

Sicuramente TOP

Assicurazione in forma collettiva abbinata ai Finanziamenti

Set Informativo



Copertura Assicurativa Vita e Danni

(Ed. 09/2025)



Sicuramente Top

POLIZZA COLLETTIVA N. 31C70393

Assicurazione abbinata ai Finanziamenti

Set informativo



Polizza collettiva abbinabile ai prestiti personali, nota sul mercato come Creditor Protection Insurance (CPI) o Payment Protection Insurance (PPI).

La polizza è facoltativa e non è necessaria per ottenere il Finanziamento.

La polizza è offerta da Prestiamoci S.p.A., in qualità di Contraente, ai propri clienti che hanno sottoscritto un prestito personale e ha lo scopo di proteggere l'Assicurato da eventi dannosi che possono colpire la sua persona e limitare la capacità di rimborso del Finanziamento.

Coperture assicurative collettive e facoltative, a Premio Unico, per i casi di: **Decesso – Invalidità Totale e Permanente – Inabilità Totale e Temporanea – Perdita Involontaria d'Impiego – Malattia Grave.**

IL PRESENTE SET INFORMATIVO¹ SI COMPONE DI UN TOTALE DI 45 PAGINE E CONTIENE:

- DIP Vita;
- DIP Danni;
- DIP Aggiuntivo Multirischi;
- Condizioni Generali di Assicurazione, Glossario e Indice;
- Informativa per il trattamento dei Dati Personali;
- Adeguata Verifica della Clientela;
- Modulo di Adesione all'Assicurazione.

E DEVE ESSERE CONSEGNATO ALL'ASSICURATO PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

Per facilitare la lettura e la comprensione del Contratto, AFI ESCA S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia utilizza un linguaggio il più possibile semplice e chiaro.

In particolare, all'interno del presente Set Informativo sono presenti:

! Dei riquadri indicati dal simbolo **!** – dove si richiama una particolare attenzione dell'Assicurato alla lettura delle informazioni riportate.

Dei riquadri indicati dalla dicitura **"ESEMPIO"** – dove si riportano esempi utili a comprendere il funzionamento del Contratto e delle Prestazioni Assicurate.

! PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO

Sicuramente TOP è un marchio registrato da AFI ESCA S.A.

Data ultimo aggiornamento: 01/09/2025

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

Sicuramente TOP

<Assicurazione abbinata ai finanziamenti>

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

Afi Esca S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia

Prodotto: <Sicuramente TOP>

DIP Vita di ultima pubblicazione

01/09/2025



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

Che tipo di Assicurazione è?

Polizza collettiva che prevede il pagamento di una somma in caso di Decesso o Invalidità dell'Assicurato per permettere agli eredi o agli altri soggetti aventi causa di far fronte al prestito personale erogato da Prestiamoci S.p.A.



Che cosa è Assicurato? / Quali sono le prestazioni?

La Copertura Vita prevede la Prestazione Assicurata in caso di Decesso.

✓ Il rischio coperto è il **Decesso** da Infortunio o Malattia dell'Assicurato.

La Copertura Vita prevede altresì la Prestazione Assicurata in caso di Invalidità Totale e Permanente.

✓ Il rischio coperto è l' **Invalidità Totale e Permanente** da Infortunio o Malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale e Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica.



Che cosa **NON** è Assicurato?

Rischi esclusi

Se l'Ente Erogante ha condizionato l'erogazione del Finanziamento alla stipula del Contratto di Assicurazione, la Copertura **Decesso** è esclusa solamente nei casi di:

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



Ci sono limiti di Copertura?

Per la Garanzia Decesso:

- a) sottoscrizione in età compresa tra i 18 e 68 anni e Prestazione Assicurata fino a 70 anni.

Per la Garanzia Invalidità Totale e Permanente:

- b) sottoscrizione in età compresa tra i 18 e 64 anni e Prestazione Assicurata fino a 65 anni.

Le **Coperture Vita (Decesso e I.T.P.)**, se derivanti da Malattia, sono sottoposte a un Periodo di Carenza pari a 90 giorni dalla Data di Decorrenza.



Dove vale la Copertura?

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



Che obblighi ho?

L'Assicurato è tenuto a fornire dichiarazioni vere, esatte e complete.

In caso di Sinistro: per poter richiedere la liquidazione della Prestazione Assicurata, occorre consegnare la documentazione elencata nei relativi articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Ad esempio, in caso di Sinistro per il caso **Decesso**, gli aventi diritto dovranno consegnare i seguenti documenti:

- Certificato di morte;
- Comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto) ovvero il modulo di denuncia Sinistro scaricabile sul sito della Compagnia;
- 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;
- Copia del documento di identità e del codice fiscale di ciascun Beneficiario;
- Modulo Privacy firmato da tutti i Beneficiari;
- Modulo D4 ISTAT "scheda di morte oltre il 1° anno di vita". La parte A) deve compilarla il medico, mentre la parte B è a cura dell'ufficiale di stato civile;

- In caso di eredi minori o incapaci, autorizzazione del Giudice Tutelare alla riscossione del Capitale Assicurato da parte del Tutore;
- Piano d'ammortamento o documento equipollente (dichiarazione dell'Ente Erogante attestante l'importo residuo del Finanziamento) o, in alternativa, esplicita lettera di svincolo.

I Sinistri devono essere denunciati per iscritto a mezzo raccomandata A.R. al seguente recapito: **AFI ESCA S.A. - UFFICIO SINISTRI - Foro Buonaparte, 51 - 20121 Milano ovvero a mezzo PEC**, entro 30 giorni dal verificarsi del Sinistro.



Quando e come devo pagare?

L'importo totale del Premio è pari alla somma della componente di Premio per la Copertura **Decesso e Invalidità Totale e Permanente** e della componente del Premio per le **Coperture Danni**.

Il Premio per la Copertura Decesso, Invalidità Totale e Permanente e la Copertura Danni viene determinato applicando il Tasso Unico, in funzione dell'Età dell'Assicurato alla sottoscrizione, moltiplicato per il Capitale Assicurato richiesto in fase di sottoscrizione:

- Il Tasso Unico per Assicurati con età alla sottoscrizione inferiore a 59 anni è pari al 3,86%;
- Il Tasso Unico per Assicurati con età alla sottoscrizione compresa tra 59 anni e 65 anni è pari al 5%;
- Il Tasso Unico per Assicurati con età alla sottoscrizione compresa tra i 65 e i 68 anni: 2,64%.

Il **Premio è Unico Anticipato**: l'importo - valido per l'intera durata del Contratto - deve essere corrisposto in un'unica soluzione prima della Data di Decorrenza. Il Premio Unico Anticipato deve essere versato alla Compagnia per il tramite del Contraente.



Quando comincia e quando finisce la Copertura?

Durata

La Copertura decorre: **a)** dalle ore 24 della Data di Decorrenza indicata nel Modulo di Adesione, ovvero; **b)** dalle ore 24 del giorno in cui è stato concesso il Finanziamento o dalla data di accollo di un Finanziamento già erogato, sempre a condizione che: sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione; siano state esplicitate le formalità mediche di ammissione alla Copertura e che gli esiti siano stati valutati positivamente e accettati dalla Compagnia; sia stato pagato il Premio. La durata della Copertura coincide, per ciascun Assicurato, con la durata indicata nel Contratto originario del Finanziamento, fermo restando il rispetto dei limiti di età dell'Assicurato indicati per ciascuna Garanzia. La durata non potrà risultare inferiore a 12 mesi o superiore a 120 mesi. Le Coperture cessano alla scadenza del Contratto di Finanziamento.

Le Coperture cessano comunque, anche prima della scadenza sopra indicata, alle ore 24 del giorno in cui si verifica il primo tra i seguenti eventi: pagamento dell'ultima rata di rimborso del Finanziamento; estinzione totale anticipata del Finanziamento; accollo del Finanziamento da parte di terzi; estinzione totale anticipata del Finanziamento in relazione alla liquidazione del Sinistro; esercizio del diritto di recesso; per la Copertura per Decesso, al compimento del 70° anno di vita dell'Assicurato; per la Copertura Invalidità Totale e Permanente, al compimento del 65° anno di vita dell'Assicurato.

La durata delle Coperture (indicata sul Certificato di Polizza) coincide, per ciascun Assicurato, con la durata del piano di ammortamento del Finanziamento e termina con la data di scadenza indicata sul Certificato di Polizza.



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

Revoca

L'Aderente/Assicurato può revocare il Contratto fino al momento della conclusione dello stesso. La revoca deve essere esercitata a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviarsi alla Compagnia al seguente recapito: **AFI ESCA S.A. - SERVIZIO CLIENTI, Foro Buonaparte, 51 - 20121 MILANO ovvero a mezzo PEC**, allegando l'originale del Modulo di Adesione. Se la dichiarazione di revoca dal Contratto perviene tempestivamente alla Compagnia, impedendone la conclusione, la Compagnia è tenuta a rimborsare all'Assicurato i Premi eventualmente già corrisposti, entro 30 giorni dal ricevimento della revoca.

Recesso

L'Aderente/Assicurato può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il Contratto si è concluso, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviare a: **AFI ESCA S.A. - SERVIZIO CLIENTI, Foro Buonaparte, 51- 20121 MILANO ovvero a mezzo PEC**, accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità. Le Coperture Assicurative cessano alla data richiesta dall'Aderente/Assicurato o, se precedente, alla data di spedizione della lettera raccomandata o della PEC dell'Aderente/Assicurato.

Risoluzione

In caso di estinzione anticipata del Finanziamento erogato, il Contratto Assicurativo si intende risolto e l'Assicurato non ha diritto alle Coperture previste.



Sono previsti scatti o riduzioni? ☐ SI ☒ NO

Se l'Aderente/Assicurato non paga il Premio o una rata di Premio, le Coperture vengono sospese per un massimo di 12 mesi a partire dalla data di scadenza del pagamento. Entro 6 mesi dalla scadenza del Premio o della rata di Premio non pagati l'Aderente/Assicurato ha il diritto di riattivare le Coperture, previo saldo delle rate di Premio arretrate e non pagate in relazione alle Coperture, nonché delle eventuali spese di incasso sostenute dalla Compagnia. Trascorsi 6 mesi dalla data di scadenza della prima rata di Premio non pagata, la riattivazione delle Coperture può avere luogo solo dietro espressa richiesta scritta dell'Aderente/Assicurato ed accettazione scritta della Compagnia, che potrà richiedere nuovi accertamenti sanitari e rifiutare la riattivazione del Contratto, tenuto conto del loro esito. La riattivazione delle Coperture ripristina - con effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il pagamento dell'intero ammontare dovuto - l'efficacia delle relative Coperture: i Sinistri avvenuti durante il periodo di sospensione non sono indennizzabili dalla Compagnia.

Sicuramente Top

<Assicurazione collettiva abbinata ai finanziamenti>

Documento informativo relativo al prodotto Assicurativo

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

Prodotto: **Sicuramente TOP**

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

Che tipo di Assicurazione è?

Polizza collettiva che prevede il pagamento di una somma in caso di imprevisti che possano compromettere la tua capacità di far fronte al prestito personale erogato a tuo favore da Prestiamoci S.p.a.



Che cosa è Assicurato?

- ✓ **Inabilità Totale e Temporanea** (Copertura facoltativa);
- ✓ **Perdita Involontaria d'Impiego** (Copertura facoltativa).
- ✓ **Malattia Grave** (per gli Assicurati che non svolgono attività lavorativa).



Che cosa non è Assicurato?

La Copertura **Inabilità Totale e Temporanea** è sempre esclusa nei seguenti casi:

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

La Copertura **Perdita Involontaria d'Impiego** è esclusa nei seguenti casi:

- ✗ percepimento di altri redditi da lavoro non identificabili come redditi da lavoro dipendente (vedi GLOSSARIO);
- ✗ licenziamenti per "giusta causa";
- ✗ dimissioni;
- ✗ licenziamenti comunicati da un datore di lavoro congiunto, anche ascendente o discendente;
- ✗ cessazioni, alla loro scadenza, di contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di somministrazione lavoro (ex interinali), contratti di lavoro intermittente e contratti stagionali;
- ✗ licenziamenti durante o al termine di un periodo di prova;
- ✗ contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano;
- ✗ licenziamenti per raggiungimento dell'età richiesta per il diritto alla "pensione di vecchiaia";
- ✗ licenziamenti o risoluzioni consensuali del rapporto di lavoro determinati da ristrutturazione o riorganizzazione aziendale con erogazione di incentivi all'esodo ovvero accompagnatori alla quiescenza;
- ✗ messa in mobilità del Lavoratore Dipendente che, nell'arco del periodo di mobilità stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- ✗ situazioni di Disoccupazione che diano luogo all'Indennizzo da parte della Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Edilizia o Straordinaria;
- ✗ licenziamento per superamento del periodo di comporto;
- ✗ licenziamento per impossibilità sopravvenuta della prestazione determinata dalla carcerazione del lavoratore;
- ✗ l'Assicurato risulta assorbito da meno di 24 mesi;
- ✗ conoscenza, da parte dell'Assicurato, della prossima Disoccupazione o sia al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di Disoccupazione.

La Copertura **Malattia Grave** è sempre esclusa nei casi di Esclusioni comuni a tutte le Garanzie, riportate nel DIP Aggiuntivo Multirischi.



Ci sono limiti di Copertura?

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

! Possono essere assicurate solo le persone fisiche residenti in Italia.

! Le Coperture **Inabilità Totale e Temporanea** e **Perdita Involontaria d'Impiego** e **Malattia Grave** hanno una durata massima pari alla durata del Finanziamento e cessano alla data indicata sul Certificato di Polizza;

! Possono accedere alle Coperture **Inabilità Totale e Temporanea** **esclusivamente le persone che siano Lavoratori Autonomi o Dipendenti del settore pubblico o privato, con età compresa tra i 18 e i 64 anni;**

! Possono accedere alle Coperture **Perdita Involontaria di Impiego** **esclusivamente le persone che siano Lavoratori Dipendenti del settore privato, con età compresa tra i 18 e i 64 anni;**

! Possono accedere alle Copertura **Malattia Grave esclusivamente le persone che non svolgono alcuna attività lavorativa, con età compresa tra i 18 e i 64 anni;**

! Il Sinistro è indennizzabile solo se si verifica entro la data di scadenza della Garanzia, indicata nel Certificato di Polizza.

Le Coperture Danni sono sottoposte ai seguenti periodi di Carenza e/o Franchigia:

! **I.T.T.:** periodo di Carenza pari a 90 giorni dalla Data di Decorrenza; Franchigia Relativa pari a 60 giorni dalla data del Sinistro;

! **P.I.:** periodo di Carenza pari a 90 giorni dalla Data di Decorrenza; Franchigia Relativa pari a 60 giorni dalla data del Sinistro;

! **M.G.:** periodo di Carenza pari a 90 giorni dalla Data di Decorrenza; nessun Periodo di Franchigia.



Dove vale la Copertura?

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



Che obblighi ho?

- **In caso di Sinistro:** i Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a mezzo raccomandata A.R. al seguente recapito: **AFI ESCA S.A. - UFFICIO SINISTRI - Foro Buonaparte 51 - 20121 MILANO**, e comunque non oltre il termine di 30 giorni dal verificarsi del Sinistro.
- **Quando sottoscrivi il Contratto:** Le dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato, rese al momento della sottoscrizione dell'Adesione di Assicurazione, se inesatte o reticenti relativamente a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio assunto dalla Compagnia, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della Copertura.



Quando e come devo pagare?

Il Premio Unico deve essere versato alla Compagnia per il tramite del Contraente.

Il Tasso Unico per Assicurati, **che accedano alle Coperture ITT e P.I. e M.G.**, con Età alla sottoscrizione inferiore a 59 anni è pari al 3,86%;

Il Tasso Unico per Assicurati, **che accedano alle Coperture ITT e P.I. e M.G.** con Età alla sottoscrizione compresa tra 59 anni e 65 anni è pari al 5%.

Il Tasso applicato per determinare il Premio per le Coperture Danni è già comprensivo delle imposte di Legge pari al 2,50%.

In caso di Rimborso, la Compagnia, entro il termine di trenta giorni dal ricevimento della dichiarazione di recesso, ha l'obbligo di restituire all'Assicurato il Premio, al netto delle Imposte, delle spese di emissione sostenute e della quota parte di Premio relativa al periodo in cui le Coperture hanno avuto effetto.



Quando comincia la Copertura e quando finisce?

La Copertura decorre:

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

La durata della Copertura coincide, per ciascun Assicurato, con la durata indicata nel Contratto originario del Finanziamento, fermo restando il rispetto dei limiti di età dell'Assicurato indicati per ciascuna Garanzia all'art. 7.4 che segue.

In ogni caso la durata non potrà risultare inferiore a 12 mesi o superiore a 120 mesi.

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

- pagamento dell'ultima rata di rimborso del Finanziamento;
- estinzione totale anticipata del Finanziamento o accollo del Finanziamento da parte di terzi;
- estinzione totale anticipata del Finanziamento in relazione alla liquidazione del Sinistro;
- esercizio del diritto di recesso;
- per la Copertura Inabilità Totale e Temporanea, alla data di inizio del pensionamento volontario ovvero allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione Modulo di Adesione;
- per la Copertura Perdita Involontaria d'Impiego, alla data di inizio del pensionamento volontario ovvero allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione;
- per la Copertura Malattia Grave allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.



Come posso disdire la polizza?

Se ci ripensi, hai 60 giorni di tempo dal momento in cui hai 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, Foro Buonaparte 51 – 20121 Milano ovvero a mezzo PEC**, accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità. In caso di recesso della Copertura Vita, decade automaticamente anche la Copertura Danni collegata.

Sicuramente TOP <Assicurazione collettiva abbinata ai finanziamenti>

Documento informativo precontrattuale per i prodotti Assicurativi multirischio
(DIP aggiuntivo Multirischi)

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

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



<Prodotto: **Protectim**>

<DIP Aggiuntivo Multirischio di ultima pubblicazione>

01/09/2025

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

L'Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto.

AFI ESCA S.A. / AFI ESCA IARD S.A. Rappresentanze Generali per l'Italia - Foro Buonaparte 51, 20121, Milano – tel.: 02.58324845 sito internet: www.afi-esca.it – e-mail: informazioni@afi-esca.com – PEC: afi-esca@legalmail.it

AFI ESCA S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia è iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di Assicurazione e riassicurazione al n. I.00105.

AFI ESCA S.A. è una impresa di Assicurazione di diritto francese, con sede legale e direzione generale in 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento e sottoposta alla vigilanza dell'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).

AFI ESCA S.A. ha un Patrimonio Netto pari a 171.338.089 € di cui 12.359.520 € è il capitale sociale e 61.375.674 € è il totale delle riserve patrimoniali.

AFI ESCA IARD S.A. è una impresa di Assicurazione di diritto francese, con sede legale e direzione generale in 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, soggetta a direzione e coordinamento di AFI ESCA S.A.

AFI ESCA IARD S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia, è iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di Assicurazione e riassicurazione al n. I.00102.

Per le Coperture Danni le Assicurazioni concluse per sottoscrizione del presente Prodotto sono stipulate con la rappresentanza generale per l'Italia di AFI ESCA IARD S.A.

AFI ESCA IARD S.A. ha un Patrimonio Netto pari a 4.916.000 € di cui 5.000.010 € è il capitale sociale e 68.519,95 € è il totale delle riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità, 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 184% per la gestione vita e al 169% per la gestione danni.

Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SCFR) disponibile sul sito internet dell'impresa: <https://www.afi-esca.com/informations-utiles/afi-esca-rapports-sur-la-solvabilite-et-la-situation-financiere/>

Al Contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Sicuramente Top è una assicurazione abbinata ai finanziamenti erogati da Prestiamoci S.p.a., che permette di abbinare Coperture Danni alle Coperture Vita:

- ✓ Garanzie Vita: **Decesso, Invalidità Totale e Permanente;**
- ✓ Garanzie Danni: **Inabilità Totale e Temporanea, Perdita Involontaria d'Impiego e Malattia Grave.**



Che cosa è Assicurato?

Oltre alle **Coperture Vita (Decesso e Invalidità Totale e Permanente)** possono essere assicurate le seguenti **Coperture Danni:**

- ✓ **Inabilità Totale e Temporanea** sottoscrivibile esclusivamente dai Lavoratori Autonomi o Dipendenti del settore pubblico o privato;
- ✓ **Perdita Involontaria d'Impiego** sottoscrivibile esclusivamente dai Lavoratori Dipendenti del settore privato;
- ✓ **Malattia Grave** sottoscrivibile esclusivamente dagli Assicurati che non svolgono attività lavorativa.

Le **Coperture I.T.T., P.I. e M.G.** sono Coperture opzionali, selezionabili al momento della sottoscrizione a fronte del pagamento di un Premio aggiuntivo.

Nel caso di Sinistro relativo alle **Coperture Danni** verrà liquidata dalla Compagnia una somma determinata in base alle indicazioni del Contratto di Finanziamento, nel rispetto dei seguenti limiti:

- Importo massimo della Rata mensile pari a 1.500 euro;
- Massimo n. 12 Rate mensili per Sinistro;
- Massimo n. 3 Sinistri per l'intera durata del Contratto.



Che cosa NON è Assicurato?

	Le Coperture Vita e Danni sono sempre escluse nei seguenti casi: - dolo dell'Assicurato, del Contraente o del Beneficiario; - suicidio, se avviene nel primo anno dalla Data di Decorrenza; il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato; - uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, o di stati di alcolismo acuto o cronico; - stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, la sommossa, ad 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; - movimenti popolari, risse, crimini, delitti, atti di terrorismo, a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, salvo i casi di legittima difesa; - incidente aereo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota privo di brevetto idoneo, ovvero Sinistri che siano conseguenza diretta della pratica di attività sportive professionistiche o di sport aerei in genere; - partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore; - conseguenza diretta o indiretta di esplosioni, emanazioni di calore, inalazioni, radiazioni, se provenienti dalla modifica della struttura atomica; - Infortuni, Malattie, invalidità e infermità causati da operazioni di carattere estetico, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti a Malattia o Infortunio indennizzabili nei termini del Contratto; - affezioni o Infortuni accertati da un punto di vista medico a una data anteriore rispetto alla Data di Decorrenza. I seguiti e le conseguenze delle affezioni e degli Infortuni dichiarati alla Compagnia sono comunque garantiti, tranne se oggetto di una Esclusione; - Cure o interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di stipulazione della polizza; - Aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi; - Guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro; - Eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidei; - Malattia consistente in sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate. Rischi esclusi Tutte le Coperture sono inoltre escluse nei casi in cui il Sinistro sia causato dallo svolgimento di una delle seguenti attività professionali: militare, polizia, vigile del fuoco, qualsiasi professione che comporti l'utilizzo di un'arma da fuoco, addetto al soccorso alpino, lavoro su tetti ed impalcature > 20 m (es. muratore, antennista, elettricista su piloni o alta tensione, imbianchino), attività a contatto con sostanze nocive o tossiche, esplosive e/o radioattive, attività a contatto con correnti elettriche superiori a 380 V, attività subacquee (es. sommozzatore), attività nel sottosuolo (es. speleologo, minatore), attività in alta montagna (es. guida alpina), pilota o membro dell'equipaggio di aerei privati e/o elicotteri, skipper, collaudatore di autoveicoli e motocicli, pilota professionista. Le Coperture Invalidità Totale e Permanente e Inabilità Totale Temporanea sono inoltre escluse nei seguenti casi: - Invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato pre-esistenti e noti all'Assicurato prima della Data di Decorrenza delle Coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti; - bungee jumping, base jump, tauromachia; - canyoning, rafting, kite surf; - speleologia; - pratica di sport da combattimento (tranne se praticati in club o con licenza); - pratica di atletica pesante, rugby e football americano; - sci fuori pista, sci acrobatico, bobsleigh, combinata nordica, skeleton, skiatolon, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico; - alpinismo, scalata e trekking in montagna oltre 3.000 m, downhill; - immersioni oltre 20 m di profondità e speleosubacquea; - pratica di qualsiasi sport a titolo amatoriale o professionale che comporti un compenso o una remunerazione; - gare sportive (compresi gli allenamenti e le prove che le precedono) che richiedono l'utilizzo di animali, veicoli (con o senza motore) o imbarcazioni a motore; - dalla partecipazione a competizioni – o relative prove – ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali o sport da combattimento in genere, salvo che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali.
	Ci sono limiti di Copertura?
	<u>Le Coperture I.T.T. e P.I. sono sottoposte alle seguenti regole di rimborso:</u> Al fine di richiedere la Prestazione Assicurata per <u>I.T.T.</u> o <u>P.I.</u>, è necessario completare almeno 30 giorni consecutivi (mensilità) di I.T.T. o P.I. successivi al periodo di Franchigia di 60 giorni. Sono indennizzabili esclusivamente i periodi pari a mensilità intere.



A chi è rivolto questo prodotto?

Sicuramente Top è rivolto alle persone fisiche (in età compresa tra i 18 e i 68 anni non compiuti) che abbiano sottoscritto un Contratto di Finanziamento e intenda garantirlo dal rischio Decesso, I.T.P., I.T.T., Perdita Involontaria di impiego e Malattia Grave. Le persone che hanno un'età compresa tra i 65 anni e i 68 anni possono beneficiare esclusivamente della Garanzia Decesso.



Quali costi devo sostenere?

Sul Premio gravano costi di acquisizione. In particolare, le spese di emissione del Contratto sono prestabilite in misura fissa pari a 20,00 € e la remunerazione del Distributore è determinata in misura percentuale sull'ammontare complessivo del Premio - al netto delle imposte (pari al 2,5% per le sole Coperture Danni) – pari al 58%.

L'importo percepito dal Distributore è indicato, in valore assoluto, nel Certificato di Polizza.

es. se il Premio imponibile è pari a 100,00 €, la remunerazione del Distributore è pari a 58,00 € e le spese di emissione sono pari a 20,00 €.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei Sinistri devono essere inoltrati per iscritto ovvero a mezzo posta elettronica a: AFI ESCA S.A./AFI ESCA IARD S.A. - Foro Buonaparte, 51 – 20121, Milano Tel.: +39 02.583.248.45 - e-mail: reclami@afi-esca.com La Compagnia gestisce il reclamo dandovi riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it 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 . In caso di esito insoddisfacente del reclamo presentato a AFI ESCA, o in caso di mancata risposta nei 45 giorni, l'Aderente/Assicurato può esperire il tentativo di conciliazione davanti all' Arbitro Assicurativo ("AAS"). La guida utente, che illustra le fasi principali della procedura, è pubblicata sul sito dell'Arbitro Assicurativo (www.arbitroassicurativo.org). Il ricorso all'AAS è condizione di procedibilità per adire l'Autorità giudiziaria.

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

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

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al Contratto	I Premi di Assicurazione per le Coperture Vita non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni, mentre quelli per le Coperture Danni sono soggetti ad un'imposta pari al 2,5% del Premio imponibile. 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.
---	--

Sicuramente TOP

Assicurazione abbinata ai finanziamenti



Glossario

Appendice: eventuale documento rilasciato 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.

Aderente/Assicurato: la persona fisica che abbia aderito alla presente Polizza Collettiva e alla quale si riferiscono il rischio e le relative Coperture.

Beneficiari: il soggetto cui viene liquidato l'Indennizzo al verificarsi del rischio 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.

Cassa Integrazione Guadagni Edilizia: la Cassa Integrazione Guadagni, Ordinaria o Straordinaria, erogata agli operai, impiegati e quadri dipendenti di aziende edili ed affini e di aziende industriali del settore lapideo esercenti l'attività di escavazione e/o lavorazione di materiale lapideo.

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

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

Cessione, Pegno, Vincolo: operazioni con le quali l'Aderente/Assicurato 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 dell'Aderente/Assicurato, ne fa annotazione sul documento di polizza o su apposita Appendice al Contratto di Assicurazione. In caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che pregiudica 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/Compagnie:

Per le Coperture Vita: AFI ESCA S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia;

Per le Coperture Danni: AFI ESCA IARD S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia.

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

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

Contraente: Prestiamoci S.p.a.

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

Copertura/Coperture o Garanzia/Garanzie: le Garanzie assicurative riconosciute dalla Compagnia all'Assicurato ai sensi del presente Contratto in forza delle quali la Compagnia è obbligata al pagamento dell'Indennizzo al verificarsi del Sinistro.

Coperture Danni: le Coperture Assicurative al caso di Inabilità Totale e Temporanea (o "Inabilità Totale e Temporanea"), di Perdita Involontaria d'Impiego (o "Perdita Involontaria d'Impiego"), prestate da AFI ESCA IARD S.A.

Coperture Vita: le Coperture Assicurative relative al caso di Decesso e di Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato prestate da AFI ESCA S.A.

Data di Decorrenza: la data da cui le Coperture hanno effetto.

Decesso: la morte dell'Assicurato avvenuta per Infortunio o Malattia.



Disoccupazione: la condizione di assenza di un rapporto di lavoro. Ai sensi del presente Contratto, è considerato in stato di Disoccupazione anche il Lavoratore Dipendente che svolge attività lavorativa di durata inferiore a 16 ore settimanali (es. contratti a chiamata). Lo stato di Disoccupazione è dimostrabile tramite apposita certificazione rilasciata dal Centro per l'Impiego.

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

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

Età Assicurativa: l'età dell'Assicurato che la Compagnia prende in considerazione per calcolare il Premio e l'Indennizzo del Contratto.

L'Età Assicurativa non coincide sempre con l'età anagrafica; per determinare l'Età Assicurativa, la Compagnia fa riferimento alla differenza tra l'anno di sottoscrizione e l'anno di nascita dell'Assicurato.

Evento Assicurato: il verificarsi dell'evento previsto dalla Polizza che dà diritto alla Prestazione Assicurata.

1. Per la Garanzia **Decesso:** l'Evento Assicurato corrisponde alla data del Decesso derivante da Infortunio o Malattia dell'Assicurato.
2. Per la Garanzia **Invalidità Totale e Permanente:** l'Evento Assicurato corrisponde alla data di richiesta di riconoscimento dell'Invalidità derivante da Infortunio o da Malattia, se riconosciuta.
3. Per la Garanzia **Inabilità Totale e Temporanea:** l'Evento Assicurato corrisponde: in caso di I.T.T. da Infortunio con la data dell'Infortunio stesso; in caso di I.T.T. da Malattia, con la data di diagnosi indicata nel certificato medico.
4. Per la Garanzia **Perdita Involontaria d'Impiego:** l'Evento Assicurato corrisponde alla data di interruzione del rapporto di lavoro dipendente;
5. Per la Garanzia **Malattia Grave:** la data della diagnosi della Malattia Grave dell'Assicurato.

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

Inabilità Totale e Temporanea o I.T.T.: la perdita temporanea ed in misura totale, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria normale attività lavorativa.

Indennizzo o Prestazione Assicurata: la somma dovuta dalla Compagnia al Beneficiario in base al Contratto in caso di Sinistro.

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

Intermediario/Distributore: 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 o I.T.P.: 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 e 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.

Lavoratori Dipendenti del settore privato: le persone fisiche che prestino il proprio lavoro, con qualunque qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base a un Contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato o determinato comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 20 ore settimanali. Sono altresì assimilati ai Lavoratori Dipendenti coloro che godono di redditi di cui all'art. 50, comma 1, D.P.R. 22.12.1986 n. 917, lettere:

a) lavoratori soci di cooperative, c) borse, assegni o sussidi a fini di studio o di addestramento, d) remunerazioni dei sacerdoti, g) indennità parlamentari ed assimilate.

Lavoratori Dipendenti del settore pubblico: le persone fisiche che siano Lavoratori Dipendenti presso la Pubblica Amministrazione. A titolo esemplificativo fanno parte della Pubblica Amministrazione:

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



Lettera di Benvenuto: il documento rilasciato dalla Compagnia all'Aderente che, insieme alle Condizioni Generali di Assicurazione ed eventuali Appendici, riporta le informazioni relative al Contratto di Assicurazione.

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

Malattia Grave o M.G.: la diagnosi di una delle seguenti Malattie:

- ICTUS (qualsiasi accidente cerebrovascolare, emorragico o ischemico, che produca un deficit neurologico permanente);
- CANCRO (tumore maligno caratterizzato dalla crescita di cellule maligne e invasione dei tessuti. Restano esclusi i carcinomi in situ, la leucemia linfocitica cronica, nonché i tumori in presenza di virus da immunodeficienza e qualsiasi cancro della pelle diverso dal melanoma maligno);
- ATTACCO CARDIACO (necrosi di una parte del muscolo cardiaco accompagnato da tutti e tre i fattori: anamnesi di precordialgia tipica; nuove alterazioni elettrocardiografiche; aumento degli enzimi cardiaci);
- PATOLOGIA CORONARICA CHE RICHIEDE INTERVENTO CHIRURGICO (intervento chirurgico per correggere il restringimento - stenosi - o l'occlusione di una o più coronarie con innesti di bypass, condotto su soggetti con sintomi anginosi limitati, ma escluse le tecniche non chirurgiche quali l'angioplastica con catetere a palloncino o la risoluzione di un'ostruzione mediante tecniche laser);
- INSUFFICIENZA RENALE (Malattia renale terminale, dovuta a qualsiasi causa e sopravvenuta successivamente alla decorrenza della Copertura che imponga dialisi peritoneale o emodialisi);
- TRAPIANTO DI ORGANI PRINCIPALI (l'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto di cuore, cuore e polmoni, fegato, pancreas, rene o midollo osseo).

Modulo di Adesione o Proposta di Assicurazione: il modulo predisposto dalla Compagnia e sottoscritto dall'Aderente, 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.

Perdita Involontaria d'Impiego o P.I.: la cessazione del rapporto di lavoro dipendente, a seguito di:

- licenziamento per giustificato motivo oggettivo;
- messa in mobilità.

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

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

Tale periodo decorre dalla data del verificarsi del Sinistro.

Premio Unico Anticipato: la somma dovuta dall'Aderente/Assicurato alla Compagnia, versata in un'unica soluzione al momento della stipula del Contratto.

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.

Ramo Assicurativo: Per ramo assicurativo si intende la gestione della forma assicurativa corrispondente a un determinato rischio o a un gruppo di rischi tra loro simili, distinguendo il Ramo Vita e il Ramo Danni.

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

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

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

Set Informativo: l'insieme dei documenti precontrattuali e contrattuali che la Compagnia è tenuta a consegnare al potenziale Aderente/Assicurato prima della sottoscrizione.

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

Tasso Unico: il coefficiente fisso utilizzato dalla Compagnia per determinare il Premio Unico Anticipato.

Sicuramente TOP

Assicurazione abbinata ai finanziamenti



Indice

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE 1

ARTICOLO 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....1

Art. 1.1 - Prestazioni Assicurative..... 1

Art. 1.2 - Prestazioni Sottoscrivibili..... 1

ARTICOLO 2 - CONDIZIONI DI ASSICURABILITA'1

Art. 2.1 - Persone assicurabili 1

Art. 2.2 - Et  e attivit  professionale al momento della sottoscrizione 1

Art. 2.3 - Residenza dell'Assicurato 2

Art. 2.4 - Modalit  di sottoscrizione 2

Art. 2.5 - Ammissione alla Copertura 2

Art. 2.6 - Rifiuto di ammissione alla Copertura o applicazione di Condizioni Particolari 2

ARTICOLO 3 - BENEFICIARIO DELLE COPERTURE.....2

ARTICOLO 4 - DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO....3

ARTICOLO 5 - CONDIZIONI E PRESTAZIONI RELATIVE ALLE COPERTURE.....3

Art. 5.1 - A) Prestazione in Caso di Decesso..... 3

Art. 5.2 - B) Prestazione in Caso di Invalidit  Totale e Permanente 4

Art. 5.3 - C) Prestazione in Caso di Inabilit  Totale e Temporanea..... 5

Art. 5.4 - E) Prestazione in Caso di Perdita Involontaria d'Impiego..... 7

Art. 5.5 - D) Prestazione in Caso di Malattia Grave..... 8

Art. 5.6 - Regole di rimborso 9

ARTICOLO 6 – ESCLUSIONI, CARENZE, FRANCHIGIE.....10

Art. 6.1 - Esclusioni riguardanti la Garanzia per il caso Decesso, valide solo per le ipotesi in cui l'Ente Erogante abbia condizionato l'erogazione del Finanziamento alla stipula del Contratto di Assicurazione 10

Art. 6.2 – Esclusioni comuni a tutte le Garanzie (ad eccezione delle ipotesi di cui all'art. 6.1) 10

Art. 6.3 - Esclusioni riguardanti le Garanzie Invalidit  Totale e Permanente e Inabilit  Totale e Temporanea al lavoro 11

Art. 6.4 - Esclusioni riguardanti la Garanzia Inabilit  Totale e Temporanea..... 11

Art. 6.5 - Esclusioni riguardanti la Garanzia Perdita Involontaria d'Impiego..... 12

Art. 6.6 – Periodo di Carenza da Malattia delle Coperture Vita (Decesso e Invalidit  Totale e Permanente)..... 12

Art. 6.7 – Periodo di Carenza delle Coperture Danni (Inabilit  Totale e Temporanea, Perdita Involontaria d'Impiego e Malattia Grave)..... 13

Art. 6.8 – Periodo di Franchigia Relativa della Copertura Inabilit  Temporanea e Totale..... 13

Art. 6.9 – Periodo di Franchigia Relativa della Copertura Perdita Involontaria d'Impiego..... 14

ARTICOLO 7 – CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E DECORRENZA, DURATA E CESSAZIONE DELLE COPERTURE	15
Art. 7.1 - Conclusione del Contratto	15
Art. 7.2 - Decorrenza della Copertura.....	16
Art. 7.3 - Durata della Copertura	16
Art. 7.4 - Cessazione della Copertura	16
ARTICOLO 8 – RISCOSSO, RIDUZIONE E RELATIVI COSTI	17
ARTICOLO 9 – REVOCA DEL CONTRATTO	17
ARTICOLO 10 – DIRITTO DI RECESSO	17
ARTICOLO 11 - ESTINZIONE TOTALE ANTICIPATA, TRASFERIMENTO, ACCOLLO.....	18
ARTICOLO 12 - MODIFICA DELLE GARANZIE E/O RINEGOZIAZIONE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO.....	18
ARTICOLO 13 - PREMI.....	18
Art. 13.1 - Tariffazione	18
Art. 13.2 - Importo e frazionamento	19
Art. 13.3 - Versamento del Premio.....	19
Art. 13.4 - Costi gravanti sul Premio	19
ARTICOLO 14 – DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI	19
Art. 14.1 - Decesso	19
Art. 14.2 - Invalidità Totale e Permanente.....	20
Art. 14.3 - Inabilità Totale Temporanea	20
Art. 14.4 - Perdita Involontaria d'Impiego	20
Art. 14.5 - Malattia Grave.....	21
ARTICOLO 15 - LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI.....	21
ARTICOLO 16 - CESSIONE DEI DIRITTI	21
ARTICOLO 17 - ESTENSIONE TERRITORIALE	21
ARTICOLO 18 - IMPOSTE E TASSE.....	21
ARTICOLO 19 - SPESE VARIE	21
ARTICOLO 20 - GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE	22
ARTICOLO 21 - COMUNICAZIONI - RICHIESTA DI INFORMAZIONI - PROVA DEL CONTRATTO	22
ARTICOLO 22 - MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL SET INFORMATIVO	22
ARTICOLO 23 - RECLAMI.....	22
ARTICOLO 24 - PRESCRIZIONE.....	23
ARTICOLO 25 - CONFLITTO D' INTERESSI	23

Sicuramente TOP

Assicurazione abbinata ai finanziamenti



Condizioni Generali di Assicurazione

ARTICOLO 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1.1 - Prestazioni Assicurative

Il presente Contratto di Assicurazione si riferisce all'offerta congiunta delle seguenti Coperture assicurative:

- **Decesso e Invalidità Totale e Permanente** – “Coperture Vita”, prestate da AFI ESCA S.A.;
- **Inabilità Totale e Temporanea e Perdita Involontaria d'Impiego e Malattia Grave** – “Coperture Danni”, prestate da AFI ESCA IARD S.A.

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, l'Assicurato deve scegliere una delle combinazioni di Garanzie di cui al seguente Art. 1.2, in base al proprio status lavorativo.

Art. 1.2 - Prestazioni Sottoscrivibili

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

- a) Copertura per il caso di **Decesso + Copertura per Invalidità Totale e Permanente + Copertura per Inabilità Totale e Temporanea** (selezionabile esclusivamente dai Lavoratori Autonomi e dai Lavoratori Dipendenti del settore pubblico e privato);
- b) Copertura per il caso di **Decesso + Copertura per Invalidità Totale e Permanente + Perdita Involontaria di Impiego** (selezionabile esclusivamente dai Lavoratori Dipendenti del settore privato);
- c) Copertura per il caso di **Decesso + Copertura per Invalidità Totale e Permanente + Malattia Grave** (selezionabile esclusivamente dagli Assicurati che esercitano alcuna attività lavorativa).

Le Coperture sono valide e operanti solo se confermate dalla Compagnia in fase di conclusione del Contratto.

ARTICOLO 2 - CONDIZIONI DI ASSICURABILITA'

Art. 2.1 - Persone assicurabili

Possono essere assicurate esclusivamente le persone fisiche aventi i requisiti richiesti nei successivi Articoli 2.2 e 2.3, che abbiano richiesto o siano cointestatari di un Finanziamento sottoscritto con l'Ente Erogante.

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

Possono essere assicurate solo le persone fisiche che - al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione - abbiano età compresa tra i 18 e i 68 anni.

! Le persone con età compresa tra i 65 anni e i 68 anni potranno beneficiare esclusivamente della Garanzia Decesso.

Nei casi di Copertura per **Invalidità Totale e Permanente, Inabilità Totale e Temporanea, Perdita Involontaria d'Impiego e Malattia Grave** sono assicurabili le persone fisiche che - al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione - abbiano età inferiore a 65 anni.

Nei casi di Copertura per **Inabilità Totale e Temporanea e Perdita Involontaria d'Impiego**, sono assicurabili le persone fisiche che esercitino effettivamente un'attività lavorativa retribuita o comunque produttiva di reddito certificabile.

In via eccezionale, ove i richiedenti stiano beneficiando di una sospensione dell'attività lavorativa per congedo di maternità, congedo parentale, congedo di formazione, periodo sabbatico o per l'avvio di un'attività di impresa, potranno richiedere tali Garanzie a condizione che la ripresa dell'attività lavorativa avvenga entro 6 mesi dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione. In caso contrario, le medesime Garanzie cesseranno e i relativi Premi verranno rimborsati ai richiedenti, su domanda di questi ultimi.



Art. 2.3 - Residenza dell'Assicurato

Per poter usufruire delle Coperture, l'Assicurato deve avere residenza nel territorio della Repubblica Italiana.

Art. 2.4 - Modalità di sottoscrizione

L'Assicurazione relativa a ciascun Assicurato è stipulata mediante la sottoscrizione del Modulo di Adesione, a cui deve essere allegato il piano di ammortamento del Finanziamento o un documento dell'Ente Erogante contenente le caratteristiche del Finanziamento.

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

Per una stessa operazione di Finanziamento possono essere assicurate più persone, a condizione che:

1. siano cointestatari del medesimo Finanziamento;
2. che ciascuna separatamente sottoscriva il proprio Modulo di Adesione.

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

Art. 2.5 - Ammissione alla Copertura

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

Nel caso in cui vi siano più Assicurati cointestatari del medesimo Finanziamento, l'importo del Capitale Assicurato richiesto per ciascun Assicurato sarà stabilito sulla base della quota di Finanziamento intestata a ciascun Assicurato. Se l'Assicurato è intestatario/cointestatario di più Finanziamenti assicurati dalla Compagnia, l'importo del Capitale Assicurato corrisponderà alla somma di tutti i singoli importi finanziati all'Assicurato.

! L'importo complessivo del Capitale Assicurato – anche in caso di presenza di più Finanziamenti - non può essere superiore a € 60.000.

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

La Compagnia, entro quarantacinque (45) giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione, può sempre rifiutare l'assunzione del rischio nei seguenti casi:

- a) nel caso in cui dalla documentazione contrattuale, anche sanitaria, emergano rilevanti fattori di rischio;
- b) nel caso in cui dalla documentazione contrattuale emerga una richiesta di Copertura non congrua all'effettivo tenore di vita dell'Assicurato.

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

La Compagnia - nei casi di cui ai precedenti punti **a)** e **b)** - può stabilire Condizioni Particolari di accettazione del rischio e prevedere l'applicazione di eventuali Sovrappremi o l'esclusione di determinati rischi.

Le eventuali Condizioni Particolari dovranno essere sottoscritte da parte dell'Assicurato.

ARTICOLO 3 - BENEFICIARIO DELLE COPERTURE

La designazione di beneficio e le eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o disposte per testamento.

L'Aderente/Assicurato designa i Beneficiari e, in ogni momento, può revocare e modificare tale designazione ad eccezione dei seguenti casi:

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

Le Prestazioni Assicurate sono liquidate:

- a) in caso di Decesso, al Beneficiario designato;
- b) per tutte le altre Garanzie, direttamente all'Assicurato.



L'Ente Erogante il Finanziamento non può essere designato quale Beneficiario se il Contratto di Assicurazione è stato intermediato dall'Ente Erogante medesimo o da altri soggetti ad esso legati da rapporti di gruppo o da rapporti di affari propri o di società del gruppo.

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

Le dichiarazioni dell'Assicurato, rese al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e durante l'intera durata del Contratto, devono essere vere, esatte e complete.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato rese al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione 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 / Rata Assicurata, nonché la cessazione delle Coperture ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

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

Se 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 5 - CONDIZIONI E PRESTAZIONI RELATIVE ALLE COPERTURE

Il Contratto di Assicurazione prevede le seguenti Prestazioni Assicurate:

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

Le Garanzie sono prestate nei limiti delle Esclusioni, comuni e specifiche, di cui all'Artt. 6 e seguenti.

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

Art. 5.1 - A) Prestazione in Caso di Decesso

Assicurati garantiti

La Garanzia è selezionabile da tutti gli Assicurati.

Rischio Assicurato

L'Evento Assicurato è il Decesso dell'Assicurato derivante da Infortunio o Malattia, occorso nel periodo di vigenza della Copertura e prima del compimento del 70° (settantesimo) anno di età dell'Assicurato.

Prestazione Assicurata

Il Capitale - liquidato al Beneficiario - sarà pari al debito residuo del Finanziamento in linea capitale alla data del Decesso dell'Assicurato, al netto di interessi o rate insolute o di cui sia stata accordata la sospensione del pagamento. Il pagamento avviene nel limite della Percentuale di Copertura Assicurativa e del Capitale indicato nel Modulo di Adesione. L'importo massimo del Capitale Assicurato è pari a € 60.000.

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

L'Indennizzo verrà corrisposto solo a seguito di comunicazione documentata riportante l'importo del debito residuo del Finanziamento alla data di Decesso dell'Assicurato.



ESEMPIO:

Caso A) → Importo del Finanziamento erogato: **10.000 €** e Capitale Assicurato in caso Decesso: **10.000 €**
Percentuale di Copertura Assicurativa = Importo del Finanziamento / Capitale Assicurato = **100%**
Debito Residuo alla data del Decesso = **6.000 €**

Cosa avviene in caso di Sinistro DECESSO?

In caso di Decesso dell'Assicurato, indennizzabile secondo le presenti Condizioni Generali di Assicurazione, la Compagnia liquida al Beneficiario l'importo del debito residuo nel limite della Percentuale di Copertura Assicurativa (100%) → la Percentuale di Copertura è del 100% e viene quindi liquidato l'intero importo del debito residuo.

Capitale Liquidato al Beneficiario = Debito residuo x Percentuale di Copertura Assicurativa
= 6.000 € x 100% = **6.000 €**

Caso B) → Importo del Finanziamento erogato: **10.000 €** e Capitale Assicurato in caso Decesso: **5.000 €**
Percentuale di Copertura Assicurativa = Importo del Finanziamento / Capitale Assicurato = **50%**
Debito Residuo alla data del Decesso = **6.000 €**

Cosa avviene in caso di Sinistro DECESSO?

In caso di Decesso dell'Assicurato, indennizzabile secondo le presenti Condizioni Generali di Assicurazione, la Compagnia liquida al Beneficiario l'importo del debito residuo nel limite della Percentuale di Copertura Assicurativa (50%) → la Percentuale di Copertura è del 50% e viene quindi liquidata la metà dell'importo del debito residuo.

La presente Garanzia viene prestata

- senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, fatte salve le Esclusioni di cui agli artt. 6.1 e 6.2 che seguono, che possono comportare la Riduzione o il venir meno della Copertura;
- fino alla data di scadenza della Garanzia, come indicata nella Certificato di Polizza o eventuali Appendici;
- fino allo scadere del mese solare di compimento del 70° anno di vita dell'Assicurato.

Alla scadenza dell'Assicurazione, qualora nel corso della sua vigenza non si fosse verificato l'Evento Assicurato (Decesso dell'Assicurato), la Copertura cessa, la Compagnia non è soggetta ad alcun obbligo e i Premi versati resteranno definitivamente acquisiti da quest'ultima.

Periodo di Carenza

Per il solo caso di Decesso derivante da Malattia, l'efficacia della Copertura è subordinata a un Periodo di Carenza di 90 giorni decorrenti dalla Data di Decorrenza, durante il quale l'Assicurazione resta sospesa.

Nel caso in cui il Decesso dell'Assicurato si verifichi durante il Periodo di Carenza la Compagnia, salvo determinate ipotesi indicate all'art. 6.6 delle Condizioni Generali di Assicurazione, non è tenuta al pagamento del Capitale Assicurato ma si limita a restituire il Premio versato al netto delle imposte applicate alle Coperture Danni.

Art. 5.2 - B) Prestazione in Caso di Invalidità Totale e Permanente

Assicurati garantiti

La Garanzia si applica a tutti gli Assicurati.

Rischio Assicurato

L'Evento Assicurato è l'Invalidità Totale e Permanente derivante da Infortunio o Malattia dell'Assicurato che comportino una Invalidità Totale e Permanente - riconosciuta ed accertata - di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato, nel corso del periodo di vigenza della Copertura e prima del compimento del 65° (sessantacinquesimo) 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 Assicurata

Il Capitale - liquidato all'Assicurato - sarà pari al debito residuo del Finanziamento in linea capitale alla data di



riconoscimento dello stato di Invalidità Totale e Permanente, al netto di interessi o rate insolute o di cui sia stata accordata la sospensione del pagamento.

Il pagamento avviene nel limite della Percentuale di Copertura Assicurativa e del Capitale indicato nel Modulo di Adesione. Il limite massimo del Capitale Assicurato è pari a € 60.000.

L'Indennizzo verrà corrisposto solo a seguito di comunicazione documentata riportante l'importo del debito residuo del Finanziamento alla data di I.T.P. dell'Assicurato.

ESEMPIO:

Caso A) → Importo del Finanziamento erogato: **10.000 €** e Capitale Assicurato: **10.000 €**

Percentuale di Copertura Assicurativa = Importo del Finanziamento / Capitale Assicurato = **100%**

Debito Residuo alla data dell'I.T.P. = **6.000 €**

Cosa avviene in caso di Sinistro I.T.P.?

In caso di I.T.P. dell'Assicurato, indennizzabile secondo le presenti Condizioni Generali di Assicurazione, la Compagnia liquida al Beneficiario l'importo del debito residuo nel limite della Percentuale di Copertura Assicurativa (100%) → la Percentuale di Copertura è del 100% e viene quindi liquidato l'intero importo del debito residuo.

Capitale Liquidato al Beneficiario = Debito residuo x Percentuale di Copertura Assicurativa = 6.000 € x 100% = **6.000 €**

Caso B) → Importo del Finanziamento erogato: **10.000 €** e Capitale Assicurato: **5.000 €**

Percentuale di Copertura Assicurativa = Importo del Finanziamento / Capitale Assicurato = **50%**

Debito Residuo alla data dell'I.T.P. = **6.000 €**

Cosa avviene in caso di Sinistro I.T.P.?

In caso di I.T.P. dell'Assicurato, indennizzabile secondo le presenti Condizioni Generali di Assicurazione, la Compagnia liquida al Beneficiario l'importo del debito residuo nel limite della Percentuale di Copertura Assicurativa (50%) → la Percentuale di Copertura è del 50% e viene quindi liquidata la metà dell'importo del debito residuo.

Capitale Liquidato al Beneficiario = Debito residuo x Percentuale di Copertura Assicurativa = 6.000 € x 50% = **3.000 €**

La presente Garanzia viene prestata

- senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, fatte salve le Esclusioni specifiche di cui agli Artt. 6.2 e 6.3 che seguono e che possono comportare la Riduzione o il venire meno della Copertura;
- fino alla data di scadenza della Garanzia, come indicata nella Certificato di Polizza o eventuali Appendici;
- fino allo scadere del mese solare di compimento del 65° anno di vita dell'Assicurato.

Eseguito il pagamento della Prestazione Assicurata la Garanzia si estingue e nulla è dovuto per il caso di successivo Decesso dell'Assicurato.

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

Periodo di Carenza

Per il solo caso di Invalidità Totale e Permanente da Malattia, l'efficacia della Copertura è subordinata a un Periodo di Carenza di 90 giorni decorrenti dalla Data di Decorrenza, durante il quale l'Assicurazione resta sospesa.

Nel caso in cui l'Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato si verifichi durante il Periodo di Carenza la Compagnia, salvo determinate ipotesi indicate all'Art. 6.6 delle Condizioni Generali di Assicurazione, non è tenuta al pagamento del Capitale Assicurato ma si limita a restituire il Premio versato al netto delle imposte applicate alle Coperture Danni.

Art. 5.3 - C) Prestazione in Caso di Inabilità Totale e Temporanea

Assicurati garantiti

La Garanzia è selezionabile esclusivamente dagli Assicurati che siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti del settore pubblico o privato.



Rischio Assicurato

L'Evento Assicurato è l'Inabilità Totale e Temporanea derivante da Infortunio o Malattia dell'Assicurato.

L'Assicurato si definisce temporaneamente "inabile totale al lavoro" se, a causa di un Infortunio o Malattia, si trova nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua professione o mestiere, a condizione che - al giorno in cui si verifica il Sinistro - l'Assicurato eserciti effettivamente un'attività lavorativa regolare retribuita o produttiva di reddito certificabile.

Prestazione Assicurata

La Copertura prevede, in caso di Inabilità Totale e Temporanea, la liquidazione mensile all'Assicurato di una somma determinata in base alle indicazioni del Contratto di Finanziamento nei limiti di cui al successivo Art. 5.5, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e con un massimo di n. 3 (tre) Sinistri per tutta la durata del Contratto.

Il pagamento avviene nel limite della Percentuale di Copertura Assicurativa e del Capitale indicato nel Modulo di Adesione. Il limite della rata mensile liquidabile dalla Compagnia è pari a € 1.500.

ESEMPIO:

Caso A) → Importo del Finanziamento erogato: **10.000 €** e Capitale Assicurato: **10.000 €**

Rata del Finanziamento: **1.000 €**

Percentuale di Copertura Assicurativa = Importo del Finanziamento / Capitale Assicurato = **100%**

Cosa avviene in caso di Sinistro I.T.T.?

In caso di I.T.T. dell'Assicurato, indennizzabile secondo le presenti Condizioni Generali di Assicurazione, la Compagnia liquida al Beneficiario l'importo della rata mensile del Finanziamento nel limite della Percentuale di Copertura Assicurativa → la Percentuale di Copertura Assicurativa è del 100% e viene quindi liquidata l'intera Rata del Finanziamento.

Rata mensile liquidata = Rata del Finanziamento x Percentuale di Copertura Assicurativa = 1.000 € x 100% = 1.000 €

Caso B) → Importo del Finanziamento erogato: **10.000 €** e Capitale Assicurato: **5.000 €**

Rata del Finanziamento: **1.000 €**

Percentuale di Copertura Assicurativa = Importo del Finanziamento / Capitale Assicurato = **50%**

Cosa avviene in caso di Sinistro I.T.T.?

In caso di I.T.T. dell'Assicurato, indennizzabile secondo le presenti Condizioni Generali di Assicurazione, la Compagnia liquida al Beneficiario l'importo del debito residuo nel limite della Percentuale di Copertura Assicurativa → la Percentuale di Copertura è del 50% e viene quindi liquidata la metà della Rata del Finanziamento.

Rata mensile liquidata = Rata del Finanziamento x Percentuale di Copertura Assicurativa = 1.000 €

Le Prestazioni cessano immediatamente in caso di ripresa dell'attività lavorativa da parte dell'Assicurato, nonché in tutti i casi di cessazione delle Coperture come precisati all'Art. 7.4.

La presente Garanzia viene prestata

- nei limiti delle Esclusioni di cui agli Artt. 6.2, 6.3 e 6.4 che seguono e che possono comportare la riduzione o il venire meno della Copertura;
- fino alla data di inizio del pensionamento volontario dell'Assicurato;
- fino alla data di scadenza della Garanzia, come indicata nella Certificato di Polizza;
- fino allo scadere della Durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e come da tabella allegata al successivo Art. 7.4.

Alla scadenza dell'Assicurazione relativa a ciascun Assicurato, qualora nel corso della sua vigenza non si fosse verificato l'Evento Assicurato (Inabilità Totale e Temporanea dell'Assicurato), la Copertura cessa, la Compagnia non è soggetta ad alcun obbligo e i Premi versati resteranno definitivamente acquisiti da quest'ultima.



Carenza

La Copertura per il caso di Inabilità Totale e Temporanea è sottoposta ad un Periodo di Carenza di 90 giorni dalla Data di Decorrenza.

Nel caso in cui l'Evento Assicurato si verifichi durante detto Periodo di Carenza, la Compagnia non è tenuta alla restituzione del Premio versato al netto delle eventuali imposte e la Copertura resterà in vigore.

Franchigia

La Copertura per il caso di Inabilità Totale e Temporanea è sottoposta ad un Periodo di Franchigia Relativa pari a 60 giorni decorrenti dalla data del Sinistro.

Nel caso in cui l'Assicurato, dopo la ripresa dell'attività lavorativa, subisca - prima che siano trascorsi 30 giorni dalla ripresa stessa - una nuova interruzione di lavoro a seguito della medesima Malattia o del medesimo Infortunio, la Copertura viene ripristinata senza l'applicazione di un nuovo Periodo di Franchigia.

Se il nuovo Sinistro è dovuto a una causa diversa dalla causa del Sinistro precedente, verrà applicato nuovamente il Periodo di Franchigia.

Art. 5.4 - E) Prestazione in Caso di Perdita Involontaria d'Impiego

Assicurati garantiti

La Garanzia è selezionabile esclusivamente dagli Assicurati che siano Lavoratori Dipendenti del settore privato, assunti con contratto a tempo indeterminato presso aziende con un minimo di 3 (tre) dipendenti.

Rischio Assicurato

L'Evento Assicurato è la Perdita Involontaria d'Impiego dell'Assicurato.

Prestazione Assicurata

La Copertura prevede, in caso di Perdita Involontaria d'Impiego dell'Assicurato, la liquidazione mensile all'Assicurato di una somma, determinata nei limiti di cui al successivo Art. 5.5, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e con un massimo di n. 3 (tre) Sinistri per tutta la durata del Contratto.

Il pagamento avviene nel limite della Percentuale di Copertura Assicurativa e del Capitale indicato nel Modulo di Adesione. Il limite della rata mensile liquidabile dalla Compagnia è pari a € 1.500.

ESEMPIO:

Caso A) → Polizza con Capitale iniziale Assicurato pari a € 60.000,00

Importo del Finanziamento pari a € 60.000,00

Rata mensile dovuta all'Ente Erogante pari a € 1.000,00

A quanto ammonta l'Indennizzo liquidabile in caso di Perdita Involontaria d'Impiego?

Percentuale di Copertura Assicurativa = $\text{Capitale iniziale Assicurato} / \text{Importo Finanziamento} = €60.000 / €60.000 = 100\%$.

Importo della Rata mensile liquidabile = $100\% \text{ di } € 1.000,00 = \mathbf{€ 1.000,00}$

Rata mensile liquidabile = € 1.000,00

Caso B) → Polizza con Capitale iniziale Assicurato pari a € 30.000,00

Importo del Finanziamento pari a € 60.000,00

Rata mensile dovuta all'Ente Erogante pari a € 1.000,00

A quanto ammonta l'Indennizzo liquidabile in caso di Perdita Involontaria d'Impiego?

Percentuale di Copertura Assicurativa = $\text{Capitale iniziale Assicurato} / \text{Importo Finanziamento} = €30.000 / €60.000 = 50\%$.

Importo della Rata mensile liquidabile = $50\% \text{ di } € 1.000,00 = \mathbf{€ 500,00}$

Rata mensile liquidabile = € 500,00

Qualora la Compagnia stia corrispondendo la prestazione e l'Assicurato intraprenda un'attività lavorativa in qualità di Lavoratore Dipendente, il pagamento dell'Indennizzo verrà interrotto definitivamente.

Tuttavia, se il contratto di lavoro dipendente è un contratto a tempo determinato con una durata non superiore a sei mesi, il pagamento dell'Indennizzo verrà sospeso per la durata del contratto di lavoro, riprenderà alla scadenza e verrà considerato come continuazione del Sinistro iniziale, a condizione che persista lo stato di Disoccupazione.

Si precisa che per ogni Sinistro tale sospensione non potrà superare i 180 giorni, decorsi i quali l'interruzione sarà definitiva.



La presente Garanzia viene prestata:

- nei limiti delle Esclusioni di cui agli Artt. 6.2 e 6.5 che seguono, che possono determinare la Riduzione o il venir meno della Copertura;
- fino alla data di inizio del pensionamento volontario dell'Assicurato;
- fino alla data di scadenza della Garanzia, come indicata nel Certificato di Polizza o eventuali Appendici;
- fino allo scadere della Durata massima del Contratto di Assicurazione, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, come da tabella allegata all'Art. 7.4.

Carenza

La Copertura per il caso di Perdita Involontaria d'Impiego è sottoposta ad un Periodo di Carenza di 90 giorni dalla Data di Decorrenza. Nel caso in cui l'Evento Assicurato si verifichi durante detto Periodo di Carenza, la Compagnia non è tenuta alla restituzione del Premio versato al netto delle eventuali imposte e la Copertura resterà in vigore.

Franchigia

La Copertura per il caso di Perdita Involontaria d'Impiego è sottoposta ad un Periodo di Franchigia Relativa pari a 60 giorni dalla data del Sinistro.

Art. 5.5 - D) Prestazione in Caso di Malattia Grave

Assicurati garantiti

La Garanzia è selezionabile esclusivamente dagli Assicurati che non svolgono alcuna attività lavorativa.

Rischio Assicurato

L'Evento Assicurato è la Malattia Grave dell'Assicurato, intendendosi per Malattia Grave l'insorgere di una delle Malattie di seguito definite:

- ICTUS (qualsiasi accidente cerebrovascolare, emorragico o ischemico, che produca un deficit neurologico permanente);
- CANCRO (tumore maligno caratterizzato dalla crescita di cellule maligne e invasione dei tessuti. Restano esclusi i carcinomi in situ, la leucemia linfocitica cronica, nonché i tumori in presenza di virus da immunodeficienza e qualsiasi cancro della pelle diverso dal melanoma maligno);
- ATTACCO CARDIACO (necrosi di una parte del muscolo cardiaco accompagnato da tutti e tre i fattori: anamnesi di precordialgia tipica; nuove alterazioni elettrocardiografiche; aumento degli enzimi cardiaci);
- PATOLOGIA CORONARICA CHE RICHIEDE INTERVENTO CHIRURGICO (intervento chirurgico per correggere il restringimento - stenosi - o l'occlusione di una o più coronarie con innesti di bypass, condotto su soggetti con sintomi anginosi limitati, ma escluse le tecniche non chirurgiche quali l'angioplastica con catetere a palloncino o la risoluzione di un'ostruzione mediante tecniche laser);
- INSUFFICIENZA RENALE (Malattia renale terminale, dovuta a qualsiasi causa e sopravvenuta successivamente alla decorrenza della Copertura che imponga dialisi peritoneale o emodialisi);
- TRAPIANTO DI ORGANI PRINCIPALI (l'effettivo sottoporsi come ricevente ad un trapianto di cuore, cuore e polmoni, fegato, pancreas, rene o midollo osseo).

Prestazione assicurativa

Il Capitale - liquidato all'Assicurato - sarà pari al debito residuo del Finanziamento in linea capitale alla data di diagnosi della Malattia Grave, al netto di interessi o rate insolute o di cui sia stata accordata la sospensione del pagamento. La Compagnia liquida la Prestazione al termine del periodo di sopravvenienza, pari a due (due) mesi dalla data della diagnosi della Malattia Grave.

Il pagamento avviene nel limite della Percentuale di Copertura Assicurativa e del Capitale indicato nel Modulo di Proposta. Il limite massimo del Capitale Assicurato è pari a € 60.000.

L'Indennizzo verrà corrisposto solo a seguito di comunicazione documentata riportante l'importo del debito residuo del Finanziamento alla data di Malattia Grave dell'Assicurato.

La presente Garanzia viene prestata

- senza limiti territoriali, fatte salve le Esclusioni di cui agli Artt. 6.1 e 6.3 che seguono, e che possono comportare la Riduzione o il venire meno della Copertura;
- fino alla data di scadenza della Garanzia, come indicata nella Certificato di Polizza o eventuali Appendici;
- fino allo scadere della durata massima del Contratto di Assicurazione, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, come da tabella allegata all'Art. 7.4.



Eseguito il pagamento della Prestazione Assicurata la Garanzia si estingue e nulla è dovuto per il caso di successivo Decesso dell'Assicurato.

Alla scadenza dell'Assicurazione relativa a ciascun Assicurato, qualora nel corso della sua vigenza non si fosse verificato l'Evento Assicurato (Malattia Grave dell'Assicurato), la Copertura cessa, la Compagnia non è soggetta ad alcun obbligo e i Premi versati resteranno definitivamente acquisiti da quest'ultima.

Periodo di Carenza

La Copertura per il caso di Malattia Grave è sottoposta ad un Periodo di Carenza di 90 giorni dalla Data di Decorrenza. Nel caso in cui l'Evento Assicurato si verifichi durante detto Periodo di Carenza, la Compagnia non è tenuta alla restituzione del Premio versato al netto delle eventuali imposte e la Copertura resterà in vigore.

ESEMPIO:

Caso A) → Importo del Finanziamento erogato: **10.000 €** e Capitale Assicurato: **10.000 €**

Percentuale di Copertura Assicurativa = Importo del Finanziamento / Capitale Assicurato = **100%**

Debito Residuo alla data dell'I.T.P. = **6.000 €**

Cosa avviene in caso di Sinistro M.G.?

In caso di M.G. dell'Assicurato, indennizzabile secondo le presenti Condizioni Generali di Assicurazione, la Compagnia liquida al Beneficiario l'importo del debito residuo nel limite della Percentuale di Copertura Assicurativa (100%) → la Percentuale di Copertura è del 100% e viene quindi liquidato l'intero importo del debito residuo.

Capitale Liquidato al Beneficiario = Debito residuo x Percentuale di Copertura Assicurativa = 6.000 €
x 100% = **6.000 €**

Caso B) → Importo del Finanziamento erogato: **10.000 €** e Capitale Assicurato: **5.000 €**

Percentuale di Copertura Assicurativa = Importo del Finanziamento / Capitale Assicurato = **50%**

Debito Residuo alla data dell'I.T.P. = **6.000 €**

Cosa avviene in caso di Sinistro M.G.?

In caso di M.G. dell'Assicurato, indennizzabile secondo le presenti Condizioni Generali di Assicurazione, la Compagnia liquida al Beneficiario l'importo del debito residuo nel limite della Percentuale di Copertura Assicurativa (50%) → la Percentuale di Copertura è del 50% e viene quindi liquidata la metà dell'importo del debito residuo.

Capitale Liquidato al Beneficiario = Debito residuo x Percentuale di Copertura Assicurativa = 6.000 €
x 50% = **3.000 €**

Art. 5.6 - Regole di rimborso

Nel caso di Sinistro relativo alle Coperture Danni (**Inabilità Totale e Temporanea** e **Perdita Involontaria d'Impiego**) verrà liquidata dalla Compagnia una somma determinata in base alle indicazioni del Contratto di Finanziamento, nel rispetto dei seguenti limiti:

- Importo massimo della Rata mensile pari a 1.500 euro;
- Massimo n. 12 Rate mensili per Sinistro;
- Massimo n. 3 Sinistri per l'intera durata del Contratto.

! Nel caso di Sinistro relativo alle Coperture Perdita Involontaria d'Impiego e Inabilità Totale e Temporanea, l'importo della Prestazione Assicurata (Rata mensile) corrisponde all'importo minore tra la rata mensile dovuta all'Ente Erogante e l'importo netto relativo alla retribuzione mensile percepita all'Assicurato fino al momento del Sinistro.

Per tutte le Garanzie: la Compagnia corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio o della Malattia, che si sarebbero comunque verificate se l'Infortunio o la Malattia avessero colpito una persona fisicamente integra e sana. È escluso dalla valutazione l'eventuale maggior pregiudizio derivato all'Assicurato dalle condizioni preesistenti al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione all'Assicurazione.



ESEMPIO:

Polizza con Capitale iniziale Assicurato pari a € 10.000,00 e Importo del Finanziamento pari a € 10.000,00

Rata mensile dovuta all'Ente Erogante pari a € 800,00

Retribuzione netta mensile dell'Assicurato alla data del Sinistro pari a € 1.000,00

A quanto ammonta l'Indennizzo liquidabile in casi di P.I. o I.T.T.?

Percentuale di Copertura Assicurativa = Capitale iniziale Assicurato / Importo Finanziamento = €10.000 / €10.000 = 100%.

Importo della Rata mensile liquidabile = 100% di € 800,00 = **€ 800,00**

Retribuzione netta mensile dell'Assicurato alla data del Sinistro = **€ 1.000,00**

In questo caso, **l'importo della Rata mensile dovuta all'Ente Erogante (800,00 €) è inferiore alla retribuzione netta mensile (1.000,00 €) percepita dall'Assicurato** fino al momento del Sinistro. **La rata mensile liquidabile sarà pari all'importo minore tra la rata mensile dovuta all'Ente Erogante e l'importo netto relativo alla retribuzione mensile.**

Rata mensile liquidabile = 800,00 €

ARTICOLO 6 – ESCLUSIONI, CARENZE, FRANCHIGIE

Art. 6.1 - Esclusioni riguardanti la Garanzia per il caso Decesso, valide solo per le ipotesi in cui l'Ente Erogante abbia condizionato l'erogazione del Finanziamento alla stipula del Contratto di Assicurazione

Se l'Ente Erogante ha condizionato l'erogazione del Finanziamento alla stipula del Contratto di Assicurazione, la Copertura Decesso è esclusa esclusivamente nei seguenti casi:

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

Art. 6.2 – Esclusioni comuni a tutte le Garanzie (ad eccezione delle ipotesi di cui all'art. 6.1)

Tutte le Coperture sono escluse nei seguenti casi:

- dolo dell'Assicurato, del Contraente o del Beneficiario
- Sinistri conseguenti ad azioni intenzionali dell'Assicurato, quali: il suicidio, se avviene nei primi due anni dalla Data di Decorrenza; il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- Sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, o di stati di alcolismo acuto o cronico;
- Sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, la sommossa, ad eccezione fatta, in ogni caso, per i Sinistri verificatisi nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici, se ed in quanto l'Assicurato sia già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;
- Sinistri conseguenti a movimenti popolari, risse, crimini, delitti, atti di terrorismo, a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, salvo i casi di legittima difesa;
- Sinistri conseguenti ad incidente aereo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota privo di brevetto idoneo, ovvero Sinistri che siano conseguenza diretta della pratica di attività sportive professionistiche o di sport aerei in genere;
- Sinistri conseguenti alla partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- Sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni, emanazioni di calore, inalazioni, radiazioni, se provenienti dalla modifica della struttura atomica;
- Infortuni, Malattie, Invalidità e infermità causati da operazioni di carattere estetico, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti a Malattia o Infortunio indennizzabili nei termini del Contratto;
- affezioni o Infortuni accertati da un punto di vista medico a una data anteriore rispetto alla Data di



Decorrenza.

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

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

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

Art. 6.3 - Esclusioni riguardanti le Garanzie Invalidità Totale e Permanente e Inabilità Totale e Temporanea al lavoro

Le Coperture Invalidità Totale e Permanente e Inabilità Totale e Temporanea sono inoltre escluse nei seguenti casi:

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

Art. 6.4 - Esclusioni riguardanti la Garanzia Inabilità Totale e Temporanea

La Copertura Inabilità Totale e Temporanea è esclusa, oltre ai casi menzionati agli Articoli 6.2 e 6.3, anche con riguardo ai casi indicati nel presente Articolo 6.4.

Precisamente, non sono considerati Infortunio o Malattia ai fini della Copertura in oggetto e, di conseguenza, non sono indennizzabili, le seguenti circostanze:

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

**Art. 6.5 - Esclusioni riguardanti la Garanzia Perdita Involontaria d'Impiego**

La Copertura Perdita Involontaria d'Impiego è inoltre esclusa nei seguenti casi:

- percepimento di altri redditi da lavoro non identificabili come redditi da lavoro dipendente;
- licenziamenti per "giusta causa";
- dimissioni;
- licenziamenti comunicati da un datore di lavoro congiunto, anche ascendente o discendente;
- cessazioni, alla loro scadenza, di contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di somministrazione lavoro (ex interinali), contratti di lavoro intermittente e contratti stagionali;
- licenziamenti durante o al termine di un periodo di prova;
- contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano;
- licenziamenti per raggiungimento dell'età richiesta per il diritto alla "pensione di vecchiaia" ovvero per il "pre-pensionamento con erogazione di incentivi all'esodo";
- accordi aventi ad oggetto risoluzioni consensuali e transazioni novative del rapporto di lavoro con l'erogazione di buonauscita;
- messa in mobilità del Lavoratore Dipendente che, nell'arco del periodo di mobilità stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- situazioni di Disoccupazione che diano luogo all'Indennizzo da parte della Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Edilizia o Straordinaria;
- licenziamento per superamento del periodo di comporto;
- licenziamento per impossibilità sopravvenuta della prestazione determinata dalla carcerazione del lavoratore;
- l'Assicurato risulti assunto da meno di 24 mesi;
- conoscenza, da parte dell'Assicurato, della prossima Disoccupazione o sia al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di Disoccupazione.

Art. 6.6 – Periodo di Carenza da Malattia delle Coperture Vita (Decesso e Invalidità Totale e Permanente)

! La Garanzia **Decesso** e la Garanzia **Invalidità Totale e Permanente**, se derivano da Malattia, sono sottoposte ad un Periodo di Carenza di 90 giorni dalla Data di Decorrenza (come stabilita al successivo Art. 7.2), durante il quale l'Assicurazione resta sospesa.

Se l'Evento Assicurato - Decesso o Invalidità Totale e Permanente derivanti da Malattia dell'Assicurato - si verifica durante detto Periodo di Carenza, la Compagnia non è tenuta al pagamento del Capitale Assicurato ma si limita a restituire i premi versati al netto delle eventuali imposte, ove dovute.

ESEMPIO:

Polizza con Decorrenza in data 1° gennaio 2025 con Garanzie Decesso e Invalidità Totale e Permanente.

Cosa avviene in caso di Sinistro Decesso o I.T.P.?

- 1) Sinistro avvenuto prima del superamento del Periodo di Carenza (90 giorni da Data di Decorrenza):**
es. Sinistro avvenuto in data 15 marzo 2025 → la Compagnia non è tenuta al pagamento della Prestazione Assicurata e restituisce il Premio versato al netto delle eventuali imposte.
- 2) Sinistro avvenuto dopo il superamento del Periodo di Carenza (90 giorni da Data di Decorrenza):**
es. Sinistro avvenuto in data 15 settembre 2025 → la Compagnia, se il Sinistro è indennizzabile ai sensi delle Condizioni Generali di Assicurazione, procede alla liquidazione della Prestazione Assicurata.

Tale limitazione non si applica e pertanto la Compagnia corrisponde integralmente la Prestazione Assicurata nel caso in cui, durante il Periodo di Carenza, il Sinistro indennizzabile avvenga per conseguenza diretta:

- a)** di una delle seguenti Malattie infettive acute sopravvenute dopo la Data di Decorrenza della Copertura:
- tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, 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 la Data di Decorrenza della Copertura;
- c)** di Infortunio dell'Assicurato avvenuto dopo la Data di Decorrenza della Copertura, intendendo per Infortunio, fermo quanto disposto dal presente articolo in relazione ai casi di Esclusione, l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano conseguenza la morte.

Art. 6.7 – Periodo di Carenza delle Coperture Danni (Inabilità Totale e Temporanea, Perdita Involontaria d'Impiego e Malattia Grave)

! Le Coperture **Inabilità Totale e Temporanea e Perdita Involontaria d'Impiego e Malattia Grave** sono sottoposte ad un Periodo di Carenza di 90 giorni dalla Data di Decorrenza (come stabilita al successivo Art. 7.2), durante il quale l'Assicurazione resta sospesa.

Se l'Evento Assicurato – Inabilità Totale e Temporanea, Perdita Involontaria d'Impiego dell'Assicurato o Malattia Grave - si verifica durante il Periodo di Carenza, la Compagnia non è tenuta al pagamento del Capitale Assicurato.

La Compagnia non è tenuta alla restituzione del Premio versato al netto delle eventuali imposte e la Copertura resterà in vigore.

ESEMPIO:

Polizza con Decorrenza in data 1° gennaio 2025 con Garanzie I.T.T. / P.I. / M.G.

Cosa avviene in caso di Sinistro I.T.T. o P.I. o M.G.?

- 3) Sinistro avvenuto prima del superamento del Periodo di Carenza (90 giorni da Data di Decorrenza):**
es. Sinistro avvenuto in data 4 febbraio 2025 → la Compagnia non è tenuta al pagamento della Prestazione Assicurata. La Compagnia non procede alla restituzione del Premio e la Copertura rimane in vigore.
- 4) Sinistro avvenuto dopo il superamento del Periodo di Carenza (90 giorni da Data di Decorrenza):**
es. Sinistro avvenuto in data 15 aprile 2025 → la Compagnia, se il Sinistro è indennizzabile ai sensi delle Condizioni Generali di Assicurazione, procede alla liquidazione della Prestazione Assicurata.

Art. 6.8 – Periodo di Franchigia Relativa della Copertura Inabilità Temporanea e Totale

! La Garanzia **Inabilità Totale e Temporanea** è sottoposta ad un periodo di **Franchigia Relativa** pari a 60 giorni dalla Data del Sinistro.

Se l'Evento Assicurato - Inabilità Totale e Temporanea dell'Assicurato - si verifica durante il Periodo di Franchigia Relativa, la liquidazione della Prestazione Assicurata rimane sospesa fino al termine del Periodo di Franchigia Relativa. Se l'Inabilità Totale e Temporanea accertata supera il Periodo di Franchigia Relativa di almeno una mensilità (30 giorni), la Compagnia procede alla liquidazione della Prestazione Assicurata incluso gli importi maturati a partire dalla data del Sinistro.

! La Prestazione Assicurata (Rata mensile) è liquidabile **esclusivamente con riferimento ai periodi di I.T.T. pari a una o più mensilità complete (30 giorni).**

**ESEMPIO:**

Polizza con Garanzia Inabilità Totale e Temporanea.

Cosa avviene in caso di Sinistro I.T.T.?

- 1) Inabilità Totale e Temporanea accertata **minore di 60 giorni** (Franchigia Relativa) → la durata dell'I.T.T. non supera la durata del Periodo di Franchigia Relativa → la Compagnia **non** procede alla liquidazione della Prestazione Assicurata;

es. I.T.T. accertata pari a 49 giorni → 49 giorni < 60 giorni → I.T.T. non liquidabile.

- 2) Inabilità Totale e Temporanea accertata **maggiore di 60 giorni** (Franchigia Relativa) → la durata dell'I.T.T. supera la durata del Periodo di Franchigia Relativa → al 90° giorno, l'Assicurato matura il diritto alla liquidazione della Prestazione Assicurata rimasta sospesa durante il Periodo di Franchigia Relativa; successivamente, la Compagnia liquida una Rata per ogni mensilità intera successiva (30 giorni) di I.T.T. - fino a un massimo di n. 12 Rate per Sinistro.

es. I.T.T. pari a 93 giorni → 93 giorni > 60 giorni → I.T.T. liquidabile.

Al 90° giorno → la Compagnia procede alla liquidazione della Prestazione Assicurata rimasta sospesa (60 giorni di Franchigia = n. 2 mensilità) + liquidazione della Rata Assicurata relativa alla mensilità intera successiva (33 giorni = 1 sola mensilità intera completa di 30 giorni).

! Non sono in nessun caso indennizzabili i periodi di I.T.T. con durata inferiore ai 30 giorni (mensilità).

ESEMPIO:

Durata I.T.T. = 75 giorni.

- 3) I.T.T. di durata pari a 75 giorni → il periodo di I.T.T. accertato supera la durata del Periodo di Franchigia Relativa di 15 giorni ma la durata del periodo successivo è inferiore a 30 giorni (mensilità).
→ al **75° giorno**, termina il periodo di I.T.T. prima che si completi la mensilità intera (30 giorni) successiva al Periodo di Franchigia Relativa: l'Assicurato **NON** matura il diritto alla Prestazione Assicurata.

In questo caso, la Compagnia NON procede alla liquidazione della Prestazione Assicurata.

es. se I.T.T. in data 15 giugno 2025 e durata I.T.T. fino al 29 agosto 2025 → il periodo di I.T.T. supera la durata della Franchigia Relativa (60 giorni) ma la mensilità successiva non è completata: 29 agosto - 15 giugno = 75 giorni. → 75 giorni - 60 giorni = 15 giorni = n. 0 mensilità.

Art. 6.9 – Periodo di Franchigia Relativa della Copertura Perdita Involontaria d'Impiego

! La Garanzia Perdita Involontaria d'Impiego è sottoposta ad un periodo di Franchigia Relativa pari a 60 giorni dalla Data del Sinistro.

Se l'Evento Assicurato - Perdita Involontaria d'Impiego dell'Assicurato - si verifica durante il Periodo di Franchigia Relativa, la liquidazione della Prestazione Assicurata rimane sospesa fino al termine del Periodo di Franchigia Relativa. Se la durata della Perdita Involontaria d'Impiego supera il Periodo di Franchigia Relativa di 60 giorni di almeno una mensilità (30 giorni), la Compagnia procede alla liquidazione della Prestazione Assicurata includendo gli importi maturati a partire dalla data del Sinistro.

! La Prestazione Assicurata (Rata mensile) è liquidabile esclusivamente con riferimento ai periodi di Perdita Involontaria d'Impiego pari a una o più mensilità complete (30 giorni).

**ESEMPIO:**

Polizza con Garanzia Perdita Involontaria di Impiego.

Cosa avviene in caso di Sinistro Perdita Involontaria d'Impiego?

- 2)** In caso di Perdita Involontaria d'Impiego con durata Disoccupazione **inferiore ai 60 giorni** il periodo di Disoccupazione non supera la durata del Periodo di Franchigia Relativa → la Compagnia **non** procede alla liquidazione della Prestazione Assicurata;

es. Disoccupazione accertata pari a 49 giorni → 49 giorni < 60 giorni → P.I. non liquidabile.

- 3)** In caso di Perdita Involontaria d'Impiego con durata Disoccupazione **superiore ai 60 giorni** il periodo di Disoccupazione supera la durata del Periodo di Franchigia Relativa → al 90° giorno, l'Assicurato matura il diritto alla liquidazione della Prestazione Assicurata rimasta sospesa durante il Periodo di Franchigia Relativa; successivamente, la Compagnia liquida una Rata per ogni mensilità intera successiva (30 giorni) di Perdita Involontaria d'Impiego - fino a un massimo di n. 12 Rate per Sinistro.

es. Disoccupazione pari a 93 giorni → 93 giorni > 60 giorni → P.I. liquidabile.

Al 90° giorno → la Compagnia procede alla liquidazione della Prestazione Assicurata rimasta sospesa (60 giorni di Franchigia = n. 2 mensilità) + liquidazione della Rata Assicurata relativa alla mensilità intera successiva (33 giorni = 1 sola mensilità intera completa di 30 giorni).

! Non sono in nessun caso indennizzabili i periodi di **Perdita Involontaria d'Impiego** con durata inferiore ai 30 giorni (mensilità).

ESEMPIO:

Durata Perdita Involontaria d'Impiego = 75 giorni.

- 1)** Perdita Involontaria d'Impiego con Disoccupazione di durata pari a 75 giorni → la Perdita Involontaria d'Impiego supera la durata del Periodo di Franchigia Relativa di 15 giorni ma la durata del periodo successivo è inferiore a 30 giorni (mensilità).

→ al **61° giorno**, superamento del Periodo di Franchigia Relativa.

→ al **75° giorno**, termina il periodo di Disoccupazione prima che si completi la mensilità intera (30 giorni): l'Assicurato **NON** matura il diritto alla Prestazione Assicurata.

In questo caso **la Compagnia NON procede alla liquidazione della Prestazione Assicurata.**

es. se Perdita d' Impiego in data 15 giugno 2025 e durata Disoccupazione fino al 29 agosto 2025 → il periodo di Disoccupazione supera la durata della Franchigia Relativa (60 giorni) ma la mensilità successiva non è completata: 29 agosto – 15 giugno = 75 giorni. → 75 giorni – 60 giorni = 15 giorni = n. 0 mensilità.

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

Se la Compagnia accetta il rischio, redige e invia all'Assicurato la Lettera di Benvenuto che precisa le Garanzie accordate, l'importo del Capitale Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e alla fine di ogni anno solare, la Data di Decorrenza e quella di scadenza del Contratto, le caratteristiche del Finanziamento e la Percentuale di Copertura assicurativa, le eventuali Condizioni Particolari e i Beneficiari designati.

Art. 7.1 - Conclusione del Contratto

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

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

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



Art. 7.2 - Decorrenza della Copertura

La Copertura decorre:

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

Art. 7.3 - Durata della Copertura

La durata delle Coperture - indicata sul Modulo di Adesione e riportata nella Lettera di Benvenuto - coincide, per ciascun Assicurato, con la durata del piano di ammortamento originario del Finanziamento e termina con la data di scadenza indicata sul Certificato di Polizza, fermo restando il rispetto dei limiti di età dell'Assicurato indicati per ciascuna Garanzia all'Art. 7.4 che segue.

In ogni caso, la durata delle Coperture non potrà risultare inferiore a 12 mesi o superiore a 120 mesi.

Art. 7.4 - Cessazione della Copertura

La Copertura cessa alla scadenza del Contratto di Finanziamento.

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

- pagamento dell'ultima rata di rimborso del Finanziamento;
- estinzione totale anticipata del Finanziamento, salvo quanto previsto dal successivo Art. 11;
- accollo del Finanziamento da parte di terzi, come previsto dall'Art. 1273 del Codice civile, salvo quanto previsto dal successivo Art. 11;
- estinzione totale anticipata del Finanziamento in relazione alla liquidazione del Sinistro;
- mancato pagamento dei Premi, ai sensi dell'Art. 1924 del Codice civile;
- esercizio del diritto di recesso, come disciplinato dal successivo Art. 10;
- per la Copertura Decesso, al compimento dell'70° (settantesimo) anno di vita dell'Assicurato;
- per la Copertura Invalidità Totale e Permanente, al compimento del 65° (sessantacinquesimo) anno di vita dell'Assicurato;
- per la Copertura Inabilità Totale e Temporanea: alla data di inizio del pensionamento volontario ovvero allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, come indicato nella tabella seguente;
- per la Copertura Perdita Involontaria d'Impiego: alla data di inizio del pensionamento volontario ovvero allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, come indicato nella tabella seguente;
- per la Copertura Malattia Grave: allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta, come indicato nella tabella sottostante.

ETA' ALLA SOTTOSCRIZIONE (in anni)	DURATA MASSIMA GARANZIA IN MESI
	I.T.T. / P.I. / M.G.
Da 18 a 55 anni	120
56	108
57	96
58	84
59	72
60	60
61	48
62	36
63	24
64	12



ARTICOLO 8 – RISCATTO, RIDUZIONE E RELATIVI COSTI

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

ARTICOLO 9 – REVOCA DEL CONTRATTO

L'Aderente può revocare il Contratto ai sensi dell'art. 176 del Codice delle Assicurazioni Private fino al momento della conclusione dello stesso.

! La revoca deve essere esercitata a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviarsi alla Compagnia al seguente recapito:

AFI ESCA S.A. - SERVIZIO CLIENTI, Foro Buonaparte, 51 - 20121; Milano - **allegando l'originale della Proposta di Assicurazione accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità dell'Aderente, ovvero a mezzo PEC al seguente indirizzo: afi-esca@legalmail.it**

Qualora la dichiarazione di revoca dal Contratto pervenga tempestivamente alla Compagnia, impedendone la conclusione, la Compagnia è tenuta a rimborsare all'Assicurato i Premi da questi eventualmente già corrisposti, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.

ARTICOLO 10 – DIRITTO DI RECESSO

L'Aderente può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il Contratto si è concluso, dandone comunicazione alla Compagnia.

! Il recesso deve essere esercitato a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviarsi alla Compagnia al seguente recapito:

AFI ESCA S.A. - SERVIZIO CLIENTI, Foro Buonaparte, 51 - 20121; Milano - **accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità dell'Aderente/Assicurato, ovvero a mezzo PEC al seguente indirizzo: afi-esca@legalmail.it**

L'Aderente si impegna, altresì, ad informare l'Ente Erogante dell'intervenuto esercizio del diritto di recesso.

La Compagnia, entro il termine di 30 (trenta) giorni dal ricevimento della dichiarazione di recesso, ha l'obbligo di restituire all'Aderente il Premio, al netto delle imposte, delle spese di emissione del Contratto sostenute - che si quantificano preventivamente in € 20,00 - e della quota parte di Premio relativa al periodo in cui il Contratto ha avuto effetto.

Si precisa che, laddove nelle more dell'esercizio del diritto di recesso si verifichi un Sinistro e il Beneficiario dichiara per iscritto alla Compagnia di voler profittare della Garanzia assicurativa, tale diritto del Beneficiario si intenderà prevalente rispetto al diritto di recesso esercitato dall'Aderente.

ESEMPIO:

Polizza di durata pari a 5 anni con Capitale Assicurato di €15.000,00 con Premio pari a € 770,00.

A quanto ammonta il rimborso del Premio versato?

es. 1) Recesso esercitato dopo 20 giorni dalla Data di Decorrenza:

Premio versato – quota parte di Premio relativa al periodo di Copertura delle Garanzie – spese di emissione del Contratto – imposte = **€ 731,11;**

es. 2) Recesso esercitato dopo 50 giorni dalla Data di Decorrenza:

Premio versato – quota parte di Premio relativa al periodo di Copertura delle Garanzie – spese di emissione del Contratto – imposte = **€ 712, 29.**

**ARTICOLO 11 - ESTINZIONE TOTALE ANTICIPATA, TRASFERIMENTO, ACCOLLO**

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

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

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

ARTICOLO 12 - MODIFICA DELLE GARANZIE E/O RINEGOZIAZIONE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

! Non è prevista la possibilità di modificare le Garanzie in corso di Contratto.

L'Assicurato è tenuto a comunicare alla Compagnia qualsiasi modifica relativa al Finanziamento (rinegoziazione, rimborso parziale anticipato, allungamento della durata, etc. entro un termine massimo di 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza della modifica.

In caso di Sinistro, non saranno opponibili alla Compagnia le modifiche al Finanziamento che comportino un aggravamento del rischio e che non siano state comunicate tempestivamente alla Compagnia medesima.

Le modifiche al Finanziamento che comportano una diminuzione del rischio non daranno diritto ad alcun rimborso del Premio, ove non siano state tempestivamente comunicate alla Compagnia.

ARTICOLO 13 - PREMI**Art. 13.1 - Tariffazione**

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

Il Premio per la Copertura Decesso, Invalidità Totale e Permanente e la Copertura Danni viene determinato applicando il Tasso unico (*), in funzione dell'Età dell'Assicurato alla sottoscrizione, moltiplicato per il Capitale Assicurato richiesto in fase di sottoscrizione.

Di seguito viene riportato il Tasso di Premio per la determinazione del Premio:

- Il Tasso Unico per Assicurati con età alla sottoscrizione inferiore a 59 anni è pari al 3,86%;
- Il Tasso Unico per Assicurati con età alla sottoscrizione compresa tra 59 anni e 65 anni è pari al 5%;
- Il Tasso Unico per Assicurati con età alla sottoscrizione compresa tra i 65 e i 68 anni è pari al 2,64%.

Si precisa che il Tasso indicato per le persone fisiche in età compresa tra i 65 e i 68 anni è valido solo per la Garanzia Decesso, e non è retroattivo per i soggetti che abbiano sottoscritto la Polizza prima dei 65 anni.

ESEMPIO:

Polizza con Capitale Assicurato pari a € 10.000,00.

A quanto ammonta il Premio di Assicurazione?

Premio = Capitale Assicurato x Tasso Unico

es. Assicurato con età alla sottoscrizione < di 59 anni → **Premio = 10.000 x 3,86% = € 386,00 + spese di emissione;**

Assicurato con età alla sottoscrizione > 59 e < 65 anni → **Premio = 10.000 x 5,00% = € 500,00 + spese di emissione;**

Assicurato con età alla sottoscrizione > 65 e < 68 anni → **Premio = 10.000 x 2,64 % = € 264,00 + spese di emissione.**

(*) Il Tasso applicato per determinare il Premio per le Coperture Danni è già comprensivo delle imposte di



Legge pari al 2,50%.

Art. 13.2 - Importo e frazionamento

Il Premio è Unico Anticipato: l'importo - valido per l'intera durata del Contratto - deve essere versato dall'Assicurato in un'unica soluzione prima della Data di Decorrenza. Non sono previsti frazionamenti del Premio.

Art. 13.3 - Versamento del Premio

Il Premio unico deve essere versato in una unica soluzione alla Compagnia per il tramite del Contraente.

La Compagnia conferisce al Contraente della Polizza Collettiva mandato all'incasso dei premi e pertanto il pagamento dei premi medesimi si considera come effettuato direttamente dall'Aderente a favore della Compagnia.

Art. 13.4 - Costi gravanti sul Premio

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

In particolare, il costo per l'emissione del Contratto è determinato in misura fissa ed è pari a 20,00€, e l'importo percepito dall'eventuale Intermediario è determinato in misura percentuale del 58% del Premio versato al netto delle imposte e delle Spese di Emissione.

L'importo percepito dall'Intermediario sarà indicato, in valore assoluto, nella Lettera di Benvenuto.

Qualora l'Assicurato, anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, decida di sottoporsi a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, il costo di tale visita potrà variare in considerazione della struttura sanitaria prescelta dall'Assicurato stesso e sarà interamente a suo carico.

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

ARTICOLO 14 – DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI

! I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a mezzo raccomandata A.R. al seguente recapito: **AFI ESCA S.A. - UFFICIO SINISTRI - Foro Buonaparte, 51 - 20121; Milano** ovvero a mezzo PEC al seguente indirizzo: afi-esc@legallmail.it – 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.

L'Assicurato o gli aventi diritto dovranno consegnare alla Compagnia tutta la documentazione richiesta da quest'ultima, necessaria e sufficiente a verificare il diritto all'Indennizzo.

In ogni caso, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o la documentazione necessaria per una corretta valutazione del Sinistro nonché copia del Contratto di Finanziamento con indicazione del debito residuo.

L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono inoltre sciogliere da qualsiasi obbligo di riservatezza i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi anche ad opera di consulenti medici di fiducia della Compagnia.

Le spese relative agli accertamenti medici sono a carico dell'Assicurato o degli aventi diritto all'Indennizzo.

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

Art. 14.1 - Decesso

- Certificato di morte;
- Comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto) ovvero il modulo di denuncia Sinistro scaricabile sul sito della Compagnia;
- Se i Beneficiari individuati sono gli eredi legittimi, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante gli eredi legittimi o indicante le disposizioni testamentarie;
- 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;
- In caso di autopsia, copia del referto autoptico e tossicologico; in caso contrario, copia della dichiarazione che ne attesti l'assenza;
- In caso di morte violenta (suicidio, omicidio) occorre copia del verbale dell'Autorità di P.S. o Giudiziaria, da cui si possano rilevare le circostanze del Decesso e il decreto di archiviazione emesso da un'Autorità competente;
- Copia del documento di identità e del codice fiscale di ciascun Beneficiario;
- Modulo Privacy firmato da tutti i Beneficiari;
- Modulo D4 ISTAT "scheda di morte oltre il 1° anno di vita". La parte A) deve compilarla il medico, mentre la parte B è a cura dell'ufficiale di stato civile;
- In caso di eredi minori o incapaci, autorizzazione del Giudice Tutelare alla riscossione del Capitale Assicurato da parte del Tutore;
- Dichiarazione contenente le coordinate bancarie del Beneficiario / Beneficiari sulle quali corrispondere l'Indennizzo.
- Piano d'ammortamento o documento equipollente (dichiarazione dell'Ente Erogante attestante l'importo residuo del Finanziamento) o, in alternativa, esplicita lettera di svincolo.

Art. 14.2 - Invalidità Totale e Permanente

- Copia di un documento di identità dell'Assicurato in corso di validità;
- Comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto) ovvero il modulo di denuncia Sinistro scaricabile sul sito della Compagnia;
- Notifica di Invalidità Totale e Permanente emessa dagli enti preposti (INAIL, INPS, ASL, etc.), in difetto relazione del medico legale attestante l'I.T.P. e il relativo grado;
- Nel caso di Invalidità dovuta a incidente stradale, copia del verbale reso dalle Autorità intervenute;
- Certificato medico precisante 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;
- Piano d'ammortamento o documento equipollente (dichiarazione dell'Ente Erogante attestante l'importo residuo del Finanziamento) o, in alternativa, esplicita lettera di svincolo;
- In caso di incapacità dell'Assicurato, autorizzazione del Giudice Tutelare alla riscossione del Capitale Assicurato da parte del Tutore;
- Modulo Privacy.

Art. 14.3 - Inabilità Totale Temporanea

- Copia di un documento di identità dell'Assicurato in corso di validità;
- Comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto);
- In caso di Malattia, tutta la documentazione di diagnosi ed eventuali cartelle cliniche riferibili alla patologia che ha causato l'Inabilità Totale e Temporanea;
- In caso di Infortunio, documentazione medica attestante le dinamiche (rapporto del 118, pronto soccorso) o delle Autorità intervenute (polizia, carabinieri);
- Piano d'ammortamento o documento equipollente (dichiarazione dell'Ente Erogante attestante l'importo residuo del Finanziamento) o, in alternativa, esplicita lettera di svincolo.

Art. 14.4 - Perdita Involontaria d'Impiego

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

- Comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto);
- Copia di un documento di identità dell'Assicurato in corso di validità;
- Copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro con precisata la causa;



- Eventuale lettera di assunzione;
- Scheda professionale rilasciata dal Centro per l'Impiego, con l'indicazione della data di inizio e fine degli impieghi volti;
- Copia del certificato d'iscrizione alle liste di mobilità o al centro per l'impiego (ex ufficio di collocamento) come disoccupato;
- Autocertificazione dello stato di Disoccupazione;
- In caso di mobilità, lettera attestante il periodo di mobilità (rilasciata dal datore di lavoro);
- Ultime due buste paga;
- Modulo Privacy;
- Per la prosecuzione del pagamento mensile dell'Indennizzo, il modulo di continuazione del Sinistro debitamente compilato e firmato;
- Documentazione attestante lo STATO OCCUPAZIONALE AGGIORNATO (C2 storico, scheda anagrafica/professionale o altra dichiarazione sostitutiva) rilasciato dal Centro per l'Impiego.

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

L'Assicurato si impegna a dare tempestiva comunicazione scritta alla Compagnia in caso di cessazione dello stato di Disoccupazione.

Art. 14.5 - Malattia Grave

- Comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto) ovvero il modulo di denuncia Sinistro scaricabile sul sito della Compagnia;
- Dichiarazione del medico curante corredata dalla relativa documentazione sanitaria di supporto;
- Certificazione rilasciata dal Centro per l'Impiego che certifichi la condizione di non lavoratore dell'Assicurato;
- Modulo Privacy;
- Piano d'ammortamento o documento equipollente (dichiarazione dell'Ente Erogante attestante l'importo residuo del Finanziamento) o, in alternativa, esplicita lettera di svincolo.

! 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 o documentazione di carattere lavorativo, anagrafico, finanziario o amministrativo oltre che una dichiarazione dell'Ente Erogante attestante l'importo della rata del Finanziamento. In casi particolari, la Compagnia potrà richiedere eventuale ulteriore documentazione suppletiva.

ARTICOLO 15 - LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

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

ARTICOLO 16 - CESSIONE DEI DIRITTI

Fatto salvo quanto previsto dal precedente art. 11, l'Aderente non potrà cedere o trasferire a terzi i diritti derivanti dalla Copertura. L'Aderente potrà altresì vincolare a favore di terzi le prestazioni.

ARTICOLO 17 - ESTENSIONE TERRITORIALE

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

ARTICOLO 18 - IMPOSTE E TASSE

Tutte le imposte e tasse, presenti o future, deducibili e no, sono a carico dell'Aderente.

ARTICOLO 19 - SPESE VARIE

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



ARTICOLO 20 - GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE

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

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

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

La Compagnia è tenuta ad inviare all'Assicurato, entro 60 (sessanta) giorni dalla chiusura di ogni anno solare, una comunicazione avente ad oggetto informazioni sull'ammontare del Capitale Assicurato, gli eventuali Premi in scadenza ovvero in arretrato, con un'avvertenza sugli effetti derivanti dal mancato pagamento, e il nominativo del/dei Beneficiario/Beneficiari del/ dei vincolatario/vincolatari.

! Fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 23 (Reclami), tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato alla Compagnia dovranno pervenire a mezzo lettera raccomandata A.R. indirizzata a:

AFI ESCA S.A. - SERVIZIO CLIENTI, Foro Buonaparte, 51 - 20121; Milano

Indirizzo e-mail: informazioni@afi-esca.com - PEC: afi-esca@legalmail.it

Telefono: +39 02.58.32.48.45

ovvero direttamente all'Intermediario che ha distribuito il Contratto, nel caso in cui questi sia stato abilitato al ricevimento delle comunicazioni da parte della Compagnia.

Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Aderente/Assicurato. La Compagnia fornisce riscontro scritto ad ogni comunicazione e/o richiesta di informazioni presentata dall'Aderente/Assicurato o dagli aventi diritto in merito all'evoluzione del rapporto assicurativo e alle modalità di determinazione della Prestazione Assicurata.

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

Il Contratto è costituito esclusivamente dalle presenti Condizioni Generali di Assicurazione, dal Certificato di Polizza e dalle sue Appendici.

ARTICOLO 22 - MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL SET INFORMATIVO

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

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

ARTICOLO 23 - RECLAMI

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

! AFI ESCA S.A. - Foro Buonaparte, 51 - 20121 Milano

Telefono: +39 02.583.248.45

e-mail: reclami@afi-esca.com

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



L'Aderente/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. In caso di esito insoddisfacente del reclamo presentato a AFI ESCA, o in caso di mancata risposta nei 45 giorni, l'Aderente/Assicurato può esperire il tentativo di conciliazione davanti all'Arbitro Assicurativo ("AAS").

La guida utente, che illustra le fasi principali della procedura, è pubblicata sul sito dell'Arbitro Assicurativo (www.arbitroassicurativo.org).

Il ricorso all'AAS è condizione di procedibilità per adire l'Autorità giudiziaria.

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

https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net/make-complaint-about-financial-service-provider-another-eea-country_en

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

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

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

ARTICOLO 24 - PRESCRIZIONE

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

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

ARTICOLO 25 - CONFLITTO D' INTERESSI

AFI ESCA S.A. ed AFI ESCA IARD S.A. Rappr. Gen. per l'Italia dichiarano che il presente Contratto non presenta situazioni di conflitto di interessi.

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

I dati contenuti nelle Condizioni Generali di Assicurazione sono stati aggiornati in data 01/09/2025.

Sicuramente TOP

Assicurazione abbinata ai finanziamenti



Informativa per il Trattamento dei Dati Personali

AFI ESCA S.A. e AFI ESCA IARD S.A. Rappresentanze Generali per l'Italia, sono imprese di assicurazione di diritto francese, con sede legale e direzione generale in Quai Kléber, 2, Strasburgo (Francia), abilitate ad operare in Italia in regime di stabilimento. AFI ESCA S.A. e AFI ESCA IARD S.A. sono sottoposte alla vigilanza dell'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution). Le Compagnie, di seguito e congiuntamente AFI ESCA, operano attraverso accordi di distribuzione con agenti, broker assicurativi e banche.

La protezione della Sua privacy è una nostra priorità assoluta. In conformità a quanto previsto dall'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 ("Regolamento Privacy") la presente Informativa Privacy spiega in che modo e che tipo di dati personali saranno raccolti (tramite siti internet o tramite la rete di intermediari), perché sono raccolti e a chi verranno divulgati o comunicati. Si prega di leggere attentamente quanto sotto riportato.

1. Chi è il Titolare del Trattamento?

Un titolare del trattamento è la persona fisica o giuridica, l'Autorità pubblica, il servizio o altro organismo che, singolarmente o insieme ad altri, determina le finalità e i mezzi del trattamento dei dati personali.

Il titolare del trattamento è AFI ESCA S.A. - Foro Buonaparte 51 - 20121 Milano; e-mail: privacy@afi-esca.com; tel.: 02.58.32.48.45

2. Che tipo di dati personali vengono raccolti?

AFI ESCA tratta (raccolge, registra, archivia, comunica ed utilizza in altro modo) i dati personali del Contraente, dell'Assicurato (se è persona diversa dal Contraente) e dei Beneficiari, (di seguito ognuno di essi potrà essere identificato come "Soggetto Interessato") quali il nome, indirizzo, sesso, data e luogo di nascita, numero di telefono, indirizzo e-mail, codice fiscale, dettagli del documento di identità e dati bancari (di seguito anche solo "Dati").

AFI ESCA può anche raccogliere e trattare "categorie particolari di dati personali" del Contraente o dell'Assicurato quali i risultati di esami diagnostici, informazioni prese da certificati di morte, ricerche su fonti pubbliche per ottenere prova di condanne penali o di cariche politiche.

3. Qual è la base giuridica del trattamento dei Dati?

I dati personali forniti dal Soggetto Interessato o da altri soggetti autorizzati saranno trattati per le seguenti finalità:

Finalità	È richiesto il consenso espresso?	Il conferimento dei dati è obbligatorio o facoltativo? Quali sono le conseguenze del rifiuto di fornire i dati personali?
3.A. FINALITÀ ASSICURATIVE		
Adempiere agli obblighi precontrattuali, contrattuali e derivanti dal rapporto assicurativo con il Soggetto Interessato; Esecuzione del Contratto, compresa la valutazione del rischio, raccolta dei premi, prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative, nonché finalità connesse alla gestione e liquidazione dei Sinistri, e liquidazione per altre cause; Gestione di richieste specifiche del Soggetto Interessato, nonché per la fornitura dei benefici connessi od accessori al Contratto.	Sì - AFI ESCA deve ottenere il consenso espresso solo per "particolari categorie di dati" quali dati riguardanti la salute del Contraente o dell'Assicurato (se è persona diversa dal Contraente), che saranno raccolti e trattati all'interno o all'esterno dell'Area Economica Europea (EEA) al fine di sottoscrivere e/o gestire il Contratto.	Sì - il conferimento dei dati personali - ivi inclusa la prestazione del consenso al trattamento di eventuali dati relativi alla salute è obbligatorio. Il rifiuto al conferimento dei dati preclude la conclusione ed amministrazione del Contratto.



3.B. FINALITÀ AMMINISTRATIVE		
Espletamento di attività amministrativo – contabili e di quelle attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa, alle quali AFI ESCA è autorizzata, quali la redistribuzione del rischio attraverso co-assicurazione e/o riassicurazione.	No	Sì - il conferimento dei dati personali - ivi inclusa la prestazione del consenso al trattamento di eventuali dati relativi alla salute è obbligatorio. Il rifiuto al conferimento dei dati per tale finalità preclude la conclusione, gestione ed amministrazione del Contratto.
3.C. FINALITÀ DI LEGGE		
Adempimento agli obblighi previsti dalla legge (es. obbligazioni fiscali, contabili ed amministrative) dai Regolamenti Europei o dalla normativa comunitaria o da un ordine delle competenti Autorità nazionali ed altri organismi pubblici.	No	Sì - Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per finalità di legge. Il rifiuto di fornire i dati impedisce a AFI ESCA di assolvere gli obblighi previsti dalla legge.
3.D. FINALITÀ DI MARKETING		
Espletamento di attività di marketing da parte del Titolare del Trattamento o delle altre società del Gruppo AFI ESCA o di terzi selezionati tramite: l'invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazioni commerciali attinenti a servizi e prodotti di AFI ESCA, nonché a prodotti e servizi del Gruppo AFI ESCA o società terze (partner commerciali di AFI ESCA) anche mediante tecniche di comunicazione tradizionali e/o a distanza (quali e-mail, telefono, e qualsiasi altra forma di comunicazione elettronica).	Sì – AFI ESCA deve ottenere il consenso espresso del Soggetto Interessato	No - Il conferimento dei dati personali per finalità di marketing è facoltativo. In mancanza, il Soggetto Interessato non potrà ricevere comunicazioni commerciali, partecipare a ricerche di mercato, ricevere comunicazioni di marketing specifiche per il proprio profilo.

Per le finalità sopraindicate laddove è indicato che AFI ESCA non richiede il consenso espresso del Soggetto Interessato, i dati personali saranno trattati in base ai legittimi interessi (cfr. i paragrafi 3.A & 3.B. sopra) e/o per adempiere alle obbligazioni di legge (cfr. par. 3.C. che precede).

In qualsiasi momento, il Soggetto Interessato potrà revocare i consensi eventualmente prestati ai sensi di quanto precede, rivolgendosi a AFI ESCA secondo le modalità di cui al paragrafo 8 della presente Informativa.

4. Con quali modalità sono raccolti e trattati i Dati?

AFI ESCA otterrà i dati personali direttamente dal Soggetto Interessato e/o dalle seguenti organizzazioni e persone fisiche: società appartenenti alla "catena distributiva", medici, staff infermieristico ed ospedaliero, altre istituzioni mediche, case di cura, fondi assicurativi sanitari pubblici, associazioni professionali ed Autorità pubbliche.

In relazione a tutte le suddette finalità i dati personali saranno trattati manualmente od utilizzando mezzi elettronici adeguati alla conservazione, salvaguardia e comunicazione di tali dati. A tal proposito, tutte le misure di sicurezza necessarie saranno prese per garantire che ci sia un livello di protezione sufficiente da accessi non autorizzati, perdita o distruzione accidentale dei dati.

A tal fine, l'accesso ai database di AFI ESCA e ai registri sarà limitato: i) ai dipendenti di AFI ESCA espressamente individuati e autorizzati al trattamento; ii) a soggetti esterni alla organizzazione del Titolare del Trattamento facenti parte della "catena assicurativa" o a società di servizi, che potranno agire a seconda dei casi come titolari del trattamento autonomi o come responsabili esterni del trattamento.

5. Chi avrà accesso ai Dati?

Per le finalità indicate ai paragrafi 3.A, 3.B e 3.C della presente Informativa Privacy, i Dati del Soggetto Interessato possono essere comunicati ai seguenti soggetti che agiscono nella qualità di autonomi titolari del trattamento: Assicuratori, coAssicuratori e riAssicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti; società di servizi a cui siano affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei Sinistri, nonché società di servizi informativi, di settore assicurativo, IVASS, CONSOB, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casella Centrale Infortuni).



Per le finalità indicate ai paragrafi 3.A, 3.B e 3.C della presente Informativa Privacy, i Dati del Soggetto Interessato possono essere comunicati anche ai seguenti soggetti che agiscono nella qualità di responsabili del trattamento secondo le nostre istruzioni: Società del Gruppo AFI ESCA, soggetti appartenenti alla cosiddetta "catena assicurativa"; consulenti tecnici ed altri soggetti che forniscono servizi ausiliari per conto di AFI ESCA, quali, per esempio, consulenti legali, esperti e medici, agenzie di regolamento, società di servizi a cui siano affidate la gestione e/o la liquidazione dei Sinistri, consulenti di assistenza legale e centri di assistenza; cliniche convenzionate, società di archiviazione dati o fornitori di servizi IT; società di recapito posta, società di revisione e consulenti; società di informazione commerciale per l'analisi dei rischi finanziari; agenzie di controllo frodi; agenzie di recupero crediti.

Per le finalità di cui al paragrafo 3.D della presente Informativa, Dati del Contraente Soggetto Interessato possono essere comunicati anche ai seguenti soggetti che agiscono nella qualità di responsabili del trattamento secondo le istruzioni di AFI ESCA: Fornitori di servizi di pubblicità che inviano comunicazioni di marketing nel rispetto della normativa locale ed in conformità alle preferenze espresse dal Soggetto Interessato.

Una lista aggiornata di tali enti può essere ottenuta gratuitamente da AFI ESCA (richiedendoli come descritto al paragrafo 9 della presente Informativa Privacy).

6. Dove saranno trattati i Dati?

I dati personali potranno essere trattati sia all'interno che all'esterno della Area Economica Europea (EEA) dalle parti specificate nel paragrafo 5, sempre nel rispetto delle condizioni contrattuali concernenti la riservatezza e la sicurezza in conformità alle leggi e regolamenti applicabili in materia di protezione dati. AFI ESCA non comunicherà i dati personali a soggetti che non sono autorizzati al loro trattamento.

7. Per quanto tempo AFI ESCA trattiene i Dati?

I dati personali raccolti ai sensi dei paragrafi 3.A 3. B 3.C e 3.D della presente Informativa Privacy verranno conservati per un periodo pari alla durata del Contratto (ivi inclusi eventuali rinnovi) e per i 10 anni successivi al termine, risoluzione o recesso dallo stesso, fatti salvi i casi in cui la conservazione per un periodo ulteriore sia richiesta per eventuali contenziosi, richieste delle Autorità competenti o ai sensi della normativa applicabile.

Alla cessazione del periodo di conservazione i dati saranno cancellati o resi anonimi.

8. Quali sono i diritti del Soggetto Interessato rispetto ai Dati?

Come previsto dalla normativa sulla privacy applicabile, il Soggetto Interessato ha il diritto di:

- Accedere ai dati personali detenuti sul suo conto e di conoscerne l'origine, le finalità, gli scopi del Trattamento, i dettagli del (dei) Titolare(i) del Trattamento il (i) responsabile (i) del Trattamento e le parti a cui i dati possono essere comunicati;
- Revocare il proprio consenso in ogni momento ove i dati siano trattati con il suo consenso; questo non include i casi in cui il trattamento sia necessario per adempiere ad un obbligo di legge cui è soggetto il Titolare del Trattamento o per svolgere un compito di interesse pubblico o è connesso con l'esercizio di pubblici poteri da parte del Titolare del Trattamento;
- Chiedere l'aggiornamento o la rettifica dei propri Dati per garantirne l'accuratezza;
- Chiedere la limitazione del trattamento dei dati personali in determinate circostanze;
- Ottenere i suoi dati personali anche in formato elettronico per il suo uso personale o per un nuovo Assicuratore; e
- Presentare un reclamo presso AFI ESCA e/o la competente Autorità Garante di controllo ove ne sussistano i presupposti.

Il Soggetto Interessato può esercitare tali diritti contattando AFI ESCA come descritto nel paragrafo 9 della presente Informativa Privacy, fornendo i dettagli del suo nome, indirizzo e-mail, identificazione dell'account e lo scopo della sua richiesta.

9. Come può essere contattata AFI ESCA?

Ogni domanda relativa alle modalità di utilizzo dei Dati personali o su come esercitare i diritti del Soggetto Interessato può essere rivolta al Data Protection Officer designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti.

Per Sua comodità, Le indichiamo altresì che potrà contattare il responsabile della protezione dei dati personali (Data Protection Officer), via telefono, via e-mail o all'indirizzo postale qui di seguito indicato:

Data Protection Officer
c/o AFI ESCA S.A.
Quai Kléber, 2,
Strasburgo (Francia)
e-mail: dpo@afi-esca.com

10. Quanto spesso viene aggiornata questa Informativa Privacy?

AFI ESCA aggiorna regolarmente la presente Informativa Privacy.

AFI ESCA garantirà che la versione più aggiornata di tale documento sia disponibile sul proprio sito web www.afi-esca.it e informerà direttamente i Soggetti Interessati di eventuali modifiche importanti che possano riguardarli o richiedere il loro consenso.

La presente Informativa è stata aggiornata in data 01/09/2025

Sicuramente TOP

Assicurazione abbinata ai finanziamenti



Adeguate Verifica

Informativa per l'identificazione e l'adeguata verifica della clientela

(Artt. 17 e s.s. D.lgs. 231/2007 come novellato dal D.lgs. 90/2017)

Ad integrazione del modulo di informativa/consenso relativo al trattamento dei dati personali per finalità assicurativa, si precisa che i dati presenti sul modulo per l'identificazione e l'adeguata verifica della clientela sono rilasciati in ottemperanza al D.lgs. n. 90 del 25 maggio 2017, recante "Attuazione della direttiva (UE) 2015/849 relativa alla prevenzione dell'uso del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di Finanziamento del terrorismo e recante modifica delle direttive 2005/60/CE e 2006/70/CE e attuazione del regolamento (UE) n. 2015/847 riguardante i dati informativi che accompagnano i trasferimenti di fondi e che abroga il regolamento (CE) n. 1781/2006".

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

Il trattamento dei dati è svolto, per le suddette finalità di prevenzione, con strumenti elettronici e no, in modo da garantire la sicurezza del trattamento stesso e la riservatezza dei dati trattati.

I dati non sono oggetto di diffusione, ma possono essere comunicati ad Autorità ed Organi di Vigilanza e Controllo, nonché a Magistratura e Forze dell'ordine, in adempimento degli obblighi di legge.

In qualsiasi momento l'interessato può esercitare i diritti di accesso previsti dall'art. 15 del Regolamento UE 2016/679, rivolgendosi al Titolare o del trattamento dei dati personali ovvero al Data Protection Officer.

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

- Afi Esca S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, Foro Buonaparte 51 – 20121 Milano.

Il Titolare, si avvale, per il trattamento dei dati personali, di Responsabili, dei quali sarà possibile acquisire i dati identificativi, scrivendo al Data Protection Officer di Afi Esca S.A. Elise Vanelstraete dpo@afi-esca.com o all'indirizzo di posta elettronica privacy@afi-esca.com

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

INFORMATIVA

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

OBBLIGHI DEL CLIENTE

Artt. 19 e 22 D.lgs. 231/2007

I clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti obbligati di adempiere agli obblighi di adeguata verifica.

Ai fini dell'identificazione del titolare effettivo, il cliente fornisce altresì, sotto la propria responsabilità, le informazioni necessarie a consentire l'identificazione del titolare effettivo.

SANZIONI PENALI

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

Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque essendo obbligato, ai sensi del presente decreto, a fornire i dati e le informazioni necessarie ai fini dell'adeguata verifica della clientela fornisce dati falsi o informazioni non veritiere, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da 10.000,00 euro a 30.000,00 euro.

TITOLARE EFFETTIVO

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

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

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

1. Il titolare effettivo di clienti diversi dalle persone fisiche coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente ovvero il relativo controllo.

2. Nel caso in cui il cliente sia una società di capitali:

- a) costituisce indicazione di proprietà diretta la titolarità di una partecipazione superiore al 25 per cento del capitale del cliente, detenuta da una persona fisica;
- b) costituisce indicazione di proprietà indiretta la titolarità di una percentuale di partecipazioni superiore al 25 per cento del capitale del cliente, posseduto per il tramite di società controllate, società fiduciarie o per interposta persona.³ Nelle ipotesi in cui l'esame dell'assetto proprietario non consenta di individuare in maniera univoca la persona fisica o le persone fisiche cui è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile il controllo del medesimo in forza:

- a) del controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea ordinaria;
- b) del controllo di voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea ordinaria;
- c) dell'esistenza di particolari vincoli contrattuali che consentano di esercitare un'influenza dominante.

4. Qualora l'applicazione dei criteri di cui ai precedenti commi non consenta di individuare univocamente uno o più titolari effettivi, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche titolari di poteri di amministrazione o direzione della società.

5. Nel caso in cui il cliente sia una persona giuridica privata, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361, sono cumulativamente individuati, come titolari effettivi:

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

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

PERSONE ESPOSTE POLITICAMENTE

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

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

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

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

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

1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;

1.4 giudice della Corte costituzionale, magistrato della Corte di cassazione o della Corte dei Conti, Consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

POLIZZA SICURAMENTE TOP n. 31C70393

CONTRAENTE: PRESTIAMOCI S.p.A. - Via Luigi Cadorna, 69 - 20055 Vimodrone (MI)

Proposta N.

Iscrizione RUI n.: D-000606348

AssicuratoSesso ☐ M ☐ F

Cognome e nome

Data di nascita - Luogo di nascita - Codice Fiscale

Documento di identità - Numero - Rilasciato il da

Indirizzo - Città - CAP - Provincia

Telefono - Cellulare - E-mail

Prestazioni assicurate e durata coperture

Capitale assicurato: €

Durata delle coperture: mesi

Garanzie

- ☐ Decesso + I.T.P. (Invalidità Totale e Permanente) + I.T.T. (Inabilità Temporanea Totale). Garanzia valida solo per i lavoratori autonomi e i lavoratori dipendenti del settore pubblico e privato.
- ☐ Decesso + I.T.P. (Invalidità Totale e Permanente) + Malattia Grave. Garanzia valida per chi non esercita alcuna attività lavorativa.
- ☐ Decesso + I.T.P. (Invalidità Totale e Permanente) + Perdita di Impiego. Garanzia valida solo per i lavoratori dipendenti settore privato.
- ☐ Decesso. Garanzia valida per Assicurati con età alla sottoscrizione compresa tra i 65 e i 68 anni

Beneficiari delle prestazioni (per la Garanzia Decesso)

Il sottoscritto, nella propria qualità di Aderente/Assicurato della Polizza Collettiva Vita "SICURAMENTE TOP" n. 31C70393, nomina ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione quale Beneficiario/Beneficiari delle Prestazioni Assicurate i seguenti soggetti:

Cognome e nome**Codice Fiscale****Legame con l'assicurato****Indirizzo**

.....

.....

.....

.....

AVVERTENZA

In caso di mancata indicazione dei dati anagrafici del/i beneficiario/i, AFI ESCA potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del/i Beneficiario/i. La modifica o revoca del/i Beneficiario/i deve essere comunicata a AFI ESCA.

Premio

Premio Unico totale: €

Spese di emissione: € - Premio dovuto (al netto delle spese di emissione): €

Dichiarazioni

L'Assicurato dichiara che gli è stato consegnato il Set Informativo redatto secondo le prescrizioni IVASS, contenente, oltre al presente Modulo di Adesione, il set informativo, le condizioni generali di assicurazione con il glossario e indice, e l'informativa sulla privacy.

L'Aderente ha sempre la facoltà di revocare le modalità di comunicazione prescelte e disporne di altre. Tra le modalità di comunicazione, si ricorda che l'Aderente può scegliere tra le comunicazioni: a mezzo posta; a mezzo posta elettronica.

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

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

art. 4 (Dichiarazioni dell'Assicurato relative alle circostanze di rischio); art. 5.3 (sezione "Prestazione assicurativa"); art. 5.4 (sezione "Prestazione assicurativa"); art. 5.5 (sezione "Prestazione assicurativa"); art. 6 (Esclusioni); art. 7 (Conclusione del Contratto e decorrenza, durata e cessazione delle Coperture); art. 11 (Estinzione totale anticipata, trasferimento, accollo); art. 12 (Modifica delle garanzie e/o rinegoziazione del contratto di Finanziamento); art. 14 (Denuncia e gestione dei Sinistri); art. 16 (Cessione dei diritti); art. 20 (Giurisdizione e foro competente).

L'Assicurato dichiara altresì di essere stato informato che potrà revocare o recedere dal Contratto nei termini e con le modalità disciplinate rispettivamente agli artt. 1887 del Codice Civile e 176 del Codice delle Assicurazioni Private, e 1899 del Codice Civile e 177 del Codice delle Assicurazioni Private, e nonché dagli artt. 9 e 10 delle condizioni generali di assicurazione.

Avvertenze relative alla compilazione del Questionario Medico:

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

L'Assicurato e i suoi aventi diritto, con la sottoscrizione del Modulo di Adesione di cui al presente Set Informativo, ai sensi dell'articolo 14 "Denuncia e gestione dei sinistri", sciogliono da qualsiasi obbligo di riservatezza i medici curanti al fine di consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi anche ad opera di consulenti medici di fiducia della Compagnia.

Data

Firma

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

- la dichiarazione contenente - ai sensi dell'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 - i dati essenziali del Distributore e della propria attività, le informazioni sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela dei Contraenti;
- la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui l'Intermediario è tenuto - ai sensi dell'art.56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 - nei confronti dei Contraenti.

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

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

Data

Firma

Modalità di Pagamento

Il pagamento del Premio viene effettuato in un'unica soluzione dall'Assicurato al Contraente, il quale incassa il premio per conto della Compagnia in forza del mandato all'incasso conferitagli da quest'ultima. La remunerazione spettante all'Intermediario è pari a€, corrispondenti al% del premio assicurativo, al netto delle imposte sulle assicurazioni e delle spese di emissione.

Consenso al trattamento dei dati personali

Si invita il Soggetto Interessato a leggere attentamente l'Informativa Privacy allegata al Set Informativo.

Il Contratto non potrà essere concluso ed amministrato a meno che non sia fornito il consenso firmando l'apposito spazio sottostante.

Io sottoscritto

nato a il Codice Fiscale

esprimo il mio libero, consapevole, specifico e non condizionato consenso affinché:

- il Titolare e i Responsabili incaricati procedano al trattamento dei miei dati personali comuni ed alla loro comunicazione nell'ambito dei soggetti e per le finalità indicate nei paragrafi 3.A, 3.B e 3.C della citata Informativa Privacy, di cui ne ho ricevuto copia;
- i miei dati personali comuni possano essere trattati, anche da parte di soggetti terzi, per le finalità di cui al paragrafo 3.D della citata Informativa Privacy, ovvero per attività di rilevazione del grado di comprensione sulla qualità dei prodotti offerti e dei servizi resi, di promozione commerciale, ricerche di mercato, attività di marketing.

Data

Firma



Il vostro Intermediario

Prestiamoci S.p.a

Via Luigi Cadorna, 69
20055 Vimodrone (MI)

www.afi-esca.it



AFI ESCA S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Foro Buonaparte, 51 - 20121 Milano; Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: informazioni@afi-esca.com; Società per azioni, Capitale sociale € 12.359.520; Sede Sociale: 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, Registro delle Imprese di Strasburgo n. 548 502 517. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00105 - P. IVA 07907350966, C.F. 97601900158, numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989762.



AFI ESCA IARD S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Foro Buonaparte, 51 - 20121 Milano; Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: informazioni@afi-esca.com; Società per azioni, Capitale sociale € 5.000.010; Sede Sociale: 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, Registro delle Imprese di Lille n. 380 138 644. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00102 - P. IVA e C.F. 07906760967 e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989679.