

Vivendo ^{Insieme}

Assicurazione per la protezione del tenore di vita

Fascicolo informativo 

Copertura Assicurativa rinnovabile, in forma abbinata
Vita e Danni



Afi • Esca 
Groupe Burrus

Rappresentanza Generale per l'Italia

Afi • Esca 
iARD Groupe Burrus

Rappresentanza Generale per l'Italia

Pagina vuota

FASCICOLO INFORMATIVO
POLIZZA COLLETTIVA N.

Vivendo ^{Insieme}

ASSICURAZIONE
PER LA PROTEZIONE DEL TENORE DI VITA

Coperture assicurative monoannuali, rinnovabili, in forma abbinata vita e danni, per i casi di: Decesso – Invalidità Totale e Permanente – Perdita di Impiego.

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTIENE:

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

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

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA

[Data dell'ultimo aggiornamento: 23/12/2014]

NOTA INFORMATIVA

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

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

A - INFORMAZIONI SULLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE

1. INFORMAZIONI GENERALI

1.1 COPERTURE ASSICURATIVE RELATIVE AI CASI DI DECESSO E INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE (COPERTURE VITA)

AFI ESCA S.A., è una impresa di assicurazione di diritto francese, con sede legale e direzione generale in Quai Kléber, 2, Strasburgo (Francia), abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento.

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

Per le Coperture Vita la Polizza Collettiva e le connesse Assicurazioni concluse per adesione alla Polizza Collettiva di cui alla presente Nota Informativa, sono stipulate con la rappresentanza generale per l'Italia di AFI ESCA S.A., avente sede e direzione in Largo Richini, 6 - 20122 Milano - Italia, P. IVA. 07907350966, C.F. 97601900158, numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI-1989762 iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00105.

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

1.2 COPERTURA ASSICURATIVA RELATIVA AL CASO DI PERDITA DI IMPIEGO (COPERTURA DANNI)

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

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

Per la Copertura Danni, la Polizza Collettiva e le connesse Assicurazioni concluse per adesione alla Polizza Collettiva di cui alla presente Nota Informativa, sono stipulate con la rappresentanza generale per l'Italia di AFI ESCA IARD S.A., avente sede e direzione in Largo Richini, 6 - 20122 Milano - Italia, P. IVA. e C.F. 07906760967, numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI-1989679 iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00102.

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

2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE

2.1 AFI ESCA S.A.

AFI ESCA S.A. ha un patrimonio netto pari a 123 milioni di Euro di cui 12,36 milioni di Euro è il capitale sociale e 110,76 milioni di Euro è il totale delle riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari al 248%.

2.2 AFI ESCA IARD S.A.

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

L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari al 18.076%.

B - INFORMAZIONI SUL CONTRATTO, SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

La presente Nota Informativa si riferisce all'offerta congiunta delle coperture assicurative relative ai casi di Decesso e di Invalidità Totale e Permanente prestate da AFI ESCA S.A. e della copertura assicurativa relativa al caso di Perdita di Impiego prestata da AFI ESCA IARD S.A..

Sottoscrivendo il Modulo di Adesione e versando il relativo Premio l'Assicurato beneficerà congiuntamente delle Coperture Vita e della Copertura Danni.

La durata dell'assicurazione relativa ai singoli Assicurati che aderiranno alla Polizza Collettiva è pari ad 1 anno compatibilmente con l'età dell'Assicurato, che al momento di sottoscrizione del Modulo di Adesione deve essere compresa tra 18 anni e 64 anni. **Alla scadenza – se l'Assicurato non avrà comunicato alle Compagnie la propria disdetta con preavviso di almeno trenta giorni - è previsto il tacito rinnovo annuale, nel limite massimo di durata per ciascun Assicurato pari a dieci anni, subordinatamente in ogni caso al pagamento del Premio per la nuova annualità di durata delle Coperture, fermo restando in ogni caso che la durata dell'assicurazione, in relazione a ciascun Assicurato, non potrà eccedere il 65° anno di età dell'Assicurato stesso.**

Sono assicurabili ai sensi della Polizza Collettiva, le persone fisiche, residenti ovvero domiciliate in Italia, ovvero, con riguardo alle persone fisiche aventi cittadinanza di uno Stato estero non appartenente all'Unione Europea, che risultano muniti di regolare permesso di soggiorno e/o autorizzazione/permesso per lo svolgimento di attività lavorativa in Italia, che all'atto della sottoscrizione del Modulo di Adesione soddisfano entrambi i seguenti requisiti:

(1) hanno un'età uguale o superiore a 18 anni e comunque non superiore ai 65 anni alla scadenza delle coperture assicurative.

(2) esercitano effettivamente un'attività di lavoro domestico retribuito nel territorio della Repubblica Italiana, qualificato come "assistenza a persone non autosufficienti nel compimento degli atti della vita quotidiana", sulla base di un regolare rapporto di lavoro dipendente perfezionato con un datore di lavoro residente in Italia.

Per "persona non autosufficiente" si intende la persona fisica che non è in grado di compiere le più importanti attività relative alla cura della propria persona ed alla vita di relazione.

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

3.1 COPERTURE VITA

La Polizza Collettiva prevede le seguenti prestazioni assicurative (offerte in via congiunta ed inscindibile alle prestazioni assicurative relative alla Coperture Danni):

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 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, nel corso del periodo di vigenza della Copertura e prima del compimento del 65° anno di età dell'Assicurato, senza limiti territoriali.

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

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

Avvertenze relative a tutte le Coperture Vita:

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

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

L'efficacia delle Coperture Vita è subordinata a un periodo di carenza di 180 giorni decorrenti dalla data di adesione dell'Assicurato alla Polizza Collettiva, durante il quale l'assicurazione resta sospesa. Nel caso in cui l'evento assicurato – decesso o invalidità totale e permanente dell'Assicurato – si verifichi durante detto periodo di carenza la Compagnia, salvo determinate ipotesi indicate all'art. 8.4 delle Condizioni Generali di Assicurazione – non è tenuta al pagamento del Capitale assicurato ma si limita a restituire il premio versato al netto delle imposte applicate alla Copertura Danni.

Per informazioni di dettaglio sul periodo di carenza si rinvia all'art. 8.4 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Il periodo di carenza non si applica ai successivi rinnovi delle Coperture Vita.

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

3.2 COPERTURA DANNI

La Polizza Collettiva prevede la seguente prestazione assicurativa (offerta in via congiunta ed inscindibile alle prestazioni assicurative relative alle Coperture Vita):

a) Copertura assicurativa in caso di Perdita Involontaria d'Impiego

Il rischio coperto è la Perdita Involontaria di Impiego.

La garanzia è attivata unitamente e inscindibilmente alle Coperture Vita.

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

La Copertura Danni cessa nei casi previsti all'art. 4.4 delle condizioni generali di assicurazione.

Avvertenze relative alla Copertura Danni:

Avvertenze: alla Copertura assicurativa relativa al ramo danni si applica un Periodo di Franchigia.

Avvertenze: alla Copertura assicurativa relativa al ramo danni si applica un Periodo di Carenza.

Esemplificazioni:

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

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

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

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

Avvertenze relative alla Copertura Danni:

Avvertenza: alla Copertura assicurativa relativa al ramo danni si applicano le Esclusioni specificamente indicate all'art. 8.3 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

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

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

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

5. PREMI

Il Premio viene corrisposto anticipatamente in un'unica soluzione, senza possibilità di rateizzazione. Il suo ammontare è determinato in relazione all'importo dell'Indennizzo mensile pattuito, tenuto conto dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

In relazione a ciascun Assicurato, l'importo del Premio è stabilito in misura fissa ed invariabile per ogni anno di durata dell'assicurazione (anche nell'ipotesi di successivi rinnovi annui delle coperture).

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

Il Premio è corrisposto dall'Assicurato alle Compagnie in un'unica soluzione per l'intera durata annuale dell'Assicurazione, per il tramite del Contraente, all'atto della sottoscrizione del Modulo di Adesione e in occasione di ogni eventuale successivo rinnovo delle Coperture. Le Compagnie conferiscono al Contraente della Polizza Collettiva mandato all'incasso dei premi e pertanto il pagamento dei premi medesimi al Contraente si considera come effettuato direttamente dall'Assicurato alle Compagnie.

DETERMINAZIONE DEL PREMIO

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

In relazione a ciascun Assicurato, l'importo del Premio è stabilito in misura fissa ed invariabile per ogni anno di durata dell'assicurazione (anche nell'ipotesi di successivi rinnovi annui delle coperture).

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

Il Tasso Unico per Assicurati con Età alla sottoscrizione inferiore o uguale a 54 anni è pari al 0,4

Il Tasso Unico per Assicurati con Età alla sottoscrizione maggiore o uguale a 55 anni è pari al 0,65

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

$$500,00 \times 0,4 = 200,00 \text{ Euro}$$

(*) Il tasso applicato per determinare il premio per la Copertura Danni è già comprensivo delle imposte di Legge pari al 2,5%

C - INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

6. COSTI

6.1 COSTI GRAVANTI DIRETTAMENTE SULL'ASSICURATO

Sull'Assicurato gravano i seguenti costi:

- costi di adesione: Euro 20,00
- remunerazione dell'Intermediario: pari al 50% del Premio al netto delle tasse; a titolo di esempio, su un Premio imponibile pari ad Euro 100,00 la remunerazione dell'intermediario è pari ad Euro 50,00.

Si rinvia all'art. 12 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

6.1.1 COSTI GRAVANTI SUL PREMIO:

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

Esempio: su un Premio di Euro 100,00 detto costo è pari ad Euro 50,00.

6.1.2 ALTRI COSTI

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

7. SCONTI

Non sono previsti sconti di Premio.

8. RIVALSE

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

9. REGIME FISCALE

9.1 IMPOSTE SUI PREMI

Premi di assicurazione relativi alle Coperture Vita non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni, mentre i premi relativi alla Copertura Danni sono soggetti ad un'imposta pari al 2,5% del premio imponibile.

9.2 DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI

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

9.3 TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

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

D - ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

10. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

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

11. RISCATTO E RIDUZIONE

Non sono previste ipotesi di Riscatto o Riduzione.

12. DIRITTO DI RECESSO

L'Assicurato può recedere dall'Assicurazione entro trenta giorni dalla data di adesione alla Polizza Collettiva, dandone comunicazione alle Compagnie a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviare a: AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, Largo Richini, 6 – 20122 MILANO, accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità. A tali fini – per quanto attiene le Coperture Danni - AFI ESCA S.A. agisce quale mandataria di AFI ESCA IARD S.A..

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

Il diritto di recesso vale congiuntamente ed inscindibilmente per le Coperture Vita e per la Copertura Danni.

Le Compagnie, entro il termine di trenta giorni dal ricevimento della dichiarazione di recesso, hanno l'obbligo di restituire all'Assicurato il Premio, al netto delle imposte, delle spese di adesione del Contratto sostenute - che si quantificano preventivamente in € 20,00 - e della quota parte di Premio relativa al periodo in cui l'Assicurazione ha avuto effetto nei confronti di detto Assicurato. Si precisa che, laddove nelle more dell'esercizio del diritto di recesso si verifichi un Sinistro e il Beneficiario dichiarati per iscritto alle Compagnie di voler profittare della garanzia assicurativa, tale diritto del Beneficiario si intenderà prevalente rispetto al diritto di recesso esercitato dall'Assicurato.

13. PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

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

14. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al Contratto si applica la legge italiana.

15. LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO

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

16. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO

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

17 - CONFLITTO DI INTERESSI

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

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

E - INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

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

Ai fini della denuncia dei Sinistri relativi alla Copertura Danni, AFI ESCA S.A. agisce quale mandataria di AFI ESCA IARD S.A.. Pertanto, tutti i Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a mezzo raccomandata A.R. al seguente recapito: AFI ESCA S.A. - UFFICIO SINISTRI – Largo Richini, 6 - 20122 MILANO, e comunque non oltre il termine di 30 giorni dal verificarsi del Sinistro.

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

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

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

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

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

19 RECLAMI

19.1 RECLAMI ALLA COMPAGNIA

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

AFI ESCA S.A. – Largo Richini, 6 - 20122 MILANO
Telefono: +39 02 5832.4845, Fax: +39 02 5832.5594
Indirizzo e-mail: reclami@afi-esca.com

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

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

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

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

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

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente domicilio in Italia può presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, individuabile accedendo al sito Internet: http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm

L'IVASS, ricevuto il reclamo, e accertata la presenza di un sistema estero competente, lo inoltra senza ritardo a tale sistema, dandone notizia al reclamante.

L'Autorità di Vigilanza del Paese di origine di AFI ESCA è l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito: [www.acam-france.fr/relations-assures](http://www.acam-france.fr/rerelations-assures).

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

20. GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE

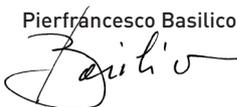
Il presente contratto, redatto in lingua italiana, è soggetto alla giurisdizione italiana.

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

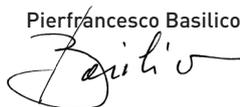
AFI ESCA S.A. ed AFI ESCA IARD S.A. SONO RESPONSABILI DELLA VERIDICITÀ E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI E DELLE NOTIZIE CONTENUTI NELLA PRESENTE NOTA INFORMATIVA

Il Rappresentante Generale delle sedi italiane di AFI ESCA S.A. e AFI ESCA IARD S.A.
(Pierfrancesco Basilico - Direttore Italia)

AFI ESCA S.A.
Direttore Italia

Pierfrancesco Basilico


AFI ESCA IARD S.A.
Direttore Italia

Pierfrancesco Basilico


Vivendo^{Insieme}

Assicurazione per la protezione del tenore di vita



Glossario

Aderente: la persona fisica che aderisce alla presente Polizza Collettiva mediante sottoscrizione del Modulo di Adesione e versamento del Premio. L'Aderente coincide sempre con l'Assicurato.

Assicurato: la persona fisica il cui rischio di Sinistro è coperto dall'Assicurazione.

Assistito: la Persona Non Autosufficiente, assistita dall'Assicurato in forza di un regolare rapporto di Lavoro Domestico.

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

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

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

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

Compagnia o Compagnie: rispettivamente:
Per le Coperture Vita: AFI ESCA S.A.
Per la Copertura Danni: AFI ESCA IARD S.A.

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

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

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

Copertura Danni: la copertura assicurativa relativa al caso della Perdita di Impiego dell'Assicurato, prestata da AFI ESCA IARD S.A.

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

Data di Decorrenza: la data a decorrere dalla quale, con riguardo

a ciascun Assicurato, le Coperture hanno effetto, a condizione che sia stato pagato il Premio.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Lavoro Domestico: l'attività di lavoro domestico retribuito, svolta nel territorio della Repubblica Italiana, qualificato come "assistenza a Persone Non Autosufficienti nel compimento degli atti della vita quotidiana", sulla base di un regolare rapporto di lavoro dipendente perfezionato con un datore di lavoro residente in Italia.

Lavoratori Dipendenti del Settore Privato (o di ente privato): le persone fisiche che prestino il proprio lavoro

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

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

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

Perdita Involontaria di Impiego o Perdita di Impiego: la cessazione del rapporto di Lavoro Domestico (in forza di licenziamento dell'Assicurato o cessazione/risoluzione del rapporto di lavoro Domestico) esclusivamente a seguito di ricovero ospedaliero (o presso altra struttura di cura) dell'Assistito in Regime di Lunga Degenza ovvero decesso dell'Assistito.

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

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

Persona Non Autosufficiente: la persona fisica che non è in grado di compiere le più importanti attività relative alla cura della propria persona ed alla vita di relazione.

Polizza Collettiva: il documento che prova l'Assicurazione.

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

Regime di Lunga Degenza: il ricovero presso un centro ospedaliero od altra struttura di cura o assistenza di malati e/o anziani per un periodo continuato di almeno 120 giorni.

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

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

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



Condizioni generali di assicurazione

ARTICOLO 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1.1 – Prestazioni Assicurative

Il presente Contratto di Assicurazione si riferisce all'offerta congiunta e in via inscindibile delle Coperture Assicurative relative ai casi di Decesso e di Invalidità Totale e Permanente prestate da AFI ESCA S.A. (Coperture Vita) e della Copertura Assicurativa relativa al caso della Perdita di Impiego dell'Assicurato prestata da AFI ESCA IARD S.A. (Coperture Danni). Le prestazioni assicurative relative alle Coperture oggetto dell'Assicurazione sono specificate al successivo Articolo 7.

Nel Modulo di Adesione, l'Assicurato dovrà selezionare l'importo di indennizzo mensile, in ogni caso compreso tra un minimo di Euro 100,00 e un massimo di Euro 2.000,00, che la Compagnia dovrà corrispondere, in relazione alla Copertura Danni, al verificarsi del Sinistro.

L'importo dell'indennizzo mensile costituisce il parametro di riferimento per la determinazione del Capitale assicurato nelle Coperture Vita, secondo quanto meglio specificato ai successivi Articoli 7.1 –A), per il caso di Decesso, e 7.2 – B), per il caso di Invalidità Totale Permanente.

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

Art. 2.1 – Persone assicurabili

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

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

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione l'età dell'Assicurato dovrà risultare superiore o uguale a 18 anni e comunque non potrà risultare superiore ai 65 anni alla scadenza del contratto.

Possono accedere alle Coperture gli Assicurati che alla sottoscrizione del Modulo di Adesione esercitano effettivamente un'attività di Lavoro Domestico retribuito sulla base di un regolare rapporto di lavoro dipendente con un datore di lavoro residente in Italia.

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

Art. 2.3 – Residenza o domicilio dell'Assicurato

L'Assicurato deve essere una persona fisica residente ovvero domiciliata nel territorio della Repubblica Italiana, ovvero, se trattasi di una persona fisica avente cittadinanza di uno Stato estero non appartenente all'Unione Europea, lo stesso deve risultare munito di regolare permesso di soggiorno e/o autorizzazione/permesso per lo svolgimento di attività lavorativa in Italia.

Art. 2.4 – Modalità di sottoscrizione

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

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

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

Art. 2.5 – Ammissione alle Coperture

Per essere ammesso alle Coperture, l'Assicurato dovrà sottoscrivere, all'atto dell'adesione alla Polizza Collettiva, unitamente al Modulo di Adesione, la Dichiarazione di Buono Stato di Salute e versare il relativo Premio.

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

Ciascuna Compagnia si riserva in ogni caso il diritto, nel caso dalla documentazione contrattuale emergesse una richiesta di indennizzo non congrua all'effettivo tenore di vita dell'Assicurato, di rifiutare l'assunzione del rischio.

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

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

Le dichiarazioni dell'Assicurato, rese al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, e della dichiarazione di Buono Stato di Salute devono essere vere, esatte e complete.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio assunto dalle Compagnie, o comunque tali che le Compagnie non avrebbero dato il loro consenso o non lo avrebbero dato alle medesime condizioni se avessero conosciuto l'esatto stato delle cose, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle Prestazioni Assicurate, e quindi all'Indennizzo e/o al Capitale assicurato, nonché la cessazione delle Coperture ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile.

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

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

Art. 4.1 - Conclusione del Contratto e perfezionamento dell'Adesione alla Polizza Collettiva

Fatto salvo quanto previsto al precedente Articolo 2.6 l'Adesione alla Polizza Collettiva si intende perfezionata e l'assicurazione relativa a ciascun Assicurato, pertanto, si conclude, con la sottoscrizione del Modulo di Adesione e della Dichiarazione dello stato di buona salute da parte dell'Assicurato e il versamento, da parte dell'Assicurato, del relativo Premio.

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

Art. 4.2 – Decorrenza della Copertura

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

Art. 4.3 – Durata delle Coperture

La durata delle Coperture, con riguardo all'assicurazione conclusa da ciascun Assicurato, è fissata in un anno, compatibilmente con l'età dell'Assicurato che alla sottoscrizione del Modulo di Adesione deve

essere almeno pari a 18 anni e alla scadenza dell'assicurazione, al medesimo relativa, non può essere superiore a 65 anni.

Alla scadenza, in relazione a ciascun Assicurato, le Coperture assicurative si rinnovano automaticamente per un anno, e così di volta in volta alle successive scadenze, di anno in anno, sino ad una durata massima per ciascun Assicurato pari a dieci anni, subordinatamente al pagamento del Premio relativo alla nuova annualità di durata delle Coperture – fermo restando che in nessun caso la durata dell'assicurazione potrà eccedere il 65^o anno di età dell'Assicurato stesso -, salvo disdetta dell'Assicurato da comunicarsi alle Compagnie almeno trenta giorni prima della relativa scadenza annua.

Art. 4.4 – Cessazione delle Coperture

Le Coperture cessano alla scadenza annuale, salvo rinnovo tacito ai sensi di quanto stabilito nel precedente Articolo 4.3.

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

- a esercizio del diritto di recesso da parte dell'Assicurato, come disciplinato dal successivo Articolo 6;
- b perdita da parte dell'Assicurato del permesso di soggiorno e/o dell'autorizzazione o permesso a prestare un'attività lavorativa in Italia (restando inteso che in tale ipotesi di cessazione dell'assicurazione, l'Assicurato non avrà in ogni caso diritto al rimborso della parte di Premio non goduta);
- c per la Copertura Perdita Involontaria d'Impiego, alla data di inizio del pensionamento volontario;
- d Decesso dell'Assicurato;
- e Riconoscimento della Prestazione Assicurata per la Copertura Invalidità Totale Permanente, ove l'Assicurato ne abbia fatto richiesta ai sensi dell'Articolo 7.2 B) restando inteso che in caso di successiva morte dell'Assicurato la Compagnia è tenuta a liquidare la Prestazione Assicurata in relazione ad uno solo dei Sinistri del ramo vita.

ARTICOLO 5 – RISCATTO, RIDUZIONE E RELATIVI COSTI.

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

ARTICOLO 6 – DIRITTO DI RECESSO DELL'ADERENTE/ ASSICURATO

L'Assicurato può recedere dall'assicurazione entro trenta giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione alla Polizza Collettiva, dandone comunicazione alle Compagnie a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviare a: AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, Largo Richini, 6 – 20122 MILANO, accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità (a tali fini, per quanto attiene la Copertura Danni, AFI ESCA S.A. agisce quale mandataria di AFI ESCA IARD S.A.).

Le Coperture assicurative cesseranno alla data indicata dall'Assicurato nella comunicazione di recesso ovvero, se precedente, alla data di spedizione della lettera raccomandata dell'Assicurato.

Il diritto di recesso vale congiuntamente ed inscindibilmente per le Coperture Vita e per la Copertura Danni.

Le Compagnie, entro il termine di trenta giorni dal ricevimento della dichiarazione di recesso, hanno l'obbligo di restituire all'Assicurato il Premio, al netto delle imposte, delle spese di adesione del contratto sostenute - che si quantificano preventivamente in € 20,00 - e della quota parte di Premio relativa al periodo in cui le Coperture hanno avuto effetto. Si precisa che, laddove nelle more dell'esercizio del diritto di recesso si verifici un Sinistro e il Beneficiario dichiarerà per iscritto alle Compagnie di voler profittare della garanzia assicurativa, tale diritto del Beneficiario si intenderà prevalente rispetto al diritto di recesso esercitato dall'Assicurato.

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

ARTICOLO 7 – CONDIZIONI, LIMITAZIONI E PRESTAZIONI RELATIVE ALLE COPERTURE

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

- A. prestazione in caso di Decesso;
- B. prestazione in caso di Invalidità Totale e Permanente;
- C. prestazione in caso di Perdita d'Impiego.

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

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

Art. 7.1 - A) Prestazione in Caso di Decesso

Assicurati garantiti

La garanzia si applica a tutti gli Assicurati in possesso dei requisiti di cui all'Articolo 2.

Rischio assicurato

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

Prestazione assicurativa

La Prestazione Assicurata liquidata al Beneficiario, in un'unica soluzione, sarà pari a 24 volte l'importo di indennizzo mensile prescelto dall'Assicurato e riportato nel Modulo di Adesione.

Nel caso in cui il Decesso dell'Assicurato si verifichi nel corso della durata della Copertura al medesimo relativa, la Compagnia liquida immediatamente ai Beneficiari l'Indennizzo determinato al momento del Decesso dell'Assicurato.

La presente garanzia viene prestata senza limiti territoriali fatte salve le esclusioni di cui agli artt. 8.1 e 8.2 che seguono, che possono comportare la riduzione o il venir meno della Copertura.

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

Art. 7.2 - B) Prestazione in Caso di 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, nel corso del periodo di vigenza della Copertura e prima del compimento del 65° anno di età dell'Assicurato. Il grado di Invalidità Totale e Permanente viene accertato secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. che disciplina la materia di cui al D.P.R. 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche.

Prestazione assicurativa

La Prestazione Assicurata liquidata al Beneficiario, in un'unica soluzione, sarà pari a 24 volte l'importo di indennizzo mensile prescelto dall'Assicurato e riportato nel Modulo di Adesione, alla data di riconoscimento dello stato di Invalidità Totale e Permanente.

La presente garanzia viene prestata:

- senza limiti territoriali, fatte salve le esclusioni specifiche di cui agli Articoli 8.1 e 8.2 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 della Prestazione Assicurata la garanzia si estingue e nulla è dovuto per il caso di successiva morte dell'Assicurato.

Alla scadenza dell'assicurazione, qualora nel corso della sua vigenza non si fosse verificato l'evento coperto dal rischio (Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato), la Copertura cessa, la Compagnia non è soggetta ad alcun obbligo e i Premi versati resteranno definitivamente acquisiti da quest'ultima.

Art. 7.3 - C) Prestazione in Caso di Perdita d'Impiego

Assicurati garantiti

La garanzia si applica a tutti gli Assicurati.

Rischio assicurato

Il rischio coperto è la Perdita Involontaria di Impiego, ossia la cessazione dell'attività lavorativa da parte dell'Assicurato in forza di cessazione/risoluzione del rapporto di Lavoro Domestico dovuta a:

- ricovero ospedaliero (o presso altra struttura di cura) dell'Assistito in Regime di Lunga Degenza (intendendosi per Regime di Lunga Degenza il ricovero dell'Assistito presso un centro ospedaliero od altra struttura di cura o assistenza di malati e/o anziani per un periodo continuato di almeno 120 giorni);
- decesso dell'Assistito.

Prestazione assicurativa

In caso di Perdita di Impiego la Compagnia liquida mensilmente la somma pattuita in fase di sottoscrizione del Modulo di Adesione e ri-

portata nel Modulo di Adesione stesso, per un massimo di 6 rate mensili per Sinistro e 18 rate mensili per tutta la durata dell'Assicurazione conclusa con l'Assicurato.

L'importo della prestazione non può in nessun caso eccedere l'80% del reddito netto mensile dell'Assicurato risultante dagli ultimi due cedolini paga.

La Copertura per la Perdita di Impiego è sottoposta:

- ad un Periodo di Carenza di 180 giorni;
- ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni.

Qualora la Compagnia stia corrispondendo la prestazione e l'Assicurato intraprenda un'attività lavorativa in forza di un nuovo rapporto di Lavoro Domestico o, comunque, in qualità di Lavoratore Dipendente di ente privato, l'Assicurato perderà diritto alla Prestazione Assicurata con riguardo al Sinistro iniziale e il pagamento dell'Indennizzo verrà interrotto definitivamente.

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

La presente garanzia viene prestata:

- senza limiti territoriali, fatte salve le esclusioni specifiche di cui all'Articolo 8.3 che segue, che possono determinare la riduzione o il venir meno della Copertura;
- fino alla data di inizio del pensionamento volontario dell'Assicurato.

ARTICOLO 8 - ESCLUSIONI

Art. 8.1 – Esclusioni comuni a tutte le garanzie

Le Coperture sono escluse nei seguenti casi:

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

al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;

- Eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici;
- Malattia consistente in sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate.

Art. 8.2 – Esclusioni riguardanti le garanzie Decesso e Invalidità Totale e Permanente.

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

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

La Copertura Perdita di Impiego è inoltre esclusa nei seguenti casi:

- licenziamenti per "giusta causa";
- dimissioni;
- licenziamento dovuto a motivi disciplinari o professionali;
- licenziamenti comunicati da un datore di lavoro che sia coniuge o comunque parente, anche ascendente e discendente dell'Assicurato;
- cessazioni, alla loro scadenza, di contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di somministrazione lavoro (ex interinali), contratti di lavoro intermittente e contratti stagionali;
- licenziamenti durante o al termine di un periodo di prova;
- contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano;
- licenziamenti per raggiungimento dell'età richiesta per il diritto a "pensione di vecchiaia";
- situazioni di Disoccupazione che diano luogo all'Indennizzo da parte della Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria o Straordinaria;
- all'atto della sottoscrizione l'Assicurato è a conoscenza della prossima disoccupazione o è al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione;
- licenziamento per superamento del periodo di comporto (ossia licenziamento a seguito di assenza per malattia oltre il termine massimo consentito per la "conservazione" del posto di lavoro);
- l'Assicurato rientra nei casi di disoccupazione parziale (lavori socialmente utili);
- licenziamento per impossibilità sopravvenuta della prestazione determinata dalla carcerazione del lavoratore;
- l'Assicurato non si è iscritto nella lista di collocamento salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in mobilità;
- cessazione del rapporto di Lavoro Domestico a seguito del venir meno del permesso di soggiorno e/o dell'autorizzazione o permesso allo svolgimento di un'attività lavorativa nel territorio della Repubblica Italiana da parte dell'Assicurato.

Art. 8.4 – Periodo di Carenza per le Coperture Decesso e Invalidità Totale e Permanente

Con riguardo a ciascun Assicurato, viene applicato un periodo di carenza di 180 giorni dalla data di perfezionamento dell'adesione alla Polizza Collettiva da parte di ciascun Assicurato – come stabilita al precedente Articolo 4.1 -, durante il quale l'assicurazione resta sospesa. Nel caso in cui l'evento assicurato – Decesso o Invalidità Totale e Permanente

dell'Assicurato – si verifichi durante detto periodo di carenza, la Compagnia non è tenuta al pagamento del Capitale assicurato ma si limita a restituire i premi versati al netto delle eventuali imposte, ove dovute. Tale limitazione non si applica e pertanto la Compagnia corrisponde integralmente la prestazione assicurata nel caso in cui, durante il periodo di carenza, il sinistro indennizzabile avvenga per conseguenza diretta:

- di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo il perfezionamento dell'adesione dell'Assicurato alla Polizza Collettiva ai sensi del precedente Articolo 4.1: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebrale – spinale, polmonite, encefalite epideica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite endemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- di shock anafilattico sopravvenuto dopo il perfezionamento dell'adesione dell'Assicurato alla Polizza Collettiva ai sensi del precedente Articolo 4.1;
- di infortunio dell'Assicurato avvenuto dopo il perfezionamento dell'adesione da parte del medesimo alla Polizza Collettiva ai sensi del precedente Articolo 4.1, intendendo per infortunio, fermo quanto disposto dal presente articolo in relazione ai casi di Esclusione, l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano conseguenza la morte.

Il periodo di carenza non si applica ai casi di successivi rinnovi delle Coperture.

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

Non è prevista la possibilità di richiedere la modifica delle Coperture scelte al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione così come la modifica dell'indennizzo mensile pattuito.

ARTICOLO 10 – BENEFICIARIO DELLE COPERTURE

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

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

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

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

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

Le prestazioni assicurative sono liquidate:

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

ARTICOLO 11 – CALCOLO DEI PREMI

Art. 11.1 - Tariffazione

L'importo totale del premio (Premio) è pari alla somma della componente di premio per la Copertura Decesso e Invalidità Totale e Permanente e della componente del premio per la Copertura Danni.

Il Premio - unico per la Copertura Decesso, Invalidità Totale e Permanente e la Copertura Danni - viene determinato applicando il tasso unico(*), in funzione dell'Età dell'Assicurato al momento dell'Adesione, moltiplicato per l'indennizzo mensile richiesto in fase di sottoscrizione del Modulo di Adesione.

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

Il Tasso Unico per Assicurati con Età alla sottoscrizione inferiore o uguale a 54 anni è pari al 0,4

Il Tasso Unico per Assicurati con Età alla sottoscrizione maggiore o uguale a 55 anni è pari al 0,65

Ipotizzando un Indennizzo Mensile di Euro 500,00, il Premio, per un Assicurato avente età alla sottoscrizione inferiore a 55 anni viene determinato come segue:
 $500,00 \times 0,4 = 200,00$ Euro

(*) Il tasso applicato per determinare il premio per la Copertura Danni è già comprensivo delle imposte di Legge pari al 2,5%.

In relazione a ciascun Assicurato, l'importo del Premio è stabilito in misura fissa ed invariabile per ogni anno di durata dell'assicurazione (anche nell'ipotesi di successivi rinnovi annui delle coperture).

ARTICOLO 12 – PREMIO

Art. - 12.1 Versamento del Premio

Il Premio deve essere versato dall'Assicurato alle Compagnie in un'unica soluzione per l'intera durata annuale dell'Assicurazione, alla sottoscrizione del Modulo di Adesione ovvero in occasione di ogni rinnovo annuale delle Coperture, per il tramite del Contraente. Le Compagnie conferiscono al Contraente della Polizza Collettiva mandato all'incasso dei premi e pertanto il pagamento dei premi medesimi si considera come effettuato direttamente dall'Assicurato a favore delle Compagnie. Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento, fa fede la documentazione contabile del relativo istituto di credito.

L'ammontare del Premio, indicato nel Modulo di Adesione, è comprensivo dell'imposta di assicurazione applicabile, attualmente nella misura del 2,5%, alla Copertura Perdita di Impiego.

Art. 12.2 – Costi gravanti sul Premio

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

In particolare, per ciascuna adesione alla Polizza Collettiva il costo per l'emissione del Contratto a carico dell'Assicurato è determinato in misura fissa ed è pari ad Euro 20,00 e l'importo percepito dall'Intermediario/Contraente è determinato nella misura percentuale del 50 per cento del Premio versato al netto delle imposte.

ARTICOLO 13 – DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI

Ai fini della denuncia dei Sinistri relativi alle Coperture Danni, AFI ESCA S.A. agisce quale mandataria di AFI ESCA IARD S.A.. Pertanto, tutti i Sinistri - sia quelli relativi alle Coperture Vita sia quelli relativi alla Copertura Danni - devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a mezzo raccomandata A.R. al seguente recapito: AFI ESCA S.A. - UFFICIO SINISTRI - Largo Richini, 6 - 20122 MILANO, e comunque non oltre il termine di 30 giorni dal verificarsi del Sinistro.

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

L'Assicurato o gli aventi diritto possono chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al seguente numero 02 - 58.32.48.45.

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

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

Art. 13.1 - Decesso

- comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto);

- certificato di morte;
- Atto Sostitutivo di Notorietà dal quale si evincano gli eredi/testamento;
- certificato medico che precisi le esatte cause del Decesso, se del caso completo di anamnesi patologica con particolare riferimento alla patologia che ha causato il Decesso e, in caso di Decesso a seguito di ricovero, copia della cartella clinica;
- in caso di Decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- copia del referto autoptico e tossicologico, se è stata effettuata l'autopsia;
- Copia di un documento d'identità e del codice fiscale dell'Assicurato;
- in caso di morte violenta (suicidio, omicidio) occorre copia del verbale dell'Autorità di P.S. o Giudiziaria, da cui si possano rilevare le circostanze del Decesso e il decreto di archiviazione emesso da un'Autorità competente;
- Copia del documento d'identità e del codice fiscale di ciascun Beneficiario;
- In caso di eredi minori o incapaci, autorizzazione del Giudice Tutelare alla riscossione del Capitale Assicurato da parte del Tutore;
- Dichiarazione sottoscritta dagli aventi causa con il codice IBAN sul quale accreditare l'importo dell'Indennizzo.

Art. 13.2 - Invalidità Totale e Permanente

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

Art. 13.3 - Perdita Involontaria d'Impiego

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

- comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura dell'Assicurato);
- copia di un documento di identità dell'Assicurato in corso di validità e del codice fiscale [Per cittadini non residenti nell'Unione Europea, copia del permesso di soggiorno in corso di validità];
- copia della lettera di licenziamento dell'Assicurato e/o di risoluzione e/o cessazione del rapporto di Lavoro Domestico firmata dal datore di lavoro, a seguito di decesso dell'Assistito, unitamente a certificato di morte di quest'ultimo, ovvero di lettera di ricovero dell'Assistito in Regime di Lunga Degenza;
- copia certificato di disoccupazione emesso dal sindacato immigrati di riferimento con esplicitazione della causa (decesso dell'assistito ovvero ricovero in Regime di Lunga Degenza);
- autocertificazione dello stato di Disoccupazione;
- gli ultimi due cedolini di paga;
- Dichiarazione sottoscritta dall'Assicurato con l'indicazione del codice IBAN sul quale accreditare l'importo dell'Indennizzo;
- copia del certificato di iscrizione alle liste di mobilità o al centro per l'impiego (ex ufficio di collocamento).

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

AVVERTENZA

Le denunce di Sinistro saranno considerate complete solamente al ricevimento di tutta la documentazione richiesta dalla Compagnia. La Compagnia si riserva il diritto di richiedere - per la disamina del

Sinistro - copia delle cartelle cliniche o dichiarazioni di altri medici curanti.

In casi particolari, la Compagnia potrà richiedere eventuale documentazione suppletiva.

ARTICOLO 14 – LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

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

ARTICOLO 15 – CESSIONE DEI DIRITTI

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

ARTICOLO 16 – ESTENSIONE TERRITORIALE

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

ARTICOLO 17 – IMPOSTE E TASSE

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

ARTICOLO 18 – SPESE VARIE

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, l'Assicurato dovrà farsi carico delle spese di adesione del contratto pari all'importo indicato nel Modulo di Adesione.

ARTICOLO 19 - GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE

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

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

ARTICOLO 20 - COMUNICAZIONI - RICHIESTA DI INFORMAZIONI

Fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 22 (Reclami), tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato alle Compagnie dovranno pervenire a mezzo lettera raccomandata A.R. indirizzata a: AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, Largo Richini, 6 - 20122 MILANO - Indirizzo e-mail: informazioni@dafi-escsa.com - Telefono: +39 02 58.32.48.45, Fax: +39 02 58.32.55.94 ovvero direttamente al Contraente, nella sua qualità di Intermediario nella distribuzione del Contratto, nel caso in cui questi sia stato abilitato al ricevimento delle comunicazioni da parte delle Compagnie. Ai fini del presente articolo 20, tutte le comunicazioni e le richieste di informazioni relative alla Copertura Danni, devono essere inviate a AFI ESCA S.A., la quale agisce come mandataria di AFI ESCA IARD.

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

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

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

ARTICOLO 21 - MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL FASCICOLO INFORMATIVO

Le Compagnie si impegnano a comunicare all'Assicurato eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo, anche a

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

ARTICOLO 22 - RECLAMI

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

AFI ESCA S.A. – Largo Richini, 6 - 20122 MILANO
Telefono: +39 02 5832.4845, Fax: +39 02 5832.5594
Indirizzo e-mail: reclami@afi-esca.com

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

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

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

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

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

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

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente domicilio in Italia può presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, individuabile accedendo al sito Internet: http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm.

L'IVASS, ricevuto il reclamo, e accertata la presenza di un sistema estero competente, lo inoltra senza ritardo a tale sistema, dandone notizia al reclamante.

L'Autorità di Vigilanza del Paese di origine di AFI ESCA è l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito: www.acam-france.fr/relations-assures. Resta comunque salva la facoltà di adire direttamente l'Autorità Giudiziaria.

ARTICOLO 23 - PRESCRIZIONE

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

ARTICOLO 24 - LEGGE APPLICABILE E LINGUA DEL CONTRATTO

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

ARTICOLO 25 - CONFLITTO D'INTERESSI

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

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

I dati contenuti nelle Condizioni di Assicurazioni sono stati aggiornati in data 23/12/2014.



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

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

1) TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITA' ASSICURATIVE:

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

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

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

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

3) MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI:

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

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

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

- in totale autonomia, in qualità di distinti Titolari.

4) COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI:

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

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

5) TRASFERIMENTO DI DATI ALL'ESTERO:

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

6) DIRITTI DELL'INTERESSATO:

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

7) TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO DEI DATI:

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

- Compagnie, i cui estremi identificativi sono:
 - Afi Esca S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, Largo Richini n. 6, 20122 Milano;
 - Afi Esca Iard S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, Largo Richini n. 6, 20122 Milano.

Il Responsabile designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Codice è l'area Operations presso le Compagnie - Rappresentanza Generale per l'Italia, Largo Richini n. 6, 20122 Milano (MI), telefono 02.583.248.45 - fax 02.583.255.94, a cui potrà essere richiesta ogni informazione in merito all'individuazione degli altri Responsabili del trattamento e dei soggetti cui vengono comunicati i dati e di coloro che operano per conto del Titolare.

Modulo di adesione

Polizza Collettiva di Assicurazione Vita e Danni

Aderente/Assicurato

Sesso: Maschio Femmina

Cognome e nome _____

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

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

Indirizzo _____ Città _____

CAP _____ Prov. _____ Tel. _____ / _____

Cell.: _____ e-mail: _____

Datore di Lavoro

Cognome e nome _____ Cod. Fisc. _____

Indirizzo _____ Città _____

Assistito (Se diverso dal Datore di lavoro)

Sesso: Maschio Femmina

Cognome e nome _____ Cod. Fisc. _____

Prestazioni assicurate e durata della copertura

Indennizzo mensile pattuito in caso di Perdita d'Impiego _____ Euro

La prestazione in caso di Decesso o Invalità Totale e Permanente è pari a 24 volte l'importo dell'Indennizzo Mensile pattuito.

Durata della copertura 1 anno con tacito rinnovo per un massimo di N. 10 annualità nel limite di 65 anni a scadenza dell'Assicurato.

Beneficiario delle prestazioni

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

Premio

Spese di adesione : 20 € Premio dovuto : _____ € (premio unico anticipato per l'intera annualità)

Dichiarazioni

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

- Prima dell'adesione, mi è stato consegnato il Fascicolo Informativo redatto secondo le prescrizioni IVASS, contenente, oltre al presente Modulo di Adesione, la Nota Informativa, le Condizioni Generali di Assicurazione, il Glossario e l'Informativa sulla Privacy;
- Ho preso visione e accettato le Condizioni Generali di Assicurazione riportate nel Fascicolo Informativo ricevuto;
- Esprimo consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla mia vita così come regolata dalla Polizza Collettiva in oggetto, mediante sottoscrizione del presente Modulo di Adesione.

Avvertenze relative alla sottoscrizione della Dichiarazione di Buono Stato di Salute

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

b) Prima della sottoscrizione della Dichiarazione di Buono Stato di Salute, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nella Dichiarazione di Buono Stato di Salute

Luogo e data _____ L'Assicurato _____

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

Luogo e data _____ L'Assicurato _____

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

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

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

Luogo e data _____ L'Assicurato _____

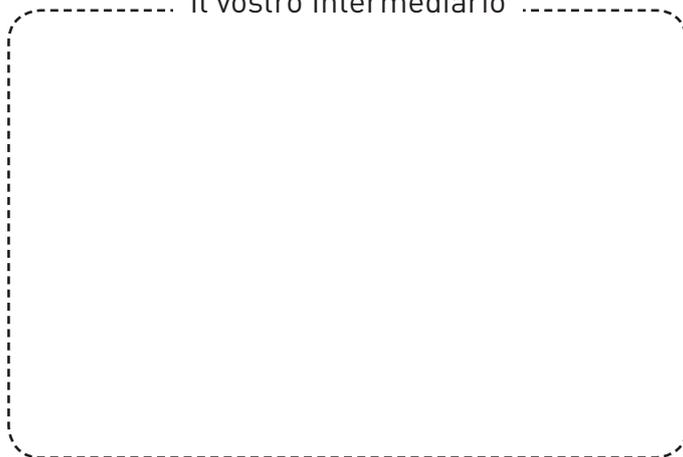
Modalità di pagamento

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

Luogo e data _____ L'Assicurato _____



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: Largo Richini, 6, 20122 Milano; Tel. +39 02.583.248.45; Fax +39 02.583.255.94; 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: Largo Richini, 6, 20122 Milano; Tel. +39 02.583.248.45; Fax +39 02.583.255.94; e-mail: informazioni@afi-esca.com; Società per azioni, Capitale sociale € 3.000.000; Sede Sociale: 4, Square Dutilleul, 59000 Lille, Francia, Registro delle Imprese di Lille n. 380 138 644. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00102 - P. IVA e C.F. 07906760967 e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989679.