Vivendo CPI

Assicurazione per la protezione dei finanziamenti aziendali

Set informativo

Copertura Assicurativa Collettiva

Vita e Danni

(ed. 01/2026)

Afi·Esca Groupe Burrus

Rappresentanza Generale per l'Italia

Afi·Esca iard Groupe Burrus

Rappresentanza Generale per l'Italia

Vivendo CPI

Assicurazione per la protezione dei finanziamenti aziendali

Convenzione Collettiva N. 3119472

Set informativo

Coperture Assicurative a Premio Unico in forma abbinata vita e danni, per i casi di:
Decesso - **Invalidità Totale Permanente** – **Inabilità Totale Temporanea**.

IL PRESENTE SET INFORMATIVO[1] SI COMPONE DI UN TOTALE DI 40 PAGINE E CONTIENE:

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

E DEVE ESSERE CONSEGNATO ALL'ADERENTE E ALL'ASSICURATO PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA

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

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

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

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

! PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO

Vivendo è un marchio registrato da AFI ESCA S.A.

Data ultimo aggiornamento: 14/01/2026

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

Vivendo CPI

<Assicurazione collettiva per la protezione dei Finanziamenti aziendali>

Documento informativo precontrattuale per i prodotti Assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento Assicurativi

(DIP Vita)

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

Prodotto: <Vivendo CPI>

DIP Vita di ultima pubblicazione

14/01/2026

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

Che tipo di Assicurazione è?

Assicurazione collettiva per la protezione dei finanziamenti aziendali. La Copertura Vita assicura i rischi Decesso e Invalidità Totale Permanente.

Che cosa è Assicurato? / Quali sono le prestazioni?

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

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

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

✓ Il rischio coperto è l'**Invalidità Totale Permanente** da Infortunio o Malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 66% della capacità lavorativa generica.

Che cosa NON è Assicurato?

Rischi esclusi	La Copertura è sempre esclusa nei seguenti casi: - dolo dell'Assicurato, dell'Aderente o del Beneficiario; - il suicidio, se avviene nel primo anno dalla Data di Decorrenza; il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato.

Ci sono limiti di Copertura?

Per la Garanzia Decesso:

a) sottoscrizione in età compresa tra i 18 e 64 anni non compiuti e Prestazione Assicurata fino ai 71 anni.

Per la Garanzia Invalidità Totale Permanente:

b) sottoscrizione in età compresa tra i 18 e 64 anni non compiuti e Prestazione Assicurata fino ai 65 anni.

Dove vale la Copertura?

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

Che obblighi ho?

L' Aderente e l'Assicurato sono tenuti a fornire dichiarazioni vere, esatte e complete.

L' Aderente e l'Assicurato sono tenuti a comunicare alla Compagnia ogni variazione o modifica relativa al Finanziamento.

In caso di **Decesso** o **Invalidità Totale Permanente**, occorre consegnare, a titolo esemplificativo e non esaustivo, ove compatibile con la Copertura richiesta:

- copia di un documento di identità dell'Assicurato in corso di validità;
- certificato di morte (rilasciato dal comune);
- certificato medico che precisi le esatte cause del Sinistro, se del caso completo di anamnesi patologica con particolare riferimento alla patologia che ha causato il Sinistro e, in caso di Decesso a seguito di ricovero, copia della cartella clinica;
- atto sostitutivo di notorietà dal quale si evincano gli eredi/testamento;
- 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 delle 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;
- notifica di Invalidità Totale Permanente emessa dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc.), in difetto relazione del medico legale attestante l'Invalidità Totale Permanente e il relativo grado;
- dichiarazione dell'Ente Erogante attestante l'importo residuo del Finanziamento o, in alternativa, esplicita lettera di svincolo;
- nel caso di invalidità dovuta a incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute.

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

Quando e come devo pagare?

Il Premio deve essere versato dall'Aderente alle Compagnie per il tramite del Contraente, il quale incassa il Premio per conto delle Compagnie in forza del mandato all'incasso conferitogli da queste ultime.
Il Premio versato dall'Aderente, al netto dei costi, viene utilizzato dalla Compagnia per far fronte ai rischi previsti dal Contratto.
Il Premio è determinato in base al Capitale Assicurato richiesto dall'Aderente, alla durata, allo stato di salute e all'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione. Per l'intera durata della Polizza è dovuto il versamento anticipato di un Premio Unico.

Quando comincia e quando finisce la Copertura?

Durata	La polizza produce i suoi effetti a condizione che: sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione, siano state esplicate le formalità mediche di ammissione alla Copertura e che gli esiti siano stati valutati positivamente accettati dalla Compagnia; sia stato pagato il Premio. 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; fino alla cessazione del rapporto d'affari intercorrente tra Aderente e Assicurato; per la **Copertura Decesso**, al compimento del 71° anno di vita dell'Assicurato; per la **Copertura Invalidità Totale Permanente**, al compimento del 65° anno di vita dell'Assicurato.

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

Revoca	L'Aderente può revocare il Contratto fino al momento della conclusione dello stesso. La revoca deve essere esercitata a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviarsi alla Compagnia al seguente recapito: **AFI ESCA S.A. - SERVIZIO CLIENTI, Foro Buonaparte, 51 - 20121 MILANO ovvero a mezzo PEC**, allegando l'originale del Modulo di Adesione. Qualora la dichiarazione di revoca dal Contratto pervenga tempestivamente alla Compagnia, impedendone la conclusione, la Compagnia è tenuta a rimborsare all'Assicurato i Premi eventualmente già corrisposti, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.
Recesso	L'Aderente può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il Contratto si è concluso, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviare a: **AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, Foro Buonaparte, 51- 20121 MILANO ovvero a mezzo PEC**, accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità. Le Coperture Assicurative cesseranno alla data richiesta dall'Aderente o, se precedente, alla data di spedizione della lettera raccomandata o della PEC dell'Aderente.
Risoluzione	In caso di estinzione anticipata del Finanziamento erogato, il Contratto Assicurativo si intende risolto e l'Assicurato non ha diritto alle Coperture previste.

Sono previsti scatti o riduzioni? ☐SI **X** NO

Il Premio è Unico Anticipato. Di conseguenza, non è prevista la possibilità di sospendere le Coperture.

Vivendo CPI

< Assicurazione collettiva per la protezione dei finanziamenti aziendali >

Documento informativo relativo al prodotto Assicurativo

AFI ESCA IARD S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia — Prodotto: **Vivendo CPI**

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

Che tipo di Assicurazione è?

Assicurazione collettiva per la protezione dei finanziamenti aziendali. La Copertura Danni assicura il rischio Inabilità Totale Temporanea.

Che cosa è Assicurato?

✓ **Inabilità Totale e Temporanea** (Copertura facoltativa - sottoscrivibile dai Lavoratori Autonomi o Dipendenti del settore pubblico o privato che intrattengono rapporti d'affari con l'Aderente).

Che cosa non è Assicurato?

La Copertura **Inabilità Totale e Temporanea** è sempre esclusa nei seguenti casi e non sono considerati Infortunio o Malattia:

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

Ci sono limiti di Copertura?

- ! Possono aderire solo le persone giuridiche aventi sede nel territorio italiano.
- ! Sono assicurabili solo le persone fisiche che al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione 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 adesione alla Polizza Collettiva. In caso contrario, le medesime Garanzie cesseranno e i relativi Premi verranno rimborsati ai richiedenti, su domanda di questi ultimi.
- ! L'indennizzo mensile corrisponde alla quota parte della rata del Finanziamento come indicato sul Modulo di Adesione, nel limite massimo di 5.000 euro mensili;
- ! Le Garanzia I.T.T. è sottoposta ad un periodo di franchigia pari a 60 giorni dalla data del Sinistro e ad un Periodo di Carenza pari a 90 giorni dalla data di Decorrenza.
- ! La Garanzia Inabilità Totale Temporanea dà diritto a un massimo di 18 rate per tutta la durata contrattuale.
- ! Se alla data della sottoscrizione, la somma tra l'età dell'Assicurato e la durata della garanzia ITT supera i 65 anni, non è possibile accedere alla Copertura.
- ! Il Sinistro è indennizzabile solo se si verifica entro la data di scadenza della Garanzia, indicata nella Lettera di Benvenuto.

Dove vale la Copertura?

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

Che obblighi ho?

- **In caso di Sinistro:** i Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a mezzo raccomandata A.R. al seguente recapito: **AFI ESCA S.A. - UFFICIO SINISTRI - Foro Buonaparte 51 - 20121 MILANO ovvero a mezzo PEC**, e comunque non oltre il termine di 30 giorni dal verificarsi del Sinistro.
- **Quando sottoscrivi il Contratto:** le dichiarazioni dell'Aderente e dell'Assicurato, rese al momento della sottoscrizione dell'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 allo stato di salute dell'Assicurato che, richieste dalla Compagnia all'atto di sottoscrizione dell'Assicurazione, devono corrispondere a verità ed esattezza.

Quando e come devo pagare?

Il Premio deve essere versato dall'Aderente alle Compagnie, per il tramite del Contraente, il quale incassa il Premio per conto delle Compagnie in forza del mandato all'incasso conferitogli da queste ultime, in qualità di Distributore del prodotto stesso. Il Premio unico anticipato versato, al netto dei costi, viene utilizzato dalla Compagnia per far fronte ai rischi previsti dal Contratto.
Il Premio è determinato in base al Capitale Assicurato richiesto dall'Aderente, all'età dell'Assicurato e alla durata delle Coperture.

Quando comincia la Copertura e quando finisce?

La Polizza produce i suoi effetti dalle ore 24 della Data di Decorrenza indicata nel Modulo di Adesione, ovvero, dalle ore 24 del giorno in cui è stato concesso il Finanziamento o dalla data di accollo di un Finanziamento già erogato, sempre a condizione che:

- sia stato sottoscritto il Modulo di Adesione;
- siano state esplicate le formalità mediche di ammissione alla Copertura e che gli esiti siano stati valutati positivamente e accettati dalla Compagnia;
- sia stato pagato il Premio.

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;
- esercizio del diritto di recesso;
- fino alla cessazione del rapporto d'affari intercorrente tra Aderente e Assicurato;
- alla data di inizio del pensionamento volontario ovvero allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento dell'adesione.

Come posso disdire la polizza?

Se ci ripensi, hai 60 giorni di tempo 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 o a mezzo PEC**, accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità.
In caso di recesso della Copertura Vita, decade automaticamente anche la Copertura Danni collegata.

Vivendo CPI <Assicurazione collettiva per la protezione dei finanziamenti aziendali>

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

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

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

<Prodotto: Vivendo CPI>

<DIP Aggiuntivo Multirischio di ultima pubblicazione>
14/01/2026

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

L'Aderente e l'Assicurato devono prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto.

AFI ESCA S.A. / AFI ESCA IARD S.A. Rappresentanze Generali per l'Italia - Foro Buonaparte 51, 20121, Milano – tel.: 02.58324845 sito internet: www.afi-esca.it – e-mail: informazioni@afi-esca.com – PEC: afi-esca@legalmail.it
AFI ESCA S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia è iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di Assicurazione e riassicurazione al n. I.00105.
AFI ESCA S.A. è una impresa di Assicurazione di diritto francese, con sede legale e direzione generale in 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento e sottoposta alla vigilanza dell'ACPR (Autorité de Contrale Prudentiel et de Résolution).
AFI ESCA S.A. ha un Patrimonio Netto pari a 171.338.089 € di cui 12.359.520 € è il capitale sociale e 61.375.674 € è il totale delle riserve patrimoniali.
AFI ESCA IARD S.A. è una impresa di Assicurazione di diritto francese, con sede legale e direzione generale in 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, soggetta a direzione e coordinamento di AFI ESCA S.A.
AFI ESCA IARD S.A Rappresentanza Generale per l'Italia, è iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di Assicurazione e riassicurazione al n. I.00102.
Per le Coperture Danni le Assicurazioni concluse per sottoscrizione del presente Prodotto sono stipulate con la rappresentanza generale per l'Italia di AFI ESCA IARD S.A.
AFI ESCA IARD S.A. ha un Patrimonio Netto pari a 4.916.000 € di cui 5.000.010 € è il capitale sociale e 68.519,95 € è il totale delle riserve patrimoniali.
L'indice di solvibilità, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari al 184% per la gestione vita e al 169% per la gestione danni.
Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SCFR) disponibile sul sito internet dell'impresa: https://www.afi-esca.com/informations-utiles/afi-esca-rapports-sur-la-solvabilite-et-la-situation-financiere/

Al Contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Vivendo CPI è una Assicurazione collettiva a protezione dei finanziamenti aziendali, che permette di abbinare Coperture Danni alle Coperture Vita.

Che cosa è Assicurato?

Vivendo CPI assicura le seguenti Coperture:

- ✓ **Decesso:** Copertura Vita principale e obbligatoria;
- ✓ **Invalidità Totale Permanente (I.T.P.):** Copertura Vita opzionale, selezionabile al momento della sottoscrizione a fronte del pagamento di un Premio aggiuntivo;
- ✓ **Inabilità Totale Temporanea (I.T.T.):** Copertura Danni opzionale, selezionabile al momento della sottoscrizione a fronte del pagamento di un Premio aggiuntivo.

Che cosa NON è Assicurato?

Tutte le Coperture (Vita e Danni) sono sempre escluse nei seguenti casi:

- dolo dell'Assicurato, dell'Aderente o del Beneficiario;
- Sinistri conseguenti ad azioni intenzionali dell'Assicurato, quali: il suicidio, se avviene nei primi 2 (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;

Rischi esclusi	- 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 e non dichiarati in fase di sottoscrizione del Modulo di Proposta. I seguiti e le conseguenze delle affezioni e degli Infortuni dichiarati alla Compagnia sono comunque garantiti, tranne se oggetto di una Esclusione; - Cure o interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di stipulazione della polizza; - Aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi; - Guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro; - Eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressivi o stati paranoidi; - Malattia consistente in sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate. **Tutte le Coperture (Vita e Danni) sono inoltre escluse nei casi in cui il Sinistro sia causato dallo svolgimento di una delle seguenti attività professionali:** militare, vigile del fuoco, guardia giurata, addetto al soccorso alpino, lavoro su tetti ed impalcature > 20 m (es. muratore, antennista, elettricista su piloni o alta tensione, imbianchino), attività a contatto con sostanze nocive o tossiche, esplosive e/o radioattive, attività a contatto con correnti elettriche superiori a 380 V, attività subacquee (es. sommozzatore), attività nel sottosuolo (es. speleologo, minatore), attività in alta montagna (es. guida alpina), pilota o membro dell'equipaggio di aerei privati e/o elicotteri, skipper, collaudatore di autoveicoli e motocicli, pilota professionista. **Le Coperture Invalidità Totale e Permanente e Inabilità Totale e Temporanea sono escluse nei seguenti casi:** - Invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato preesistenti e noti all'Assicurato prima della Data di Decorrenza delle Coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti; - Bungee jumping, basejump, tauromachia; - Canyoning, rafting, kitesurf; - Speleologia; - Pratica di sport da combattimento (tranne se praticati in club o con licenza); - Pratica di atletica pesante, rugby e football americano; - Sci acrobatico, bobsleigh, combinata nordica, skeleton, skiatlon, salto dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico, alpinismo, scalata e trekking in montagna oltre 3.000 m, downhill; - Immersioni oltre 20 m di profondità e speleosubacquea (la Copertura non è esclusa se le attività sportive sopra elencate vengono praticate a livello introduttivo e sotto la guida e supervisione di personale qualificato, in possesso dei brevetti, delle autorizzazioni e delle certificazioni richiesti dalla normativa e dai regolamenti applicabili.); - Pratica di qualsiasi sport a titolo amatoriale o professionale che comporti un compenso o una remunerazione; - Gare sportive (compresi gli allenamenti e le prove che le precedono) che richiedono l'utilizzo di animali, veicoli (con o senza motore) o imbarcazioni a motore; - Dalla partecipazione a competizioni (o relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali o sport da combattimento in genere, salvo che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali.

Ci sono limiti di copertura?

L'Assicurato deve essere residente in Italia.

Le Garanzie **Decesso, Invalidità Totale Permanente e Inabilità Totale Temporanea** sono sottoposte ad un Periodo di Carenza pari a 90 giorni a partire dalla Data di Decorrenza della Polizza Collettiva.

La Garanzia Inabilità Totale Temporanea è sottoposta a un Periodo di Franchigia Assoluta pari a 60 giorni dalla data del Sinistro.

A chi è rivolto questo prodotto?

Vivendo CPI è una polizza Credit Protection rivolta a tutte le piccole e medie imprese che abbiano sottoscritto un Finanziamento e che intendano assicurare i rischi previsti dal Contratto in relazione a persone fisiche, con cui intrattengono rapporti d'affari, di età compresa tra 18 e 64 anni.

Quali costi devo sostenere?

Spese di Emissione Contratto: 50,00 €
Costi di gestione del Contratto: 9% del Premio versato al netto delle imposte.
Remunerazione del Distributore: 50% del Premio versato al netto delle imposte.
Se il Premio imponibile è pari a 100,00 €, la remunerazione del Distributore è pari a 50,00 € e i costi di gestione sono pari a 9,00 €. L'importo percepito dal Distributore sarà indicato, in valore assoluto, nella lettera di benvenuto.
es. se il Premio imponibile Unico Anticipato è pari a 1.000,00 €, la remunerazione massima del Distributore è pari a 500,00 €, le spese di emissione sono pari a 50,00 € e le spese di gestione del contratto sono pari a 90,00 €.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei Sinistri devono essere inoltrati per iscritto ovvero a mezzo posta elettronica a: **AFI ESCA S.A./AFI ESCA IARD S.A. - Foro Buonaparte, 51 – 20121, Milano** **Tel.: +39 02.583.248.45 - e-mail:** reclami@afi-esca.com La Compagnia gestisce il reclamo dandovi riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it L'Autorità di Vigilanza del Paese di origine di AFI ESCA è l'**ACPR** (Autorité de Controle Prudentiel et de Résolution) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito: www.acam-france.fr/relations-assures.

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

Arbitro Assicurativo *OPPURE* **diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET**	Presentando ricorso: - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile oppure - al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione Assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente domicilio in Italia può presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, individuabile accedendo al sito Internet: https://ec.europa.eu/info/file/finnet-complaint-form_it Resta comunque salva la facoltà di adire direttamente l'Autorità Giudiziaria.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al Contratto	I Premi di Assicurazione per le Coperture Vita non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni, mentre quelli per le Coperture Danni sono soggetti ad un'imposta pari al 2,5% del Premio imponibile. Qualora il Contratto venga stipulato da un soggetto esercente attività d'impresa, in base alla normativa fiscale nazionale, i Premi versati sono deducibili dal reddito d'impresa se risulta rispettato il principio di inerenza a/l'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.

Vivendo CPI

Assicurazione collettiva per la protezione dei finanziamenti aziendali

Glossario

Aderente: la persona giuridica che aderisce alla Polizza Collettiva mediante sottoscrizione del Modulo di Adesione e versamento del Premio, il cui rischio di Sinistro è coperto dall'Assicurazione.

Appendice: documento rilasciato posteriormente all'emissione del Certificato di Polizza che modifica o integra uno o più elementi originari del Contratto. L'Appendice costituisce parte integrante del Contratto.

Assicurato: la persona fisica alla quale si riferiscono il rischio e le relative Coperture.

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

Capitale Assicurato o Rata Assicurata: la somma dovuta dalla Compagnia al Beneficiario, sotto forma di capitale o di rata, in base al Contratto in caso di Sinistro.

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

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

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

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

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

Contraente: Prestiamoci S.p.a.

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

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

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

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

Data di Decorrenza: la data da cui le Coperture hanno effetto, indicata nella Lettera di Benvenuto.

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

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

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

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

Figura Chiave: dirigenti, dipendenti di imprese o enti con inquadramento di funzionari o quadri, soci e/o legali rappresentanti di persone giuridiche**,** che ricoprono ruoli strategici o con competenze difficilmente replicabili.

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

Franchigia Assoluta: rappresenta il periodo di tempo che deve trascorrere dalla data del Sinistro prima che l'Assicurazione inizi a riconoscere l'Indennizzo. Durante tale periodo, l'Assicurato non ha diritto ad alcuna Prestazione. Solo al termine della Franchigia Assoluta, e purché il Sinistro sia ancora in corso, l'Indennizzo verrà corrisposto per i periodi successivi, senza effetto retroattivo.

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

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

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

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

Invalidità Totale 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 qual- siasi 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 Adesione: il modulo predisposto dalla Compagnia e sottoscritto dall'Aderente, con il quale egli manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il Contratto di Assicurazione in base alle caratteristiche e alle condizioni in esso indicate.

Percentuale di Copertura Assicurativa: il rapporto, espresso in percentuale, tra il Capitale Assicurato all'atto della sottoscrizione del Modulo di Adesione, ivi indicato, e l'importo del Finanziamento concesso dall'Ente Erogante.

Periodo di Carenza o Carenza: il periodo di tempo che decorre dalla data di Decorrenza durante il quale la Copertura rimane sospesa.

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

Premio: la somma dovuta dall'Aderente alla Compagnia.

Premio di Perfezionamento: la somma dovuta dall'Aderente alla Compagnia per la sottoscrizione della Polizza.

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

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

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

Ricorrenza Annuale: l'anniversario della Data di Decorrenza del Contratto di Assicurazione.

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

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

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

Set Informativo: l'insieme dei documenti precontrattuali e contrattuali che la Compagnia è tenuta a consegnare al potenziale Aderente prima della sottoscrizione del Modulo di Adesione all'Assicurazione, e cioè i DIP, le Condizioni Generali di Assicurazione con glossario e indice, il Modulo di Adesione.

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

Vivendo CPI

Assicurazione collettiva per la protezione dei finanziamenti aziendali

Indice

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE 1

ARTICOLO 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE 1

Art. 1.1 - Prestazione Assicurata 1

Art. 1.2 – Prestazioni sottoscrivibili 1

ARTICOLO 2 – CONDIZIONI DI ASSICURABILITA' 1

Art. 2.1 - Persone assicurabili 1

Art. 2.2 - Età al momento della sottoscrizione 1

Art. 2.3 – Sede Legale dell'Aderente e Residenza dell'Assicurato 1

Art. 2.4 - Modalità di sottoscrizione 2

Art. 2.5 – Presenza di più Assicurati per uno stesso Finanziamento 2

Art. 2.6 – Ammissione alla Copertura 2

Art. 2.7 - Rifiuto di ammissione alla Copertura o applicazione di Condizioni Particolari 3

ARTICOLO 3 - BENEFICIARI DELLE COPERTURE 3

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

ARTICOLO 5 - CONDIZIONI, LIMITAZIONI E PRESTAZIONI RELATIVE ALLE COPERTURE 3

Art. 5.1 – A) Prestazione in Caso di Decesso 4

Art. 5.2 – B) Prestazione in Caso di Invalidità Totale Permanente 5

Art. 5.3 - C) Prestazione in Caso di Inabilità Totale Temporanea 6

Art. 5.4 - Regola di rimborso 7

ARTICOLO 6 – ESCLUSIONI, CARENZE, FRANCHIGIE 7

Art. 6.1 - Esclusioni comuni a tutte le Garanzie 7

Art. 6.2 - Esclusioni riguardanti le Garanzie Invalidità Totale Permanente e Inabilità Totale Temporanea 8

Art. 6.3 - Esclusioni riguardanti la Garanzia Inabilità Totale Temporanea 8

Art. 6.5 – Periodo di Carenza delle Coperture Decesso, Invalidità Totale Permanente e Inabilità Totale Temporanea 9

Art. 6.6 – Periodo di Franchigia della Copertura Inabilità Totale Temporanea 10

ARTICOLO 7 - CONCLUSIONE E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE, DURATA E CESSAZIONE DELLE COPERTURE 10

Art. 7.1 - Conclusione del Contratto 10

Art. 7.2 - Decorrenza delle Coperture 10

Art. 7.3 - Durata delle Coperture 11

Art. 7.4 - Cessazione delle Coperture 11

ARTICOLO 8 - RISCATTO, RIDUZIONE E RELATIVI COSTI 11
ARTICOLO 9 - REVOCA DELLA ADESIONE ALL'ASSICURAZIONE 11
ARTICOLO 10 - DIRITTO DI RECESSO 12
ARTICOLO 11 – ESTINZIONE TOTALE ANTICIPATA, TRASFERIMENTO, SURROGA, ACCOLLO 12
ARTICOLO 12 – MODIFICA DELLE GARANZIE E/O RINEGOZIAZIONE DELL'INDENNIZZO MENSILE 12
ARTICOLO 13 - MODIFICA DELLE GARANZIE E RINEGOZIAZIONE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO 13
ARTICOLO 14 - PREMI 13
Art. 14.1 - Tariffazione 13
Art. 14.2 - Importo e frazionamento 13
Art. 14.3 - Versamento del Premio 13
Art. 14.4 - Costi gravanti sul Premio 13
ARTICOLO 15 - DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI 14
Art. 15.1 - Decesso 14
Art. 15.2 - Invalidità Totale Permanente 14
Art. 15.3 – Inabilità Totale Temporanea 15
ARTICOLO 16 - LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI 15
ARTICOLO 17 - CESSIONE DEI DIRITTI 15
ARTICOLO 18 - ESTENSIONE TERRITORIALE 15
ARTICOLO 19 - IMPOSTE E TASSE 15
ARTICOLO 20 - SPESE VARIE 15
ARTICOLO 21 - GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE 15
ARTICOLO 22 - COMUNICAZIONI - RICHIESTA DI INFORMAZIONI - PROVA DEL CONTRATTO 15
ARTICOLO 23 - RECLAMI 16
ARTICOLO 24 - MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL SET INFORMATIVO 17
ARTICOLO 25 - PRESCRIZIONE 17
ARTICOLO 26 - CONFLITTO D'INTERESSI 17

Vivendo CPI

Assicurazione collettiva per la protezione dei finanziamenti aziendali

Condizioni Generali di Assicurazione

ARTICOLO 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1.1 - Prestazione Assicurata

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

- **Decesso** e **Invalidità Totale Permanente** - prestate da AFI ESCA S.A.;
- **Inabilità Totale Temporanea** - prestata da AFI ESCA IARD S.A.

L'Aderente - al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione - può scegliere se abbinare alla Copertura Assicurativa per il caso di Decesso anche la Copertura per il caso di Invalidità Totale Permanente e la Copertura per il caso di Inabilità Totale Temporanea (Copertura Danni).

In ogni caso, l'Aderente non può accedere alla Copertura per il caso di Inabilità Totale Temporanea (Copertura Danni) se non ha sottoscritto il Modulo di Adesione per la Copertura relativa al caso di Decesso e di Invalidità Totale Permanente.

Art. 1.2 – Prestazioni sottoscrivibili

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, l'Aderente può aderire alla sola offerta obbligatoria di base:

a. Copertura per il solo caso di **Decesso**;

ovvero a una delle formule congiunte delle seguenti Coperture:

b. Copertura per il caso di **Decesso** + Copertura per **Invalidità Totale Permanente**;

c. Copertura per il caso di **Decesso** + Copertura per **Invalidità Totale Permanente** (attestata per almeno il 66%) + Copertura per **Inabilità Totale Temporanea**.

Le Coperture sono valide e operanti solo se specificatamente indicate nella Lettera di Benvenuto e nelle sue eventuali successive Appendici.

ARTICOLO 2 – CONDIZIONI DI ASSICURABILITA'

Art. 2.1 - Persone assicurabili

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

Art. 2.2 - Età al momento della sottoscrizione

Sono assicurabili le persone fisiche che, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, siano di età pari o superiore ai 18 anni.

In ogni caso, l'età dell'Assicurato alla scadenza del Contratto e della relativa Assicurazione non potrà risultare superiore a 71 anni per la Garanzia **Decesso** e 65 anni per le Garanzia **I.T.P.**

Se alla data della sottoscrizione la somma tra l'età dell'Assicurato e la durata della Garanzia **I.T.T.** supera i 65 anni, non è possibile accedere alla Copertura **I.T.T.**

Non possono accedere alle Coperture le persone fisiche che, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, beneficiano di una sospensione dell'attività lavorativa per: congedo di maternità; congedo parentale; cngedo di formazione; periodo sabbatico o per l'avvio di un'attività di impresa.

Art. 2.3 – Sede Legale dell'Aderente e Residenza dell'Assicurato

Per poter usufruire delle Coperture, l'Aderente deve avere sede legale nel territorio della Repubblica Italiana, e il Finanziamento dovrà essere:

1) Sottoscritto con un Ente Erogante situato in Italia;
2) Denominato in euro;
3) Redatto in lingua italiana.

L'Assicurato deve risiedere in Italia.

Art. 2.4 - Modalità di sottoscrizione

L'Assicurazione relativa a ciascun Assicurato è stipulata mediante la sottoscrizione - da parte dell'Aderente e di ciascun Assicurato - del Modulo di Adesione.
L'Assicurato è tenuto a adempiere alle formalità di cui successivo Art. 2.5 come saranno precisate, anche all'Aderente, al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.Per una stessa operazione di Finanziamento possono essere assicurate più persone, a condizione che rientrino nella definizione di "Assicurato".
Ciascun Aderente e Assicurato, come individuati nel Modulo di Adesione, devono essere in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui ai precedenti Artt. 2.2 e 2.3.

Art. 2.5 – Presenza di più Assicurati per uno stesso Finanziamento

In caso di più soggetti Assicurati, per ciascun Assicurato la Copertura opera in base ad una delle seguenti opzioni, che dovrà essere indicata dagli Aderenti stessi nel Modulo di Adesione:

A. **Opzione I) - Assicurazione intera:** per ciascun Assicurato, il Premio e l'eventuale Indennizzo vengono calcolati per intero;
B. **Opzione II) - Assicurazione pro quota:** per ciascun Assicurato, il Premio e l'eventuale Indennizzo vengono calcolati pro quota.

Art. 2.6 – Ammissione alla Copertura

Per poter accedere alla Copertura:

- l'Aderente dovrà:
  1) sottoscrivere - all'atto dell'adesione alla Polizza Collettiva - il Modulo di Adesione;
  2) versare il relativo Premio.
- l'Assicurato dovrà:
  1) Per Capitale Assicurato fino a 350.000 € e/o per Assicurati fino ai 60 anni non compiuti al momento della sottoscrizione, sottoscrivere il Questionario Medico (autocertificazione);
  2) Per Capitale Assicurato superiore a 350.000 € e/o per Assicurati di età maggiore o uguale a 60 anni al momento della sottoscrizione, consegnare alla Compagnia anche il Rapporto Visita Medica e i seguenti ulteriori esami medici:
     i. Analisi del sangue: esame emocromocitometrico – piastrine - Velocità di eritrosedimentazione – Glicemia – creatinina – uricemia - colesterolo totale - HDL - LDL – trigliceridi - transami- nasi GOT/GPT - GammaGT - anticorpi anti HIV 1 e 2 - sierologia epatite virale B (antigeni HB – anti-HBs – anti HBc) - sierologia epatite virale C (anti VHC);
     ii. Esame delle urine;
     iii. Elettrocardiogramma basale con visita cardiologica;
     iv. Analisi del PSA totale e free esclusivamente per gli uomini la cui età all'Adesione supera i 59 anni.

TAVOLA DELLE FORMALITÀ MEDICHE (in vigore al 01/03/2025)

Capitale da assicurare	**Età**	
	Fino ai 60 anni (non compiuti) alla sottoscrizione	**Oltre ai 60 anni (non compiuti) alla sottoscrizione**
fino a 350.000 €		
oltre a 350.000 €		

	Questionario Medico	**Rapporto Visita Medica**	**Profilo Ematico**	**Esame Urine**	**ECG a riposo**	**PSA per gli uomini**
A						
B						
C						

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

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

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

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

ARTICOLO 3 - BENEFICIARI DELLE COPERTURE

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

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

In tali casi le operazioni di Recesso, Pegno e Vincolo di Polizza, richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.
I Beneficiari acquistano per effetto della designazione un diritto proprio ai vantaggi dell'Assicurazione (Art. 1920 c.c.).
In particolare, le somme loro corrisposte a seguito del Decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.
Le Prestazioni Assicurate sono liquidate:
a) in caso di Decesso, al Beneficiario designato;
b) per tutte le altre Garanzie, direttamente all'Assicurato.

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

Le dichiarazioni dell'Aderente e dell'Assicurato, rese al momento della sottoscrizione del Modulo di AdesioneP all'Assicurazione, devono essere vere, esatte e complete.
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Aderente e/o dell'Assicurato rese al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione all'Assicurazione relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio assunto dalla Compagnia, o comunque tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto l'esatto stato delle cose, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle Prestazioni Assicurate e, quindi, al Capitale Assicurato, nonché la cessazione delle Coperture ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.
Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute dell'Assicurato che, richieste dalla Compagnia all'atto di sottoscrizione del Modulo di Adesione all'Assicurazione, devono corrispondere a verità ed esattezza.
Qualora tra il momento del rilascio delle informazioni inerenti lo stato di salute dell'Assicurato e la Data di Decorrenza intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute, l'Assicurato deve darne sollecita comunicazione alla Compagnia al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione alle Coperture di cui all'Art. 2.5 e la conseguente determinazione delle nuove condizioni per l'ammissione alle Coperture medesime; la mancata comunicazione alla Compagnia comporta la perdita totale o parziale del diritto alle Prestazioni Assicurate e, quindi, al Capitale Assicurato, nonché la cessazione delle Coperture ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

ARTICOLO 5 - CONDIZIONI, LIMITAZIONI E PRESTAZIONI RELATIVE ALLE COPERTURE

L'Assicurazione di cui alla presente Polizza Collettiva prevede le seguenti Prestazioni Assicurate:

a. prestazione in caso di **Decesso;**
b. prestazione in caso di **Invalidità Totale Permanente;**
c. prestazione in caso di **Inabilità Totale Temporanea.**

Le Garanzie sono prestate nei limiti delle Esclusioni, comuni e specifiche, di cui all'Art. 6 che segue.
L'Aderente e l'Assicurato devono leggere attentamente le raccomandazioni e le avvertenze - contenute nel Modulo di Adesione all'Assicurazione - relative alla compilazione del Questionario Medico.

Art. 5.1 – A) Prestazione in Caso di Decesso

Assicurati Garantiti

La Garanzia si applica a tutti gli Assicurati che - alla sottoscrizione del Contratto - siano Lavoratori Autonomi o Dipendenti e che abbiano un rapporto d'affari con l'Aderente, sia al momento della sottoscrizione del Contratto che al momento della denuncia del Sinistro.

Rischio Assicurato

Il rischio coperto è il Decesso dell'Assicurato qualunque possa esserne la causa, occorso nel periodo di vigenza della Copertura e prima del compimento del 71° anno di età dell'Assicurato.

Prestazione Assicurata

Il capitale liquidato al Beneficiario sarà pari al debito residuo del Finanziamento in linea capitale, alla data del Decesso dell'Assicurato, al netto di interessi o rate insolute o di cui sia stata accordata la sospensione del pagamento.
Il pagamento avviene nel limite della Percentuale di Copertura Assicurativa e del Capitale indicato nel Modulo di Adesione, che non può essere inferiore a euro 10.000,00 o superiore a euro 1.000.000,00.

ESEMPIO:

Caso A) → Importo del Finanziamento erogato: **100.000 €** e Capitale Assicurato in caso Decesso: **100.000 €**
Percentuale di Copertura Assicurativa = Importo del Finanziamento / Capitale Assicurato = **100%**
Debito Residuo alla data del Decesso = **60.000 €**

Cosa avviene in caso di Sinistro Decesso?

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

Capitale Liquidato al Beneficiario = Debito residuo x Percentuale di Copertura Assicurativa = 60.000 € x 100% = **60.000 €**

Caso B) → Importo del Finanziamento erogato: **100.000 €** e Capitale Assicurato in caso Decesso: **50.000 €**
Percentuale di Copertura Assicurativa = Importo del Finanziamento / Capitale Assicurato = **50%**
Debito Residuo alla data del Decesso = **60.000 €**

Cosa avviene in caso di Sinistro Decesso?

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

Capitale Liquidato al Beneficiario = Debito residuo x Percentuale di Copertura Assicurativa = 60.000 € x 50% = **30.000 €**

Nel caso in cui il Decesso dell'Assicurato si verifichi nel corso della durata della Copertura, la Compagnia liquida immediatamente ai Beneficiari l'Indennizzo determinato al momento del Decesso dell'Assicurato.
L'Indennizzo verrà corrisposto previa comunicazione documentata dell'importo del debito residuo del Finanziamento alla data di Decesso dell'Assicurato.

Periodo di Carenza

L'efficacia della Copertura Decesso è subordinata a un Periodo di Carenza:

1) pari a 90 giorni - decorrenti dalla Data di Decorrenza della Polizza Collettiva;
2) pari a 365 giorni - decorrenti dalla Data di Decorrenza della Polizza Collettiva - nel caso in cui la causa del Decesso sia il suicidio.

Durante il Periodo di Carenza l'Assicurazione resta sospesa.

Nel caso in cui il Decesso dell'Assicurato si verifichi durante detto Periodo di Carenza la Compagnia, salvo determinate ipotesi indicate all'Art. 6.5 delle Condizioni Generali di Assicurazione, non è tenuta al pagamento della Prestazione Assicurata ma si limita a restituire il Premio versato al netto delle imposte applicate alle Coperture Danni.
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.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza dell'Assicurazione, 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 Permanente

Assicurati garantiti

La Garanzia si applica a tutti gli Assicurati che - alla sottoscrizione del Contratto - siano Lavoratori Autonomi o Dipendenti che abbiano un rapporto d'affari con l'Aderente, sia in fase di sottoscrizione che in fase di denuncia del Sinistro.

Rischio Assicurato

Il rischio coperto è l'Invalidità Totale Permanente che derivi da Infortunio o Malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 66% 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 Permanente viene accertato secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. che disciplina la materia di cui al D.P.R. 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche.

Prestazione Assicurata

Il capitale liquidato al Beneficiario sarà pari al debito residuo del Finanziamento in linea capitale, alla data di riconoscimento dello stato di Invalidità Totale Permanente, al netto di interessi o rate insolute o di cui sia stata accordata la sospensione del pagamento.

Il pagamento avviene nel limite della Percentuale di Copertura Assicurativa e del Capitale indicato nel Modulo di Adesione, che non può essere inferiore a euro 10.000,00 o superiore a euro 1.000.000,00.

ESEMPIO:

Caso A) → Importo del Finanziamento erogato: **100.000 €** e Capitale Assicurato: **100.000 €**
Percentuale di Copertura Assicurativa = Importo del Finanziamento / Capitale Assicurato = **100%**
Debito Residuo alla data dell'I.T.P. = **60.000 €**

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

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

Capitale Liquidato al Beneficiario = Debito residuo x Percentuale di Copertura Assicurativa = 60.000 € x 100% = **60.000 €**

Caso B) → Importo del Finanziamento erogato: **100.000 €** e Capitale Assicurato: **50.000 €**
Percentuale di Copertura Assicurativa = Importo del Finanziamento / Capitale Assicurato = **50%**
Debito Residuo alla data dell'I.T.P. = **60.000 €**

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

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

Capitale Liquidato al Beneficiario = Debito residuo x Percentuale di Copertura Assicurativa = 60.000 € x 50% = **30.000 €**

La presente Garanzia viene prestata

- senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, fatte salve le Esclusioni specifiche di cui agli Artt. 6.1 e 6.2 che seguono, e che possono comportare la riduzione o il venire meno della Copertura;
- fino allo scadere del mese solare di compimento del 65° anno di vita dell'Assicurato;
- fino alla cessazione del rapporto d'affari intercorrente tra Aderente e Assicurato.

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

Periodo di Carenza

L'efficacia della Copertura Invalidità Totale Permanente è subordinata a un Periodo di Carenza di 90 giorni decorrenti dalla Data di Decorrenza della Polizza Collettiva.

Durante il Periodo di Carenza l'Assicurazione resta sospesa.

Nel caso in cui l'evento assicurato – I.T.P. dell'Assicurato – si verifichi durante detto Periodo di Carenza la Compagnia, salvo determinate ipotesi indicate all'Art. 6.4 delle Condizioni Generali di Assicurazione, non è tenuta al pagamento della Prestazione Assicurata ma si limita a restituire il Premio versato al netto delle imposte applicate alle Coperture Danni.

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

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

Assicurati garantiti

La Garanzia si applica a tutti gli Assicurati che siano Lavoratori Autonomi o Lavoratori Dipendenti.

Rischio Assicurato

Il rischio coperto è l'Inabilità Totale Temporanea 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 - al giorno in cui si verifica il Sinistro - egli eserciti effettivamente un'attività lavorativa regolare per conto dell'Aderente.

Prestazione Assicurata

La Copertura garantisce, in caso di Inabilità Totale Temporanea, la liquidazione mensile di una somma determinata in base alle indicazioni del Contratto di Finanziamento nei limiti di cui al successivo Art. 6.3, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e per massimo 18 rate per l'intera durata del Contratto.

ESEMPIO:

Caso A) → Importo del Finanziamento erogato: **4.000 €** e Capitale Assicurato: **4.000 €**
Rata del Finanziamento: **400 €**
Percentuale di Copertura Assicurativa = Importo del Finanziamento / Capitale Assicurato = **100%**

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

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

Rata liquidata al Beneficiario = Rata del Finanziamento x Percentuale di Copertura Assicurativa = 400 € x 100% = **400 €**

Caso B) → Importo del Finanziamento erogato: **4.000 €** e Capitale Assicurato: **2.000 €**
Rata del Finanziamento: **400 €**
Percentuale di Copertura Assicurativa = Importo del Finanziamento / Capitale Assicurato = **50%**

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

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

Rata liquidata al Beneficiario = Rata del Finanziamento x Percentuale di Copertura Assicurativa = 400 € x 50% = **200 €**

Le Prestazioni cessano immediatamente in caso di ripresa dell'attività lavorativa da parte dell'Assicurato, nonché in tutti i casi di cessazione delle Coperture come precisati all'Art. 7.

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 presente Garanzia viene prestata

- senza limiti territoriali - salvo le Esclusioni specifiche previste agli Articoli 6.2 e 6.3 che seguono e che possono comportare la riduzione o il venire meno della Copertura;
- fino alla data di inizio del pensionamento volontario dell'Assicurato;
- ovvero allo scadere dell'Assicurazione relativa a ciascun Assicurato;
- fino alla cessazione del rapporto d'affari intercorrente tra Aderente e Assicurato;
- fino alla data di scadenza della Garanzia, indicata nella Lettera di Benvenuto.

Carenza

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

Durante il Periodo di Carenza l'Assicurazione resta sospesa.

Nel caso in cui l'evento assicurato – I.T.T. dell'Assicurato – si verifichi durante detto Periodo di Carenza la Compagnia, salvo determinate ipotesi indicate all'Art. 6.4 delle Condizioni Generali di Assicurazione, non è tenuta al pagamento della Prestazione Assicurata ma si limita a restituire il Premio versato al netto delle imposte applicate alle Coperture Danni.

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

Franchigia

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

Art. 5.4 - Regola di rimborso

Nel caso di Sinistro relativo alla Copertura Inabilità Totale Temporanea verrà liquidata dalla Compagnia una somma determinata in base alle indicazioni del Contratto di Finanziamento, nel rispetto dei seguenti limiti:

- L'indennizzo mensile corrisponde alla quota parte della rata del Finanziamento, nel limite massimo di 5.000 euro mensili;
- Massimo n. 12 rate mensili per Sinistro;
- Massimo n. 18 rate totali per l'intera durata del Contratto.

ARTICOLO 6 – ESCLUSIONI, CARENZE, FRANCHIGIE

Art. 6.1 - Esclusioni comuni a tutte le Garanzie

Le Coperture sono escluse nei seguenti casi:

- dolo dell'Assicurato, dell'Aderente o del Beneficiario;
- Sinistri conseguenti ad azioni intenzionali dell'Assicurato, quali: il suicidio, se avviene nei primi 365 giorni dalla Data di Decorrenza; il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;
- Cessazione del rapporto d'affari intercorrente tra Aderente e 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 e non dichiarati in fase di sottoscrizione del Modulo di Adesione. I seguiti e le conseguenze delle affezioni e degli Infortuni dichiarati alla Compagnia sono comunque garantiti, tranne se oggetto di una Esclusione;
- cure o interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di stipulazione della polizza;
- aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti,
- salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro;
- eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressivi o stati paranoidi;
- malattia consistente in sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate.

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

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

Art. 6.2 - Esclusioni riguardanti le Garanzie Invalidità Totale Permanente e Inabilità Totale Temporanea

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

Art. 6.3 - Esclusioni riguardanti la Garanzia Inabilità Totale Temporanea

La Copertura Inabilità Totale Temporanea è esclusa, oltre ai casi menzionati agli Articoli 6.1 e 6.2, anche con riguardo ai casi indicati nel presente Articolo 6.3.
Non sono considerati Infortunio o Malattia ai fini della Copertura in oggetto e, di conseguenza, non sono indennizzabili le seguenti circostanze:

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

Art. 6.5 – Periodo di Carenza delle Coperture Decesso, Invalidità Totale Permanente e Inabilità Totale Temporanea

! La Garanzia **Decesso**, la Garanzia **Invalidità Totale Permanente** e la Garanzia **Inabilità Totale Temporanea** sono sottoposte ad un **Periodo di Carenza** di 90 giorni dalla Data di Decorrenza della Polizza Collettiva - durante il quale l'Assicurazione resta sospesa.

ESEMPIO:

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

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

1) Sinistro avvenuto **prima** del superamento del Periodo di Carenza (90 giorni dalla Data di Decorrenza della Polizza Collettiva):
es. Sinistro avvenuto in data 15 marzo 2025 → la Compagnia non è tenuta al pagamento della Prestazione Assicurata e restituisce il Premio versato al netto delle eventuali imposte.

2) Sinistro avvenuto **dopo** il superamento del Periodo di Carenza (90 giorni dalla Data di Decorrenza della Polizza Collettiva):
es. Sinistro avvenuto in data 15 settembre 2025 → la Compagnia, se il Sinistro è indennizzabile ai sensi delle Condizioni Generali di Assicurazione, procede alla liquidazione della Prestazione Assicurata.

Per le sole Coperture Vita **(Decesso** o **Invalidità Totale Permanente dell'Assicurato),** nel caso in cui l'evento Assicurato si verifichi durante detto Periodo di Carenza, la Compagnia non è tenuta al pagamento del Capitale Assicurato ma si limita a restituire i Premi versati al netto delle eventuali imposte, ove dovute.
Per le Coperture Danni **(Inabilità Totale Temporanea)**, nel caso in cui l'evento Assicurato si verifichi durante detto Periodo di Carenza, la Compagnia non è tenuta alla restituzione del Premio versato al netto delle eventuali imposte e la Copertura resterà in vigore.
Tale limitazione non si applica e pertanto la Compagnia corrisponde integralmente la Prestazione Assicurata nel caso in cui, durante il Periodo di Carenza, il Sinistro indennizzabile avvenga per conseguenza diretta:

a) di una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la Data di Decorrenza della Copertura: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite endemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo la Data di Decorrenza della Copertura;
c) di Infortunio dell'Assicurato avvenuto dopo la Data di Decorrenza della Copertura, intendendo per Infortunio, fermo quanto disposto dal presente articolo in relazione ai casi di Esclusione, l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano conseguenza la morte.

L'efficacia della Copertura Decesso è subordinata anche a un Periodo di Carenza 365 giorni - decorrenti dalla Data di Decorrenza della Polizza Collettiva - nel caso in cui la causa del Decesso sia il suicidio.

Art. 6.6 – Periodo di Franchigia della Copertura Inabilità Totale Temporanea

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

In caso di Inabilità Totale Temporanea, la Compagnia procederà alla liquidazione della Prestazione Assicurata

esclusivamente in riferimento al periodo di Inabilità Totale Temporanea successivo al Periodo di Franchigia Assoluta (60 giorni). Nessuna Prestazione sarà riconosciuta per i primi 60 giorni di Inabilità Totale Temporanea.

ESEMPIO:

Polizza con Garanzia Inabilità Totale Temporanea;
Franchigia Assoluta = 60 giorni.
I.T.T. = 90 giorni.

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

1) Inabilità Totale Temporanea accertata **minore di 60 giorni** → l'I.T.T. NON supera la durata del Periodo di Franchigia Assoluta → **Nessuna liquidazione della Prestazione Assicurata**;
2) Inabilità Totale Temporanea accertata di 90 giorni → l'I.T.T. supera la durata del Periodo di Franchigia Assoluta di 30 giorni (n. 1 mensilità).
   → al **61° giorno**, superamento del Periodo di Franchigia Assoluta;
   → al **90° giorno**, l'Assicurato matura il diritto alla Prestazione Assicurata per le mensilità restanti dell'I.T.T. e la Compagnia procede alla liquidazione della Prestazione Assicurata (Rata mensile).

La Compagnia procede alla liquidazione della Prestazione Assicurata in caso di Inabilità Totale Temporanea solamente al termine della mensilità intera, a cui l'Inabilità Totale Temporanea si riferisce.

ESEMPIO:

Polizza con Garanzia Inabilità Totale Temporanea;
Franchigia Assoluta = 60 giorni.
I.T.T. = 75 giorni.

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

3) Inabilità Totale Temporanea accertata di 75 giorni → l'I.T.T. supera la durata del Periodo di Franchigia Assoluta di 15 giorni ma il periodo successivo è inferiore a 30 giorni (mensilità).
   → al **61° giorno**, superamento del Periodo di Franchigia Assoluta.
   → al **75° giorno**, termine del periodo di I.T.T. accertata prima che si completi la mensilità intera (30 giorni) → l'Assicurato NON matura il diritto alla Prestazione Assicurata per le mensilità restanti dell'I.T.T. → **Nessuna liquidazione della Prestazione Assicurata**.

ARTICOLO 7 - CONCLUSIONE E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE, DURATA E CESSAZIONE DELLE COPERTURE

Art. 7.1 - Conclusione del Contratto

Se la Compagnia accetta il rischio, redige e invia all'Aderente la lettera di benvenuto che precisa le Garanzie accordate, l'importo del Capitale Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione e alla fine di ogni anno solare, la Data di Decorrenza e quella di scadenza del Contratto, le eventuali Condizioni Particolari e i Beneficiari designati. Il Contratto di Assicurazione si conclude alla data in cui l'Aderente riceve dalla Compagnia la lettera di benvenuto. Se la Compagnia rifiuta il rischio, ne dà comunicazione all'Aderente tramite lettera raccomandata A.R. e gli rimborsa gli eventuali Premi versati al momento della sottoscrizione della Modulo di Adesione.
Se la Compagnia accetta il rischio, dietro pagamento di un Sovrappremio e/o con esclusione di alcune Garanzie o rischi, l'Aderente deve esprimere il proprio consenso scritto e formale alle Condizioni Particolari che gli vengono proposte.

Art. 7.2 - Decorrenza delle Coperture

La Copertura decorre:

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

Art. 7.3 - Durata delle Coperture

La durata delle Coperture (indicata sulla Lettera di Benvenuto) può variare da 12 a 84 mesi e coincide con la durata del piano di ammortamento originario del Finanziamento, fermo restando il rispetto dei limiti di età dell'Assicurato indicati per ciascuna Garanzia all'Art. 7.4 che segue.

Art. 7.4 - Cessazione delle Coperture

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

- pagamento dell'ultima rata di rimborso del Finanziamento;
- estinzione totale anticipata del Finanziamento, salvo quanto previsto dal successivo Art. 11;
- accollo del Finanziamento da parte di terzi, come previsto dall'Art.1273 del Codice civile, salvo quanto previsto dal successivo Art. 11;
- estinzione totale anticipata del Finanziamento in relazione alla liquidazione del Sinistro;
- mancato pagamento dei Premi, ai sensi dell'Art. 1924 del Codice civile;
- esercizio del diritto di recesso, come disciplinato dal successivo Art. 9;
- 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 del 71° anno di vita dell'Assicurato;
- per la Copertura Invalidità Totale Permanente, al compimento del 65° anno di vita dell'Assicurato;
- per la Copertura Inabilità Totale Temporanea, alla data di inizio del pensionamento volontario ovvero allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Copertura, come indicato nella tabella che segue.

DURATA MASSIMA GARANZIE ESPRESSA IN MESI/ANNI		
ETA' ALLA SOTTOSCRIZIONE	**DURATA MASSIMA GARANZIA I.T.T. (in mesi)**	**DURATA MASSIMA GARANZIA I.T.T. (in anni)**
Da 18 a 58	84 mesi	7
59	72 mesi	6
60	60 mesi	5
61	48 mesi	4
62	36 mesi	3
63	24 mesi	2
64	12 mesi	1

ARTICOLO 8 - RISCATTO, RIDUZIONE E RELATIVI COSTI

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

ARTICOLO 9 - REVOCA DELL'ADESIONE ALL'ASSICURAZIONE

L'Aderente può revocare la proposta contrattuale ai sensi dell'art. 176 del Codice delle Assicurazioni Private fino al momento della conclusione del Contratto.

! La revoca deve essere esercitata a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviarsi alla Compagnia al seguente recapito:
AFI ESCA S.A. - SERVIZIO CLIENTI, Foro Buonaparte, 51 - 20121; Milano - **allegando l'originale del Modulo di Adesione accompagnato dalla copia fronte-retro di un documento di identità del Legale Rappresentante dell'Aderente,** ovvero a mezzo PEC al seguente indirizzo: **afi-esca@legalmail.it**

Qualora la dichiarazione di revoca della proposta pervenga tempestivamente alla Compagnia, impedendo la conclusione del Contratto, la Compagnia è tenuta a rimborsare all'Aderente i Premi eventualmente già corrisposti, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.

ARTICOLO 10 - DIRITTO DI RECESSO

L'Aderente può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dalla data di conclusione del Contratto di Assicurazione come determinata ai sensi del precedente Art. 7.1, dandone comunicazione alla Compagnia.

! Il recesso deve essere esercitato a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviarsi alla Compagnia al seguente recapito:
AFI ESCA S.A. - SERVIZIO CLIENTI, Foro Buonaparte, 51 - 20121; Milano - **accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità del Legale Rappresentante dell'Aderente,** ovvero a mezzo PEC al seguente indirizzo: **afi-esca@legalmail.it**

Le Garanzie cesseranno alla data richiesta dall'Aderente o, se precedente, alla data di spedizione della lettera raccomandata. La Compagnia, entro il termine di trenta giorni dal ricevimento della dichiarazione di recesso, ha l'obbligo di restituire all'Aderente il Premio, al netto delle imposte, delle spese di emissione del Contratto sostenute – che si quantificano preventivamente in € 50,00 - e della quota parte di Premio relativa al periodo in cui il Contratto ha avuto effetto. Il diritto di recesso opera congiuntamente ed inscindibilmente per le Coperture Vita e le Coperture Danni. Si precisa che, laddove nelle more dell'esercizio del diritto di recesso si verifichi un Sinistro oggetto delle Coperture e il Beneficiario dichiari per iscritto alla Compagnia di voler profittare della Prestazione Assicurata, il diritto del Beneficiario si intenderà prevalente rispetto al diritto di recesso esercitato dall'Aderente.

ESEMPIO:
Polizza di durata pari a 7 anni con Capitale Assicurato di €150.000,00 a Premio Unico (ad es. €3.133,53 + €50,00 di spese di emissione).

A quanto ammonta il rimborso del Premio versato?

es. 1) Recesso esercitato **dopo 20 giorni** dalla Data di Decorrenza:
Premio versato – quota parte di Premio relativa al periodo di Copertura delle Garanzie – spese di emissione del Contratto – imposte = **€3.083,96;**

es. 2) Recesso esercitato **dopo 44 giorni** dalla Data di Decorrenza:
Premio versato – quota parte di Premio relativa al periodo di Copertura delle Garanzie – spese di emissione del Contratto – imposte = **€ 3.042,60€.**

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

In caso di estinzione totale anticipata o di accollo del Finanziamento da parte di terzi, che l'Aderente 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 l'Aderente 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 all'Aderente, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di avvenuta estinzione anticipata o di trasferimento del Finanziamento, la parte di Premio pagato relativa al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.
L'Aderente può richiedere il mantenimento della Copertura fino alla scadenza originaria del Contratto a favore di un nuovo Beneficiario designato.

ARTICOLO 12 – MODIFICA DELLE GARANZIE E/O RINEGOZIAZIONE DELL'INDENNIZZO MENSILE

Non è prevista la possibilità di richiedere la modifica delle Coperture scelte al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione così come la modifica delle prestazioni.

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

L'Aderente è tenuto a comunicare alla Compagnia qualsiasi modifica relativa al Finanziamento (rinegoziazione, rimborso parziale anticipato, allungamento della durata, etc.) entro un termine massimo di 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza della modifica, affinché la Compagnia proceda all'adeguamento del Contratto così come all'eventuale rimborso dei Premi versati in eccedenza.
A tale scopo, l'Aderente 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 della 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

Il Premio versato dall'Aderente, al netto dei costi, viene utilizzato dalla Compagnia per far fronte ai costi previsti dal Contratto.
La tariffa applicata è definita in base alle informazioni contenute nel Modulo di Adesione.
Il Premio è determinato in base:

- all'importo del Capitale residuo dovuto all'Ente Erogante;
- alla durata contrattuale;
- all'Età Assicurativa dell'Assicurato alla Data di Decorrenza;
- allo stato di salute dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Art. 14.2 - Importo e frazionamento

Per l'intera durata della Polizza è dovuto il versamento anticipato di un Premio Unico.

Art. 14.3 - Versamento del Premio

Il Premio deve essere versato dall'Aderente alle Compagnie, per il tramite del Contraente.
Le Compagnie conferiscono al Contraente della Polizza Collettiva mandato all'incasso dei Premi e pertanto il pagamento dei Premi medesimi si considera come effettuato direttamente dall'Aderente a favore delle Compagnie.
Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento, fa fede la documentazione contabile del relativo istituto di credito.
L'ammontare del Premio, indicato nel Modulo di Adesione, è comprensivo dell'imposta di Assicurazione applicabile, attualmente, nella misura del 2,50% alla Copertura Inabilità Totale Temporanea.

Art. 14.4 - Costi gravanti sul Premio

Sul Premio gravano costi di acquisizione e di gestione che costituiscono parte del Premio corrisposto dall'Aderente.
In particolare:

- il costo per l'emissione del Contratto è determinato in misura fissa ed è pari a 50,00 €;
- i costi di gestione del Contratto sono determinati in misura percentuale pari al 9% del Premio di Perfezionamento al netto delle imposte;
- l'importo percepito dall'Intermediario è determinato in misura percentuale fino a un massimo del 50% del Premio di Perfezionamento al netto delle imposte.

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 - ovvero a mezzo PEC al seguente indirizzo: afi-esca@legalmail.it – e comunque non oltre il termine di 30 giorni dal verificarsi del Sinistro.
Gli aventi diritto possono chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al seguente numero 02.58.32.48.45.

Per le Coperture che applicano una Franchigia, il calcolo del Periodo di Franchigia decorrerà dalla data dell'evento Sinistro.

Gli aventi diritto dovranno consegnare alla Compagnia tutta la documentazione richiesta da quest'ultima, necessaria e sufficiente a verificare il diritto alla Prestazione Assicurata.

In ogni caso, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o la documentazione necessaria per una corretta valutazione del Sinistro.

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

Le spese relative agli accertamenti medici sono a carico degli aventi diritto alla Prestazione Assicurata.

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

Art. 15.1 – Decesso

- certificato di morte;
- comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto) ovvero il modulo di denuncia Sinistro scaricabile sul sito della Compagnia;
- atto sostitutivo di notorietà che indica gli eredi/testamento;
- certificato medico che precisi le esatte cause del Decesso, se del caso completo di anamnesi patologica con particolare riferimento alla patologia che ha causato il Decesso e, in caso di Decesso a seguito di ricovero, copia della cartella clinica;
- in caso di Decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle Autorità intervenute;
- copia del referto autoptico e tossicologico, se è stata effettuata l'autopsia;
- in caso di morte violenta (suicidio, omicidio) occorre copia del verbale dell'Autorità di P.S. o Giudiziaria, da cui si possano rilevare le circostanze del Decesso e il decreto di archiviazione emesso da un'Autorità competente;
- Copia del documento di identità e del codice fiscale di ciascun Beneficiario;
- Modulo Privacy firmato da tutti i Beneficiari;
- Modulo D4 ISTAT *"scheda di morte oltre il 1° (primo) anno di vita".* La parte A) deve compilarla il medico, mentre la parte B è a cura dell'ufficiale di stato civile;
- in caso di eredi minori o incapaci, autorizzazione del Giudice Tutelare alla riscossione del Capitale Assicurato da parte del Tutore;
- Piano d'ammortamento o documento equipollente (dichiarazione dell'Ente Erogante attestante l'importo residuo del Finanziamento) o, in alternativa, esplicita lettera di svincolo;
- Documento d'identità in corso di validità del legale rappresentante della società Aderente;
- Statuto e Visura camerale della società Aderente ed eventuali procure ad operare.

Art. 15.2 - Invalidità Totale Permanente

- copia di un documento di identità dell'Assicurato in corso di validità;
- notifica di Invalidità Permanente e Totale emessa dagli enti preposti (INAIL, INPS, ASL, etc.), in difetto relazione del medico legale attestante l'I.T.P. e il relativo grado;
- nel caso di Invalidità dovuta a incidente stradale, copia del verbale reso dalle Autorità intervenute;
- certificato medico che precisi le esatte cause che hanno determinato l'Invalidità Permanente e Totale, se del caso completo di anamnesi patologica con particolare riferimento alla patologia che l'ha causata e, in caso di certificazione in corso di ricovero, copia della cartella clinica;

- Piano d'ammortamento o documento equipollente (dichiarazione dell'Ente Erogante attestante l'importo residuo del Finanziamento) o, in alternativa, esplicita lettera di svincolo;
- Documento d'identità in corso di validità del legale rappresentante della società Aderente;
- Statuto e Visura camerale della società Aderente ed eventuali procure ad operare.

Art. 15.3 – Inabilità Totale Temporanea

- copia di un documento di identità dell'Assicurato in corso di validità;
- comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto);
- in caso di Malattia, tutta la documentazione di diagnosi ed eventuali cartelle cliniche riferibili alla patologia che ha causato l'Inabilità Temporanea Totale;
- in caso di Infortunio, documentazione medica attestante le dinamiche (rapporto del 118, pronto soccorso) o delle Autorità intervenute (polizia, carabinieri);
- Documento d'identità in corso di validità del legale rappresentante della società Aderente;
- Statuto e Visura camerale della società Aderente ed eventuali procure ad operare.

! 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 ogni caso, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere ulteriori accertamenti medici o documentazione necessari ad una corretta valutazione del Sinistro.

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. 10, l'Aderente non potrà cedere o trasferire a terzi i diritti derivanti dalla Copertura. L'Aderente potrà altresì vincolare a favore di terzi le prestazioni.

ARTICOLO 18 - ESTENSIONE TERRITORIALE

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

ARTICOLO 19 - IMPOSTE E TASSE

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

ARTICOLO 20 - SPESE VARIE

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione all' Assicurazione, l'Aderente dovrà farsi carico delle spese di emissione del Contratto pari all'importo indicato nel Modulo di Adesione all'Assicurazione.
L'emissione di un'Appendice del Contratto comporta una spesa pari a euro 15,00 a carico dell'Aderente.

ARTICOLO 21 - GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE

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

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

La Compagnia è tenuta ad inviare all'Aderente, entro 60 (sessanta) giorni dalla chiusura di ogni anno solare, una comunicazione avente ad oggetto informazioni sull'ammontare del Capitale Assicurato, gli eventuali Premi in scadenza

ovvero in arretrato, con un'avvertenza sugli effetti derivanti dal mancato pagamento, e il nominativo del/dei Beneficiario/Beneficiari del/ dei vincolatario/vincolatari.

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

AFI ESCA S.A. - SERVIZIO CLIENTI, Foro Buonaparte, 51 - 20121; Milano
Indirizzo e-mail: informazioni@afi-esca.com - PEC: **afi-esca@legalmail.it**
Telefono: +39 02.58.32.48.45

ovvero direttamente all'Intermediario che ha distribuito il Contratto, nel caso in cui questi sia stato abilitato al ricevimento delle comunicazioni da parte della Compagnia.
Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Aderente/Assicurato.
La Compagnia fornisce riscontro scritto ad ogni comunicazione e/o richiesta di informazioni presentata dall'Aderente/Assicurato o dagli aventi diritto in merito all'evoluzione del rapporto Assicurativo e alle modalità di determinazione della Prestazione Assicurata.
Al fine di ottemperare al meglio alle procedure interne di riscontro, l'Aderente/Assicurato o gli aventi diritto dovranno inserire sul plico la seguente indicazione: "**Oggetto: Richiesta di informazioni**".
Il Contratto è costituito esclusivamente dalle presenti Condizioni Generali di Assicurazione, dal Certificato di Polizza e dalle sue Appendici.

ARTICOLO 23 - RECLAMI

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

! **AFI ESCA S.A. - Foro Buonaparte, 51 - 20121 Milano**
Telefono: +39 02.583.248.45
e-mail: reclami@afi-esca.com

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

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

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

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

Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'autorità giudiziaria.
Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente domicilio In Italia può presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, individuabile accedendo al sito Internet:
https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net/make-complaint-about-financial-service-provider-another-eea-country_en
L'IVASS, ricevuto il reclamo, e accertata la presenza di un sistema estero competente, lo inoltra senza ritardo a tale

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

ARTICOLO 24 - MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL SET INFORMATIVO

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

I dati contenuti nelle presenti Condizioni di Assicurazioni sono stati aggiornati in data 14/01/2026

Vivendo CPI

Assicurazione collettiva a protezione dei finanziamenti aziendali

Informativa per il Trattamento dei Dati Personali

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

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

1. Chi è il Titolare del Trattamento?
Un titolare del trattamento è la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che, singolarmente o insieme ad altri, determina le finalità e i mezzi del trattamento dei dati personali.
Il titolare del trattamento è AFI ESCA S.A. - Foro Buonaparte 51 – 20121 Milano; e-mail: informazioni@afi-esca.com; tel.: 02.58.32.48.45

2. Che tipo di dati personali vengono raccolti?
AFI ESCA tratta (raccoglie, registra, archivia, comunica ed utilizza in altro modo) i dati personali dell'Aderente, dell'Assicurato (se è persona diversa dall'Aderente) e dei Beneficiari, (di seguito ognuno di essi potrà essere identificato come "Soggetto Interessato") quali il nome, indirizzo, sesso, data e luogo di nascita, numero di telefono, indirizzo e-mail, codice fiscale, dettagli del documento di identità e dati bancari (di seguito anche solo "Dati").
AFI ESCA può anche raccogliere e trattare "categorie particolari di dati personali" dell'Aderente o dell'Assicurato quali i risultati di esami diagnostici, informazioni prese da certificati di morte, ricerche su fonti pubbliche per ottenere prova di condanne penali o di cariche politiche.

3. Qual è la base giuridica del trattamento dei Dati?
I dati personali forniti dal Soggetto Interessato o da altri soggetti autorizzati saranno trattati per le seguenti finalità:

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

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

Per le finalità sopraindicate laddove è indicato che AFI ESCA non richiede il consenso espresso del Soggetto Interessato, i dati personali saranno trattati in base ai legittimi interessi (cfr. i paragrafi 3.A & 3.B. sopra) e/o per adempiere alle obbligazioni di legge (cfr. par. 3.C. che precede).
In qualsiasi momento, il Soggetto Interessato potrà revocare i consensi eventualmente prestati ai sensi di quanto precede, rivolgendosi a AFI ESCA secondo le modalità di cui al paragrafo 8 della presente Informativa.

4. Con quali modalità sono raccolti e trattati i Dati?
AFI ESCA otterrà i dati personali direttamente dal Soggetto Interessato e/o dalle seguenti organizzazioni e persone fisiche: società appartenenti alla "catena distributiva", medici, staff infermieristico ed ospedaliero, altre istituzioni mediche, case di cura, fondi Assicurativi sanitari pubblici, associazioni professionali ed autorità pubbliche.
In relazione a tutte le suddette finalità i dati personali saranno trattati manualmente od utilizzando mezzi elettronici adeguati alla conservazione, salvaguardia e comunicazione di tali dati. A tal proposito, tutte le misure di sicurezza necessarie saranno prese per garantire che ci sia un livello di protezione sufficiente da accessi non autorizzati, perdita o distruzione accidentale dei dati.
A tal fine, l'accesso ai database di AFI ESCA e ai registri sarà limitato: i) ai dipendenti di AFI ESCA espressamente individuati e autorizzati al trattamento; ii) a soggetti esterni alla organizzazione del Titolare del Trattamento facenti parte della "catena Assicurativa" o a società di servizi, che potranno agire a seconda dei casi come titolari del trattamento autonomi o come responsabili esterni del trattamento.

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

comunicati anche ai seguenti soggetti che agiscono nella qualità di responsabili del trattamento secondo le nostre istruzioni: Società del Gruppo AFI ESCA, soggetti appartenenti alla cosiddetta "catena Assicurativa"; consulenti tecnici ed altri soggetti che forniscono servizi ausiliari per conto di AFI ESCA, quali, per esempio, consulenti legali, esperti e medici, agenzie di regolamento, società di servizi a cui siano affidate la gestione e/o la liquidazione dei Sinistri, consulenti di assistenza legale e centri di assistenza; cliniche convenzionate, società di archiviazione dati o fornitori di servizi IT; società di recapito posta, società di revisione e consulenti; società di informazione commerciale per l'analisi dei rischi finanziari; agenzie di controllo frodi; agenzie di recupero crediti.
Per le finalità di cui al paragrafo 3.D della presente Informativa, Dati dell'Aderente e del Soggetto Interessato possono essere comunicati anche ai seguenti soggetti che agiscono nella qualità di responsabili del trattamento secondo le istruzioni di AFI ESCA: Fornitori di servizi di pubblicità che inviano comunicazioni di marketing nel rispetto della normativa locale ed in conformità alle preferenze espresse dal Soggetto Interessato.
Una lista aggiornata di tali enti può essere ottenuta gratuitamente da AFI ESCA (richiedendoli come descritto al paragrafo 9 della presente Informativa Privacy).

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

7. Per quanto tempo AFI ESCA trattiene i Dati?
I dati personali raccolti ai sensi dei paragrafi 3.A 3. B 3.C e 3.D della presente Informativa Privacy verranno conservati per un periodo pari alla durata del Contratto (ivi inclusi eventuali rinnovi) e per i 10 anni successivi al termine, risoluzione o recesso dallo stesso, fatti salvi i casi in cui la conservazione per un periodo ulteriore sia richiesta per eventuali contenziosi, richieste delle autorità competenti o ai sensi della normativa applicabile.
Alla cessazione del periodo di conservazione i dati saranno cancellati o resi anonimi.

8. Quali sono i diritti del Soggetto Interessato rispetto ai Dati?
Come previsto dalla normativa sulla privacy applicabile, il Soggetto Interessato ha il diritto di:

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

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

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

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

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

10. Quanto spesso viene aggiornata questa Informativa Privacy?
AFI ESCA aggiorna regolarmente la presente Informativa Privacy.
AFI ESCA garantirà che la versione più aggiornata di tale documento sia disponibile sul proprio sito web www.afi-esca.it e informerà direttamente i Soggetti Interessati di eventuali modifiche importanti che possano riguardarli o richiedere il loro consenso.

La presente Informativa è stata aggiornata in data 14/01/2026

Vivendo CPI

Assicurazione collettiva a protezione dei finanziamenti aziendali

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 no, in modo da garantire la sicurezza del trattamento stesso e la riservatezza dei dati trattati.

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

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

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

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

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

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

INFORMATIVA

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

OBBLIGHI DEL CLIENTE

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

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

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

SANZIONI PENALI

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

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

TITOLARE EFFETTIVO

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

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

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

1. Il titolare effettivo di clienti diversi dalle persone fisiche coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente ovvero il relativo controllo.
2. Nel caso in cui il cliente sia una società di capitali:

a) costituisce indicazione di proprietà diretta la titolarità di una partecipazione superiore al 25 per cento del capitale del cliente, detenuta da una persona fisica;

b) costituisce indicazione di proprietà indiretta la titolarità di una percentuale di partecipazioni superiore al 25 per cento del capitale del cliente, posseduto per il tramite di società controllate, società fiduciarie o per interposta persona.

3. Nelle ipotesi in cui l'esame dell'assetto proprietario non consenta di individuare in maniera univoca la persona fisica o le persone fisiche cui è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente, il titolare effettivo coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile il controllo del medesimo in forza:

a) del controllo della maggioranza dei voti esercitabili in assemblea ordinaria;

b) del controllo di voti sufficienti per esercitare un'influenza dominante in assemblea ordinaria;

c) dell'esistenza di particolari vincoli contrattuali che consentano di esercitare un'influenza dominante.

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

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

a) i fondatori, ove in vita;

b) i beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili;

c) i titolari di funzioni di direzione e amministrazione.

6. I soggetti obbligati conservano traccia delle verifiche effettuate ai 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, Viceministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;

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

1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vivendo CPI Collettiva
Modulo di Adesione

POLIZZA COLLETTIVA DI ASSICURAZIONE VITA E DANNI: Vivendo CPI Collettiva n. 3119472 Proposta N. .....

CONTRAENTE: Iscrizione RUI n.:

Assicurato

Sesso ☐ Maschio ☐ Femmina

Cognome e nome .....

Data di nascita ..... Luogo di nascita ..... Codice Fiscale .....

Documento di identità ..... Numero ..... Rilasciato il ..... da .....

Indirizzo ..... Città ..... CAP ..... Provincia .....

Cellulare ..... E-mail ..... Telefono .....

Aderente

Natura giuridica .....

Ragione sociale .....

Codice Fiscale ..... Partita IVA ..... Iscrizione REA ..... Data di Iscrizione .....

Indirizzo Sede ..... Città ..... CAP ..... Provincia .....

PEC ..... E-mail ..... Telefono .....

Codice ATECO .....

Legale Rappresentante dell'Aderente

Sesso: ☐ Maschio ☐ Femmina

Cognome e nome .....

Data di nascita ..... Luogo di nascita ..... Codice Fiscale .....

Documento di identità ..... Numero ..... Rilasciato il ..... da .....

Indirizzo ..... Città ..... CAP ..... Provincia .....

Cellulare ..... E-mail ..... Telefono .....

Informazioni relative al Finanziamento

Durata del prestito ..... anni (Min. 2 - Max 7)

Data di decorrenza stimata ..... Capitale Assicurato ..... €

Garanzie

☐ **Decesso**

☐ **I.T.P. (Invalidità Totale Permanente)**

☐ **I.T.T. (Inabilità Temporanea Totale)**

Beneficiari delle prestazioni (per la Garanzia Decesso)

Il sottoscritto, nella propria qualità di Aderente/Assicurato della Polizza Collettiva Vita e Danni "VIVENDO CPI" n. 3119472, nomina ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione quale Beneficiario/Beneficiari delle Prestazioni Assicurate i seguenti soggetti:

Cognome e Nome	**Codice Fiscale**	**Legame con l'Assicurato***	**Indirizzo**
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

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

FAC-SIMILE

* Indicare se:

1) appartenente al nucleo familiare (incluse convivenze more uxorio e Unioni Civili di cui alla Legge 76/2016);
2) ha legami professionali e/o d'affari;
3) non ha nessun legame/altro.

Premio

Premio Unico totale: ..... **€**

Spese di Emissione: ..... **€** **Premio dovuto per il perfezionamento:** ..... **€**

Dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato

L'Aderente/Assicurato dichiara che gli è stato consegnato il Set Informativo redatto secondo le disposizioni IVASS, contenente, oltre al presente Modulo di Adesione, i DIP, le Condizioni Generali di Assicurazione con il Glossario e l'Indice, l'Informativa sulla Privacy e l'Informativa sull'Adeguata Verifica della Clientela.

L'Aderente dichiara di aver preso visione e accettato le Condizioni Generali di Assicurazione riportate nel Set Informativo ricevuto.

L'Assicurato esprime consenso alla stipula dell'Assicurazione sulla propria vita così come regolata dalla Polizza Collettiva in oggetto, mediante sottoscrizione del presente Modulo di Adesione.

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

L'Aderente e l'Assicurato DICHIARANO di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni generali di assicurazione e di approvare specificamente – ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 (Condizioni generali di contratto) e 1342 (Contratto concluso mediante moduli o formulari) del Codice civile – i seguenti articoli:
art. 4 (Dichiarazioni dell'Assicurato relative alle circostanze di rischio); art. 5 (Condizioni, limitazioni e prestazioni relative alle coperture); art. 6 (Esclusioni, Carenze, Franchigie); art. 7 (Conclusione e decorrenza dell'assicurazione, durata e cessazione delle coperture); art. 15 (Denuncia e gestione dei Sinistri); art. 21 (Giurisdizione e Foro competente).

L'Aderente dichiara altresì di essere stato informato che potrà revocare o recedere dal Contratto nei termini e con le modalità disciplinate rispettivamente agli artt. 1887 del Codice civile e 176 del Codice delle 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.

Avvertenze relative alla compilazione del Questionario Medico:

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

L'Assicurato e i suoi aventi diritto, con la sottoscrizione del Modulo di Adesione di cui al presente Set Informativo (ai sensi dell'articolo 14 "Denuncia e gestione dei sinistri", 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.

Data _____ Firma Aderente/Assicurato _____

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

L'Aderente dichiara di aver ricevuto dal Distributore, prima della sottoscrizione del Modulo di Adesione:

- la dichiarazione contenente - ai sensi dell'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 - i dati essenziali del Distributore e della propria attività, le informazioni sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela dei Contraenti;

- la comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui il Distributore è tenuto - ai sensi dell'art.56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 - nei confronti dei Contraenti.

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

La decorrenza della Copertura è in ogni caso subordinata:

- alla sottoscrizione del Modulo di Adesione;

- all'adempimento delle formalità mediche di ammissione alla Copertura, ed alla valutazione positiva ed accettazione degli esiti da parte della Compagnia;

- al pagamento del Premio.

Data _____ Firma Aderente/Assicurato _____

Modalità di Pagamento

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

Data _____ Firma Aderente _____

FAC-SIMILE

Consenso al Trattamento dei Dati Personali

Io sottoscritto/a _____, nato/a a_____, il _____,C.F. _____

esprimo il mio libero, consapevole, specifico e non condizionato consenso affinché il Titolare e i Responsabili incaricati procedano al trattamento dei miei dati personali comuni ed alla loro comunicazione nell'ambito dei soggetti e per le finalità indicate al punto 3 a), 3 b) e 3c) della sopra estesa informativa, di cui ne ho ricevuto copia, consapevole che siano trasmessi anche soggetti terzi per la necessaria esecuzione della proposta di assicurazione:
:

☑ PRESTO IL CONSENSO ☐ NON PRESTO IL CONSENSO

esprimo il mio libero, consapevole, specifico e non condizionato consenso affinché i miei dati personali comuni, possano essere trattati, anche da parte di soggetti terzi, per le finalità di cui al punto 3 d), ovvero per attività di rilevazione del grado di comprensione sulla qualità dei prodotti offerti e dei servizi resi, di promozione commerciale, ricerche di mercato, attività di Marketing:
:

☐ PRESTO IL CONSENSO ☐ NON PRESTO IL CONSENSO

Dichiaro altresì di voler ricevere ogni comunicazione relativa al Contratto (il Contraente ha sempre la facoltà di revocare le modalità di comunicazione prescelte e disporne di altre.)

☐ A MEZZO POSTA ELETTRONICA ☐ A MEZZO POSTA ORDINARIA

Luogo e data _____ Il Soggetto interessato _____

FAC-SIMILE

Afi·Esca
Groupe Burrus

Afi·Esca iard
Groupe Burrus

Il vostro Intermediario

NSA SOLUZIONI ASSICURATIVE S.p.A.

Via Pietro Mascagni 15
CAP 20122 - Milano (MI)

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

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