

Alta Protezione April

Assicurazione temporanea per il caso morte monoannuale

Fascicolo informativo 

Copertura Assicurativa Individuale
sulla Vita



Afi • Esca 
GROUPE BURRUS

Rappresentanza Generale per l'Italia

Pagina vuota



Alta Protezione April

Assicurazione temporanea per il caso morte monoannuale



Nota informativa

**ASSICURAZIONE TEMPORANEA PER IL CASO MORTE
MONOANNUALE A PREMIO UNICO CON FACOLTA' DI ABBINARE
COPERTURE
PER INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE E COMPLEMENTARE
INFORTUNI**

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTIENE:

- Nota Informativa;
- Glossario;
- Condizioni Generali di Assicurazione;
- Condizioni contrattuali della garanzia complementare infortuni
- Privacy;
- 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 LA NOTA INFORMATIVA

(Data dell'ultimo aggiornamento: 03/10/2016)

Alta Protezione April Assicurazione temporanea per il caso morte mono annuale

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni Generali di Assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto di Assicurazione. La presente Nota Informativa si riferisce all'offerta di Coperture assicurative relative a rami vita, prestate da AFI ESCA S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia.

A - INFORMAZIONI SULLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE

1. INFORMAZIONI GENERALI

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

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

Il Contratto di Assicurazione di cui alla presente Nota Informativa viene stipulato con la Rappresentanza Generale per l'Italia di AFI ESCA S.A., avente sede e direzione in Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano - Italia, P. IVA. 07907350966, C.F. 97601900158, numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI-1989762 iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00105.

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

2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE

AFI ESCA S.A. ha un patrimonio netto pari a 123 milioni di Euro di cui 12,36 milioni di Euro è il capitale sociale e 110,76 milioni di Euro è il totale delle riserve patrimoniali. L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari al 248%.

B- INFORMAZIONI SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

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

3.1 PRESTAZIONI E GARANZIE OFFERTE

La presente Nota Informativa si riferisce all'offerta di un'Assicurazione Temporanea per il Caso Morte (Copertura per il caso di Decesso dell'Assicurato) alla quale il Contraente può abbinare, a propria discrezione:

- una copertura assicurativa per Invalidità Totale Permanente e/o
- una copertura assicurativa Complementare Infortuni (le "Coperture Facoltative").

All'atto della sottoscrizione del Modulo di Proposta di Assicurazione, il Contraente potrà, pertanto, scegliere di accedere anche ad una od entrambe le Coperture Facoltative. In ogni caso, per accedere alle Coperture Facoltative (una od entrambe) il Contraente dovrà stipulare la Copertura obbligatoria per il caso di Decesso.

Il contratto di assicurazione ha la durata di un anno e prevede il tacito rinnovo compatibilmente con l'età dell'Assicurato che al momento di decorrenza iniziale del Contratto di Assicurazione deve essere pari a 18 anni e alla scadenza non superiore a 80 anni compiuti.

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

Il Contratto di Assicurazione prevede tacito rinnovo.

A fronte del versamento del premio pattuito, la Compagnia si impegna a corrispondere un capitale in caso di Decesso dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale. L'ammontare del capitale assicurato, che deve essere almeno pari a 10.000 euro, viene indicato nel documento di polizza.

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

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

b) prestazione in caso di Invalidità Totale e Permanente (opzionale)

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

Il riconoscimento da parte della Compagnia dello stato di Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato determina la definitiva cessazione anche della garanzia per il caso di Decesso dell'Assicurato.

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

c) Prestazione Complementare Infortuni (opzionale)

Il rischio coperto prevede in caso di decesso per infortunio dell'assicurato, prima della scadenza contrattuale, il pagamento di un ulteriore capitale pari a quello previsto dalla garanzia principale in caso di decesso. Tale ulteriore capitale si raddoppia se il decesso per infortunio è conseguente ad incidente stradale.

Si rinvia all'art. 9 delle Condizioni Generali di Assicurazione e alle Condizioni Contrattuali della Garanzia Complementare Infortuni per gli aspetti di dettaglio di tale prestazione.

Avvertenze relative a tutte le Coperture:

Avvertenza: alle Coperture assicurative si applicano le Esclusioni specificamente indicate all'art. 10 delle Condizioni Generali di Assicurazione e, limitatamente alla Copertura Complementare Infortuni si applicano anche le esclusioni previste nell'art. 2 delle Condizioni Contrattuali della Garanzia Complementare Infortuni.

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

L'immediata efficacia delle Coperture è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto a visita medica ed agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Compagnia. Qualora l'Assicurato decida di non sottoporsi alla visita medica (e purché 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 iniziale, 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. 9.1 delle Condizioni Generali di Assicurazione non è tenuta al pagamento del Capitale assicurato ma si limita a restituire i premi versati al netto delle imposte relative alla eventuale garanzia complementare. Nel caso di Decesso ovvero di Invalidità totale Permanente dell'Assicurato dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, il periodo di carenza si estende a cinque anni qualora 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.

Per informazioni di dettaglio sul periodo di carenza si rinvia all'art. 9.1 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Avvertenza: nel caso di polizza stipulata da un imprenditore individuale o da una persona giuridica sulla vita di un suo dirigente, dipendente (con inquadramento di funzionario o quadro) o di un socio e/o legale rappresentante, le coperture cesseranno automaticamente qualora l'assicurato cessi, per qualsivoglia ragione, il rapporto di lavoro con il Contraente ovvero non sia più socio e/o legale rappresentante del Contraente. Per le altre ipotesi di cessazione delle Coperture si rinvia all'art. 4.4 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

3.2 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

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

3.3. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento o diminuzione del rischio, come previsto all'art. 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione, in cui sono altresì previste le conseguenze in caso di mancata comunicazione.

A tal fine, a titolo esplicativo ma non esaustivo, si ritengono aggravamento o diminuzione del rischio le variazioni inerenti le seguenti circostanze:

- 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.

4. PREMI

Il Premio è determinato in funzione delle garanzie prestate, 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).

L'importo annuo di premio è determinato in relazione all'età dell'Assicurato a ogni ricorrenza annuale di Contratto.

Il Premio dev'essere versato mediante bonifico bancario da conto corrente intestato al Contraente o tramite addebito SEPA (SDD Core).

Il Premio di Perfezionamento può essere corrisposto in rate annuali o trimestrali. Il frazionamento non implica spese aggiuntive, fatte salve le spese bancarie non direttamente riconducibili alla Compagnia.

Per tutte le Coperture assicurative il Contratto non prevede la possibilità di Riscatto e di Riduzione.

TABELLA ILLUSTRATIVA DEI PREMI

Nella tabella che segue si possono osservare alcune esemplificazioni degli importi di Premio richiesti per la Copertura. Gli importi indicati non tengono conto delle valutazioni del rischio attinenti, ad esempio, alla professione ed allo stato di salute dell'Assicurato.

Tali valutazioni possono essere effettuate dalla Compagnia solo dopo che il Contraente abbia reso le necessarie informazioni e compilato la documentazione medica prevista o effettuato la visita medica ove necessario (si rinvia all'art. 2.5 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio).

I Premi riportati nelle seguenti tabelle sono da intendersi corrisposti riferiti ad un capitale assicurato di Euro 100.000,00, Uomo/Donna indifferenziati, delle categorie fumatore/non fumatore. I premi indicati sono al netto dei costi di emissione, ma comprensivi della remunerazione dell'Intermediario qui calcolata a scopo di esempio come pari al 70%.

Importi premio annuo		
Età	Non Fumatore	Fumatore
30	110,40 €	220,80 €
35	161,38 €	322,77 €
40	259,71 €	519,42 €
45	433,93 €	867,87 €
50	626,18 €	1252,35 €

Alta Protezione April Assicurazione temporanea per il caso morte mono annuale

Il presente Contratto prevede, inoltre, i seguenti costi a carico del Contraente:

- costi di emissione: Euro 20,00
 - remunerazione dell'Intermediario: variabile tra un minimo di 0% ed un massimo del 70%; a titolo di esempio, con una remunerazione dell'intermediario pari al 70%, su un Premio imponibile pari ad Euro 100,00 la remunerazione è pari ad Euro 70,00.
- Si segnala che gli importi sopra indicati non tengono conto delle valutazioni del rischio attinenti ad esempio alla professione ed allo stato di salute dell'Assicurato, che possono essere effettuate dalla Società solo dopo che l'assicurato abbia reso le necessarie informazioni e compilato il questionario medico o, ove previsto, si sia sottoposto ad accertamenti sanitari.

Si rinvia all'art. 14 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

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

Il Contratto non prevede partecipazione agli utili della Compagnia.

C - INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

6. COSTI

6.1 COSTI GRAVANTI DIRETTAMENTE SUL CONTRAENTE

6.1.1 COSTI GRAVANTI SUL PREMIO:

COSTO	Misura fissa	% Premio versato al netto delle imposte
Spese di emissione Contratto	Euro 20	-
Remunerazione dell'Intermediario	-	Minimo 0% e massimo 70%

Esempio: su un Premio di Euro 100,00 con una remunerazione dell'intermediario pari al 70%, detto costo è pari ad Euro 70,00. Non sono previsti costi specifici per il caso di frazionamento del premio.

6.1.2 ALTRI COSTI

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

7. SCONTI

Non sono previsti sconti di Premio.

8. REGIME FISCALE

8.1 IMPOSTE SUI PREMI

I Premi di assicurazione per le Coperture relative al ramo vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni.

Diversamente i premi per le assicurazioni complementari infortuni abbinate alle assicurazioni sulla vita sono soggetti ad imposta nella misura del 2,5%.

8.2 DETRAZIONE / DEDUZIONE FISCALE DEI PREMI

8.2.1. Detrazione.

Il Contratto, stipulato in Italia con soggetti ivi residenti non esercenti attività d'impresa, è soggetto alla normativa fiscale italiana, la quale prevede, in relazione alle Coperture Assicurative offerte da AFI SCA 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 l'importo massimo stabilito dalla normativa vigente. La detrazione è riconosciuta nei limiti anzidetti al Contraente.

8.2.2. Deduzione.

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.

8.3 TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

8.3.1. Prestazione erogata a persona fisica (non imprenditore)

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

8.3.2. Prestazione erogata a soggetto che esercita attività d'impresa (persona fisica o giuridica)

Qualsiasi somma erogata a soggetto che esercita attività d'impresa sia in caso di riscatto della polizza sia in caso di Decesso e di Invalidità Totale e Permanente non sono assoggettate da parte della Compagnia ad imposta sostitutiva. Tali somme costituiscono una sopravvenienza attiva per il Contraente e in quanto tali quest'ultimo è tenuto ad assoggettarle ad imposizione nell'ambito del reddito derivante dall'attività d'impresa.

 **D - ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO****9. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO**

Le modalità di conclusione del Contratto e la decorrenza delle Coperture sono indicate nell'art. 4 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

10. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO PER SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI

Il Contraente ha facoltà di risolvere il Contratto sospendendo il pagamento dei Premi, nei termini e secondo le modalità di cui all'art. 8 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Avvertenza: in caso di sospensione del pagamento dei Premi, dopo trenta giorni dalla scadenza della rata di premio non corrisposta, il Contratto si risolve con conseguente cessazione delle Coperture e perdita dei premi già versati che restano definitivamente acquisiti dalla Compagnia.

11. RISCATTO E RIDUZIONE

Non sono previste ipotesi di Riscatto o Riduzione.

12. 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.

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 gli importi da questi eventualmente già corrisposti, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.

13. DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente può recedere dal Contratto di Assicurazione entro sessanta giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il Contratto si è concluso, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviare a: AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano, accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità.

Le garanzie cesseranno alla data richiesta dal Contraente o, se precedente, alla data di spedizione della lettera raccomandata del Contraente/Assicurato. 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 imposte, 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 verifici un Sinistro e il Beneficiario dichiarerà per iscritto alla Compagnia di voler profittare della garanzia assicurativa, tale diritto del Beneficiario si intenderà prevalente rispetto al diritto di recesso esercitato dal Contraente.

14. DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'IMPRESA PER LA LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI -TERMINI DI PRESCRIZIONE**14.1 DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE PER LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a mezzo raccomandata A.R. al seguente recapito: AFI ESCA S.A. - UFFICIO SINISTRI - 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 - 5832.4845.

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

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

Si rinvia all'art. 15 delle Condizioni Generali di Assicurazione e - limitatamente alla Copertura Complementare Infortuni - anche all'art. 7 delle Condizioni Contrattuali della Garanzia Complementare Infortuni, per quanto concerne le indicazioni di dettaglio relative alla documentazione da presentare alla Compagnia per la liquidazione e alla procedura di liquidazione delle Prestazioni Assicurate.

14.2 TERMINI DI 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.

15. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al Contratto si applica la legge italiana.

16. LINGUA IN CUI E' REDATTO IL CONTRATTO

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

17. RECLAMI

17.1 RECLAMI ALLA COMPAGNIA

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

AFI ESCA S.A. - Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano
Telefono: +39 02.583.248.45, Fax: +39 02 583.255.94
Indirizzo e-mail: reclami@dafi-esca.com

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

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

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

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

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

18. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO

La Compagnia si impegna a comunicare tempestivamente al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute in Nota Informativa intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto.

19. COMUNICAZIONI TRA IL CONTRAENTE/ASSICURATO E LA COMPAGNIA

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

20. CONFLITTO DI INTERESSI

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

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

21. GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE

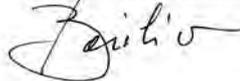
Il presente Contratto, redatto in lingua italiana, è soggetto alla giurisdizione italiana.

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

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

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

Pierfrancesco Basilico



Alta Protezione April

Assicurazione temporanea per il caso morte monoannuale



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: AFI ESCA S.A.

Complementare Infortuni: è la garanzia opzionale che prevede in caso di Decesso per Infortunio dell'Assicurato, prima della scadenza contrattuale, il pagamento di un ulteriore capitale pari a quello previsto dalla garanzia principale in caso di Decesso. Tale ulteriore capitale si raddoppia se il Decesso per infortunio è conseguente ad incidente stradale.

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/quale la Compagnia è obbligata al pagamento dell'Indennizzo al verificarsi del Sinistro.

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

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

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

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

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

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 indicato sul Modulo di Proposta.

Alta Protezione April

Assicurazione temporanea per il caso morte mono annuale

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

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, pri-

ma 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.

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).

Alta Protezione April

Assicurazione temporanea per il caso morte monoannuale



Condizioni generali di assicurazione

ARTICOLO 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1.1 - Prestazione assicurativa di base

Con il presente contratto di assicurazione la Compagnia si impegna a corrispondere ai Beneficiari una prestazione in forma di pagamento del capitale assicurato nel caso di morte dell'Assicurato prima della scadenza prevista nel contratto (la Copertura Decesso o Copertura Principale).

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 potranno essere abbinate una od entrambe le prestazioni assicurative indicate al successivo articolo 1.2.

Art. 1.2 - Coperture Opzionali

Il Contraente, all'atto della sottoscrizione del Modulo di Proposta di Assicurazione, potrà scegliere di abbinare alla Copertura Principale, una od entrambe le seguenti coperture facoltative, in aggiunta a quella obbligatoria per il Decesso:

- Invalità Totale e Permanente;
- Complementare infortuni.

Le Coperture sono valide e operanti solo se specificatamente indicate nel Certificato di Polizza e nelle sue eventuali successive Appendici.

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

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 e attività professionale al momento della sottoscrizione

Al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione l'età dell'Assicurato dovrà risultare superiore ad anni 18 e inferiore ad anni 70.

Art. 2.3 - Residenza dell'Assicurato

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

Art. 2.4 - Modalità di sottoscrizione

Il Contraente compila e sottoscrive il Modulo di Proposta di Assicurazione. 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 ad una ovvero ad entrambe le Pre-

stazioni Assicurative Opzionali, dovrà selezionare la Copertura facoltativa prescelta, 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:

- Compilare il Questionario Medico Semplificato (QMS);
- compilare il Questionario Medico (QM);
- 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 cui 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. 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."

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 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.

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

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato, rese al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, devono essere vere, esatte e complete.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato rese al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta di As-

TAVOLE DI RIFERIMENTO

TAVOLA DELLE FORMALITÀ MEDICHE (in vigore al 03/10/2016)			
Capitale da assicurare	Età		
	<45	45-64	65-70
fino a 100.000 €	A	A	C
da 100.001 € a 250.000 €	A	B	C
da 250.001 € a 450.000 €	D	D	D
da 450.001 € a 1.000.000 €	E	E	E
	<45	45-64	65-66
da 1.000.001 € a 2.500.000 €	F	F	
oltre 2.500.000 €	Consultare la Compagnia		

	Questionario medico semplificato	Quest. Medico	Rapp. visita medica + Esame urine	Profilo Ematico	ECG a riposo	Rapp. finanzia. conf.	PSA per gli uomini
A							
B							
C							
D							>45 anni
E							>45 anni
F							>45 anni

sicurazione relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio assunto dalla Compagnia, o comunque tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto l'esatto stato delle cose, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle Prestazioni Assicurate e, quindi, al Capitale Assicurato, nonché la cessazione delle Coperture ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile.

Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti lo stato di salute dell'Assicurato che, richieste dalla Compagnia all'atto di sottoscrizione del Modulo di 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.

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

Art. 4.1 - 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. 4.2 - 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 esplicitate 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. 4.3 - Durata della Copertura

Il contratto di assicurazione ha la durata di un anno e prevede il tacito rinnovo compatibilmente con l'età dell'Assicurato che al momento di decorrenza iniziale del Contratto di Assicurazione deve essere pari a 18 anni e alla scadenza non superiore a 80 anni compiuti.

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

Art. 4.4 - Cessazione delle Coperture

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 quota parte del Premio relativo al periodo intercorrente tra la data di cessazione della copertura e la data di scadenza originaria indicata nel certificato di polizza.

ARTICOLO 5 - 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. 4.1. 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 6 - RISCATTO, RIDUZIONE E RELATIVI COSTI

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

ARTICOLO 7 - DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente può recedere dal Contratto di Assicurazione entro sessanta giorni dalla data di conclusione del Contratto di Assicurazione come determinata ai sensi del precedente art. 4.1, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviare a: AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano, accompagnata dalla copia fronto-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 imposte, 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 verifici un Sinistro oggetto delle Coperture e il Beneficiario dichiarato 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 8 - RISOLUZIONE DEL CONTRATTO PER MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI E RIATTIVAZIONE

Il mancato pagamento del Premio determina, trascorsi 30 giorni dalla sua scadenza, la risoluzione dell'assicurazione e quindi delle Coperture. 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 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 9 - CONDIZIONI, LIMITAZIONI 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 Complementare Infortuni (opzionale);

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

L'Assicurato dovrà leggere attentamente le raccomandazioni e le avvertenze contenute nella Proposta di Assicurazione relative alla compilazione del questionario sanitario.

Art. 9.1 - Carenza

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, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite endemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto;
- c) di infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore del contratto, intendendo per infortunio (fermo quanto disposto al successivo articolo Esclusioni) l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano conseguenza la morte o l'Invalidità Totale Permanente.

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 delle imposte relative alla eventuale garan-

zia complementare e 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. 9.2 - A) Prestazione in Caso di Decesso

Assicurati garantiti

La garanzia si applica a tutti gli Assicurati.

Rischio assicurato

Il rischio coperto è il Decesso 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.

La presente garanzia viene prestata senza limiti territoriali, fatte salve le esclusioni di cui agli artt. 10.1 e 10.2 che seguono, che possono comportare la riduzione o il venir meno della Copertura fino allo scadere del mese solare di compimento del 80° anno di vita dell'Assicurato.

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

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

Assicurati garantiti

La garanzia si applica a tutti gli Assicurati.

Rischio assicurato

Il rischio coperto è l'Invalidità Totale e Permanente che derivi da Infortunio o Malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale e Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione da questi esercitata, nel corso del periodo di vigenza della Copertura e prima del compimento del 65° anno di età dell'Assicurato. Il grado di Invalidità Totale e Permanente viene accertato secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. che disciplina la materia di cui al D.P.R. 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche.

Prestazione assicurativa

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. La presente garanzia viene prestata:

- senza limiti territoriali, fatte salve le esclusioni specifiche di cui all'art. 10.2 che segue, e che possono comportare la riduzione o il venire meno della Copertura;
- fino allo scadere del mese solare di compimento del 65° anno di vita dell'Assicurato.

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

Art. 9.4 - C) Prestazione Complementare Infortuni

Assicurati garantiti

La garanzia si applica a tutti gli Assicurati

Rischio assicurato

Il rischio coperto prevede in caso di Decesso per infortunio dell'assicurato, prima della scadenza contrattuale, il pagamento di un ulteriore capitale pari a quello previsto dalla garanzia principale in caso di Decesso. Tale ulteriore capitale si raddoppia se il decesso per infortunio è conseguente ad incidente stradale.

La presente garanzia viene prestata senza limiti territoriali, fatte salve le esclusioni di cui agli artt. 10.1 e 10.2 che seguono, che possono comportare 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.

ARTICOLO 10 - ESCLUSIONI

Art. 10.1 - 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 o non dichiarata, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, la sommossa, ad eccezione fatta, in ogni caso, per i Sinistri verificatisi nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici, se ed in quanto l'Assicurato sia già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;
- Sinistri conseguenti a movimenti popolari, risse, crimini, delitti, atti di terrorismo, a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, salvo i casi di legittima difesa;
- Sinistri conseguenti ad incidente aereo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota privo di brevetto idoneo, ovvero Sinistri che siano conseguenza diretta della pratica di attività sportive professionistiche o di sport aerei in genere;
- Sinistri conseguenti alla partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- Guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- Sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni, emanazioni di calore, inalazioni, radiazioni, se provenienti dalla modifica della struttura atomica;
- Infortuni, Malattie, invalidità e infermità causati da operazioni di carattere estetico, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti a Malattia o Infortunio indennizzabili nei termini del Contratto;
- affezioni o Infortuni accertati da un punto di vista medico a una data anteriore rispetto alla Data di Decorrenza. I seguiti e le conseguenze delle affezioni e degli Infortuni dichiarati alla Compagnia sono comunque garantiti, tranne se oggetto di una Esclusione;
- Malattia consistente in sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate, se il decesso avviene entro i primi 5 anni dalla data di conclusione del Contratto.

Art. 10.2 - 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 idrosci, 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.

Art. 10.3 - Esclusioni e delimitazioni di rischio per la Garanzia Complementare Infortuni

Specifiche esclusioni e delimitazioni di rischio per la Garanzia Complementare Infortuni sono espressamente previste e regolate dalle Condizioni Contrattuali della Garanzia Complementare Infortuni.

ARTICOLO 11 - MODIFICA DELLE GARANZIE

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

ARTICOLO 12 - BENEFICIARIO 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 13 - CALCOLO DEI 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 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. Il Premio periodico annuo viene determinato in relazione all'età dell'Assicurato a ogni ricorrenza annuale di Contratto.

Il Premio può essere corrisposto in rate annuali o trimestrali. Il frazionamento non implica spese aggiuntive, fatte salve le spese bancarie non direttamente riconducibili alla Compagnia.

ARTICOLO 14 - PREMIO

Art. 14.1 - Determinazione del Premio

Il Premio versato dal Contraente, al netto dei costi, viene utilizzato dalla Compagnia per far fronte ai rischi previsti dal Contratto. 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 e successivamente ad ogni ricorrenza annua;
- 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. 14.2 - Versamento del Premio

Il Premio dev'essere versato mediante bonifico bancario da conto corrente intestato al Contraente.

L'ammontare totale del Premio, indicato nella Proposta di Assicurazione, è comprensivo dell'eventuale imposta di assicurazione applicabile, attualmente nella misura del 2,5%, alla Copertura Completa Infortuni.

Art. 14.3 - 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 70 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 suo carico.

ARTICOLO 15 - DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI

I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a mezzo raccomandata A.R. al seguente recapito: AFI ESCA S.A. - UFFICIO SINISTRI - Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano, e comunque non oltre il termine di 30 giorni dal verificarsi del Sinistro.

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. 15.1 - 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. 15.2 - 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;

Art. 15.3 - Complementare Infortuni

Qualora sia stata attivata la Copertura Complementare Decesso a seguito di Infortunio si applicano le disposizioni di cui alle Condizioni Contrattuali della Garanzia Complementare Infortuni.

AVVERTENZA

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

ARTICOLO 16 - LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

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

ARTICOLO 17 - 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 18 - ESTENSIONE TERRITORIALE

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

ARTICOLO 19 - IMPOSTE E TASSE

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

ARTICOLO 20 - SPESE VARIE

Al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, 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 21 - GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE

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

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

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

Fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 24 (Reclami), tutte le comunicazioni da parte del Contraente/Assicurato alla Compagnia dovranno pervenire a mezzo lettera raccomandata A.R. indirizzata a: AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano - Indirizzo e-mail: informazioni@dafi-esca.com - Telefono: +39 02 58.32.48.45, Fax: +39 02 58.32.55.94 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 23 - MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL FASCICOLO INFORMATIVO

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

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

ARTICOLO 24 - RECLAMI

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

AFI ESCA S.A.

Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano

Telefono: +39 02.583.248.45, Fax: +39 02.583.255.94

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

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

IVASS - Servizio Tutela dei Consumatori

Via del Quirinale n. 21

00187 Roma

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

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

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

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

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

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

ARTICOLO 25 - PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'art. 2952 del codice civile, i diritti derivanti dal Contratto 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 26 - LEGGE APPLICABILE E LINGUA DEL CONTRATTO

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

ARTICOLO 27 - CONFLITTO D'INTERESSI

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

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

I dati contenuti nelle Condizioni di Assicurazioni sono stati aggiornati in data 03/10/2016.

Alta Protezione April

Assicurazione temporanea per il caso morte mono annuale



Condizioni contrattuali della garanzia complementare infortuni

Art. 1 - Definizione di infortunio

Agli effetti dell'assicurazione complementare, s'intende per

- infortunio un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca all'Assicurato lesioni corporali obiettivamente constatabili e tali che abbiano come conseguenza la morte e purché questa, quando non sia immediata, avvenga entro dodici mesi dall'infortunio e la causa del decesso sia provata anatomopatologicamente;
- infortunio conseguente ad incidente stradale quell'infortunio cagionato da veicoli o mezzi meccanici in circolazione - esclusi quelli ferroviari - che avvenga su strade d'uso pubblico o su aree a queste equiparate nonché su aree private in cui l'Assicurato rimane vittima, che produca all'Assicurato lesioni corporali obiettivamente constatabili e tali che abbiano conseguenza diretta la sua morte purché questa, quando non sia immediata, avvenga entro dodici mesi dall'infortunio e la causa del decesso sia provata anatomopatologicamente.

Sono compresi in garanzia:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da inalazione, ingestione e assorbimento, per errore, di sostanze venefiche;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento, l'assideramento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore;
- le infezioni che siano diretta conseguenza di un infortunio;
- gli infortuni conseguenti a stati di malore o di incoscienza;
- gli infortuni conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa nonché quelli sofferti dallo stesso - sempreché involontariamente coinvolto - in occasioni di tumulti popolari, di aggressioni o di atti violenti anche se dovuti a movente politico, sociale o sindacale.

Art. 2 - Esclusioni e delimitazioni del rischio

La garanzia non è operante quando l'infortunio dipenda, direttamente o indirettamente, da:

- stati di ubriachezza, uso di allucinogeni, uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- atti illeciti commessi dolosamente dall'Assicurato;
- movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, tumulto popolare o operazioni militari;
- l'arrivo dell'Assicurato in un paese in situazione di guerra o similari o l'insorgenza di detta situazione comporta dopo 14 giorni l'esclusione totale della copertura per qualsiasi causa. La copertura non opererà tuttavia per il rischio volo;
- esposizione a forme di radioattività artificiale;
- operazioni chirurgiche, accertamenti e trattamenti medici non resi necessari da infortunio;
- imprese inusuali e temerarie;
- pratica dei seguenti sport: alpinismo oltre il terzo grado, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, sci o snowboard acrobatico e/o estremo, bob, skeleton, immersioni subacquee, paracadutismo e sport aerei in genere, pugilato, kickboxing, vela d'altura, sport estremi (base jumping, bungee jumping, rafting, canyoning/torrentismo, hydrospeed, kitesurf, downhill);
- guida o uso di veicoli o natanti a motore in competizioni sportive e relative prove;
- incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- insurrezioni o risse (salvo i casi di legittima difesa).

Art. 3 - Prestazioni assicurate

In caso di decesso dell'Assicurato per infortunio prima della scadenza contrattuale, la Compagnia garantisce ai Beneficiari designati, il pagamento di un capitale pari al capitale assicurato in caso di decesso relativo alla garanzia principale, che viene raddoppiato qualora l'infortunio mortale dell'Assicurato sia conseguente ad incidente stradale.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla data di scadenza, non è prevista alcuna prestazione a carico della Compagnia ed i premi pagati restano acquisiti da quest'ultima.

Art. 4 - Premio

Le prestazioni assicurate di cui all'art. 3 sono garantite previo pagamento alla Compagnia, da parte del Contraente, di un premio, comprensivo delle imposte, da versarsi in via anticipata ed alle scadenze pattuite.

Il pagamento del premio viene effettuato congiuntamente al pagamento del premio relativo alla garanzia principale, all'atto della conclusione del contratto e per tutta la durata dello stesso, con le medesime norme stabilite per la garanzia principale. Il mancato pagamento del premio, trascorsi trenta giorni dalla data in cui lo stesso avrebbe dovuto essere effettuato, determina la sospensione della presente garanzia complementare. La ripresa del versamento del premio, effettuata nei termini e secondo le modalità delle Condizioni Contrattuali della garanzia principale, ripristina la presente garanzia complementare, con effetto dalle ore 24 del giorno del versamento dell'importo dovuto. Nel caso in cui prima della scadenza contrattuale si verifici il decesso dell'Assicurato, non è più dovuto alcun premio da parte del Contraente.

Art. 5 - Entrata in vigore

A condizione che sia intervenuta la conclusione del contratto, le prestazioni assicurate di cui all'art. 3 sono operanti dalle ore 24 del giorno indicato sulla polizza quale data di decorrenza.

Art. 6 - Estinzione della garanzia

La garanzia complementare si estingue:

- in caso di mancato pagamento del premio, per qualsiasi motivo;
- in caso di risoluzione anticipata del contratto;
- alla scadenza contrattuale;
- al compimento del 65° anno di età dell'Assicurato.

Art. 7 - Denuncia dell'infortunio e obblighi conseguenti

Al verificarsi del decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio, gli aventi diritto devono darne avviso alla Compagnia mediante richiesta scritta (raccomandata A.R.), indirizzata a:

AFI ESCA S.A. - Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano

c. att.ne Ufficio Sinistri

entro 30 giorni dall'evento o dal momento in cui i medesimi ne abbiano avuto la possibilità.

La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato, le circostanze e gli eventuali testimoni dell'infortunio e comprovare che il decesso è conseguenza dell'infortunio stesso. Se è intervenuto un medico, un suo certificato deve essere aggiunto alla denuncia. Gli aventi diritto dovranno inoltre consentire alla Compagnia lo svolgimento delle indagini ed autorizzare i medici, intervenuti dopo l'infortunio, a fornire le ulteriori informazioni che fossero richieste.

Art. 8 - Norme sussidiarie - pagamento del capitale assicurato

Per quanto riguarda le tasse ed imposte presenti e future, per il foro competente e per quanto non risulti espressamente stabilito dalle presenti condizioni, le parti si richiamano alle Condizioni di Assicurazione della garanzia principale ed alle norme di legge in materia.

Alta Protezione April

Assicurazione temporanea per il caso morte mono annuale



Privacy

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

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

1) TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITA' ASSICURATIVE:

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

- obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio per antiriciclaggio, Casellario centrale 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 Infortunati). b) Inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 2 a società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, a società specializzate in promozione commerciale, ricerche di mercato ed indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti.

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

5) TRASFERIMENTO DI DATI ALL'ESTERO:

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

6) DIRITTI DELL'INTERESSATO:

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

7) TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO DEI DATI:

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

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

Il Responsabile designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Codice è l'area Operations presso le Compagnie - Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano, 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.

Alta Protezione April

Assicurazione temporanea per il caso morte mono annuale



Adeguata verifica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OBBLIGHI DEL CLIENTE

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

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

SANZIONI PENALI

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

2. Salvo che il fatto costituisca piu' grave reato, l'esecutore dell'operazione che omette di indicare le generalità del soggetto per conto del quale eventualmente esegue l'operazione o le indica false è punito con

la reclusione da sei mesi a un anno e con la multa da 500 a 5.000 euro. 3. Salvo che il fatto costituisca piu' grave reato, l'esecutore dell'operazione che non fornisce informazioni sullo scopo e sulla natura prevista dal rapporto continuativo o dalla prestazione professionale o le fornisce false è punito con l'arresto da sei mesi a tre anni e con l'ammenda da 5.000 a 50.000 euro.

TITOLARE EFFETTIVO

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

u) Titolare effettivo: la persona fisica per conto della quale e' realizzata un'operazione o un'attività, ovvero, nel caso di entità giuridica, la persona o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllano tale entità, ovvero ne risultano beneficiari secondo i criteri di cui all'allegato tecnico al presente decreto.

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

1. Per titolare effettivo s'intende:

a) in caso di società:

- 1) la persona fisica o le persone fisiche che, in ultima istanza, possiedono o controllano un'entità giuridica, attraverso il possesso o il controllo diretto o indiretto di una percentuale sufficiente delle partecipazioni al capitale sociale o dei diritti di voto in seno a tale entità giuridica, anche tramite azioni al portatore, purchè non si tratti di una società ammessa alla quotazione su un mercato regolamentato e sottoposta a obblighi di comunicazione conformi alla normativa comunitaria o a standard internazionali equivalenti; tale criterio si ritiene soddisfatto ove la percentuale corrisponda al 25 per cento piu' uno di partecipazione al capitale sociale;
- 2) la persona fisica o le persone fisiche che esercitano in altro modo il controllo sulla direzione di un'entità giuridica;

b) in caso di entità giuridiche quali le fondazioni e di istituti giuridici quali i trust, che amministrano e distribuiscono fondi:

- 1) se i futuri beneficiari sono già stati determinati, la persona fisica o le persone fisiche beneficiarie del 25 per cento o piu' del patrimonio di un'entità giuridica;
- 2) se le persone che beneficiano dell'entità giuridica non sono ancora state determinate, la categoria di persone nel cui interesse principale è istituita o agisce l'entità giuridica;
- 3) la persona fisica o le persone fisiche che esercitano un controllo sul 25 per cento o piu' del patrimonio di un'entità giuridica.

PERSONE ESPOSTE POLITICAMENTE

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

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

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

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

- a) i capi di Stato, i capi di Governo, i Ministri e i Vice Ministri o Sottosegretari;
- b) i parlamentari;
- c) i membri delle corti supreme, delle corti costituzionali e di altri organi giudiziari di alto livello le cui decisioni non sono generalmente soggette a ulteriore appello, salvo in circostanze eccezionali;

- d) i membri delle Corti dei conti e dei consigli di amministrazione delle banche centrali;
- e) gli ambasciatori, gli incaricati d'affari e gli ufficiali di alto livello delle forze armate;
- f) i membri degli organi di amministrazione, direzione o vigilanza delle imprese possedute dallo Stato.

In nessuna delle categorie sopra specificate rientrano i funzionari di livello medio o inferiore. Le categorie di cui alle lettere da a) a e) comprendono, laddove applicabili, le posizioni a livello europeo e internazionale.

2. Per familiari diretti s'intendono:

- a) il coniuge;
- b) i figli e i loro coniugi;
- c) coloro che nell'ultimo quinquennio hanno convissuto con i soggetti di cui alle precedenti lettere;

d) i genitori.

3. Ai fini dell'individuazione dei soggetti con i quali le persone di cui al numero 1 intrattengono notoriamente stretti legami si fa riferimento a:

a) qualsiasi persona fisica che ha notoriamente la titolarità effettiva congiunta di entità giuridiche o qualsiasi altra stretta relazione d'affari con una persona di cui al comma 1;

b) qualsiasi persona fisica che sia unica titolare effettiva di entità giuridiche o soggetti giuridici notoriamente creati di fatto a beneficio della persona di cui al comma 1.

4. Senza pregiudizio dell'applicazione, in funzione del rischio, di obblighi rafforzati di adeguata verifica della clientela, quando una persona ha cessato di occupare importanti cariche pubbliche da un periodo di almeno un anno i soggetti destinatari del presente decreto non sono tenuti a considerare tale persona come politicamente esposta.

Cod.: Sotto-cod.:

Ref. interna: 1016

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. _____ / _____

Fax: _____ 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: _____

Garanzie opzionali facoltative

I.T.P. (Invalidità Totale e Permanente)

Complementare infortuni

Beneficiari

Il Beneficiario designato: appartiene al nucleo familiare dell'Assicurato ha rapporti professionali o d'affari con l'Assicurato

non è riconducibile né ad ambito familiare né professionale.

Specificare _____

Durata e periodicità pagamento premi

Capitale Assicurato: _____ €

Periodicità pagamento Premio: Trimestrale Annuale

Spese di emissione: 20 € Premio dovuto _____ €

*** N.B. Le coperture assicurative prevedono il tacito rinnovo**

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 Fascicolo Informativo redatto secondo le prescrizioni IVASS, contenente, oltre al presente Modulo di Proposta, la Nota Informativa, le Condizioni Generali di Assicurazione, il Glossario, l'Informativa sull'Adeguata Verifica della Clientela e l'Informativa sulla Privacy.

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. 3 (Dichiarazioni dell'Assicurato relative alle circostanze di rischio); art. 4 (Conclusione del Contratto e decorrenza, durata e cessazione delle Coperture); art. 8 (Risoluzione del Contratto per mancato pagamento dei Premi e riattivazione); art. 9.2 (Sezione prestazione assicurativa); art. 9.3 (Sezione prestazione assicurativa); art. 9.4 (Sezione Rischio assicurato); art. 10 (Esclusioni); art. 11 (Modifica delle garanzie); art. 15 (Denuncia e gestione dei Sinistri); art. 17 (Cessione dei diritti); art. 21 (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 Assicurazioni Private, e 1899 e 177 del Codice delle Assicurazioni Private, e nonch  dagli artt. 5, 7 e 8 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 della Dichiarazione di Buono Stato di Salute ovvero alla compilazione del Questionario Medico:

- a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato possono compromettere il diritto alla prestazione;
b) prima della sottoscrizione della Dichiarazione di Buono Stato di Salute/Questionario Medico, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nella Dichiarazione di Buono Stato di Salute/Questionario Medico;
c) anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato pu  chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

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

Il Contraente dichiara di aver ricevuto dall'addeetto Intermediario, prima della sottoscrizione del Modulo di Proposta:

- la dichiarazione contenente - ai sensi dell'art. 49, comma 2, lett. a) del Regolamento ISVAP n. 5 del 16 ottobre 2006 - i dati essenziali dell'Intermediario e della propria attivit , le informazioni sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela dei Contraenti;
- la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui l'Intermediario   tenuto - ai sensi dell'art.49, comma 2 lett. a) bis del Regolamento ISVAP n. 5 del 16 ottobre 2006 - nei confronti dei Contraenti.

Il Contraente prende atto che la Copertura decorre dalle ore 24 della Data di Decorrenza indicata nel Certificato di Polizza.

La decorrenza della Copertura   in ogni caso subordinata:

- alla sottoscrizione della Proposta di Assicurazione;
- all'adempimento delle formalit  mediche di ammissione alla Copertura, ed alla valutazione positiva ed accettazione degli esiti da parte della Compagnia;
- al pagamento del Premio.

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 generalit  sono riportate fedelmente negli spazi appositi e che le firme sono state apposte in mia presenza. Dichiaro altres  di aver preso visione e di essere a conoscenza della normativa applicabile in materia anticiclaggio.

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

Modalit  di pagamento

Il pagamento del Premio di Perfezionamento viene effettuato mediante 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) _____

Consenso Privacy

Preso atto dell'informativa ricevuta ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/6/2003, n. 196,

L'INTERESSATO DICHIARA DI :

a) **Acconsentire**

- al trattamento da parte del Titolare, nonch  degli altri soggetti appartenenti alla c.d. "Ca Assicurativa", dei dati personali, inclusi gli eventuali dati sensibili e giudiziari, che mi riguardano, funzionali al rapporto giuridico da concludere o in essere con le Compagnie, nonch  alla prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali;
- al trasferimento degli stessi dati all'estero (Paesi UE e Paesi extra)

b)

Acconsentire

Non acconsentire

- al trattamento dei dati personali che mi riguardano per finalit  di profilazione della Clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi, nonch  di indagini sul gradimento circa la qualit  di quelli gi  ricevuti e di ricerche di mercato;
- al trasferimento degli stessi all'estero (Paesi UE e Paesi extra UE) per finalit  di profilazione della Clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi, nonch  di indagini sul gradimento circa la qualit  di quelli gi  ricevuti e di ricerche di mercato.

Luogo e data _____ L'interessato _____

Il vostro Intermediario

APRIL INSURANCE BROKER SRL

Via Cappuccio, 13
20123 Milano (MI)
Tel: 02.671.413.001