Assicura+360

Assicurazione abbinata ai Mutui

Set informativo

Copertura Assicurativa Individuale Vita e Danni
(Ed. 04/2023)

AFI·ESCA Groupe Burrus
Rappresentanza Generale per l'Italia

AFI·ESCA iard Groupe Burrus
Rappresentanza Generale per l'Italia

Pagina vuota

Assicura+360

Assicurazione abbinata ai Mutui

Caratteristiche Principali

Tariffa personalizzata

Copertura di uno o più prestiti

Sottoscrizione dai 18 ai 70 anni

Copertura sul Decesso possibile fino a 80 anni

Quattro garanzie complementari facoltative acquistabili secondo le seguenti combinazioni:

*Invalidità Totale Permanente
*Invalidità Totale Permanente + Inabilità Temporanea Totale
*Invalidità Totale Permanente + Ricovero Ospedaliero
*Invalidità Totale Permanente + Perdita di Impiego

Garanzia Invalidità Totale Permanente disponibile a richiesta per tutti gli assicurati

Capitale assicurato illimitato per le garanzie Decesso e Invalidità Totale Permanente

Modifica delle garanzie in qualsiasi momento

Possibilità di frazionamento del premio senza spese aggiuntive

Rinegoziazione del premio in caso di estinzioni parziali anticipate del finanziamento

Coperture Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Perdita d'Impiego attive fino all'intera durata del finanziamento

Rimborso rata del finanziamento per le garanzie Inabilità Totale Temporanea, Ricovero Ospedaliero e Perdita d'Impiego tra i più alti del mercato

Afi·Esca Groupe Burrus

Afi·Esca iard Groupe Burrus

Assicura+360

Assicurazione abbinata ai Mutui

Set informativo

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE ABBINATO AI MUTUI E PRESTITI PERSONALI[1]

Coperture assicurative individuali e facoltative, a Premio Unico o Periodico, per i casi di: Decesso - Invalidità Totale e Permanente - Ricovero Ospedaliero - Inabilità Temporanea Totale - Perdita di Impiego.

IL PRESENTE SET INFORMATIVO SI COMPONE DI UN TOTALE DI 34 PAGINE E CONTIENE:

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

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

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO

(Data di ultimo aggiornamento 01/04/2023)

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

Polizza "Assicura+360"

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

AFI ESCA IARD S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia Prodotto: **Assicura+360**

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

Che tipo di assicurazione è?

Assicurazione individuale abbinata ai mutui.

Che cosa è assicurato?

- ✓ Inabilità Temporanea Totale e Temporanea
- ✓ Perdita di impiego per i lavoratori dipendenti del settore privato
- ✓ Ricovero Ospedaliero per i soggetti che non svolgono attività lavorativa

Che cosa non è assicurato?

Si elencano di seguito solo le esclusioni previste per le coperture assicurative legate al Ramo Danni.

Non sono considerati Infortunio o Malattia le seguenti circostanze:

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

Esclusioni specifiche riguardanti la garanzia Ricovero Ospedaliero:

× interventi di chirurgia plastica ricostruttiva che non siano resi necessari a seguito di Infortunio o Malattia, e prestazioni aventi finalità estetiche, dietologiche e fitoterapiche; × ricoveri dovuti al parto o a patologie connesse alla gravidanza, aborto volontario non terapeutico; × ricoveri dovuti a infertilità, sterilità, checkup di medicina preventiva; × ricoveri in regime di lungodegenza o le convalescenze, anche in soggetti non più autosufficienti, qualora siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

Esclusioni specifiche riguardanti la garanzia Perdita Involontaria d'Impiego:

× percepimento di altri redditi da lavoro non identificabili come redditi da lavoro dipendente (v. 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 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.

Ci sono limiti di copertura?

! Sono assicurabili solo le persone fisiche, anche in qualità di dirigenti, funzionari, soci e legali rappresentanti di persone giuridiche muniti di idonei poteri, che abbiano richiesto o siano cointestatarie di un Finanziamento sottoscritto con l'Ente Erogante.

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

! Sono assicurabili solo le persone fisiche che al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione:

! nel caso di copertura per Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, siano di età compresa tra 18 e 64 anni, e prestazione assicurativa fino al 65 anni;

! nel caso di copertura per perdita involontaria di impiego, siano di età compresa tra 18 e 64 anni, e prestazione assicurativa fino al 65 anni;

! nei casi di Copertura per Inabilità Temporanea Totale 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 della Proposta di Assicurazione. In caso contrario, le medesime garanzie cesseranno e i relativi Premi verranno rimborsati ai richiedenti, su domanda di questi ultimi;

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

Rami Danni: carenze e franchigie

! *Inabilità Temporanea Totale al Lavoro:* periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni

- *Ricovero Ospedaliero:* periodo di Franchigia assoluta di 7 giorni.

Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.

- *Perdita di Impiego:*
  - Periodo di Carenza di 90 giorni;
  - Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni.

Dove vale la copertura?

✓ Le coperture I.T.T. e Ricovero Ospedaliero non hanno limiti territoriali.
✓ La copertura Perdita di impiego ha validità esclusivamente in Italia.

Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione delle coperture.

Quando e come devo pagare?

Puoi pagare il premio in un'unica soluzione, nel caso di Premio unico o, a richiesta, in rate annuali, semestrali, trimestrali o mensili, nel caso di premio periodico.
Puoi versare il Premio Unico e il Premio di Perfezionamento mediante bonifico bancario intestato a AFI ESCA S.A., ovvero tramite addebito SDD Core sul conto corrente del Contraente.
I Premi successivi devono essere versati mediante procedura di addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente, secondo le indicazioni espresse dal Contraente nel modulo di Proposta di Assicurazione.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La polizza relativa a ciascun assicurato produce i suoi effetti dalle ore 24:00 della data di decorrenza indicata nel certificato di polizza, ovvero del giorno in cui è stato concesso il Finanziamento o della data di accollo di un finanziamento già erogato. Le coperture cessano alla scadenza del contratto di finanziamento.
Le coperture cessano, in ogni caso, 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; - mancato pagamento dei Premi; - esercizio del diritto di recesso; - per l'Assicurato ammesso alla Copertura nella sua qualità di dirigente, funzionario, socio o legale rappresentante di una persona giuridica, quando cessa di svolgere questa funzione; - per la Copertura Inabilità Temporanea Totale, alla data di inizio del pensionamento volontario ovvero allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta, sempre che l'Assicurato non abbia optato per una data di scadenza diversa nel Modulo di Proposta; - per la Copertura Ricovero Ospedaliero, allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta, sempre che l'Assicurato non abbia optato per una data di scadenza diversa nel Modulo di Proposta; - 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 della Proposta, sempre che l'Assicurato non abbia optato per una data di scadenza diversa nel Modulo di Proposta.

Come posso disdire la polizza?

Se ci ripensi, hai 60 giorni di tempo dalla data di adesione della polizza per disdire il contratto, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviare a AFI ESCA SERVIZIO CLIENTI, Foro Buonaparte, 51 – 20121 Milano, accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità. Inoltre, devi comunicare all'Ente Erogante l'intervenuto esercizio del diritto di recesso. In caso di recesso della copertura danni, decade automaticamente anche la copertura vita collegata.

Assicura+360 <Assicurazione abbinata ai mutui>

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
PPI **<Assicura+360>**

<DIP Vita di ultima pubblicazione>
01/04/2023

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

Che tipo di assicurazione è?

Assicurazione abbinata ai mutui. La copertura vita assicura i rischi Decesso e Invalidità Totale e Permanente.

Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

La Copertura Vita prevede le seguenti prestazioni assicurative:
a) prestazione in caso di Decesso
Il rischio coperto è il Decesso qualunque possa esserne la causa;
b) prestazione in caso di Invalidità Totale e Permanente
Il rischio coperto è l'Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale e Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica.

Che cosa NON è assicurato?

- *La Copertura è esclusa, se l'Ente Erogante ha condizionato l'erogazione del finanziamento al contratto assicurativo.*
- *Decesso causato da dolo del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario;*
- *Decesso per suicidio avvenuto nei primi due anni dalla Data di Decorrenza;*
- *Decesso dovuto a rischi catastrofali.*

Ci sono limiti di copertura?

Per la Garanzia Decesso:
a) sottoscrizione in età compresa tra i 18 e 70 anni, e prestazione assicurativa fino a 80 anni;
Per la Garanzia Invalidità Totale e Permanente:
b) sottoscrizione in età compresa tra i 18 e 65 anni e prestazione assicurativa fino a 65 anni.
Per tutte le coperture, l'Assicurato deve essere residente in Italia.

Dove vale la copertura?

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

Che obblighi ho?

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento o diminuzione del rischio, come:

- *attività professionale dell'Assicurato;*
- *attività sportive dell'Assicurato;*
- *abitudini di vita dell'Assicurato (Assicurato dichiaratosi non fumatore che inizi o ricominci a fumare);*
- *soggiorni all'estero di lunga durata in Paesi a rischio.*
- In caso di Decesso o Invalidità Totale e permanente, occorre consegnare, a titolo esemplificativo e non esaustivo:
- copia di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del legale rappresentante del Contraente (solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica);
- copia di un documento di identità e del codice fiscale dell'Assicurato;
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà del Contraente (solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica);
- decreto di nomina del legale rappresentante del Contraente (solo nel caso in cui sia variato rispetto a quello riportato sulla Proposta di Assicurazione e solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica);
- comunicazione di denuncia del Sinistro.

Quando e come devo pagare?

Puoi pagare il premio in un'unica soluzione, nel caso di Premio unico o, a richiesta, in rate annuali, semestrali, trimestrali o mensili, nel caso di premio periodico.
Puoi versare il Premio Unico e il Premio di Perfezionamento mediante bonifico bancario intestato a AFI ESCA S.A., ovvero tramite addebito SDD Core sul conto corrente del Contraente. I Premi successivi devono essere versati mediante procedura di addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente, secondo le indicazioni espresse dal Contraente nel modulo di Proposta di Assicurazione.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La polizza relativa a ciascun assicurato produce i suoi effetti dalle ore 24:00 della data di decorrenza indicata nel certificato di polizza, ovvero del giorno in cui è stato concesso il Finanziamento o della data di accollo di un finanziamento già erogato. Le coperture cessano alla scadenza del contratto di finanziamento.
Le coperture cessano, in ogni caso, 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;*
- *mancato pagamento dei Premi;*
- *esercizio del diritto di recesso;*
- *per l'Assicurato ammesso alla Copertura nella sua qualità di dirigente, funzionario, socio o legale rappresentante di una persona giuridica, quando cessa di svolgere questa funzione.*
- *per la Copertura Decesso, al compimento dell'80° anno di vita dell'Assicurato;*
- *per la Copertura Invalidità Totale e Permanente, al compimento del 65° anno di vita dell'Assicurato.*

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

Revoca	*Il Contraente può revocare il contratto fino al momento della conclusione dello stesso. La revoca deve essere esercitata a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviarsi alla Compagnia al seguente recapito: AFI ESCA S.A. - SERVIZIO CLIENTI, **Foro Buonaparte 51 – 20121** MILANO, allegando l'originale del Modulo di Adesione. Qualora la dichiarazione di revoca dal contratto pervenga tempestivamente alla Compagnia, impedendone la conclusione, la Compagnia è tenuta a rimborsare all'Assicurato i Premi da questi eventualmente già corrisposti, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.*
Recesso	*Il Contraente può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il Contratto si è concluso, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviare a: AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, **Foro Buonaparte 51 – 20121** MILANO, accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità. L'Assicurato si impegna, altresì, ad informare l'Ente Erogante dell'intervenuto esercizio del diritto di recesso.* *Le garanzie cesseranno alla data richiesta dal Contraente o, se precedente, alla data di spedizione della lettera raccomandata del Contraente/Assicurato. Il Contraente ha la facoltà di sostituire la copertura con altra autonomamente reperita (art. 28 del decreto-legge 24 gennaio 2012 convertito dalla L. 24 marzo 2012, n. 27), con diritto al rimborso del premio (ovvero alla corrispondente riduzione della rata), al netto dell'eventuale parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e delle spese effettivamente sostenute dall'impresa per l'emissione del contratto indicate nella documentazione assicurativa (lettera al mercato IVASS del 26/08/2015).*
Risoluzione	*In caso di premio periodico, trascorsi dodici mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, le Coperture Vita non possono più essere riattivate e il Contratto si intende risolto.*

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI X NO

Assicura+360<*Assicurazione abbinata ai mutui*>

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

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

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

PPI <**Assicura+360**>

<DIP Aggiuntivo Multirischi di ultima pubblicazione>
01/04/2023

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 (DIPVita) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

AFI ESCA S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia, *Foro Buonaparte 51 – 20121 CAP 20121; Milano, tel. 02 58.32.48.45; sito internet: www.afi-esca.it; e-mail: informazioni@afi-esca.com; PEC: afi-esca@legalmail.it.*

AFI ESCA S.A., società con sede legale e direzione generale in Quai Kléber, 2, 67000 Strasburgo (Francia) abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento, e sottoposta alla vigilanza dell'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).
AFI ESCA S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia è iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00105.
AFI ESCA IARD S.A. è una impresa di assicurazione di diritto francese, con sede legale e direzione generale in Square Dutilleul, 4, LILLE (Francia), soggetta a direzione e coordinamento di AFI ESCA S.A..
AFI ESCA IARD S.A Rappresentanza Generale per l'Italia, è iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00102
Le Coperture Danni sono stipulate con la rappresentanza generale per l'Italia di AFI ESCA IARD S.A..

AFI ESCA S.A. ha un Patrimonio Netto pari a 177.936.076 € di cui 12,36 milioni di Euro è il capitale sociale e 70.388.310 € è il totale delle riserve patrimoniali.
L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari al 156%.
AFI ESCA IARD S.A. ha un patrimonio netto pari a 4.884.206 € e 5.000.010 € è il capitale sociale e 68.519 € è il totale delle riserve patrimoniali.
Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SCFR) disponibile sul sito internet dell'impresa www.afi-esca.com/afi-esca-rapports-sur-la-solvabilite-et-la-situation-financiere.

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa NON è assicurato?

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

	- affezioni o Infortuni accertati da un punto di vista medico a una data anteriore rispetto alla Data di Decorrenza; *- Malattia consistente in sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate.* Le coperture Invalidità Totale e Permanente e Inabilità Temporanea Totale al lavoro e Ricovero Ospedaliero sono inoltre escluse nei seguenti casi: *- 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, skeleon, skiatolon, salto dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico; alpinismo, scalata e trekking in montagna oltre 5.000 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.*

Ci sono limiti di copertura?

	Ramo Danni: *Inabilità Temporanea Totale al Lavoro:* *- Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni.* *Ricovero Ospedaliero:* *- Periodo di Franchigia assoluta di 7 giorni. Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.* *Perdita di Impiego:* *- Periodo di Carenza di 90 giorni;* *- Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni.*

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro	***Denuncia di sinistro:*** *I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a mezzo raccomandata A.R. al seguente recapito: AFI ESCA S.A. - UFFICIO SINISTRI - **Foro Buonaparte 51 – 20121** Milano, e comunque non oltre il termine di 30 giorni dal verificarsi del Sinistro.*
	Prescrizione: *i diritti derivanti dal Contratto relativi alle Coperture Danni si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto mentre i diritti derivanti dal Contratto relativi alle Copertura Vita si prescrivono in dieci anni. Decorso inutilmente il predetto termine, la Compagnia verserà la somma non reclamata al fondo appositamente istituito dal Ministero dell'Economia e della Finanza, secondo quanto previsto in materia di rapporti dormienti dalla legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modifiche e integrazioni.*
	Liquidazione della prestazione: *AFI ESCA S.A., anche per conto di AFI ESCA IARD S.A., si impegna a liquidare il Sinistro entro 30 (trenta) giorni dalla ricezione di tutta la documentazione richiesta. Nel caso di Sinistro relativo a Coperture per Inabilità Temporanea Totale al Lavoro, Ricovero Ospedaliero e Perdita Involontaria di Impiego, la somma mensile che sarà liquidata dalla Compagnia non potrà superare il limite di Euro 3.000,00. Si precisa inoltre che, per la garanzia perdita di impiego, l'importo dell'indennizzo corrisponderà al minore tra la rata mensile dovuta all'ente erogante e l'importo netto relativo alla retribuzione mensile percepita fino al momento del sinistro.*
	Gestione da parte di altre imprese: *non applicabile*
	Assistenza diretta/in convenzione: *non applicabile*
Dichiarazioni inesatte o reticenti	*Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato, rese al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, se inesatte o reticenti relativamente a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio assunto dalla Compagnia, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della Copertura. Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti lo stato di salute dell'Assicurato che, richieste dalla Compagnia all'atto di sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, devono corrispondere a verità ed esattezza. Qualora tra il momento del rilascio delle informazioni inerenti lo stato di salute dell'Assicurato e la Data di Decorrenza intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute, l'Assicurato deve darne sollecita comunicazione alla Compagnia al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione alla Copertura, pena la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della Copertura.*

Quando e come devo pagare?

Premio	*L'ammontare del Premio è determinato in relazione all'importo del capitale assicurato, alla durata contrattuale, all'età dell'Assicurato, al suo stato di salute, alle attività professionali e sportive svolte, alle sue abitudini di vita. Se si opta per il premio unico, questo deve essere corrisposto in un'unica soluzione. Se si opta per il premio periodico, il Contraente può scegliere il versamento in rate annuali, semestrali, trimestrali o mensili. Il Premio Unico e il Premio di Perfezionamento devono essere versati mediante bonifico bancario intestato a AFI ESCA S.A., ovvero tramite addebito SDD Core sul conto corrente del Contraente. I Premi successivi devono essere versati mediante procedura di addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente, secondo le indicazioni espresse dal Contraente nel modulo di Proposta di Assicurazione. Per tutte le Coperture assicurative, relative sia al Ramo Vita che ai Rami Danni, il Contratto non prevede la possibilità di Riscatto e di Riduzione.*

Rimborso	*In caso di recesso, si ha diritto alla restituzione del Premio, al netto delle imposte, delle spese mediche eventualmente già rimborsate, delle spese di emissione del Contratto sostenute e della quota parte di Premio relativa al periodo in cui il Contratto ha avuto effetto. In caso di estinzione anticipata del mutuo, la determinazione della parte di premio non goduto, e oggetto di rimborso. La porzione di premio da restituire è calcolata: per il premio puro in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del capitale assicurato residuo; per i caricamenti in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura. Il rimborso viene calcolato secondo la seguente formula:* $R=P-(G \times (1-t \times 1,5\%))$ *Dove:* *P = Premio pagato al netto delle spese di emissione e delle imposte* *G = Premi lordi pagati relativi al periodo in cui le coperture hanno avuto effetto* *t = periodo durante il quale le coperture hanno avuto effetto* *R = Premio rimborsato* *Esempio su un contratto avente durata totale di 15 anni:* *P=3.090,58 Euro* *G=1.707,40* *t= 6 anni e 191 giorni* *3.090,58-(1.707,40 x (1-(6+191/365-1*1,5%)=1.383,18 Euro*
Sconti	*Non sono previsti sconti di premio.*

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	*La Copertura decorre:* *- dalle ore 24 della Data di Decorrenza indicata nel Certificato di Polizza, ovvero,dalle ore 24 del giorno in cui è stato concesso il Finanziamento o dalla data di accollo di un Finanziamento già erogato, sempre a condizione che:* *- sia stata sottoscritta la Proposta di Assicurazione;* *- siano state esplicate le formalità mediche di ammissione alla Copertura e che gli esiti siano stati valutati positivamente ed accettati dalla Compagnia;* *- sia stato pagato il Premio.* *In caso di estinzione anticipata del mutuo, la determinazione della parte di premio non goduto, e oggetto di rimborso.* *La porzione di premio da restituire è calcolata: per il premio puro in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del capitale assicurato residuo; per i caricamenti in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura.* *La durata della Copertura coincide, per ciascun Assicurato, con la durata del piano di ammortamento originario del Finanziamento, ovvero termina con la data di scadenza indicata sul Certificato di Polizza. Tuttavia, le coperture possono terminare anche prima della scadenza sopra indicata se si verifica il primo tra i seguenti eventi:* *•pagamento dell'ultima rata di rimborso del Finanziamento;* *•estinzione totale anticipata del Finanziamento, salvo nomina di un nuovo Beneficiario;* *•accollo del Finanziamento da parte di terzi;* *•estinzione totale anticipata del Finanziamento in relazione alla liquidazione del Sinistro;* *•mancato pagamento dei Premi;* *•esercizio del diritto di recesso;* *•per l'Assicurato ammesso alla Copertura nella sua qualità di dirigente, funzionario, socio o legale rappresentante di una persona giuridica, quando cessa di svolgere questa funzione;* *•per la Copertura Decesso, al compimento dell'80° anno di vita dell'Assicurato;* *•per la Copertura Invalidità Totale e Permanente, al compimento del 65° anno di vita dell'Assicurato;* *•per la Copertura Inabilità Temporanea Totale, alla data di inizio del pensionamento volontario ovvero allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta, sempre che l'Assicurato non abbia optato per una data di scadenza diversa nel Modulo di Proposta;* *•per la Copertura Ricovero Ospedaliero, allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta, sempre che l'Assicurato non abbia optato per una data di scadenza diversa nel Modulo di Proposta;* *•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 della Proposta, sempre che l'Assicurato non abbia optato per una data di scadenza diversa nel Modulo di Proposta.*
Sospensione	*Per le Coperture Vita, se non paghi una sola rata di Premio, trascorsi 30 giorni dalla sua scadenza, le garanzie vengono sospese per un periodo massimo di dodici mesi.* *Entro sei mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, hai il diritto di riattivare le Coperture Vita, previa corresponsione di tutte le rate di Premio arretrate e non pagate, nonché delle eventuali spese di incasso sostenute dalla Compagnia.* *Se sono trascorsi 6 mesi dalla data di scadenza della prima rata di Premio non pagata, puoi richiedere la riattivazione delle sole Coperture Vita. In ogni caso, la riattivazione è sottoposta ad accettazione della Compagnia, la quale, a proprio insindacabile giudizio, potrà richiedere nuovi accertamenti sanitari e rifiutare la riattivazione del Contratto, tenuto conto del loro esito.* *La riattivazione delle Coperture Vita ripristina - **con effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il pagamento dell'intero ammontare dovuto** - l'efficacia delle relative Coperture.*

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

Revoca	*Il Contraente può revocare la proposta fino al momento della conclusione del Contratto, a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviarsi alla Compagnia al seguente recapito: AFI ESCA S.A. - SERVIZIO CLIENTI, **Foro Buonaparte 51 – 20121** Milano, allegando l'originale della Proposta di Assicurazione. Qualora la dichiarazione di revoca della proposta pervenga tempestivamente alla Compagnia, impedendo la conclusione del Contratto, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente gli importi da questi eventualmente già corrisposti, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.*
Recesso	*Il Contraente può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il Contratto si è concluso, dandone comunicazione alla Compagnia. Il Contraente si impegna, altresì, ad informare l'Ente Erogante dell'intervenuto esercizio del diritto di recesso. Le garanzie cesseranno alla data richiesta dal Contraente o, se precedente, alla data di spedizione della lettera raccomandata del Contraente/Assicurato.* *Il Contraente ha la facoltà di sostituire la copertura con altra autonomamente reperita (art. 28 del decreto-legge 24 gennaio 2012 convertito dalla L. 24 marzo 2012, n. 27), con diritto al rimborso del premio (ovvero alla corrispondente riduzione della rata), al netto dell'eventuale parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e delle spese effettivamente sostenute dall'impresa per l'emissione del contratto indicate nella documentazione assicurativa (lettera al mercato IVASS del 26/08/2015).*
Risoluzione	*Se si è optato per il premio periodico, trascorsi dodici mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, le Coperture Vita non possono più essere riattivate e il Contratto si intende risolto.*

A chi è rivolto questo prodotto?

Assicura+360 è rivolto a chiunque (in età compresa tra i 18 e i 70 anni non compiuti) abbia sottoscritto un contratto di Mutuo e intenda garantirlo dai rischi Decesso, I.T.P., I.T.T., Perdita di impiego e Ricovero ospedaliero.

Quali costi devo sostenere?

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

Sono previsti riscatti o riduzioni? ☐ SI x NO

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	*Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei Sinistri devono essere inoltrati per iscritto, ovvero a mezzo posta elettronica a: AFI ESCA S.A./AFI ESCA IARD S.A. - **Foro Buonaparte 51 – 20121** Milano Telefono: +39 02.58.32.48.45 Indirizzo e-mail: reclami@afi-esca.com.* *La Compagnia gestisce il reclamo dandovi riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo.*
All'IVASS	*In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it* *Le imprese con sede legale in altro Stato membro riportano le informazioni di cui sopra indicando l'Autorità di vigilanza del Paese d'origine competente e le modalità di presentazione dei reclami alla stessa.*

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

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

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	*I Premi di assicurazione per le Coperture relative al Ramo Vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni, mentre quelli per le Copertura relativa al Ramo Danni prevista dal presente Contratto è soggetta ad un'imposta pari al 2,5% del Premio imponibile.* *Il Contratto, stipulato in Italia con soggetti ivi residenti non esercenti attività d'impresa, è soggetto alla normativa fiscale italiana, la quale prevede, in relazione alle Coperture Assicurative offerte da AFI ESCA S.A. (Assicurazione vita) una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) nella misura del 19% dei Premi versati che su base annua, ai fini del calcolo della predetta detrazione d'imposta, non possono eccedere le vigenti disposizioni di legge (art. 15. c. 1 lett. f DPR n. 917/1986). La detrazione è riconosciuta nei limiti anzidetti al Contraente/Assicurato.* *Qualora il Contratto venga stipulato da un soggetto esercente attività d'impresa, in base alla normativa fiscale nazionale, i premi versati sono deducibili dal reddito d'impresa se risulta rispettato il principio di inerenza all'attività stessa (art. 109, c. 5 DPR n. 917/86). La deducibilità dei premi è ammessa anche ai fini della determinazione della base imponibile IRAP.*

IN CASO DI ESTINZIONE ANTICIPATA O DI TRASFERIMENTO DEL MUTUO, L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI RESTITUIRTI LA PARTE DI PREMIO PAGATO RELATIVO AL PERIODO RESIDUO RISPETTO ALLA SCADENZA ORIGINARIA. IN ALTERNATIVA PUOI RICHIEDERE ALL'IMPRESA LA PROSECUZIONE DELLA POLIZZA FINO ALLA SCADENZA ANCHE DESIGNANDO UN NUOVO BENEFICIARIO.

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

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

Condizioni generali di assicurazione

Assicura+360

Assicurazione abbinata ai Mutui

Glossario

Appendice: il 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.

Assicurato: assicurato è la persona fisica di età compresa tra i 18 ed i 70 anni non compiuti, cliente dell'Ente Erogante ed intestatario del Finanziamento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Contraente: il soggetto che stipula il Contratto di Assicurazione con la Compagnia e si obbliga a pagare il Premio.

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

Copertura/Coperture: la/le garanzia/e assicurativa/e riconosciuta/e dalla Compagnia all'Assicurato ai sensi del presente Contratto in relazione al Finanziamento, in forza della/e quale/i la Compagnia è obbligata al pagamento dell'Indennizzo al verificarsi del Sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

Inabilità Totale e Temporanea o Inabilità Temporanea Totale al Lavoro: la perdita temporanea ed in misura totale, a seguito di Infortunio o Malattia, della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria normale attività lavorativa.

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

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

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

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

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 fin 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 aziende partecipate dallo Stato
- le Regioni - le Province - i Comuni;
- le Comunità Montane e loro consorzi e associazioni;
- le Istituzioni Universitarie;
- le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni;
- le Aziende e gli Enti del servizio sanitario Nazionale.

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

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

Percentuale di copertura assicurativa: il rapporto, espresso in percentuale, tra il capitale assicurato all'atto della sottoscrizione del Modulo di Proposta, ivi indicato, e l'importo del Finanziamento concesso dall'Ente Erogante.

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

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

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

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

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

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

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

Ricovero Ospedaliero: la degenza dell'Assicurato in un istituto di cura, ininterrotta e con pernottamento, resa necessaria a seguito di Infortunio o Malattia per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non eseguibili in day hospital o in strutture ambulatoriali.

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

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

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 Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, e cioè i DIP, le condizioni generali di assicurazione con glossario e indice, il Modulo di Proposta.

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

Assicura+360

Assicurazione abbinata ai Mutui

Indice

ARTICOLO 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE. . . . 1
Art. 1.1 - Prestazioni Assicurative . . . 1
Art. 1.2 - Prestazioni Sottoscrivibili . . . 1
ARTICOLO 2 – CONDIZIONI DI ASSICURABILITA' . . . 1
Art. 2.1 - Persone assicurabili . . . 1
Art. 2.2 - Età e attività professionale al momento della sottoscrizione. . . . 1
Art. 2.3 - Residenza dell'Assicurato . . . 1
Art. 2.4 - Modalità di sottoscrizione . . . 1
Art. 2.5 - Assicurazione e Finanziamenti cointestati. . . . 1
Art. 2.6 - Ammissione alla Copertura . . . 2
Art. 2.7 - Rifiuto di ammissione alla Copertura o applicazione di Condizioni Particolari . . . 2
ARTICOLO 3 - BENEFICIARIO DELLE COPERTURE . . . 3
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 Invalidità Totale e Permanente . . . 3
Art. 5.3 - C) Prestazione in Caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro . . . 3
Art. 5.4 - D) Prestazione in Caso di Ricovero Ospedaliero . . . 4
Art. 5.5 - E) Prestazione in Caso di Perdita d'Impiego . . . 4
Art. 5.6 - Regola di rimborso . . . 4
ARTICOLO 6 - ESCLUSIONI . . . 4
Art. 6.1 - Esclusioni riguardanti la garanzia per il caso di Decesso, valide solo per le ipotesi in cui l'Ente Erogante abbia condizionato l'erogazione del Finanziamento alla stipula del Contratto di Assicurazione. . . . 4
Art. 6.2 - Esclusioni comuni a tutte le garanzie (ad eccezione delle ipotesi di cui all'art. 6.1) . . . 4
Art. 6.3 - Esclusioni riscattabili riguardanti le garanzie Invalidità Totale e Permanente e Inabilità Temporanea Totale al Lavoro e Ricovero Ospedaliero . 5
Art. 6.4 - Esclusioni riguardanti le garanzie Inabilità Temporanea Totale al lavoro e Ricovero Ospedaliero . . . 5
Art. 6.5 - Esclusioni specifiche rigua danti la garanzia Ricovero Ospedaliero. . . . 5
Art. 6.6 - Esclusioni riguardanti la garanzia Perdita Involontaria d'Impiego. . . . 5
ARTICOLO 7 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E DECORRENZA, DURATA E CESSAZIONE DELLE COPERTURE. . . . 5
Art. 7.1 - Conclusione del Contratto . . . 6
Art. 7.2 - Decorrenza della Copertura. . . . 6
Art. 7.3 - Durata della Copertura . . . 6
Art. 7.4 - Cessazione della Copertura. . . . 6
ARTICOLO 8 - RISCATTO, RIDUZIONE E RELATIVI COSTI . . . 7
ARTICOLO 9 - REVOCA DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE . . . 7
ARTICOLO 10- DIRITTO DI RECESSO . . . 7
ARTICOLO 11 - ESTINZIONE TOTALE ANTICIPATA, TRASFERIMENTO, SURROGA, ACCOLLO. . . . 7
ARTICOLO 12 - SOSPENSIONE DEL CONTRATTO PER MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI E RIATTIVAZIONE . . . 7
ARTICOLO 13 - MODIFICA DELLE GARANZIE E/O RINEGOZIAZIONE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO. . . . 8
ARTICOLO 14 - PREMI . . . 8
Art. 14.1 - Tariffazione . . . 8
Art. 14.1 - Importo e frazionamento. . . . 8
Art. 14.2 - Determinazione del Premio . . . 8
Art. 14.3 - Versamento del Premio. . . . 8
Art. 14.4 - Costi gravanti sul Premio . . . 9
ARTICOLO 15 - DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI . . . 9
Art. 15.1 - Decesso . . . 9
Art. 15.2 - Invalidità Totale e Permanente . . . 9
Art. 15.3 - Inabilità Totale Temporanea al lavoro . . . 10
Art. 15.4 - Ricovero Ospedaliero. . . . 10
Art. 15.5 - Perdita Involontaria d'Impiego. . . . 10
ARTICOLO 16 - LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI . . . 10
ARTICOLO 17 - CESSIONE DEI DIRITTI . . . 10
ARTICOLO 18 - ESTENSIONE TERRITORIALE . . . 10
ARTICOLO 19 - IMPOSTE E TASSE. . . . 10
ARTICOLO 20 - SPESE VARIE . . . 10
ARTICOLO 21 - GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE . . . 11
ARTICOLO 22 - COMUNICAZIONI - RICHIESTA DI INFORMAZIONI - PROVA DEL CONTRATTO . . . 11
ARTICOLO 23 - MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL SETINFORMATIVO . . . 11
ARTICOLO 24 - RECLAMI. . . . 11
ARTICOLO 25 - PRESCRIZIONE . . . 11
ARTICOLO 26 - CONFLITTO D'INTERESSI . . . 11

Assicura+360

Assicurazione abbinata ai Mutui

ARTICOLO 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1.1 - Prestazioni Assicurative

Il presente Contratto di Assicurazione si riferisce all'offerta congiunta delle Coperture assicurative relative ai casi di Decesso e di Invalidità Totale e Permanente prestate da AFI ESCA S.A. e delle Coperture assicurative relative ai casi di Inabilità Totale e Temporanea, di Ricovero Ospedaliero e di Perdita di Impiego prestate da AFI ESCA IARD S.A. Il Contraente, all'atto della sottoscrizione del Modulo di Proposta di Assicurazione, potrà scegliere se abbinare alla Copertura assicurativa per il caso di Decesso, anche la Copertura per il caso di Invalidità Totale e Permanente nonché una delle ulteriori Coperture assicurative relative ai Rami Danni. In ogni caso, il Contraente non potrà accedere alla Copertura per il caso di Invalidità Totale e Permanente se non ha sottoscritto il Modulo di Proposta di Assicurazione per la Copertura relativa al caso di Decesso né ad una delle Coperture per i Rami Danni se non ha sottoscritto il Modulo di Proposta di Assicurazione per la Copertura relativa al caso di Decesso e di Invalidità Totale e Permanente.

Art. 1.2 - Prestazioni Sottoscrivibili

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta di Assicurazione, il Contraente può aderire alla sola offerta obbligatoria di base:
a.Copertura per il solo caso di Decesso (valida per tutti gli Assicurati); ovvero ad una delle formule congiunte delle seguenti Coperture:
b. Copertura per il caso di Decesso + Copertura per Invalidità Totale e Permanente (valida per tutti gli Assicurati);
c. Copertura per il caso di Decesso + Copertura per Invalidità Totale e Permanente + Copertura per Inabilità Temporanea Totale al Lavoro (valida per i Lavoratori Autonomi e per i Lavoratori Dipendenti del settore pubblico e privato);
d. Copertura per il caso di Decesso + Copertura per Invalidità Totale e Permanente + Ricovero Ospedaliero (valida per chi non esercita alcuna attività lavorativa);
e. Copertura per il caso di Decesso + Copertura per Invalidità Totale e Permanente + Perdita di Impiego (valida solo per i Lavoratori Dipendenti del settore privato).
Le Coperture sono valide e operanti solo se specificatamente indicate nel Certificato di Polizza e nelle sue eventuali successive Appendici.

ARTICOLO 2 – CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Art. 2.1 - Persone assicurabili

Sono assicurabili le persone fisiche e i dirigenti, funzionari, soci e i legali rappresentanti di persone giuridiche muniti di idonei poteri, che abbiano richiesto o siano cointestatarie di un Finanziamento sottoscritto con l'Ente Erogante.

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

Sono assicurabili le persone fisiche che al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione:
a. nel caso di Copertura per Decesso, siano di età inferiore a 70 anni;
b. nel caso di Copertura per Invalidità Totale e Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, siano di età inferiore a 65 anni;
c. nel caso di Copertura per Perdita Involontaria d'Impiego, siano di età inferiore a 65 anni.
Nei casi di Copertura per Inabilità Temporanea Totale 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 della Proposta di Assicurazione. In caso contrario, le medesime garanzie cesseranno e i relativi Premi verranno rimborsati ai richiedenti, su domanda di questi ultimi.

Art. 2.3 - Residenza dell'Assicurato

Per poter usufruire delle Coperture, l'Assicurato deve risiedere in Italia. Le persone non residenti in Italia, possono essere assicurate esclusivamente per le Coperture Decesso e Invalidità Totale Permanente e il Finanziamento dovrà essere:
- Sottoscritto con un Ente Erogante situato in Italia;
- Denominato in Euro;
- Redatto in lingua italiana.

Art. 2.4 - Modalità di sottoscrizione

Il Contraente compila e sottoscrive il Modulo di Proposta di Assicurazione, allegandovi:
• il piano di ammortamento del Finanziamento o un documento dell'Ente Erogante contenente le caratteristiche dello stesso;
• nel caso di pagamento periodico del Premio, l'autorizzazione al prelievo automatico accompagnata dagli estremi di un conto bancario intestato a suo nome.
Nel caso in cui la persona da assicurare sia diversa dal Contraente, anch'essa dovrà sottoscrivere il Modulo di Proposta di Assicurazione. La persona da assicurare è altresì tenuta ad adempiere alle formalità di cui al successivo art. 2.6 come le saranno precisate al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta.
Per una stessa operazione di Finanziamento possono essere assicurate più persone, a condizione che siano cointestatarie del medesimo Finanziamento e che ciascuna separatamente sottoscriva il proprio Modulo di Proposta di Assicurazione.
Ciascun Assicurato, come individuato nel Modulo di Proposta di Assicurazione, deve essere in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui ai precedenti artt. 2.1, 2.2 e 2.3.

Art. 2.5 - Assicurazione e Finanziamenti cointestati

In caso di più cointestatari Assicurati, per ciascun Assicurato la Copertura sarà operante in base ad una delle seguenti opzioni, che dovrà essere indicata dagli Assicurati stessi nel Modulo di Proposta di Assicurazione:
• Opzione I) - Assicurazione intera: per ciascun Assicurato, il Premio e l'eventuale Indennizzo vengono calcolati per intero;
• Opzione II) - Assicurazione pro quota: per ciascun Assicurato, il Premio e l'eventuale Indennizzo vengono calcolati pro quo-

TAVOLE DI RIFERIMENTO

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

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

Profilo ematico con i seguenti esami, nessuno escluso:
Emocromo con formula, VES, Conteggio Piastrine, Glicemia, Trigliceridi, Colesterolo Totale, HDL, LDL, Azotemia, Creatinina, Gamma GT, Transaminasi (ASAT, ALAT), Test HIV, Antigene HBS e HCV.
*** In caso di sottoscrizione i costi degli esami e delle visite mediche sono a carico della Compagnia nella misura massima di Euro 150,00 previa presentazione di adeguato giustificativo.**

ta, applicando la percentuale indicata nel Modulo di Proposta di Assicurazione.

Art. 2.6 - Ammissione alla Copertura

È ammissibile alla Copertura il Contraente che abbia sottoscritto la Proposta di Assicurazione.
Al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta di Assicurazione, ciascun Assicurato dovrà inoltre, in funzione della propria età al momento della sottoscrizione del citato modulo e dell'importo del Finanziamento richiesto, procedere così come indicato nella tabella assuntiva riportata alla pagina successiva:

A. compilare il Questionario Medico Semplificato (QMS);
B. compilare il Questionario Medico (QM);
C. fornire il Rapporto Medico (RM) ed altri eventuali esami medici richiesti dalla Compagnia.

Nel caso in cui vi siano più Assicurati cointestatari del medesimo Finanziamento e sia stata scelta l'opzione II) - Assicurazione pro quota - di cui al precedente art. 2.5, l'importo del Finanziamento richiesto per ciascun Assicurato sarà pari alla percentuale da questi indicata nel Modulo di Proposta di Assicurazione.
Nel caso in cui l'Assicurato sia intestatario o cointestatario di più Finanziamenti garantiti dalla Compagnia, l'importo del Finanziamento richiesto, da considerare ai fini della tabella assuntiva, sarà pari alla somma di tutti i singoli importi finanziati all'Assicurato. Relativamente alla modalità di cui al precedente punto A), nel caso in cui l'Assicurato ritenga di non poter sottoscrivere il QMS, dovrà provvedere alla compilazione del QM (modalità B).
Il Profilo Ematico deve prevedere i seguenti esami, nessuno escluso: Emocromo con formula, VES, Conteggio Piastrine, Glicemia, Trigliceridi, Colesterolo Totale, HDL, LDL, Azotemia, Creatinina, Gamma GT, Transaminasi (ASAT, ALAT), Test HIV, Antigene HBS e HCV.
I costi degli esami e delle visite mediche sono a carico della Compagnia nella misura massima di 150,00 € previa presentazione di adeguato giustificativo.

Art. 2.7 - Rifiuto di ammissione alla Copertura o applicazione di Condizioni Particolari

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

ARTICOLO 3 - BENEFICIARIO DELLE COPERTURE

Se il Contraente e l'Assicurato sono la stessa persona, le prestazioni assicurative sono liquidate:
- in caso di Decesso o Invalidità Totale e Permanente, al Beneficiario designato, sino a concorrenza delle somme residue dovute dall'Assicurato e con eventuale saldo spettante al coniuge o, in sua mancanza, agli eredi legittimi dell'Assicurato;
- per tutte le altre garanzie, direttamente all'Assicurato.

Se il Contraente e l'Assicurato sono due persone distinte, le prestazioni assicurative sono liquidate:
- in caso di Decesso o Invalidità Totale e Permanente, al Beneficiario designato, sino a concorrenza delle somme residue do-

vute dall'Assicurato e con eventuale saldo spettante al Contraente;
• per tutte le altre garanzie, direttamente all'Assicurato.
L'Ente Erogante non può essere designato 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 del Contraente e dell'Assicurato, rese al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, se inesatte o reticenti relativamente a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio assunto dalla Compagnia, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della Copertura ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile.
Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti lo stato di salute dell'Assicurato che, richieste dalla Compagnia all'atto di sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, devono corrispondere a verità ed esattezza.
Qualora tra il momento del rilascio delle informazioni inerenti lo stato di salute dell'Assicurato e la Data di Decorrenza intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute, l'Assicurato deve darne sollecita comunicazione alla Compagnia al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione alla Copertura di cui all'art. 2.6, pena la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della Copertura ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile.

ARTICOLO 5 - CONDIZIONI E PRESTAZIONI RELATIVE ALLE COPERTURE

Il Contratto di Assicurazione prevede le seguenti prestazioni assicurative:
A. prestazione in caso di Decesso (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 Temporanea Totale (valida solo per i Lavoratori Autonomi e i Dipendenti del settore privato e pubblico);
D. prestazione in caso di Ricovero Ospedaliero (valida per chi non esercita alcuna attività lavorativa);
E. prestazione in caso di Perdita d'Impiego (valida esclusivamente per i Lavoratori Dipendenti del settore privato).

Le garanzie sono prestate nei limiti delle Esclusioni, comuni e specifiche, di cui all'art. 6 che segue.
L'Assicurato dovrà leggere attentamente le raccomandazioni e le avvertenze contenute nella Proposta di Assicurazione relative alla compilazione del questionario sanitario.

Art 5.1 - A) Prestazione in Caso di Decesso

Assicurati garantiti
La garanzia si applica a tutti gli Assicurati.
Rischio assicurato
Il rischio coperto è il Decesso derivante da infortunio o malattia.
Prestazione assicurativa
Il capitale liquidato al Beneficiario sarà pari al debito residuo del Finanziamento in linea capitale, alla data del Decesso dell'Assicurato, al netto di interessi o rate insolute o di cui sia stata accordata la sospensione del pagamento. Il pagamento avviene nel limite della Percentuale di copertura assicurativa.
Nel caso in cui il Decesso dell'Assicurato si verifichi nel corso della durata del Contratto, la Compagnia liquida immediatamente ai Beneficiari l'Indennizzo determinato al momento del Decesso dell'Assicurato. L'Indennizzo verrà corrisposto previa comunicazione documentata dell'importo del debito residuo del Finanziamento alla data di Decesso dell'Assicurato.
La presente garanzia viene prestata:
• senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, fatte salve le esclusioni di cui agli artt. 6.1 e 6.2 che seguono, che possono comportare la riduzione o il venir meno della Copertura;
• fino allo scadere del mese solare di compimento dell'80°anno di vita dell'Assicurato.
In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza del Contratto, la Compagnia non è soggetta ad alcun obbligo e i Premi versati resteranno acquisiti da quest'ultima.

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

Assicurati garantiti
La garanzia si applica a tutti gli Assicurati.
Rischio assicurato
Il rischio coperto è l'Invalidità Totale e Permanente che derivi da Infortunio o Malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale e Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione da questi esercitata, nel corso del periodo di vigenza della Copertura e prima del compimento del 65° anno di età dell'Assicurato. Il grado di Invalidità Totale e Permanente viene accertato secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. che disciplina la materia di cui al D.P.R. 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche.
Prestazione assicurativa
Il capitale liquidato al Beneficiario sarà pari al debito residuo del Finanziamento in linea capitale, alla data di riconoscimento dello stato di 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.
La presente garanzia viene prestata:
• senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, fatte salve le esclusioni specifiche di cui all'art. 6.3 che segue, e che possono comportare la riduzione o il venire meno della Copertura;
• fino allo scadere del mese solare di compimento del 65° anno di vita dell'Assicurato.

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

Assicurati garantiti
La garanzia si applica ai Lavoratori Autonomi con un reddito certificabile e ai Lavoratori Dipendenti del settore privato e pubblico.
Rischio assicurato
Il rischio coperto è l'Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio o Malattia.
L'Assicurato si definisce temporaneamente "inabile totale al lavoro" se, a causa di un Infortunio o Malattia, si trova nella completa impossibilità fisica, medicalmente accertata, di esercitare la sua professione o mestiere, a condizione che il giorno in cui si verifica il Sinistro egli eserciti effettivamente un'attività lavorativa regolare.

Prestazione assicurativa
La Copertura garantisce, in caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro, la liquidazione mensile di una somma determinata in base alle indicazioni del contratto di Finanziamento nei limiti di cui al successivo art. 6, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata del Contratto. Le prestazioni cessano immediatamente in caso di ripresa di un'attività lavorativa da parte dell'Assicurato, nonché in tutti i casi di cessazione delle Coperture come precisati all'art. 7. Qualora l'Assicurato, dopo la ripresa dell'attività lavorativa, subisca - prima che siano trascorsi 30 giorni dalla ripresa stessa - una nuova interruzione di lavoro a seguito della medesima Malattia o del medesimo Infortunio, la Copertura viene ripristinata senza l'applicazione di un nuovo Periodo di Franchigia. Qualora il nuovo Sinistro sia dovuto a una causa diversa dalla precedente, verrà applicato nuovamente il Periodo di Franchigia.
La Copertura per il caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro è sottoposta:
- ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni. La presente garanzia viene prestata:
- senza limiti territoriali salvo le esclusioni specifiche previste agli artt. 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, ovvero allo scadere della durata massima del Contratto determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta, come da tabella allegata all'art. 7.

Art. 5.4 - D) Prestazione in Caso di Ricovero Ospedaliero

Assicurati garantiti
La garanzia si applica a chi non esercita alcuna attività lavorativa.
Rischio assicurato
Il rischio coperto è il Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o Malattia.
Prestazione assicurativa
La Copertura garantisce, in caso di Ricovero Ospedaliero, la liquidazione mensile di una somma determinata in base alle indicazioni del contratto di Finanziamento nei limiti di cui al successivo art. 5.6, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata del Contratto.
La Copertura per il caso di Ricovero Ospedaliero è sottoposta:
- ad un Periodo di Franchigia assoluta di 7 giorni.

Gli Indennizzi successivi saranno liquidati per ogni ulteriore periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero.
La presente garanzia viene prestata:
- senza limiti territoriali, salvo le esclusioni specifiche previste all'art. 6.5 che segue e che possono comportare la riduzione o il venir meno della Copertura;
- allo scadere della durata massima del Contratto determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta, come da tabella allegata all'art. 7.

Art. 5.5 - E) Prestazione in Caso di Perdita d'Impiego

Assicurati garantiti
La garanzia si applica ai soli Lavoratori Dipendenti del settore privato, e si esclude categoricamente chi percepisce altri redditi da lavoro.
Rischio assicurato
Il rischio coperto è la Perdita Involontaria di Impiego.
Prestazione assicurativa
La Copertura garantisce, in caso di Perdita di Impiego, la liquidazione mensile di una somma, determinata in base alle indicazioni del contratto di Finanziamento nei limiti di cui al successivo art. 5.6, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata del Contratto.
La Copertura per la Perdita di Impiego è sottoposta:
- ad un Periodo di Carenza di 90 giorni;
- ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni.

Qualora la Compagnia stia corrispondendo la prestazione e l'Assicurato intraprenda un'attività lavorativa in qualità di Lavoratore Dipendente, il pagamento dell'Indennizzo verrà interrotto definitivamente. Tuttavia, nel caso in cui il contratto di lavoro dipendente sia solo a tempo determinato e per una durata non superiore a sei mesi, il pagamento dell'Indennizzo verrà sospeso per la durata del contratto di lavoro, riprenderà alla scadenza dello stesso e verrà considerato come continuazione del Sinistro iniziale, sempre che persista lo stato di Disoccupazione. Si precisa che per ogni Sinistro tale sospensione non potrà superare i sei mesi, decorsi i quali l'interruzione sarà definitiva. La presente garanzia viene prestata:
- senza limiti territoriali, fatte salve le esclusioni specifiche di cui all'art. 6.6 che segue, che possono determinare la riduzione o il venir meno della Copertura;
- fino alla data di inizio del pensionamento volontario dell'Assicurato, ovvero allo scadere della durata massima del Contratto determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta, come da tabella allegata all'art. 7.

Art. 5.6 - Regola di rimborso

Nel caso di Sinistro relativo a Coperture per Inabilità Temporanea Totale al Lavoro, Ricovero Ospedaliero e Perdita Involontaria di Impiego, la somma mensile che sarà liquidata dalla Compagnia non potrà superare il limite di Euro 3.000,00. Si precisa inoltre che, per la garanzia perdita di impiego, l'importo dell'indennizzo corrisponderà al minore tra la rata mensile dovuta all'ente erogante e l'importo netto relativo alla retribuzione mensile percepita fino al momen o del sinistro.

ARTICOLO 6 - ESCLUSIONI

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

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

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

La Copertura è esclusa nei seguenti casi:
- dolo dell'Assicurato, del Contraente o del Beneficiario;
- Sinistri conseguenti ad azioni intenzionali dell'Assicurato, quali: il suicidio, se avviene nei primi due anni dalla Data di Decorrenza; il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- Sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, o di stati di alcolismo acuto o cronico;
- Sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata

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

Art. 6.3 - Esclusioni riscattabili riguardanti le garanzie Invalidità Totale e Permanente e Inabilità Temporanea Totale al Lavoro e Ricovero Ospedaliero

I rischi elencati di seguito possono essere oggetto di Copertura, in qualsiasi momento, su richiesta del Contraente, previa determinaziozione di un'adeguata tariffa, alle condizioni previste nella Proposta di Assicurazione o dalle relative Condizioni Particolari qualora l'Assicurato pratichi i seguenti sport:
• bungee jumping, base jump, paracadutismo;
• canyoning, rafting, kite surf;
• speleologia;
• sport da combattimento (tranne se praticati in club o con licenza);
• sci fuori pista, sci acrobatico, bobsleigh;
• alpinismo, scalata e trekking in montagna oltre 5.000 m, downhill;
• immersioni oltre 20 m di profondità e speleosubacquea. La garanzia è valida quando gli sport di cui sopra sono praticati in forma di iniziazione, sotto la guida di personale qualificato e titolare dei dovuti brevetti e autorizzazioni regolamentari. Sono sempre esclusi:
• pratica di qualsiasi sport a titolo professionale o con contratto remunerato;
• gare sportive (compresi gli allenamenti e le prove che le precedono) che richiedono l'utilizzo di animali, veicoli (con o senza motore) o imbarcazioni a motore.

Art. 6.4 - Esclusioni riguardanti le garanzie Inabilità Temporanea Totale al lavoro e Ricovero Ospedaliero

• le Esclusioni menzionate agli artt. 6.2 e 6.3.
Inoltre, non sono considerati Infortunio o Malattia le seguenti circostanze:
• lo stato di gravidanza;
• le cure termali o di disintossicazione;
• le fibrositi e la stanchezza cronica;
• le malattie psichiche con sindromi di tipo ansioso-depressivo, nevrotico, psicotico, neuropsichico o neuropsichiatrico, così come i loro seguiti e conseguenze, salvo in caso di ricovero ospedaliero in reparto psichiatrico di una durata superiore a 15 giorni consecutivi.

Art. 6.5 - Esclusioni specifiche riguardanti la garanzia Ricovero Ospedaliero

• le Esclusioni menzionate agli artt. 6.2, 6.3 e 6.4;
• interventi di chirurgia plastica ricostruttiva che non siano resi necessari a seguito di Infortunio o Malattia, e prestazioni aventi finalità estetiche, dietologiche e fitoterapiche;
• ricoveri dovuti al parto o a patologie connesse alla gravidanza, aborto volontario non terapeutico;
• ricoveri dovuti a infertilità, sterilità, check-up di medicina preventiva;
• ricoveri in regime di lungodegenza o le convalescenze, anche in soggetti non più autosufficienti, qualora siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

Art. 6.6 - Esclusioni riguardanti la garanzia Perdita Involontaria d'Impiego

• percepimento di altri redditi da lavoro non identificabili come redditi da lavoro dipendente (v. 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 risulti assunto da meno di 24 mesi;
• conoscenza, da parte dell'Assicurato, della prossima disoccupazione o sia al corrente di circostanze oggettive che fanno prevedere un prossimo stato di disoccupazione.

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

Se la Compagnia accetta il rischio, redige e invia al Contraente il Certificato di Polizza che precisa le garanzie accordate, l'importo del capitale assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione 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 il Contraente riceve dalla Compagnia il Certificato di Polizza. 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 della Proposta di Assicurazione. Se la Compagnia accetta il rischio, dietro pagamento di un sovrappremio e/o con esclusione di alcune garanzie o rischi, l'Assicurato deve esprimere il proprio consenso scritto e formale alle Condizioni Particolari che gli vengono proposte.
Il Contraente è tenuto a restituire alla Compagnia la copia firmata del Certificato di Polizza, che riporta anche le eventuali Condizioni Particolari. La mancata restituzione del Certificato di Polizza non condiziona comunque né la validità del Contratto né la Data di Decorrenza. La mancata sottoscrizione del Certificato di Polizza da parte del Contraente, non potrà essere opposta alla Compagnia in caso di controversia sulle garanzie prestate o sulle somme assicurate o sul loro limite, purché la Compagnia abbia adempiuto a quanto richiesto dall'art. 2.7.

Art. 7.2 - Decorrenza della Copertura

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

Art. 7.3 - Durata della Copertura

La durata della Copertura coincide, per ciascun Assicurato, con la durata del piano di ammortamento originario del Finanziamento, ovvero 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.

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 e secondo quanto disposto dal successivo art. 12;
- esercizio del diritto di recesso, come disciplinato dal successivo art. 10;
- per l'Assicurato ammesso alla Copertura nella sua qualità di dirigente, funzionario, socio o legale rappresentante di una persona giuridica, quando cessa di svolgere questa funzione;
- per la Copertura per Decesso, al compimento dell'80°anno di vita dell'Assicurato;
- per la Copertura Invalidità Totale e Permanente, al compimento del 65° anno di vita dell'Assicurato;
- per la Copertura Inabilità Temporanea Totale, alla data di inizio del pensionamento volontario ovvero allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta, come indicato nella tabella sottostante;
- per la Copertura Ricovero Ospedaliero, allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta, come indicato nella tabella sottostante;
- 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 della Proposta, come indicato nella tabella sottostante.

	DURATA MASSIMA GARANZIA	
ETÀ ALLA SOTTOSCRIZIONE	ITT/RICOVERO OSPEDALIERO	PERDITA DI IMPIEGO
18	40	40
19	40	40
20	40	40
21	40	40
22	40	40
23	40	40
24	40	40
25	40	40
26	39	39
27	38	38
28	37	37
29	36	36
30	35	35
31	34	34
32	33	33
33	32	32
34	31	31
35	30	30
36	29	29
37	28	28
38	27	27
39	26	26
40	25	25
41	24	24
42	23	23

43	22	22
44	21	21
45	20	20
46	19	19
47	18	18
48	17	17
49	16	16
50	15	15
51	14	14
52	13	13
53	12	12
54	11	11
55	10	10
56	9	9
57	8	8
58	7	7
59	6	6
60	5	5

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 DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

Il Contraente può revocare la proposta contrattuale ai sensi dell'art. 176 del Codice delle Assicurazioni Private fino al momento della conclusione del Contratto. La revoca deve essere esercitata a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviarsi alla Compagnia al seguente recapito: AFI ESCA - SERVIZIO CLIENTI, Foro Buonaparte 51 – 20121 Milano, allegando l'originale della Proposta di Assicurazione. Qualora la dichiarazione di revoca della proposta pervenga tempestivamente alla Compagnia, impedendo la conclusione del Contratto, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente i Premi da questi eventualmente già corrisposti, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.

ARTICOLO 10 - DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il Contratto si è concluso, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviare a: AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, Foro Buonaparte 51 – 20121 Milano, accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità e dell'originale del certificato di Assicu-razione. Il Contraente 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 al Con-traente il Premio, al netto delle imposte, delle spese mediche eventualmente già rimborsate al Contraente, delle spese di emissione del Contratto sostenute e della quota parte di Pre-mio 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 dichiari per iscritto alla Compagnia di voler profittare della garanzia assicurativa, tale diritto del Beneficiario si intenderà prevalente rispetto al diritto di recesso esercitato dal Contraente.

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

In caso di estinzione totale anticipata o di accollo del finanziamento da parte di terzi, che il Contraente 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 o surroga, che il Contraente si impegna a comunicare tempestivamente alla Compagnia, in difetto di comunicazione da parte di quest'ultimo del nuovo piano di ammortamento, la copertura resta valida nei limiti di quanto riportato sul piano di ammortamento in possesso della Compagnia.
In caso di estinzione anticipata o di accollo del finanziamento da parte di terzi, la Compagnia restituisce al Contraente/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. Il Contraente/Assicurato può richiedere il mantenimento della Copertura fino alla scadenza originaria del Contratto a favore di un nuovo Beneficiario designato.

ARTICOLO 12 - SOSPENSIONE DEL CONTRATTO PER MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI E RIATTIVAZIONE

Il mancato pagamento anche di una sola rata di Premio relativa alle Coperture determina, trascorsi 30 giorni dalla sua scadenza, la sospensione delle Coperture, per un periodo massimo di dodici mesi decorrenti dalla scadenza del Premio o della rata di Premio ad esse relative, qualunque sia il numero e gli importi dei premi già versati alla Compagnia che restano definitivamente acquisiti dalla Compagnia medesima. A giustificazione del mancato pagamento del Premio il Contraente non può, in alcun caso, opporre alla Compagnia il mancato ricevimento degli avvisi di scadenza né la mancata riscossione dell'incasso al proprio domicilio.
Entro sei mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il Contraente ha il diritto di riattivare le Coperture, previa corresponsione di tutte le 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 del Contraente ed accettazione scritta, a proprio insindacabile giudizio, della Compagnia, che potrà richiedere nuovi accertamenti sanitari e rifiutare la riattivazione del Contratto, tenuto conto del loro esito. La riattivazione 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: l'eventuale Sinistro accaduto nel periodo di sospensione non è, pertanto, indennizzabile dalla Compagnia. Qualora si verifichi il Sinistro durante la prima annualità assicurativa ed il relativo Premio non sia stato corrisposto per intero, la liquidazione dell'indennizzo avverrà solo previo pagamento della parte di Premio non corrisposta, da parte degli eredi legittimi e/o testamentari eventualmente designati Beneficiari del Contratto. Trascorsi dodici mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, le Coperture Vita non possono più essere riattivate.

ARTICOLO 13 - MODIFICA DELLE GARANZIE E/O RINEGOZIAZIONE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO

Il Contraente può richiedere, in qualsiasi momento, un aumento o una riduzione delle Coperture scelte al momento della sottoscrizione del Contratto, nel rispetto delle combinazioni (b), (c), (d) ed (e) di cui al precedente art. 1.2 e a condizione che vi sia l'accordo scritto dell'Ente Erogante ove questi sia stato designato Beneficiario del Contratto ed abbia accettato il beneficio.
La trasmissione di documenti da parte dell'Ente Erogante, comprovanti modifiche relative al Finanziamento, è considerata prova del consenso dell'Ente Erogante alle suddette modifiche.
Allo stesso modo nel caso di aumento del numero delle Coperture, l'Assicurato, se diverso dal Contraente, dovrà prestare il proprio consenso. Prima di accordare qualsiasi aumento di garanzia, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere le informazioni di cui al precedente art. 2 e suoi sotto paragrafi.
Il Contraente si impegna a trasmettere alla Compagnia, entro 60 (sessanta) giorni dalla data di svincolo dei fondi, la tabella di ammortamento definitiva, affinché la Compagnia possa, ove necessario, adeguare le garanzie e rimborsare l'eventuale eccedenza di Premi percepita.
Il Contraente è del pari tenuto a comunicare alla Compagnia qualsiasi modifica relativa al Finanziamento (rinegoziazione, rimborso parziale anticipato, allungamento della durata, etc.) entro un termine massimo di 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza della modifica, affinché la Compagnia proceda all' adeguamento del Contratto così come all'eventuale rimborso dei Premi versati in eccedenza. A tale scopo, il Contraente trasmette alla Compagnia copia autentica del nuovo piano di ammortamento rilasciato dall'Ente Erogante.
Decorso il termine di 60 (sessanta) giorni, sia che si tratti della trasmissione del piano di ammortamento originario definitivo sia nel caso di modifica delle caratteristiche del Finanziamento, la data che verrà presa in considerazione per il calcolo del nuovo Premio corrisponderà a quella in cui la Compagnia ha ricevuto la documentazione definitiva o aggiornata. 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. In tutti i casi di modifiche del Finanziamento, fermo l'obbligo di pagamento del relativo Premio corrispondente, verrà redatta un'apposita Appendice al Contratto che prenda atto delle modifiche con decorrenza rispettivamente:

- dalla data di efficacia del Contratto nell'ipotesi di trasmissione del piano di ammortamento definiti o entro 60 (sessanta) giorni dallo svincolo dei fondi;
- dalla data di efficacia della modifica del Finanziamento comunicata entro i termini stabiliti sopra indicati;
- dalla data di ricezione dell'informazione da parte della Compagnia, in caso di dichiarazione oltre il termine di 60 (sessanta) giorni.

ARTICOLO 14 - PREMI

Art. 14.1 - Tariffazione

La tariffa applicata è definita in base alle informazioni contenute nella Proposta di Assicurazione. Essa si basa in particolare:
• sull'età dell'Assicurato che viene calcolata per differenza tra il millesimo dell'anno in corso e il millesimo dell'anno di nascita;
• sull'importo del capitale residuo dovuto all'Ente Erogante, alla fin di ogni anno solare, moltiplicato per la Percentuale di copertura assicurativa, come precisato nel modulo di Proposta di Assicurazione;
• sulla condizione di fumatore o non fumatore dell'Assicurato.

Art. 14.1 - Importo e frazionamento

Il Contraente ha la facoltà di scegliere tra tre tipi di Premio:
• unico, il cui importo dovrà essere corrisposto in un'unica soluzione ed in via anticipata alla Data di Decorrenza;
• fisso, il cui importo resterà fisso per tutta la durata del Contratto, secondo il frazionamento prescelto;
• variabile, il cui importo varia ogni anno in funzione dell'età raggiunta dall'Assicurato e del capitale residuo del Finanziamento.
La scelta del Premio fisso è riservata ai Finanziamenti ammortizzabili, con rate mensili fisse ed eventualmente un ammortamento differito di massimo 24 mesi.
In caso di sottoscrizione del Contratto in sostituzione di altro contratto precedentemente sottoscritto con un'altra Compagnia, è ammesso solo il Premio unico.
Al contrario, per i Finanziamenti a rate variabili il Premio non può che essere variabile.
La scelta, da effettuarsi al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, è irrevocabile fino al termine del Contratto.
I Premi possono essere versati su base annuale, semestrale, trimestrale o mensile. Il frazionamento non implica spese aggiuntive, fatte salve le spese bancarie non direttamente riconducibili alla Compagnia. Nel caso il frazionamento scelto dal Contraente sia uguale o inferiore a 30,00 €, sarà applicato il frazionamento immediatamente inferiore. Ad esempio: in caso di importo del Premio trimestrale pari a 30,00 €, il Contratto potrà avere un frazionamento al massimo semestrale, con Premio semestrale pari a 60,00 €.

Art. 14.2 - Determinazione del Premio

Il Premio versato dal Contraente, al netto dei costi, viene utilizzato dalla Compagnia per far fronte ai rischi previsti dal Contratto.
Il Premio è determinato in base:
• all'importo del capitale assicurato;
• alla durata contrattuale;
• all'Età Assicurativa dell'Assicurato alla Data di Decorrenza;
• allo stato di salute dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione;
• all'attività professionale dell'Assicurato;
• alle attività sportive dell'Assicurato;
• alle abitudini di vita dell'Assicurato (stato di fumatore/non fumatore). L'Assicurato è definito non fumatore se dichiara di non aver mai fumato nel corso dei 24 mesi precedenti e di non aver dovuto smettere di fumare su consiglio medico. É definito fumatore se non rilascia tale dichiarazione.

Art. 14.3 - Versamento del Premio

Il Premio può essere corrisposto in un'unica soluzione, nel caso di Premio unico o, a richiesta del Contraente, in rate annuali, semestrali, trimestrali o mensili, nel caso di Premio periodico. Nel primo caso, la prestazione assicurata è garantita previa corresponsione del Premio unico dovuto in un'unica soluzione. Il Premio Unico e il Premio di Perfezionamento devono essere ver-

sati mediante bonifico bancario intestato a AFI ESCA S.A., ovvero tramite addebito SDD Core sul conto corrente del Contraente. I Premi successivi devono essere versati mediante procedura di addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente, secondo le indicazioni espresse dal Contraente nel modulo di Proposta di Assicurazione. Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento, fa fede la documentazione contabile del relativo istituto di credito.
L'ammontare totale del Premio, indicato nella Proposta di Assicurazione, è comprensivo dell'eventuale imposta di assicurazione applicabile, attualmente nella misura del 2,5%, alle Coperture Inabilità Temporanea Totale, Ricovero Ospedaliero e Perdita di Impiego.

Art. 14.4 - Costi gravanti sul Premio

Sul Premio gravano costi di acquisizione; tali costi costituiscono parte del Premio corrisposto dal Contraente.
In particolare, il costo per l'emissione del Contratto è determinato in misura fissa e l'importo percepito dall'eventuale Intermediario è determinato in misura percentuale sul Premio versato al netto delle imposte.
L'importo percepito dall'Intermediario sarà indicato, in valore assoluto, nel Certificato di Polizza.
Qualora l'Assicurato, anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, decida di sottoporsi a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, il costo di tale visita potrà variare in considerazione della struttura sanitaria prescelta dall'Assicurato stesso e sarà interamente a suo carico.

ARTICOLO 15 - DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI

I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a mezzo raccomandata A.R. al seguente recapito: AFI ESCA S.A. - UFFICIO SINISTRI - Foro Buonaparte 51 – 20121 Milano, e comunque non oltre il termine di 30 giorni dal verificarsi del Sinistro.Per le Coperture che applicano una Franchigia, il cal-colo del Periodo di Franchigia decorrerà dalla data di ricezione della denuncia di Sinistro da parte della Compagnia. L'Assicurato o gli aventi diritto possono chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al seguente numero 02.583.248.45. L'Assicurato o gli aventi diritto dovranno consegnare alla Compagnia tutta la documentazione richiesta da quest'ultima, necessaria e sufficiente a verificare il diritto all'Indennizzo. In ogni caso, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o la documentazione necessaria per una corretta valutazione del Sinistro nonché copia del piano di ammortamento con indicazione del debito residuo.
L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono inoltre sciogliere da qualsiasi obbligo di riservatezza i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi anche ad opera di consulenti medici di fiducia della Compagnia. Le spese relative agli accertamenti medici sono a carico dell'Assicurato o degli aventi diritto all'Indennizzo.
I documenti necessari da consegnare alla Compagnia (salvo eventuali integrazioni richieste dalla Compagnia stessa) sono di seguito dettagliati per ogni singola Copertura.

Art. 15.1 - Decesso

- copia di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del legale rappresentante del Contraente (solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica);
- copia di un documento di identità e del codice fiscale dell'Assicurato;
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà del Contraente (solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica);
- decreto di nomina del legale rappresentante del Contraente (solo nel caso in cui sia variato rispetto a quello riportato sulla Proposta di Assicurazione e solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica);
- comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto);
- certificato di morte;
- atto sostitutivo di notorietà che indica gli eredi/testamento;
- certificato medico che precisi le esatte cause del Decesso, se del caso completo di anamnesi patologica con particolare riferimento alla patologia che ha causato il Decesso e, in caso di Decesso a seguito di ricovero, copia della cartella clinica;
- in caso di Decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- copia del referto autoptico e tossicologico, se è stata effettuata l'autopsia;
- in caso di morte violenta (suicidio, omicidio) occorre copia del verbale dell'Autorità di P.S. o Giudiziaria, da cui si possano rilevare le circostanze del Decesso e il decreto di archiviazione emesso da un'Autorità competente;
- dichiarazione sottoscritta dagli aventi causa con il codice IBAN sul quale accreditare l'importo dell'Indennizzo;
- copia del documento d'identità e del codice fiscale di ciascun Beneficiario;
- in caso di eredi minori o incapaci, autorizzazione del Giudice Tutelare alla riscossione del Capitale Assicurato da parte del Tutore;
- dichiarazione dell'Ente Erogante attestante l'importo residuo del Finanziamento o, in alternativa, esplicita lettera di svincolo.

Art. 15.2 - Invalidità Totale e Permanente

- copia di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del legale rappresentante del Contraente (solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica);
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà del Contraente (solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica);
- decreto di nomina del legale rappresentante del Contraente (solo nel caso in cui sia variato rispetto a quello riportato sulla Proposta di Assicurazione e solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica);
- comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto);
- copia di un documento di identità dell'Assicurato in corso di validità;
- notifica di Invalidità Totale e Permanente emessa dagli enti preposti (INAIL, INPS, ASL, etc.), in difetto relazione del medico legale attestante l'Invalidità Totale e Permanente e il relativo grado;
- nel caso di invalidità dovuta a incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- certificato medico che precisi le esatte cause che hanno determinato l'Invalidità Totale e Permanente, se del caso completo di anamnesi patologica con particolare riferimento alla patologia che l'ha causata e, in caso di certificazione in corso di ricovero, copia della cartella clinica;
- dichiarazione sottoscritta dal Contraente (solo nel caso in

cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica)/dall'Assicurato con il codice IBAN sul quale accreditare l'importo dell'Indennizzo;
• dichiarazione dell'Ente Erogante attestante l'importo residuo del Finanziamento o, in alternativa, esplicita lettera di svincolo.

Art. 15.3 - Inabilità Totale Temporanea al Lavoro

- copia di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del legale rappresentante del Contraente (solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica);
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà del Contraente (solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica);
- decreto di nomina del legale rappresentante del Contraente (solo nel caso in cui sia variato rispetto a quello riportato sulla Proposta di Assicurazione e solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica);
- comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto);
- copia di un documento di identità dell'Assicurato in corso di validità;
- certificato del medico curante che precisi le esatte cause che hanno determinato il Sinistro, se del caso completo di anamnesi patologica con particolare riferimento alla patologia che l'ha causato e, in caso di ricovero, copia della cartella clinica;
- dichiarazione sottoscritta dal Contraente (solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica)/dall'Assicurato con il codice IBAN sul quale accreditare l'importo dell'Indennizzo.

In ogni caso, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere:
- ulteriori accertamenti medici o documentazioni necessarie ad una corretta valutazione del Sinistro;
- dichiarazione dell'Ente Erogante attestante l'importo della rata del Finanziamento.

Art. 15.4 - Ricovero Ospedaliero

- 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;
- attestato che certifichi la sua condizione di non lavoratore;
- copia eventuale del certificato del pronto soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di ricovero fino a quello attestante la guarigione.

In ogni caso, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere:
• ulteriori accertamenti medici o documentazioni necessarie ad una corretta valutazione del Sinistro;
• dichiarazione dell'Ente Erogante attestante l'importo della rata del Finanziamento.

Art. 15.5 - Perdita Involontaria d'Impiego

L'Assicurato deve, entro 30 giorni dal verificarsi della Disoccupazione, comunicare alla Compagnia il proprio stato di Disoccupazione allegando la seguente documentazione:
• comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto);
• copia di un documento di identità dell'Assicurato in corso di validità;
• copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro con precisata la causa;
• eventuale lettera di assunzione;
• scheda professionale rilasciata dal Centro per l'Impiego, con l'indicazione della data di inizio e fine degli impieghi svolti;
• copia del certificato di iscrizione alle liste di mobilità o al centro per l'impiego (ex ufficio di collocamento) come disoccupato;
• autocertificazione dello stato di Disoccupazione;
• in caso di mobilità, lettera attestante il periodo di mobilità (rilasciata dal datore di lavoro);
• ultime due buste paga;
• documento dell'Ente Erogante attestante l'importo della rata di Finanziamento;
• documentazione attestante lo STATO OCCUPAZIONALE AGGIORNATO (C2 storico, scheda anagrafica/professionale o altra dichiarazione sostitutiva) rilasciato dal Centro per l'Impiego.
L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini e gli accertamenti necessari, da compiersi eventualmente anche a mezzo di incaricato della Compagnia, nonché ad autorizzare il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire alla Compagnia le informazioni relative all'ultimo impiego indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dal Contratto. L'Assicurato si impegna a dare tempestiva comunicazione scritta alla Compagnia in caso di cessazione dello stato di Disoccupazione.

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

ARTICOLO 16 - LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

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

ARTICOLO 17 - CESSIONE DEI DIRITTI

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

ARTICOLO 18 - ESTENSIONE TERRITORIALE

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

ARTICOLO 19 - IMPOSTE E TASSE

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

ARTICOLO 20 - SPESE VARIE

Al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, il Contraente dovrà farsi carico delle spese di emissione del Contratto pari all'importo indicato nella Proposta di Assicurazione.

L'emissione di un'Appendice del Contratto comporta una spesa pari a 15,00€ a carico del Contraente.

ARTICOLO 21 - GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE

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

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

La Compagnia è tenuta ad inviare al Contraente, 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. 24 (Reclami), tutte le comunicazioni da parte del Contraente/Assicurato alla Compagnia dovranno pervenire a mezzo lettera raccomandata A.R. indirizzata a: AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, Foro Buonaparte 51 – 20121 - Indirizzo e-mail: informazioni@afi-esca.com - Telefono: + 39 02.58.32.48.45, ovvero direttamente all'Intermediario che ha distribuito il Contratto, nel caso in cui questi sia stato abilitato al ricevimento delle comunicazioni da parte della Compagnia. Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dal Contraente/Assicurato.
La Compagnia fornisce riscontro scritto ad ogni comunicazione e/o richiesta di informazioni presentata dal Contraente/Assicurato o dagli aventi diritto in merito all'evoluzione del rapporto assicurativo e alle modalità di determinazione della prestazione assicurativa. Al fine di ottemperare al meglio alle procedure interne di riscontro, il Contraente/Assicurato o gli aventi diritto dovranno inserire sul plico la seguente indicazione: "Oggetto: Richiesta di informazioni.
Il Contratto è costituito esclusivamente dalle presenti condizioni generali di assicurazione, dal Certificato di Polizza e dalle sue Appendici.

ARTICOLO 23 - MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL SET INFORMATIVO

La Compagnia si impegna a comunicare al Contraente eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Set Informativo, anche a seguito di modifiche normative intervenute dopo la sottoscrizione del Contratto.
Le variazioni saranno segnalate in occasione della prima comunicazione da inviare in adempimento degli obblighi di informativa previsti dalla normativa vigente.

ARTICOLO 24 - RECLAMI

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

AFI ESCA S.A./AFI ESCA IARD S.A.
Foro Buonaparte 51 – 20121 Milano
Telefono: +39 02.583.248.45
Indirizzo e-mail: reclami@afi-esca.com

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

IVASS - Servizio Tutela dei Consumatori
Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma corredando l'esposto della documentazione relativa al re-clamo eventualmente trattato dalla Compagnia e dei dati spe-cificati all'art. 5 del predetto Regolamento ISVAP n. 24 del 19 maggio 2008 s.m.i., nei seguenti casi:

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

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

ARTICOLO 25 - PRESCRIZIONE

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

ARTICOLO 26 - CONFLITTO D'INTERESSI

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

I dati contenuti nelle Condizioni Generali di Assicurazione sono stati aggiornati in data 01.04.2023.

Assicura+360

Assicurazione abbinata ai Mutui

Informativa per il Trattamento dei dati personali

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

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

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

3. **Responsabile della Protezione del trattamento dei dati** (cd. Data Protection Officer) Elise Gadomsky –Sede: 2, Quai Klèber 67008 Strasburgo Cedex – Mail: dpo@afi-esca.com;

4. **Finalità del trattamento:** i dati personali vengono trattati nell'ambito della normale attività dell'impresa secondo le seguenti finalità:

a) Finalità dirette esclusivamente all'assolvimento degli obblighi contrattuali o per l'acquisizione di informative precontrattuali, nonché per informazioni relative a richieste dell'interessato di forniture e servizi.

b) Finalità connesse agli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa comunitaria nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate e da organi di vigilanza e controllo, nonché agli obblighi in materia fiscale e contabile;

c) Per attività funzionali all'attività della Società, eseguite direttamente o per il tramite di terzi, quali:

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

d) Categoria di dati raccolti: I dati raccolti rientrano nella categoria dei dati personali identificativi (anagrafica, codice fiscale o Partita IVA, estremi di documenti di identificazione, telefono) strettamente connessi e strumentali alla gestione dei rapporti con clienti e fornitori (ad esempio acquisizione di informazioni preliminari alla conclusione di un contratto, esecuzione di operazioni sulla base degli obblighi derivanti dal contratto concluso, assolvimento degli obblighi fiscali e contabili, ecc...). E' inoltre inclusa la categoria dei dati particolari, di cui all'art. 9 del Reg. UE 2016/679, esclusivamente per l'espletamento degli obblighi di legge.
e) Modalità di trattamento dei dati: Il trattamento dei dati avviene mediante strumenti cartacei, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi. In particolare la informiamo che i suoi dati sono:

- trattati in modo lecito, corretto e trasparente;
- raccolti per le finalità sopra determinate, esplicite e legittime, e successivamente trattati in modo che non sia incompatibile con tali finalità;
- adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali sono trattati («minimizzazione dei dati»);
- esatti e, se necessario, aggiornati, cancellati e/o rettificati;
- conservati in una forma che consenta la sua identificazione per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati;
- trattati in maniera da garantire un'adeguata sicurezza dei dati personali, compresa la protezione, mediante misure tecniche e organizzative adeguate, da trattamenti non autorizzati o illeciti e dalla perdita, dalla distruzione o dal danno accidentale).

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

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

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

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

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

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

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

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

13. Diritti dell'interessato: Al titolare del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti, così come previsti dal Regolamento, ed in particolare ha il diritto di:
a) di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano e di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
b) di proporre reclamo a un'autorità di controllo;
c) di conoscere la fonte da cui hanno origine i dati personali e, se del caso, l'eventualità che i dati provengano da fonti accessibili al pubblico;
d) di ottenere dal titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso, di ottenere l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni:
- le finalità del trattamento
- le categorie di dati personali in questione;
- i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati, in particolare se destinatari di paesi terzi organizzazioni internazionali;
- quando possibile, il periodo di conservazione dei dati personali previsto oppure, se non è possibile, i criteri utilizzati per determinare tale periodo.

e) di chiedere al titolare del trattamento la rettifica o la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento;
f) di conoscere, qualora i dati non siano raccolti presso l'interessato, tutte le informazioni disponibili sulla loro origine, sull'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione e, almeno in tali casi, informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento per l'interessato;
g) di ottenere dal titolare del trattamento la rettifica dei dati personali inesatti che lo riguardano senza ingiustificato ritardo;
h) di ottenere, tenuto conto delle finalità del trattamento, l'integrazione dei dati personali incompleti, anche fornendo una dichiarazione integrativa;
i) di ottenere dal titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato ritardo;
j) di ottenere dal titolare del trattamento la limitazione del trattamento nel caso in cui contesti l'esattezza dei dati personali, o si opponga alla cancellazione dei dati, o – benché il titolare non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento – i dati siano necessari all'interessato per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria, o si sia opposto al trattamento effettuato dal titolare per il perseguimento di un proprio interesse legittimo;
k) di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che la riguardano e di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento cui li ha forniti (cd. diritto alla portabilità dei dati);
l) di opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che lo riguardano (quando il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare, oppure quando il trattamento è necessario per il perseguimento di un legittimo interesse del titolare), compresa la profilazione sulla base di tali disposizioni, nonché di opporsi al trattamento dei dati effettuato per finalità di marketing diretto.

Assicura+360

Assicurazione abbinata ai Mutui

Adeguata Verifica

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

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

- Afi Esca S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, 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 Gadomsky, 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 euro a 30.000 euro.

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

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

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

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

effettivi:
a) i fondatori, ove in vita;
b) i Beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili;
c) i titolari di funzioni di direzione e amministrazione.
6. I soggetti obbligati conservano traccia delle verifiche effettuate ai fin dell'individuazione del titolare effettivo.

PERSONE ESPOSTE POLITICAMENTE

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

dd) persone politicamente esposte: le persone fisiche che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:
1) sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:
1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;
1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;
1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;
1.4 giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassazione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;
1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, ufficiale di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;
1.7 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti; 1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale.
1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;
2) sono familiari di persone politicamente esposte: i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;
3) sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:
3.1 le persone fisiche legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari;
3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

Afi·Esca Groupe Burrus

Assicura+360
Proposta di Assicurazione

Afi·Esca iard Groupe Burrus

Intermediario:
Ref. Interna 0423

Sotto-codice:

Iscrizione RUI n.:

Proposta n.:

Assicurato

Sesso: ☐ Maschio ☐ Femmina
Fumatore: ☐ Si ☐ No [dichiaro di non aver fumato nel corso dei 24 mesi precedenti e di non aver smesso di fumare a seguito di prescrizione medica]
Cognome e nome _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Cod. Fisc. _____
Attività professionale _____ Attività sportiva _____
Documento di identità _____ N. _____ Rilasciato il _____ da _____
Indirizzo _____ Città _____
C.A.P. _____ Prov. _____ Tel. _____
Cell. _____ e-mail _____

Contraente *(se diverso dall'assicurato)*

Sesso: ☐ Maschio ☐ Femmina ☐ Società
Cognome e nome o ragione sociale _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Cod.Fisc./P.Iva _____
Documento di identità _____ N. _____ Rilasciato il _____ da _____
Indirizzo _____ Città _____
C.A.P. _____ Prov. _____ Tel. _____
Cell. _____ e-mail _____

Legale rappresentante *(per contraente Società)*

Sesso: ☐ Maschio ☐ Femmina
Cognome e nome _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Cod. Fisc. _____
Documento di identità _____ N. _____ Rilasciato il _____ da _____
Indirizzo _____ Città _____
C.A.P. _____ Prov. _____ Tel. _____
Cell. _____ E-mail _____

Informazioni relative al finanziamento

Prest. n.	Importo prestito	Quota da assicurare (in %)	Durata totale del prestito (differimento incluso, espresso in mesi)	Differimento (in mesi)	Tasso di interesse	Tipo tasso		Nome Ente Erogante
						Fisso	Variabile	
1	€							
2	€							
3	€							
4	€							

Data di decorrenza stimata: _____ Capitale assicurato: _____ €

Garanzie

☐ Decesso (garanzia valida per tutti gli assicurati)

☐ Decesso + I.T.P. (Invalidità Totale e Permanente, garanzia valida per tutti gli assicurati)

☐ Decesso + I.T.P. (Invalidità Totale e Permanente) + I.T.T.(Inabilità Temporanea Totale, garanzia valida solo per i lavoratori autonomi e i lavoratori dipendenti del settore pubblico e privato).

☐ Decesso + I.T.P. (Invalidità Totale e Permanente) + Ricovero Ospedaliero (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).

FAC-SIMILE

Beneficiari*

I Beneficiari designati (specificare):** _____

_____

_____

Premio *(minimo 30 € per ricorrenza)*

☐ Unico

☐ Periodico Fisso ☐Periodico Variabile (OBBLIGATORIO in caso di finanziamento a tasso variabile)

Periodicità pagamento Premio: ☐ Mensile ☐ Trimestrale ☐ Semestrale ☐ Annuale

Spese di emissione: _____ Premio dovuto: _____€ (premio della prima rata ove periodico)

Dichiarazioni

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

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE
Il Contraente dichiara di aver preso esatta conoscenza delle condizioni generali di assicurazione e di approvare specificamente – ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 (Condizioni generali di contratto) e 1342 (Contratto concluso mediante moduli o formulari) del Codice Civile – i seguenti articoli:
art. 4 (Dichiarazioni dell'Assicurato relative alle circostanze di rischio); art. 5.3 (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, surroga, accollo); art. 12 (Sospensione del Contratto per mancato pagamento dei Premi e risoluzione); art. 13 (Modifica delle garanzie e/o rinegoziazione del contratto di Finanziamento); art. 15 (Denuncia e gestione dei Sinistri); art. 17 (Cessione dei diritti); art. 21 (Giurisdizione e Foro competente).
Il Contraente dichiara altresì di essere stato informato che potrà revocare la presente Proposta o recedere dal Contratto nei termini e con le modalità disciplinate rispettivamente agli artt. 1887 del Codice Civile e 176 del Codice delle Assicurazione 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. Qualora l'Assicurato sia persona diversa dal Contraente, egli esprime il consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile.

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

Il Contraente, l'Assicurato (se diverso dal Contraente), e i suoi aventi diritto, con la sottoscrizione del Modulo di Proposta di cui al presente Set Informativo (ai sensi dell'articolo 15 "Denuncia dei sinistri", sciolgono da qualsiasi obbligo di riservatezza i medici curanti al fine di consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi anche ad opera di consulenti medici di fiducia della Compagnia.

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

Il Contraente dichiara di aver ricevuto dall'addetto Distributore, prima della sottoscrizione del Modulo di Proposta:
- **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.**

Il Contraente prende atto che la Copertura decorre dalle ore 24 della Data di Decorrenza indicata nel Certificato di Polizza, qualora questa sia successiva a quella di conclusione del Contratto, 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 della Proposta di Assicurazione;
- all'adempimento delle formalità mediche di ammissione alla Copertura, ed alla valutazione positiva ed accettazione degli esiti da parte della Compagnia;
- al pagamento del Premio.

La Compagnia invia al Contraente il Certificato di Polizza, quale documento contrattuale che riporta i dati identificativi del Contratto.

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

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

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

Modalità di pagamento

Il pagamento del Premio di Perfezionamento viene effettuato mediante: ☐ bonifico bancario intestato alla Compagnia ☐ addebito SDD Core

☐ pagamento diretto a favore dell'Intermediario, ove abilitato all'incasso dei Premi da parte della Compagnia

_____

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

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

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

CODICE IBAN _____

Luogo e data _____ Il Correntista _____

Data di prelevamento: il giorno 20 del mese

Luogo e data _____ Il Contraente _____

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

FAC-SIMILE

Afi·Esca
Groupe Burrus

Afi·Esca iard
Groupe Burrus

Il vostro Intermediario

www.afi-esca.it

AFI ESCA S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: 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: 4, Square Dutilleul, 59000 Lille, Francia, Registro delle Imprese di Lille n. 380 138 644. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00102 - P. IVA e C.F. 07906760967 e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989679.