanitario:
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 può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

Il Contraente, l'Assicurato (se diverso dal Contraente), e i suoi aventi diritto, con la sottoscrizione del Modulo di Proposta di cui al presente Set Informativo (ai sensi dell'articolo 14 "Denuncia dei sinistri", sciolgono da qualsiasi obbligo di riservatezza i medici curanti al fine di consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi anche ad opera di consulenti medici di fiducia della Compagnia.

Luogo e data _____ Il Contraente _____ L'Assicurato (se diverso dal Contraente) _____

Il Contraente dichiara di aver ricevuto dall'addetto Intermediario, prima della sottoscrizione del Modulo di Proposta:
- la dichiarazione contenente - ai sensi dell'allegato 3 dell'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 - i dati essenziali dell'Intermediario e della propria attività, le informazioni sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela dei Contraenti;
- la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui l'Intermediario è tenuto - ai sensi dell'allegato 4 dell'art.56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 - nei confronti dei Contraenti.

Il Contraente prende atto che la Copertura decorre dalle ore 24 della Data di Decorrenza indicata nel Certificato di Polizza.
La decorrenza della Copertura è in ogni caso subordinata:
– alla sottoscrizione della Proposta di Assicurazione;
– all'adempimento delle formalità mediche di ammissione alla Copertura, ed alla valutazione positiva ed accettazione degli esiti da parte della Compagnia;
– al pagamento del Premio.
La Compagnia invia al Contraente il Certificato di Polizza, quale documento contrattuale che riporta i dati identificativi del Contratto.

Luogo e data _____ Il Contraente _____ L'Assicurato (se diverso dal Contraente) _____

Spazio riservato all'Intermediario

Dichiaro di aver proceduto personalmente alla identificazione del/i sottoscrittore/i le cui generalità sono riportate fedelmente negli spazi appositi e che le firme sono state apposte in mia presenza. Dichiaro altresì di aver preso visione e di essere a conoscenza della normativa applicabile in materia antiriciclaggio.

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

Modalità di pagamento

Il pagamento del Premio di Perfezionamento viene effettuato mediante: ☐ bonifico bancario intestato alla Compagnia ☐ addebito SDD Core
☐ pagamento diretto a favore dell'Intermediario, ove abilitato all'incasso dei Premi da parte della Compagnia

Luogo e data _____ Il Contraente _____ L'Assicurato (se diverso dal Contraente) _____

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

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

CODICE IBAN _____

LUOGO E DATA _____ Il Correntista _____

Data di prelevamento: il giorno 20 del mese

Luogo e data _____ Il Contraente _____

FAC-SIMILE

*Gentile Cliente, in caso manifesti esigenze specifiche di riservatezza, può fornirci i dati per identificare di un referente terzo, diverso dal beneficiario, a cui Afi Esca S.A. potrà far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato.
**Gentile Cliente, se preferisce non optare per l'individuazione nominativa del beneficiario, Afi Esca S.A. potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca dei beneficiario. Si ricordi, inoltre, che la modifica o revoca di quest'ultimo deve esserci sempre comunicata.

Afi·Esca
Groupe Burrus

Afi·Esca iard
Groupe Burrus

Il vostro Intermediario

www.afi-esca.it

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

AFI ESCA IARD S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Vittor Pisani, 5 , 20124 Milano; Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: informazioni@afi-esca.com; Società per azioni, Capitale sociale € 5.000.010; 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.