Protectim Live

Assicurazione individuale abbinata ai mutui

Set informativo

Copertura Assicurativa Individuale
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

Protectim Live

Assicurazione individuale abbinata ai mutui

Set informativo

Coperture Assicurative a Premio Unico in forma abbinata di Coperture Vita e Danni, per i casi di: Decesso - Invalidità Totale e Permanente - Inabilità Totale e Temporanea – Perdita Involontaria di Impiego – Ricovero Ospedaliero.

IL PRESENTE SET INFORMATIVO[1] SI COMPONE DI UN TOTALE DI 50 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;
- Informativa FEA.

E DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE / ASSICURATO PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

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

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

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

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

! PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO

Protectim Live 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.

Protectim Live

<Assicurazione individuale abbinata ai mutui>

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

(DIP Vita)

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

Prodotto: <Protectim Live>

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 individuale abbinata ai mutui. La Copertura Vita assicura i rischi Decesso e Invalidità Totale e Permanente.

Che cosa è Assicurato? / Quali sono le prestazioni?

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

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

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

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

Che cosa NON è Assicurato?

Rischi esclusi	Se l'Ente Erogante ha condizionato l'erogazione del Finanziamento alla stipula del Contratto di Assicurazione, la Copertura **Decesso** è esclusa solamente nei casi di: - Decesso causato da dolo del Contraente / Assicurato, dell'Assicurato o del Beneficiario (Art. 1900 e 1922 del Codice civile); - Decesso per suicidio avvenuto nei primi due anni dalla Data di Decorrenza, salvo patto contrario (Art. 1927 del Codice civile); - Decesso dovuto a rischi catastrofali.

Ci sono limiti di Copertura?

Per la Garanzia Decesso:

a) sottoscrizione in età compresa tra i 18 e 70 anni e Prestazione Assicurata fino a 80 anni.

Per la Garanzia Invalidità Totale e Permanente:

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

Dove vale la Copertura?

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

Che obblighi ho?

Il Contraente / Assicurato è tenuto a fornire dichiarazioni vere, esatte e complete ed è tenuto a comunicare alla Compagnia ogni variazione o modifica relativa al Finanziamento.

L'Assicurato deve dare tempestiva comunicazione alla Compagnia di ogni circostanza che possa comportare l'aggravamento o la diminuzione del Rischio come, ad esempio, variazioni relative:

- all'attività professionale dell'Assicurato;
- alle attività sportive dell'Assicurato;
- alle abitudini di vita dell'Assicurato (ad esempio, l'Assicurato che inizia o riprende a fumare a seguito di aver dichiarato di non essere fumatore;
- ad eventuali soggiorni all'estero dell'Assicurato, se superiori ai 30 giorni e in Paesi a rischio. Sono considerati Paesi a rischio, ai sensi del presente Contratto, i Paesi che non rientrano tra i seguenti: Unione Europea, Regno Unito, Stati Uniti, Canada, Australia, Nuova Zelanda, Giappone.

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

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

- Certificato di morte;
- Comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto) ovvero il modulo di denuncia Sinistro scaricabile sul sito della Compagnia;
- Atto sostitutivo di notorietà che indica gli eredi/testamento;
- Certificato medico che precisi le esatte cause del Decesso, se del caso completo di anamnesi patologica con particolare riferimento alla patologia che ha causato il Decesso e, in caso di Decesso a seguito di ricovero, copia della cartella clinica;
- In caso di Decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- Copia del referto autoptico e tossicologico, se è stata effettuata l'autopsia;

- In caso di morte violenta (suicidio, omicidio) occorre copia del verbale dell'Autorità di P.S. o Giudiziaria, da cui si possano rilevare le circostanze del Decesso e il decreto di archiviazione emesso da un'Autorità competente;
- Copia del documento di identità e del codice fiscale di ciascun beneficiario;
- Modulo Privacy firmato da tutti i beneficiari;
- Modulo D4 ISTAT "scheda di morte oltre il 1° anno di vita". La parte A) deve compilarla il medico, mentre la parte B è a cura dell'ufficiale di stato civile;
- In caso di eredi minori o incapaci, autorizzazione del Giudice Tutelare alla riscossione del Capitale Assicurato da parte del Tutore;
- Piano d'ammortamento o dichiarazione dell'Ente Erogante attestante l'importo residuo del Finanziamento) o lettera di svincolo.

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

Quando e come devo pagare?

Il Premio è determinato in base all'importo del Capitale residuo dovuto all'Ente Erogante (nei limiti della percentuale di Copertura Assicurativa), alle Garanzie selezionate, alla durata contrattuale, all'Età Assicurativa dell'Assicurato alla Data di Decorrenza, allo stato di salute dell'Assicurato al momento della sottoscrizione, all'attività professionale dell'Assicurato, alle attività sportive dell'Assicurato, alle abitudini di vita dell'Assicurato (stato di fumatore/non fumatore).

L'Assicurato (o il Contraente / Assicurato, se diverso dall'Assicurato) ha la facoltà di scegliere tra 3 (tre) tipi di Premio:

1. **Premio Unico Anticipato:** l'importo - valido per l'intera durata del Contratto - deve essere corrisposto in un'unica soluzione prima della Data di Decorrenza;
2. **Premio Periodico Costante:** l'importo – valido per il periodo assicurativo prescelto - rimane invariato per l'intera la durata del Contratto;
3. **Premio Periodico Variabile:** l'importo - valido per il periodo assicurativo prescelto - varia in funzione dell'età dell'Assicurato e del Capitale residuo del Finanziamento.

Il Premio Periodico (Costante o Variabile) può essere corrisposto alla Compagnia su base annuale, semestrale, trimestrale o mensile. Il frazionamento non implica spese aggiuntive, fatte salve le spese bancarie non direttamente riconducibili alla Compagnia.

Il Premio Unico Anticipato / Premio di Perfezionamento e i Premi Periodici successivi devono essere versati mediante sistemi di pagamento elettronici abilitati ai circuiti Visa e Mastercard (carta di debito o carta di credito) o tramite addebito SDD Core sul conto corrente del Contraente / Assicurato.

Quando comincia la Copertura e quando finisce?

Durata	La Polizza produce i suoi effetti dalle ore 24 della Data di Decorrenza, indicata sul Certificato di Polizza, a condizione che: 1) sia stato completato il Processo di Sottoscrizione; 2) siano state esplicate le formalità mediche di ammissione alla Copertura; 3) gli esiti siano stati valutati positivamente accettati dalla Compagnia; 4) 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 del Finanziamento; estinzione totale anticipata del Finanziamento; accollo del Finanziamento da parte di terzi; estinzione totale anticipata del Finanziamento per liquidazione del Sinistro; mancato pagamento dei Premi; esercizio del diritto di recesso; per la **Copertura Decesso**, al compimento del 80° anno di vita dell'Assicurato; per la **Copertura Invalidità Totale e Permanente**, al compimento del 65° anno di vita dell'Assicurato. La durata delle Coperture (indicata sul Certificato di Polizza) coincide, per ciascun Assicurato, con la durata del piano di ammortamento del Finanziamento e termina con la data di scadenza indicata sul Certificato di Polizza.

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

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

Sono previsti scatti o riduzioni? ☐SI X NO

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

Protectim Live

<Assicurazione individuale abbinata ai mutui>

Documento informativo relativo al prodotto Assicurativo

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

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

Che tipo di Assicurazione è?

Assicurazione individuale abbinata ai mutui. La Copertura Danni assicura i rischi Inabilità Totale e Temporanea, Perdita Involontaria d'Impiego e Ricovero Ospedaliero.

Che cosa è Assicurato?

- ✓ **Inabilità Totale e Temporanea** (Copertura facoltativa);
- ✓ **Perdita Involontaria d'Impiego** (Copertura facoltativa);
- ✓ **Ricovero Ospedaliero** (Copertura facoltativa).

Che cosa non è Assicurato?

Le Coperture **Inabilità Totale e Temporanea** e **Ricovero Ospedaliero** sono sempre escluse nei seguenti casi:

- 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.

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

- x percepimento di qualsiasi altro reddito da lavoro (inteso anche come altro reddito da lavoro dipendente);
- x licenziamenti per "giusta causa";
- x dimissioni;
- x licenziamento dovuto a motivi disciplinari o professionali;
- x licenziamenti comunicati da un datore di lavoro che sia coniuge o comunque parente, anche ascendente e discendente dell'Assicurato;
- x cessazioni, alla loro scadenza, di contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di somministrazione lavoro (ex interinali), contratti di lavoro intermittente e contratti stagionali;
- x licenziamenti durante o al termine di un periodo di prova;
- x contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano;
- x licenziamenti per raggiungimento dell'età richiesta per il diritto a "pensione di vecchiaia" ovvero per il "pre-pensionamento con erogazione di incentivi all'esodo";
- x accordi aventi ad oggetto risoluzioni consensuali e transazioni novative del rapporto di lavoro con l'erogazione di buonuscita;
- x messa in mobilità del Lavoratore Dipendente che, nell'arco del periodo di mobilità stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- x situazioni di Disoccupazione che diano luogo all'Indennizzo da parte della Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Edilizia o Straordinaria;
- x licenziamento per superamento del periodo di comporto (ossia a seguito di assenza per Malattia oltre il termine massimo consentito per la "conservazione" del posto di lavoro);
- x l'Assicurato rientra nei casi di Disoccupazione parziale (lavori socialmente utili);
- x l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente di ente privato in modo consecutivo e con contratto a tempo indeterminato o determinato con obbligo di prestazione non inferiore a 20 ore settimanali per i 24 mesi precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a due settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- x licenziamento per impossibilità sopravvenuta della prestazione determinata dalla carcerazione del lavoratore;
- x l'Assicurato non ha attivato l'iscrizione nella lista di collocamento salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in mobilità;
- x l'Assicurato ha prestato la propria attività lavorativa come dipendente di ente privato con meno di 3 (tre) lavoratori assunti a tempo indeterminato.

La Copertura **Ricovero Ospedaliero** è sempre esclusa nei seguenti casi:

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

Ci sono limiti di Copertura?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

! **R.O.:** nessun periodo di Carenza e Franchigia Relativa pari a 7 giorni dalla data del Sinistro.

Dove vale la Copertura?

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

Che obblighi ho?

- **Quando sottoscrivi il Contratto:** le dichiarazioni del Contraente / Assicurato, rese al momento della sottoscrizione e durante il Contratto, 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 delle Coperture;
- **In corso di Contratto:** l'Assicurato deve dare tempestiva comunicazione alla Compagnia di ogni circostanza che possa comportare l'aggravamento o la diminuzione del Rischio come, ad esempio, variazioni relative all'attività professionale dell'Assicurato; alle attività sportive dell'Assicurato; alle abitudini di vita dell'Assicurato (ad esempio, l'Assicurato che inizia o riprende a fumare a seguito di aver dichiarato di non essere fumatore) ad eventuali soggiorni all'estero dell'Assicurato, se di lunga durata e in Paesi a rischio;
- **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 e come devo pagare?

Il Premio può essere Unico, da versare in un'unica soluzione anticipata, oppure Periodico. Il Premio Periodico può essere Costante oppure Variabile e deve essere corrisposto per ogni periodo assicurativo prescelto in base al frazionamento scelto.
Il Premio Unico Anticipato / Premio di Perfezionamento deve essere versato mediante sistemi di pagamento elettronici abilitati ai circuiti Visa e Mastercard (carta di debito o carta di credito) o tramite addebito SDD Core sul conto corrente del Contraente.
I Premi Periodici successivi devono essere versati mediante la stessa modalità utilizzata per il versamento del Premio Unico Anticipato / Premio di Perfezionamento, o tramite addebito SDD Core sul conto corrente del Contraente.

Quando comincia la Copertura e quando finisce?

La Polizza produce i suoi effetti dalle ore 24 della Data di Decorrenza indicata nel Certificato di Polizza.
Le Coperture cessano, in ogni caso, alle ore 24 del giorno in cui si verifica il primo tra i seguenti eventi: pagamento dell'ultima rata di rimborso del Finanziamento; estinzione totale anticipata del Finanziamento; accollo del Finanziamento da parte di terzi; estinzione totale anticipata del Finanziamento in relazione alla liquidazione del Sinistro; mancato pagamento dei Premi; esercizio del diritto di recesso; per l'Assicurato ammesso alla Copertura nella sua qualità di dirigente, funzionario, socio o legale rappresentante di una persona giuridica, quando cessa di svolgere questa funzione; per la Copertura Inabilità Temporanea Totale, alla data di inizio del pensionamento volontario ovvero allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta; per la Copertura Ricovero Ospedaliero, allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta; per la Copertura Perdita Involontaria d'Impiego, alla data di inizio del pensionamento volontario ovvero allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione.

Come posso disdire la polizza?

Se ci ripensi, hai 60 giorni di tempo dal momento in cui hai ricevuto comunicazione che il Contratto si è concluso, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviare a **AFI ESCA S.A. - SERVIZIO CLIENTI, Foro Buonaparte 51 – 20121 Milano ovvero a mezzo PEC**, accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità.
In caso di recesso della Copertura Vita, decade automaticamente anche la Copertura Danni collegata.

Protectim Live <Assicurazione individuale abbinata ai mutui>

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

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

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

<Prodotto: **Protectim Live**>

<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 Contraente / Assicurato a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente / Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto.

AFI ESCA S.A. / AFI ESCA IARD S.A. Rappresentanze Generali per l'Italia - Foro Buonaparte 51, 20121, Milano – tel.: 02.58324845 sito internet: www.afi-esca.it – e-mail: informazioni@afi-esca.com – PEC: afi-esca@legalmail.it
AFI ESCA S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia è iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di Assicurazione e riassicurazione al n. I.00105.
AFI ESCA S.A. è una impresa di Assicurazione di diritto francese, con sede legale e direzione generale in 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento e sottoposta alla vigilanza dell'ACPR (Autorité de 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

Protectim Live è una Assicurazione individuale a protezione dei mutui, che permette di abbinare Coperture Danni alle Coperture Vita.

Che cosa è Assicurato?

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

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

Le **Coperture Danni** sono coperture opzionali, selezionabili al momento della sottoscrizione a fronte del pagamento di un Premio aggiuntivo.
Nel caso di Sinistro relativo alle **Coperture Danni** verrà liquidata dalla Compagnia una somma determinata in base alle indicazioni del Contratto di Finanziamento, nel rispetto dei seguenti limiti:

- Importo massimo della Rata mensile pari a 3.000 euro;
- Massimo n. 12 Rate mensili per Sinistro;
- Massimo n. 3 Sinistri per l'intera durata del Contratto.

Che cosa NON è Assicurato?

Tutte le Coperture sono sempre escluse nei seguenti casi:

- dolo dell'Assicurato, del Contraente / Assicurato 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

Rischi esclusi	volontariamente dall'Assicurato; - Sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, o di stati di alcolismo acuto o cronico; - Sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, la sommossa, ad eccezion fatta, in ogni caso, per i Sinistri verificatisi nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici, se ed in quanto l'Assicurato sia già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere; - Sinistri conseguenti a movimenti popolari, risse, crimini, delitti, atti di terrorismo, a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, salvo i casi di legittima difesa; - Sinistri conseguenti ad incidente aereo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota privo di brevetto idoneo, ovvero Sinistri che siano conseguenza diretta della pratica di attività sportive professionistiche o di sport aerei in genere; - Sinistri conseguenti alla partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore; - Sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni, emanazioni di calore, inalazioni, radiazioni, se provenienti dalla modifica della struttura atomica; - Infortuni, Malattie, invalidità e infermità causati da operazioni di carattere estetico, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti a Malattia o Infortunio indennizzabili nei termini del Contratto; - Affezioni o Infortuni accertati da un punto di vista medico a una data anteriore rispetto alla Data di Decorrenza. I seguiti e le conseguenze delle affezioni e degli Infortuni dichiarati alla Compagnia sono comunque garantiti, tranne se oggetto di una Esclusione; - 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 Garanzie Invalidità Totale e Permanente, Inabilità Temporanea e Totale, Ricovero Ospedaliero sono sempre escluse nei seguenti casi:** - 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. **Le Garanzie I.T.P., I.T.T. e R.O. sono escluse - salvo espressa richiesta del Contraente / Assicurato o dell' Assicurato e pagamento del relativo sovrappremio e della sottoscrizione delle Condizioni Particolari – anche nei seguenti casi:** - 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 (la Copertura non è esclusa se tali sport vengono praticati 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).

Ci sono limiti di copertura?

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

- **I.T.T.:** nessun periodo di Carenza; Franchigia Relativa pari a 60 giorni dalla data del Sinistro;
- **P.I.:** periodo di Carenza pari a 90 giorni dalla Data di Decorrenza Franchigia Relativa pari a 60 giorni dalla data del Sinistro;
- **R.O.:** nessun periodo di Carenza; Franchigia Relativa pari a 7 giorni dalla data del Sinistro.

Le Coperture Danni sono sottoposte alle seguenti regole di rimborso:

Al fine di richiedere la Prestazione Assicurata per **I.T.T.** o **P.I.**, è necessario completare almeno 30 giorni consecutivi (mensilità) di I.T.T. o P.I. successivi al periodo di Franchigia di 60 giorni. Sono indennizzabili esclusivamente i periodi pari a mensilità intere.

Al fine di ottenere la Prestazione Assicurata per **R.O.** è necessario completare almeno 7 giorni consecutivi (settimana) di Ricovero successivi al periodo di Franchigia di 7 giorni. Sono indennizzabili esclusivamente i periodi pari a una settimana intere.

A chi è rivolto questo prodotto?

Protectim Live è una polizza Payment Protection individuale, rivolta a chi ha sottoscritto o sta sottoscrivendo un mutuo con un Ente Erogante e che intende assicurare i rischi previsti dal Contratto, a seconda dalla propria condizione lavorativa (Autonomo, Dipendente o Disoccupato).

Quali costi devo sostenere?

Sul Premio gravano costi di acquisizione. In particolare, le spese di emissione del Contratto sono prestabilite in misura fissa pari ad 20,00 € e la remunerazione del Distributore è determinata in misura percentuale sull'ammontare complessivo del Premio - al netto delle imposte (pari al 2,5% per le sole Coperture Danni) - fino ad un massimo del 50% e in media pari al 33%.
L'importo percepito dal Distributore è indicato, in valore assoluto, nel Certificato di Polizza.
es. se il Premio imponibile è pari a 100,00 €, la remunerazione massima del Distributore è pari a 50,00 € e le spese di emissione sono pari a 20,00 €.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

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

Protectim Live

Assicurazione individuale abbinata ai mutui

Glossario

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 o all'Assicurato, sotto forma di capitale o di rata, in base al Contratto in caso di Sinistro.

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

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

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

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

Cessione, pegno, vincolo: operazioni con le quali il Contraente / Assicurato cede a terzi il Contratto, così come lo costituisce in pegno o comunque sottopone a vincolo il Capitale Assicurato.
Tali atti diventano efficaci solo nel momento in cui la Compagnia, a seguito di
comunicazione del Contraente / Assicurato, ne fa annotazione sul documento di polizza o su apposita appendice al Contratto di Assicurazione. In caso di pegno o vincolo, qualsiasi operazione che 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 / Compagnie:
Per le Coperture Vita, AFI ESCA S.A.
Per le Coperture Danni, AFI ESCA IARD S.A.

Condizioni Generali di Assicurazione (CGA): le clausole di base previste dal Contratto di Assicurazione. Riguardano gli aspetti generali del Contratto, quali il pagamento del Premio, la decorrenza delle Garanzie, 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 / Assicurato: il soggetto che stipula il Contratto di Assicurazione con la Compagnia e si obbliga a pagare il Premio.

Contratto di Assicurazione o Contratto: il rapporto Assicurativo oggetto della Polizza Assicurativa, che si instaura con il Contraente / Assicurato a seguito del Processo di Sottoscrizione 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 e Temporanea (o "Inabilità Totale e Temporanea"), di Perdita Involontaria di Impiego (o "Perdita Involontaria d'Impiego") e di Ricovero Ospedaliero, prestate da AFI ESCA IARD S.A.

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

Data di Decorrenza: la data da cui le Coperture hanno effetto, indicata nel Certificato di Polizza.

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

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

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

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

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

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

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

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

Franchigia Relativa: rappresenta il periodo minimo di durata del Sinistro necessario affinché l'assicurato abbia diritto all'Indennizzo. Se il Sinistro ha una durata inferiore alla franchigia relativa, nessuna prestazione è dovuta.
Se invece supera tale periodo, l'Indennizzo viene riconosciuto a partire dalla data del Sinistro, includendo retroattivamente anche i giorni di franchigia.

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

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

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

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

Invalidità Totale e Permanente (o I.T.P.): la perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, della generica capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività lavorativa svolta: tale Invalidità Totale e Permanente viene riconosciuta quando il grado percentuale di Invalidità Permanente dell'Assicurato sia pari o superiore

al 60%, ai sensi del D.P.R. 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche, secondo le Tabelle Riferimento Inail.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

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

Processo di Sottoscrizione: il processo predisposto dalla Compagnia e completato dal Contraente / Assicurato, con il quale manifesta alla Compagnia la volontà di concludere il Contratto di Assicurazione sottoscrivendo le caratteristiche e le condizioni indicate.

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

Perdita Involontaria d'Impiego (o P.I.): la cessazione del rapporto di lavoro dipendente, a seguito di:
- licenziamento per giustificato motivo oggettivo;
- messa in mobilità.

Periodo di 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 dal Contraente / Assicurato alla Compagnia.

Premio di Perfezionamento: la somma dovuta dal Contraente / Assicurato alla Compagnia per la sottoscrizione della Polizza.

Premio Periodico: la somma dovuta dal Contraente / Assicurato alla Compagnia, versata periodicamente all'inizio di ciascun periodo assicurativo secondo quanto previsto dal Contratto.

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

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

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.

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

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

Riattivazione: la facoltà del Contraente / Assicurato di riprendere, entro i termini indicali nel Contratto di Assicurazione, il versamento dei premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi.

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: facoltà del Contraente / Assicurato di richiedere anticipatamente la liquidazione della prestazione eventualmente 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 Contraente / Assicurato prima della sottoscrizione e cioè i DIP, le Condizioni Generali di Assicurazione con glossario e indice, l'Adeguata Verifica e l'Informativa FEA.

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

Protectim Live

Assicurazione individuale abbinata ai mutui

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 - Residenza dell'Assicurato 2

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 4

Art. 4.1 – Dichiarazioni dell'Assicurato in corso di Contratto e variazione delle circostanze del rischio 4

ARTICOLO 5 - CONDIZIONI, LIMITAZIONI E PRESTAZIONI RELATIVE ALLE COPERTURE 4

Art. 5.1 – A) Prestazione in Caso di Decesso 5

Art. 5.2 – B) Prestazione in Caso di Invalidità Totale e Permanente 6

Art. 5.3 - C) Prestazione in Caso di Inabilità Totale e Temporanea 7

Art. 5.4 – E) Prestazione in caso di Perdita Involontaria d'Impiego 8

Art. 5.5 – D) Prestazione in caso di Ricovero Ospedaliero 9

Art. 5.6 - Regole di rimborso 10

ARTICOLO 6 – ESCLUSIONI, CARENZE, FRANCHIGIE 10

Art. 6.1 - Esclusioni comuni a tutte le Garanzie 11

Art. 6.2 - Esclusioni riguardanti la Garanzia Decesso valide solo se l'Ente Erogante ha condizionato l'erogazione del Finanziamento alla stipula del Contratto di Assicurazione 11

Art. 6.3 - Esclusioni riguardanti le Garanzie Invalidità Totale e Permanente, Inabilità Totale e Temporanea e Ricovero Ospedaliero 11

Art. 6.4 - Esclusioni comuni alle Garanzie Inabilità Totale e Temporanea e Ricovero Ospedaliero 12

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

Art. 6.6 - Esclusioni specifiche riguardanti la Garanzia Ricovero Ospedaliero 13

Art. 6.7 – Periodo di Carenza della Copertura Perdita Involontaria d'Impiego 13

Art. 6.8 A) – Periodo di Franchigia Relativa della Copertura Perdita Involontaria d'Impiego 13

Art. 6.8 B) – Periodo di Franchigia Relativa della Copertura Inabilità Totale e Temporanea 14

Art. 6.9 – Periodo di Franchigia Relativa della Copertura Ricovero Ospedaliero 15
ARTICOLO 7 - CONCLUSIONE E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE, DURATA E CESSAZIONE DELLE COPERTURE 16
Art. 7.1 - Conclusione del Contratto 16
Art. 7.2 - Decorrenza delle Coperture 17
Art. 7.3 - Durata delle Coperture 17
Art. 7.4 - Cessazione delle Coperture 17
ARTICOLO 8 - RISCATTO, RIDUZIONE E RELATIVI COSTI 18
ARTICOLO 9 - REVOCA DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE 18
ARTICOLO 10 - DIRITTO DI RECESSO 18
ARTICOLO 11 – ESTINZIONE TOTALE ANTICIPATA, TRASFERIMENTO, SURROGA, ACCOLLO 19
ARTICOLO 12 – SOSPENSIONE DEL CONTRATTO PER MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI E RIATTIVAZIONE 19
ARTICOLO 13 - MODIFICA DELLE GARANZIE E RINEGOZIAZIONE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO 20
ARTICOLO 14 - PREMI 20
Art. 14.1 - Tariffazione 20
Art. 14.2 - Importo e frazionamento 20
Art. 14.3 - Versamento del Premio 21
Art. 14.4 - Costi gravanti sul Premio 21
ARTICOLO 15 - DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI 22
Art. 15.1 – Decesso 22
Art. 15.2 - Invalidità Totale e Permanente 22
Art. 15.3 – Inabilità Totale e Temporanea 23
Art. 15.4 – Perdita Involontaria d'Impiego 23
Art. 15.5 – Ricovero Ospedaliero 23
Art. 15.6 – Ulteriore documentazione da allegare nel caso in cui il Contraente / Assicurato sia una persona giuridica 24
ARTICOLO 16 - LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI 24
ARTICOLO 17 - CESSIONE DEI DIRITTI 24
ARTICOLO 18 - ESTENSIONE TERRITORIALE 24
ARTICOLO 19 - IMPOSTE E TASSE 24
ARTICOLO 20 - SPESE VARIE 24
ARTICOLO 21 - GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE 24
ARTICOLO 22 - COMUNICAZIONI - RICHIESTA DI INFORMAZIONI - PROVA DEL CONTRATTO 24
ARTICOLO 23 - RECLAMI 25
ARTICOLO 24 - MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL SET INFORMATIVO 26
ARTICOLO 25 - PRESCRIZIONE 26
ARTICOLO 26 - CONFLITTO D'INTERESSI 26

Protectim Live

Assicurazione individuale abbinata ai mutui

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 e Permanente** – "Coperture Vita", prestate da AFI ESCA S.A.;
- **Inabilità Totale e Temporanea, Perdita Involontaria di Impiego** e **Ricovero Ospedaliero** – "Coperture Danni", prestate da AFI ESCA IARD S.A.

Il Contraente / Assicurato – durante il Processo di Sottoscrizione - può scegliere se abbinare alla Copertura Assicurativa per il caso di Decesso anche la Copertura per il caso di Invalidità Totale e Permanente nonché una o più Coperture Danni come previsto dal seguente Articolo 1.2.

Il Contraente / Assicurato non può:

- accedere alla Copertura **Invalidità Totale e Permanente**, se non ha selezionato la Copertura Decesso;
- accedere alle Coperture **Inabilità Temporanea e Totale**, **Perdita Involontaria di Impiego** o **Ricovero Ospedaliero**, se non ha selezionato le Coperture Decesso e Invalidità Totale e Permanente.

Art. 1.2 – Prestazioni sottoscrivibili

Al momento del Processo di Sottoscrizione, il Contraente / Assicurato può aderire alla sola offerta di base:

a. Copertura per il solo caso di **Decesso** (obbligatoria, selezionabile da tutti gli Assicurati);

ovvero a una delle formule congiunte delle seguenti Coperture:

b. Copertura per il caso di **Decesso** + Copertura per **Invalidità Totale e Permanente** (selezionabile da tutti gli Assicurati);

c. Copertura per il caso di **Decesso** + Copertura per **Invalidità Totale e Permanente** + Copertura per **Inabilità Totale e Temporanea** (selezionabile esclusivamente da Lavoratori Autonomi e Lavoratori Dipendenti del settore pubblico e privato);

d. Copertura per il caso di **Decesso** + Copertura per **Invalidità Totale e Permanente** + Copertura per **Perdita Involontaria di Impiego** (selezionabile esclusivamente da Lavoratori Dipendenti del settore privato);

e. Copertura per il caso di **Decesso** + Copertura per **Invalidità Totale e Permanente** + Copertura per **Ricovero Ospedaliero** (selezionabile esclusivamente dagli Assicurati che non esercitano attività lavorativa).

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

ARTICOLO 2 – CONDIZIONI DI ASSICURABILITA'

Art. 2.1 - Persone assicurabili

Possono essere assicurate le sole persone fisiche aventi i requisiti richiesti nei successivi Articoli 2.2 e 2.3, anche in qualità di dirigenti, funzionari, soci e legali rappresentanti di persone giuridiche che abbiano richiesto o siano cointestatarie di un Finanziamento sottoscritto con l'Ente Erogante.

Art. 2.2 - Età al momento della sottoscrizione

Sono assicurabili le persone fisiche 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:

- agli 80 anni per la Garanzia **Decesso**;
- ai 65 anni per le Garanzie: **Invalidità Totale e Permanente**, **Inabilità Totale e Temporanea**, **Perdita Involontaria di Impiego** e **Ricovero Ospedaliero**.

Nei casi di Copertura per Inabilità Temporanea Totale e Perdita Involontaria d'Impiego sono assicurabili solamente le persone fisiche che esercitano un'attività lavorativa retribuita o produttiva di reddito certificabile.
Non possono accedere alle Coperture le persone fisiche che, al momento della sottoscrizione, beneficiano di una sospensione dell'attività lavorativa per: congedo di maternità; congedo parentale; congedo di formazione; periodo sabbatico o per l'avvio di un'attività di impresa.

Art. 2.3 - Residenza dell'Assicurato

Per poter usufruire delle Coperture, l'Assicurato deve avere la residenza nel territorio della Repubblica Italiana.
In ogni caso, il Finanziamento dovrà essere:

1. sottoscritto con un Ente Erogante situato in Italia;
2. denominato in euro;
3. redatto in lingua italiana.

Art. 2.4 - Modalità di sottoscrizione

Durante il Processo di Sottoscrizione, l'Assicurato dovrà allegare:

1. il piano di ammortamento del Finanziamento o un documento dell'Ente Erogante contenente le caratteristiche del Finanziamento;
2. nel caso di Premio Periodico, l'autorizzazione al prelievo automatico accompagnata dagli estremi di un conto bancario intestato al nome del Contraente / Assicurato.

Il Contraente / Assicurato è tenuto a adempiere alle formalità di cui successivo Art. 2.6 come saranno precisate durante il Processo di Sottoscrizione.

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

Per una stessa operazione di Finanziamento possono essere assicurate più persone, a condizione che siano cointestatarie del medesimo Finanziamento e che completino un Processo di Sottoscrizione ciascuna.
Ciascun Assicurato deve essere in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui ai precedenti Artt. 2.2 e 2.3.
Nel caso in cui vi siano più Assicurati cointestatari del medesimo Finanziamento, l'importo del Finanziamento richiesto per ciascun Assicurato sarà pari alla Percentuale di Copertura Assicurativa nel rispetto del Capitale Assicurato richiesto durante il Processo di Sottoscrizione.

Art. 2.6 – Ammissione alla Copertura

Per poter accedere alla Copertura:

- Il Contraente/Assicurato dovrà:
  1) sottoscrivere il Modulo di Proposta;
  2) versare il relativo Premio.
- Dovrà, così come indicato nella tabella assuntiva riportata alla pagina successiva:
  1) compilare il Questionario Medico Semplificato (QMS);
  2) nei casi indicati nella tabella di cui alla pagina successiva, compilare il Questionario Medico (QM);
  3) fornire il Rapporto Medico (RM) e gli altri eventuali esami medici richiesti dalla Compagnia.

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

TAVOLA DELLE FORMALITÀ MEDICHE (in vigore al 01/07/2025)							
Capitale da assicurare			Età				
			Fino ai 60 anni (non compiuti) alla sottoscrizione			Oltre ai 60 anni e fino ai 70 anni (non compiuti) alla sottoscrizione	
fino a 300.000 €			A			B	
da 300.001 € a 500.000 €			C				
da 500.001 € a 2.500.000 €			D			Consultare la Compagnia	
oltre 2.500.000 €			Consultare la Compagnia				
	Questionario Medico Semplificato	Questionario Medico (in caso di "SÌ" al QMS)	Rapporto visita medica con Esame urine	Profilo Ematico*	ECG a riposo	Rapp. Finanziario Confidenziale	PSA per gli uomini
A							
B							
C							≥45 anni
D							≥45 anni

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

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

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

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

Il rifiuto espresso da una Compagnia vale agli effetti dell'espressione di rifiuto dell'altra Compagnia.
La Compagnia - nei casi di cui ai precedenti punti a) e b) - può stabilire Condizioni Particolari di accettazione del rischio e prevedere l'applicazione di eventuali Sovrappremi o l'esclusione di determinati rischi.
Le eventuali Condizioni Particolari dovranno essere sottoscritte da parte del Contraente / Assicurato e/o dell'Assicurato.

ARTICOLO 3 - BENEFICIARI DELLE COPERTURE

La designazione di beneficio e le eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o disposte per testamento.
Il Contraente / Assicurato designa i Beneficiari e, in ogni momento, può revocare e modificare tale designazione ad eccezione dei seguenti casi:

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

In tali casi le operazioni di Recesso, Pegno e Vincolo di Polizza, richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.
I Beneficiari acquistano per effetto della designazione un diritto proprio ai vantaggi dell'Assicurazione (Art. 1920 c.c.).
In particolare, le somme loro corrisposte a seguito del Decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

Le Prestazioni Assicurate sono liquidate:

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

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

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

Le dichiarazioni del Contraente / Assicurato, rese al momento della sottoscrizione e durante l'intera durata del Contratto, devono essere vere, esatte e complete.
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente / Assicurato rese al momento della sottoscrizione e relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio assunto dalla Compagnia - o comunque tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto l'esatto stato delle cose - possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle Prestazioni Assicurate e, quindi, al Capitale Assicurato / Rata Assicurata, nonché la cessazione delle Coperture ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.
Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute dell'Assicurato che, richieste dalla Compagnia all'atto di sottoscrizione, 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.

Art. 4.1 – Dichiarazioni dell'Assicurato in corso di Contratto e variazione delle circostanze del rischio

L'Assicurato deve dare tempestiva comunicazione alla Compagnia di ogni circostanza che possa comportare l'aggravamento del Rischio.
Gli aggravamenti di Rischio non comunicati o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle Prestazioni Assicurate e, quindi, al Capitale Assicurato / Rata Assicurata, nonché la cessazione delle Coperture ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

Qualora nel corso del Contratto si verifichino variazioni relative:

- all'attività professionale dell'Assicurato;
- alle attività sportive dell'Assicurato;
- alle abitudini di vita dell'Assicurato (stato di fumatore/non fumatore – ad esempio, se l'Assicurato inizia o riprende a fumare dopo aver rilasciato dichiarazione contraria in sede di sottoscrizione della Proposta di Assicurazione). L'Assicurato è definito non fumatore se dichiara di non aver mai fumato nel corso dei 24 mesi precedenti e di non aver dovuto smettere di fumare su consiglio medico. É definito fumatore se non rilascia tale dichiarazione.
- ad eventuali soggiorni all'estero dell'Assicurato, se superiori a 30 giorni e in Paesi a rischio.
  Sono considerati Paesi a rischio, ai sensi del presente Contratto, i Paesi che non rientrano tra i seguenti: Unione Europea, Regno Unito, Stati Uniti, Canada, Australia, Nuova Zelanda, Giappone.

l'Assicurato deve darne comunicazione scritta alla Compagnia.

La Compagnia, entro quarantacinque (45) giorni dalla comunicazione dell'Assicurato, può:

- rifiutare l'accettazione del rischio;
- stabilire Condizioni Particolari di accettazione del nuovo rischio prevedendo l'applicazione di eventuali Sovrappremi o l'esclusione di determinati rischi.

Le eventuali Condizioni Particolari comunicate dalla Compagnia dovranno essere sottoscritte da parte del Contraente / Assicurato per accettazione.

ARTICOLO 5 - CONDIZIONI, LIMITAZIONI E PRESTAZIONI RELATIVE ALLE COPERTURE

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

a. prestazione in caso di **Decesso** (valida per tutti gli Assicurati);
b. prestazione in caso di **Invalidità Totale e Permanente** (valida per tutti gli Assicurati);
c. prestazione in caso di **Inabilità Totale e Temporanea** (valida solo per i Lavoratori Autonomi e per i Lavoratori Dipendenti del settore pubblico e privato);
d. prestazione in caso di **Perdita Involontaria di Impiego** (valida solo i Lavoratori Dipendenti del settore privato);
e. prestazione in caso di **Ricovero Ospedaliero** (valida solo per gli Assicurati che non esercitano attività lavorativa).

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

Il Contraente / Assicurato deve leggere attentamente le raccomandazioni e le avvertenze relative alla compilazione del Questionario Medico.

Art. 5.1 – A) Prestazione in Caso di Decesso

Assicurati Garantiti

La Garanzia è valida per tutti gli Assicurati.

Rischio Assicurato

L'Evento Assicurato è il Decesso dell'Assicurato derivante da Infortunio o Malattia, occorso nel periodo di vigenza della Copertura e prima del compimento dell'80° (ottantesimo) 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 Assicurato.

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

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

ESEMPIO:

Caso A) → Importo del Finanziamento erogato: **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 €**

La presente Garanzia viene prestata:

- nei limiti delle Esclusioni di cui agli Artt. 6.1 e 6.2 che seguono, che possono comportare la riduzione o il venir meno della Copertura;
- fino alla data di scadenza della Garanzia, come indicata nel Certificato di Polizza o eventuali Appendici;
- fino allo scadere del mese solare di compimento dell'80° (ottantesimo) anno di vita dell'Assicurato.

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.

Periodo di Carenza

L'efficacia della Copertura Decesso non è sottoposta ad alcun Periodo di Carenza.

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

Assicurati garantiti

La Garanzia è selezionabile da tutti gli Assicurati.

Rischio Assicurato

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

Prestazione Assicurata

Il Capitale - liquidato all'Assicurato - sarà pari al debito residuo del Finanziamento in linea capitale alla data di riconoscimento dello stato di Invalidità Totale e Permanente, al netto di interessi o rate insolute o di cui sia stata accordata la sospensione del pagamento.
Il pagamento avviene nel limite della Percentuale di Copertura Assicurativa e del Capitale Assicurato.

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 €**

Periodo di Carenza

L'efficacia della Copertura Invalidità Totale e Permanente non è sottoposta ad alcun Periodo di Carenza.

La presente Garanzia viene prestata

- nei limiti delle Esclusioni di cui agli Artt. 6.1 e 6.3 che seguono, che possono comportare la riduzione o il venire meno della Copertura;
- fino alla data di scadenza della Garanzia, come indicata nel Certificato di Polizza o eventuali Appendici;
- fino allo scadere del mese solare di compimento del 65° (sessantacinquesimo) anno di vita dell'Assicurato.

Eseguito il pagamento della Prestazione Assicurata la Garanzia si estingue e nulla è dovuto per il caso di successivo Decesso dell'Assicurato.
Alla scadenza dell'Assicurazione relativa a ciascun Assicurato, qualora nel corso della sua vigenza non si fosse verificato l'evento coperto dal rischio (Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato), la Copertura cessa, la Compagnia non è soggetta ad alcun obbligo e i Premi versati resteranno definitivamente acquisiti da quest'ultima.

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

Assicurati garantiti

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

Rischio Assicurato

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

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

Prestazione Assicurata

La Copertura prevede, in caso di Inabilità Totale e Temporanea, la liquidazione mensile all'Assicurato di una somma determinata in base alle indicazioni del Contratto di Finanziamento nei limiti di cui al successivo Art. 5.6, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e con un massimo di n. 3 (tre) Sinistri per tutta la durata del Contratto.
Il pagamento avviene nel limite della Percentuale di Copertura Assicurativa e del Capitale Assicurato.
Le Prestazioni cessano immediatamente in caso di ripresa dell'attività lavorativa da parte dell'Assicurato, nonché in tutti i casi di cessazione delle Coperture come precisati all'Art. 7.4.

ESEMPIO:

Caso A) → Importo del Finanziamento erogato: **100.000 €** e Capitale Assicurato: **100.000 €**
Rata del Finanziamento: **2.000 €**
Percentuale di Copertura Assicurativa = Importo del Finanziamento / Capitale Assicurato = **100%**

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

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

Rata mensile liquidata = Rata del Finanziamento x Percentuale di Copertura Assicurativa = 2.000 € x 100% = **2.000 €**

Caso B) → Importo del Finanziamento erogato: **100.000 €** e Capitale Assicurato: **50.000 €**
Rata del Finanziamento: **2.000 €**
Percentuale di Copertura Assicurativa = Importo del Finanziamento / Capitale Assicurato = **50%**

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

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

Rata mensile liquidata = Rata del Finanziamento x Percentuale di Copertura Assicurativa = 2.000 € x 50% = **1.000 €**

La presente Garanzia viene prestata

- nei limiti delle Esclusioni di cui agli Articoli 6.1, 6.3 e 6.4 che seguono e che possono comportare la riduzione o il venire meno della Copertura;
- fino alla data di inizio del pensionamento volontario dell'Assicurato;
- fino alla data di scadenza della Garanzia, come indicata nel Certificato di Polizza;
- fino allo scadere della Durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta e come da tabella allegata al successivo Art. 7.4.

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

Carenza

La Copertura per il caso di Inabilità Totale e Temporanea non è sottoposta ad alcun Periodo di Carenza.

Franchigia

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

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

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

Art. 5.4 – E) Prestazione in caso di Perdita Involontaria d'Impiego

Assicurati garantiti

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

Rischio assicurato

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

Prestazione Assicurata

La Copertura prevede, in caso di Perdita Involontaria d'Impiego dell'Assicurato, la liquidazione mensile all'Assicurato di una somma, determinata nei limiti di cui al successivo Art. 5.6, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e con un massimo di n. 3 (tre) Sinistri per tutta la durata del Contratto.

Il pagamento avviene nel limite della Percentuale di Copertura Assicurativa e del Capitale Assicurato.

ESEMPIO:

Caso A) → Polizza con Capitale iniziale Assicurato pari a € 100.000,00
Importo del Finanziamento pari a € 100.000,00
Rata mensile dovuta all'Ente Erogante pari a € 1.000,00

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

Percentuale di Copertura Assicurativa = Capitale iniziale Assicurato / Importo Finanziamento = €100.000 / €100.000 = 100%.

Importo della Rata mensile liquidabile = 100% di € 1.000,00 = **€ 1.000,00**

Rata mensile liquidabile = **€ 1.000,00**

Caso B) → Polizza con Capitale iniziale Assicurato pari a € 50.000,00
Importo del Finanziamento pari a € 100.000,00
Rata mensile dovuta all'Ente Erogante pari a € 1.000,00

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

Percentuale di Copertura Assicurativa = Capitale iniziale Assicurato / Importo Finanziamento = €50.000 / €100.000 = 50%.

Importo della Rata mensile liquidabile = 50% di € 1.000,00 = **€ 500,00**

Rata mensile liquidabile = **€ 500,00**

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

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

Si precisa che per ogni Sinistro tale sospensione non potrà superare i 6 (sei) mesi, decorsi i quali l'interruzione sarà definitiva.

La presente Garanzia viene prestata:

- nei limiti delle Esclusioni di cui agli Articoli 6.1 e 6.5 che seguono, che possono determinare la Riduzione o il venir meno della Copertura;
- fino alla data di inizio del pensionamento volontario dell'Assicurato;
- fino alla data di scadenza della Garanzia, come indicata nel Certificato di Polizza;
- fino allo scadere della Durata massima del Contratto di Assicurazione, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta, come da tabella allegata all'Art. 7.4.

Carenza

La Copertura per il caso di Perdita Involontaria d'Impiego è sottoposta ad un periodo di Carenza di 90 giorni dalla Data di Decorrenza.

Franchigia

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

Art. 5.5 – D) Prestazione in caso di Ricovero Ospedaliero

Assicurati garantiti

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

Rischio assicurato

L'Evento Assicurato è il Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o Malattia dell'Assicurato.

Prestazione Assicurata

La Copertura prevede, in caso di Ricovero Ospedaliero dell'Assicurato, la liquidazione mensile all'Assicurato di una somma determinata in base alle indicazioni del Contratto di Finanziamento nei limiti di cui al successivo Art. 5.6, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e con un massimo di n. 3 Sinistri per tutta la durata del Contratto.
Il pagamento avviene nel limite della Percentuale di Copertura Assicurativa, della Rata Assicurata e sulla base dei periodi completi di 7 giorni consecutivi (settimane) di Ricovero Ospedaliero dell'Assicurato.

ESEMPIO:

Caso A) → Importo del Finanziamento erogato: **100.000 €** e Capitale Assicurato: **100.000 €**
Rata del Finanziamento: **2.000 €**
Percentuale di Copertura Assicurativa = Importo del Finanziamento / Capitale Assicurato = **100%**

Cosa avviene in caso di Sinistro per R.O.?

In caso di R.O. 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 e sulla base dei periodi effettivi pari a 7 giorni consecutivi (settimana) di Ricovero Ospedaliero dell'Assicurato.

Rata mensile = Rata del Finanziamento x Percentuale di Copertura Assicurativa (100%) x (7 / numero giorni del mese) x numero settimane (= 7 giorni consecutivi) di Ricovero Ospedaliero

es. Rata mensile liquidata per Ricovero Ospedaliero pari a 2 settimane (14 giorni consecutivi) = 2.000 € x 100% = 2.000 € → 2.000 € x (7 / 30) = 466,66 € → 466,66 € per 2 settimane (14 giorni consecutivi) = ***933,33 €***

Caso B) → Importo del Finanziamento erogato: **100.000 €** e Capitale Assicurato: **50.000 €**
Rata del Finanziamento: **2.000 €**
Percentuale di Copertura Assicurativa = Importo del Finanziamento / Capitale Assicurato = **50%**

Cosa avviene in caso di Sinistro per R.O.?

In caso di R.O. 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 e sulla base dei periodi effettivi di Ricovero Ospedaliero pari a 7 giorni consecutivi (settimane)

Rata mensile = Rata del Finanziamento x Percentuale di Copertura Assicurativa (50%) x (7 / numero giorni del mese) x numero settimane (= 7 giorni consecutivi) di Ricovero Ospedaliero

es. Rata mensile liquidata per Ricovero Ospedaliero pari a 2 settimane (14 giorni consecutivi) = 2.000 € x 50% = 1.000 € → 1.000 € x (7 / 30) = 233,33 € → 233,33 € per 2 settimane (14 giorni consecutivi) = ***466,66 €***

La Presente Garanzia viene prestata:

- nei limiti delle esclusioni previste agli Articoli 6.1, 6.3 e 6.6 che seguono e che possono comportare la riduzione o il venir meno della Copertura;
- fino alla data di scadenza della Garanzia, come indicata nel Certificato di Polizza;
- fino allo scadere della Durata massima del Contratto di Assicurazione, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta, come da tabella allegata all'Art. 7.4.

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

Carenza

La Copertura per il caso di Ricovero Ospedaliero non è sottoposta ad alcun Periodo di Carenza.

Franchigia

La Copertura per il caso di Ricovero Ospedaliero è sottoposta ad un Periodo di Franchigia Relativa pari a 30 giorni dalla data del Sinistro.

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

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

Art. 5.6 - Regole di rimborso

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

- Importo massimo della Rata mensile pari a 3.000 euro;
- Massimo n. 12 Rate mensili per Sinistro;
- Massimo n. 3 Sinistri per l'intera durata del Contratto.

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

ESEMPIO:

Polizza con Capitale iniziale Assicurato pari a € 100.000,00 e Importo del Finanziamento pari a € 100.000,00
Rata mensile dovuta all'Ente Erogante pari a € 800,00
Retribuzione netta mensile dell'Assicurato alla data del Sinistro pari a €1.000,00

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

Percentuale di Copertura Assicurativa = Capitale iniziale Assicurato / Importo Finanziamento = €100.000 / €100.000 = 100%.

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

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

In questo caso, **l'importo della Rata mensile dovuta all'Ente Erogante (800,00 €) è inferiore alla retribuzione netta mensile (1.000,00 €) percepita dall'Assicurato** fino al momento del Sinistro.

La rata mensile liquidabile sarà pari all'importo minore tra la rata mensile dovuta all'Ente Erogante e l'importo netto relativo alla retribuzione mensile.

Rata mensile liquidabile = 800,00 €

! Nel caso di Sinistro relativo alla Copertura Ricovero Ospedaliero, l'importo della Prestazione Assicurata (Rata mensile) è calcolato sulla base dei periodi completi di 7 giorni consecutivi (settimane) di Ricovero Ospedaliero dell'Assicurato

ESEMPIO:

Importo rata mensile del finanziamento pari a 2.000 €
Percentuale di Copertura Assicurativa pari al 100%;
Durata Ricovero Ospedaliero = 14 giorni (= 2 periodi di 7 giorni consecutivi di R.O.);
Quota per ogni settimana completa di ricovero = 2.000 € × (7 / 30) = 233,33 €
Rata mensile liquidata = 233,33 € × 2 = 466,66 €

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

ARTICOLO 6 – ESCLUSIONI, CARENZE, FRANCHIGIE

Art. 6.1 - Esclusioni comuni a tutte le Garanzie

Tutte le Coperture sono sempre escluse nei seguenti casi:

- dolo del Contraente / Assicurato 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;
- 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. 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.

Art. 6.2 - Esclusioni riguardanti la Garanzia Decesso valide solo se l'Ente Erogante ha condizionato l'erogazione del Finanziamento alla stipula del Contratto di Assicurazione

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

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

Art. 6.3 - Esclusioni riguardanti le Garanzie Invalidità Totale e Permanente, Inabilità Totale e Temporanea e Ricovero Ospedaliero

Le Coperture Invalidità Totale e Permanente, Inabilità Totale e Temporanea e Ricovero Ospedaliero sono escluse nei seguenti casi:

- 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 (la Copertura non è esclusa se tali sport vengono praticati 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).
- 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;
- 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. 6.4 - Esclusioni comuni alle Garanzie Inabilità Totale e Temporanea e Ricovero Ospedaliero

Le Coperture Inabilità Totale e Temporanea e Ricovero Ospedaliero, oltre ai casi menzionati agli Articoli 6.1 e 6.3, sono sempre escluse anche nei casi di cui al presente Articolo. Non sono considerati Infortunio o Malattia:

- 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 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.

Art. 6.5 – Esclusioni specifiche riguardanti la Garanzia Perdita Involontaria d'Impiego

La Copertura Perdita Involontaria d'Impiego, oltre ai casi menzionati all'Art. 6.1, è sempre esclusa anche nei seguenti casi:

- percepimento di qualsiasi altro reddito da lavoro (inteso anche come altro reddito da lavoro dipendente);
- licenziamenti per "giusta causa";
- dimissioni;
- licenziamento dovuto a motivi disciplinari o professionali;
- licenziamenti comunicati da un datore di lavoro che sia coniuge o comunque parente, anche ascendente e discendente dell'Assicurato;
- cessazioni, alla loro scadenza, di contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di somministrazione lavoro (ex interinali), contratti di lavoro intermittente e contratti stagionali;
- licenziamenti durante o al termine di un periodo di prova;
- contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano;
- licenziamenti per raggiungimento dell'età richiesta per il diritto a "pensione di vecchiaia" ovvero per il "pre-pensionamento con erogazione di incentivi all'esodo";
- accordi aventi ad oggetto risoluzioni consensuali e transazioni novative del rapporto di lavoro con l'erogazione di buonuscita;
- messa in mobilità del Lavoratore Dipendente che, nell'arco del periodo di mobilità stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- situazioni di Disoccupazione che diano luogo all'Indennizzo da parte della Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Edilizia o Straordinaria;
- licenziamento per superamento del periodo di comporto (ossia a seguito di assenza per Malattia oltre il termine massimo consentito per la "conservazione" del posto di lavoro);
- l'Assicurato rientra nei casi di Disoccupazione parziale (lavori socialmente utili);
- l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente di ente privato in modo consecutivo e con contratto a tempo indeterminato o determinato con obbligo di prestazione non inferiore a 20 ore settimanali per i 24 mesi precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a due settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;
- licenziamento per impossibilità sopravvenuta della prestazione determinata dalla carcerazione del lavoratore;
- l'Assicurato non ha attivato l'iscrizione nella lista di collocamento salvo che ciò sia in contrasto con i casi di messa in mobilità;
- l'Assicurato ha prestato la propria attività lavorativa come dipendente di ente privato con meno di 3 (tre) lavoratori assunti a tempo indeterminato.

Art. 6.6 - Esclusioni specifiche riguardanti la Garanzia Ricovero Ospedaliero

La Copertura Ricovero Ospedaliero, oltre ai casi menzionati dagli Articoli 6.1, 6.3 e 6.4, è sempre esclusa anche nei seguenti casi:

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

Art. 6.7 – Periodo di Carenza della Copertura Perdita Involontaria d'Impiego

! La Garanzia **Perdita Involontaria d'Impiego è sottoposta ad un Periodo di Carenza** di 90 giorni dalla Data di Decorrenza - durante il quale la Copertura resta sospesa.

ESEMPIO:

Polizza con Data di Decorrenza il 1° gennaio 2025 con Garanzia Perdita Involontaria d'Impiego.

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

1) Se il Sinistro è avvenuto **prima** del superamento del Periodo di Carenza (90 giorni dalla Data di Decorrenza): *es. Sinistro avvenuto in data 15 marzo 2025* → la Compagnia non è tenuta al pagamento della Prestazione Assicurata.

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

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.

Art. 6.8 A) – Periodo di Franchigia Relativa della Copertura Perdita Involontaria d'Impiego

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

Se l'Evento Assicurato - Perdita Involontaria d'Impiego dell'Assicurato - si verifica durante il Periodo di Franchigia Relativa, la liquidazione della Prestazione Assicurata rimane sospesa fino al termine del Periodo di Franchigia Relativa.

Se la durata della Perdita Involontaria d'Impiego supera il Periodo di Franchigia Relativa di 60 giorni di almeno una mensilità (30 giorni), la Compagnia procede alla liquidazione della Prestazione Assicurata includendo gli importi maturati a partire dalla data del Sinistro.

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

ESEMPIO:

Polizza con Garanzia Perdita Involontaria di Impiego.

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

1) In caso di Perdita Involontaria d'Impiego con durata Disoccupazione **inferiore ai 60 giorni** il periodo di Disoccupazione non supera la durata del Periodo di Franchigia Relativa → la Compagnia **non** procede alla liquidazione della Prestazione Assicurata;
es. Disoccupazione accertata pari a 49 giorni → 49 giorni < 60 giorni → P.I. non liquidabile.

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

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

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

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

ESEMPIO:

Durata Perdita Involontaria d'Impiego = 75 giorni.

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

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

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

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

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

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

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

Se l'Evento Assicurato - Inabilità Totale e Temporanea dell'Assicurato - si verifica durante il Periodo di Franchigia Relativa, la liquidazione della Prestazione Assicurata rimane sospesa fino al termine del Periodo di Franchigia Relativa.

Se l'Inabilità Totale e Temporanea accertata supera il Periodo di Franchigia Relativa di almeno una mensilità (30 giorni), la Compagnia procede alla liquidazione della Prestazione Assicurata includendo gli importi maturati a partire dalla data del Sinistro.

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

ESEMPIO:

Polizza con Garanzia Inabilità Temporanea Totale.

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

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

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

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

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

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

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

ESEMPIO:

Durata I.T.T. = 75 giorni.

3) I.T.T. di durata pari a 75 giorni → il periodo di I.T.T. accertato supera la durata del Periodo di Franchigia Relativa di 15 giorni ma la durata del periodo successivo è inferiore a 30 giorni (mensilità).

→ al **75° giorno**, termina il periodo di I.T.T. prima che si completi la mensilità intera (30 giorni) successiva al Periodo di Franchigia Relativa: l'Assicurato NON matura il diritto alla Prestazione Assicurata.

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

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

Art. 6.9 – Periodo di Franchigia Relativa della Copertura Ricovero Ospedaliero

! La Garanzia **Ricovero Ospedaliero** è sottoposta ad un periodo di **Franchigia Relativa** pari a 7 giorni dalla Data del Sinistro.

Se l'Evento Assicurato – Ricovero Ospedaliero dell'Assicurato - si verifica durante il Periodo di Franchigia Relativa, la liquidazione della Prestazione Assicurata rimane sospesa fino al termine del Periodo di Franchigia Relativa.
Se la durata del Ricovero Ospedaliero supera il Periodo di Franchigia Relativa di almeno una settimana (7 giorni), la Compagnia procede alla liquidazione della Prestazione Assicurata includendo gli importi maturati a partire dalla data del Sinistro.

! La Compagnia procede alla liquidazione della Prestazione Assicurata **esclusivamente con riferimento ai periodi di Ricovero Ospedaliero pari a una o più settimane complete (7 giorni).**

ESEMPIO:

Polizza con Garanzia Ricovero Ospedaliero.

Cosa avviene in caso di Sinistro R.O.?

1) Ricovero ospedaliero di durata **minore di 7 giorni** (Franchigia Relativa) → la durata del Ricovero **non supera** la durata del Periodo di Franchigia Relativa → la Compagnia **non** procede alla liquidazione della Prestazione Assicurata;

es. Ricovero di durata pari a 4 giorni → 4 giorni < 7 giorni → R.O. non liquidabile.

2) Ricovero ospedaliero di durata **maggiore di 7 giorni** (Franchigia Relativa) → la durata del Ricovero supera la durata del Periodo di Franchigia Relativa → al 14° giorno, l'Assicurato matura il diritto alla liquidazione della Prestazione Assicurata rimasta sospesa durante il Periodo di Franchigia Relativa;
successivamente, la Compagnia liquida una Rata mensile calcolata sulla base di ogni periodo di 7 giorni consecutivi di R.O. successivi - fino a un massimo di n. 12 Rate per Sinistro.

es. Ricovero di durata pari a 15 giorni → 15 giorni < 7 giorni → R.O. liquidabile.

! Non sono in nessun caso indennizzabili i periodi di **Ricovero Ospedaliero** con durata inferiore ai 7 giorni consecutivi (settimana).

ESEMPIO:

Durata Ricovero Ospedaliero = 10 giorni.

Ricovero Ospedaliero con Ricovero di durata pari a 10 giorni → la durata del Ricovero supera la durata del Periodo di Franchigia Relativa ma la durata del periodo successivo è inferiore a una settimana (7 giorni consecutivi)

→ al **10° giorno**, termina il periodo di Ricovero prima che si completi la settimana intera (7 giorni consecutivi): l'Assicurato NON matura il diritto alla Prestazione Assicurata.

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

es. se Ricovero Ospedaliero in data 15 giugno 2025 e durata Ricovero fino al 25 giugno 2025 → il periodo di Ricovero supera la durata della Franchigia Relativa (7 giorni) ma la settimana successiva non è completata: 25 giugno – 15 giugno = 10 giorni → 10 giorni – 7 giorni = 3 giorni = n. 0 mensilità.

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 al Contraente / Assicurato il Certificato di Polizza che precisa le Garanzie accordate, l'importo del Capitale Assicurato / Rata Assicurata al momento della sottoscrizione 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 il Contraente / Assicurato riceve dalla Compagnia il Certificato di Polizza. Se la Compagnia rifiuta il rischio, ne dà comunicazione al Contraente / Assicurato tramite lettera raccomandata A.R. e rimborsa gli eventuali Premi versati al momento della sottoscrizione.

Se la Compagnia accetta il rischio dietro pagamento di un Sovrappremio e/o con esclusione di alcune Garanzie o rischi il Contraente / Assicurato deve esprimere il proprio consenso scritto e formale alle Condizioni Particolari proposte.

Il Contraente / Assicurato è tenuto a restituire alla Compagnia la copia firmata del Certificato di Polizza, che riporta anche le eventuali Condizioni Particolari. La mancata restituzione del Certificato di Polizza non condiziona comunque né la validità del Contratto né la Data di Decorrenza.

La mancata sottoscrizione del Certificato di Polizza da parte del Contraente / Assicurato non potrà essere opposta alla Compagnia in caso di controversia sulle Garanzie prestate o sulle somme assicurate o sul loro limite, purché la Compagnia abbia adempiuto a quanto richiesto dall'Art. 2.7.

Art. 7.2 - Decorrenza delle Coperture

La Copertura decorre dalle ore 24 della Data di Decorrenza indicata nel Certificato di Polizza.

Art. 7.3 - Durata delle Coperture

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

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. 10;
- per l'Assicurato ammesso alla Copertura nella sua qualità di dirigente, funzionario, socio o legale rappresentante di una persona giuridica, quando cessa di svolgere questa funzione;
- per la Copertura Decesso, al compimento dell'80° (ottantesimo) anno di vita dell'Assicurato;
- per la Copertura Invalidità Totale e Permanente, al compimento del 65°(sessantacinquesimo) anno di vita dell'Assicurato;
- per la Copertura Inabilità Temporanea Totale, alla data di inizio del pensionamento volontario ovvero allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta, come indicato nella tabella sottostante;
- per la Copertura Ricovero Ospedaliero, allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta, come indicato nella tabella sottostante;
- per la Copertura Perdita Involontaria d'Impiego, alla data di inizio del pensionamento volontario ovvero allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta, come indicato nella tabella sottostante.

DURATA MASSIMA GARANZIE (IN ANNI)			
ETA' ALLA SOTTOSCRIZIONE	**DURATA MASSIMA GARANZIE I.T.P. / I.T.T. / R.O. / P.I.**	**ETA' ALLA SOTTOSCRIZIONE**	**DURATA MASSIMA GARANZIE I.T.P. / I.T.T. / R.O. / P.I.**
18 – 25	40	43	22
26	39	44	21
27	38	45	20
28	37	46	19
29	36	47	18
30	35	48	17
31	34	49	16
32	33	50	15
33	32	51	14
34	31	52	13
35	30	53	12
36	29	54	11
37	28	55	10
38	27	56	9
39	26	57	8

40	25	58	7
41	24	59	6
42	23	60	5

ARTICOLO 8 - RISCATTO, RIDUZIONE E RELATIVI COSTI

Il presente Contratto non consente ipotesi di Riscatto e Riduzione. Non sono previsti relativi costi.

ARTICOLO 9 - REVOCA DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

Il Contraente / Assicurato 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 - **accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità del Contraente / Assicurato,** 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 al Contraente / Assicurato i Premi eventualmente già corrisposti, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.

ARTICOLO 10 - DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente / Assicurato 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 Contraente / Assicurato,** ovvero a mezzo PEC al seguente indirizzo: **afi-esca@legalmail.it**

Le Garanzie cesseranno alla data richiesta dal Contraente / Assicurato 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 al Contraente / Assicurato il Premio, al netto delle imposte, delle spese di emissione del Contratto sostenute – che si quantificano preventivamente in € 20,00 - e della quota parte di Premio relativa al periodo in cui il Contratto ha avuto effetto.
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 dal Contraente / Assicurato.

ESEMPIO:
Polizza di durata pari a 30 anni con Garanzia Decesso
Capitale Assicurato pari a €150.000,00
Premio Unico (ad es. €4.023,64 + €20,00 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 = **€4.016,70;**

es. 2) Recesso esercitato **dopo 50 giorni** dalla Data di Decorrenza:
Premio versato – quota parte di Premio relativa al periodo di Copertura delle Garanzie – spese di emissione del Contratto – imposte = **€ 4.006,80€.**

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

Il Contraente / Assicurato deve comunicare tempestivamente alla Compagnia l'eventuale estinzione totale anticipata o l'accollo del Finanziamento da parte di terzi. In tali casi, la Copertura cesserà alla data di efficacia dell'estinzione totale anticipata ovvero dell'accollo da parte di Terzi.
Il Contraente / Assicurato deve comunicare tempestivamente alla Compagnia il trasferimento o la surroga del Finanziamento.
In difetto di comunicazione del nuovo piano di ammortamento, la Copertura resta valida nei limiti di quanto riportato sul piano di ammortamento in possesso della Compagnia.
In caso di estinzione anticipata o di accollo del finanziamento da parte di terzi, la Compagnia restituisce al Contraente / Assicurato, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di avvenuta estinzione anticipata o di trasferimento del Finanziamento, la parte di Premio pagato relativa al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria.
Il Contraente / Assicurato può richiedere il mantenimento della Copertura fino alla scadenza originaria del Contratto a favore di un nuovo Beneficiario designato.

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

Il mancato pagamento del Premio o di una rata del Premio determina, trascorsi 30 giorni dalla sua scadenza, la sospensione delle Coperture.
La sospensione opera per un periodo massimo di 12 (dodici) mesi decorrenti dalla scadenza del Premio o della rata di Premio, indipendentemente dal numero e dagli importi dei Premi già versati alla Compagnia che restano definitivamente acquisiti dalla Compagnia.
A giustificazione del mancato pagamento del Premio il Contraente / Assicurato non può, in nessun caso, opporre alla Compagnia il mancato ricevimento degli avvisi di scadenza né la mancata riscossione dell'incasso al proprio domicilio.
Entro 6 (sei) mesi dalla scadenza del Premio o della rata di Premio non pagati il Contraente / Assicurato ha il diritto di riattivare le Coperture, previa corresponsione di tutte le rate di Premio arretrate e non pagate in relazione alle Coperture, nonché delle eventuali spese di incasso sostenute dalla Compagnia.
Trascorsi 6 (sei) mesi dalla data di scadenza della prima rata di Premio non pagata, la riattivazione delle Coperture può avere luogo solo dietro espressa richiesta scritta del Contraente / Assicurato ed accettazione scritta, a proprio insindacabile giudizio, della Compagnia, che potrà richiedere nuovi accertamenti sanitari e rifiutare la riattivazione del Contratto, tenuto conto del loro esito.
La riattivazione delle Coperture ripristina - con effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il pagamento dell'intero ammontare dovuto - l'efficacia delle relative Coperture: l'eventuale Sinistro accaduto nel periodo di sospensione non è, pertanto, indennizzabile dalla Compagnia.
Qualora si verifichi il Sinistro durante la prima annualità assicurativa ed il relativo Premio non sia stato corrisposto per intero, la liquidazione dell'indennizzo avverrà solo previo pagamento della parte di Premio non corrisposta, da parte degli eredi legittimi e/o testamentari eventualmente designati Beneficiari del Contratto.
Trascorsi 12 (dodici) mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata, le Coperture Vita non possono più essere riattivate.

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

Il Contraente / Assicurato può richiedere la modifica delle Coperture scelte al momento della sottoscrizione del Contratto, nel rispetto delle combinazioni **b)**; **c)**; **d)**; ed **e)** previste dall'Art. 1.2.
Se l'Ente Erogante è stato designato Beneficiario del Contratto, per procedere alla modifica delle Coperture è necessario che l'Ente abbia espressamente accettato il beneficio.
La trasmissione di documenti da parte dell'Ente Erogante, comprovanti modifiche relative al Finanziamento, è considerata prova del consenso dell'Ente Erogante alle modifiche.
Nel caso di modifica del numero delle Coperture, l'Assicurato, se diverso dal Contraente / Assicurato, deve prestare il proprio consenso. Prima di accordare qualsiasi modifica di Garanzia, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere le informazioni di cui al precedente Art. 2 e seguenti.
Il Contraente / Assicurato è tenuto a comunicare alla Compagnia qualsiasi modifica relativa al Finanziamento (rinegoziazione, rimborso parziale anticipato, allungamento della durata, etc.) entro un termine massimo di 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza della modifica, affinché la Compagnia proceda all'adeguamento del Contratto così come all'eventuale rimborso dei Premi versati in eccedenza.
Il Contraente / Assicurato deve trasmettere alla Compagnia copia autentica del nuovo piano di ammortamento rilasciato dall'Ente Erogante.
Decorso il termine di 60 (sessanta) giorni, sia nel caso di trasmissione del piano di ammortamento originario definitivo che di comunicazione di modifica delle caratteristiche del Finanziamento, la data presa in considerazione per il calcolo del Premio aggiornato corrisponde alla data di ricezione della documentazione definitiva o aggiornata da parte della Compagnia.
In caso di Sinistro, non sono opponibili le modifiche al Finanziamento che comportano un aggravamento del rischio e non tempestivamente comunicate alla Compagnia.
Le modifiche al Finanziamento che comportano una diminuzione del rischio non danno diritto ad alcun rimborso del Premio, se non tempestivamente comunicate alla Compagnia.
In tutti i casi di modifiche del Finanziamento, fermo l'obbligo di pagamento del Premio aggiornato corrispondente, la Compagnia redige un'apposita Appendice al Contratto che certifica le modifiche e la relativa Data di Decorrenza.

ARTICOLO 14 - PREMI

Art. 14.1 - Tariffazione

Il Premio versato dal Contraente / Assicurato, 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 comunicate durante il Percorso di Sottoscrizione.
Il Premio è determinato in base:

- all'importo del Capitale residuo dovuto all'Ente Erogante, nei limiti della percentuale di Copertura Assicurativa;
- alla durata contrattuale;
- all'Età Assicurativa dell'Assicurato alla Data di Decorrenza;
- allo stato di salute dell'Assicurato al momento della sottoscrizione;
- all'attività professionale dell'Assicurato;
- alle attività sportive dell'Assicurato;
- alle abitudini di vita dell'Assicurato (stato di fumatore/non fumatore). L'Assicurato è definito non fumatore se dichiara di non aver mai fumato nel corso dei 24 mesi precedenti e di non aver dovuto smettere di fumare su consiglio medico. É definito fumatore se non rilascia tale dichiarazione.

In caso di Coperture Danni (Inabilità Totale e Temporanea, Perdita Involontaria d'Impiego e Ricovero Ospedaliero) l'ammontare totale del Premio, indicato nella Proposta di Assicurazione, è comprensivo dell'eventuale imposta di assicurazione applicabile - attualmente prevista nella misura del 2,5%.

Art. 14.2 - Importo e frazionamento

Il Contraente / Assicurato ha la facoltà di scegliere tra tre tipi di Premio:

1. **Premio Unico Anticipato:** l'importo - valido per l'intera durata del Contratto - deve essere corrisposto in un'unica soluzione prima della Data di Decorrenza.
   Il Premio Unico Anticipato può essere prescelto esclusivamente in caso di Finanziamento ammortizzabile a rata mensile fissa o, previo accordo della Compagnia, di Finanziamento con ammortamento differito massimo pari a 24 mesi.
   Il Premio Unico Anticipato è obbligatorio nel caso di sottoscrizione del Contratto in sostituzione di altro

contratto, precedentemente sottoscritto con una diversa Compagnia di assicurazione.

2. **Premio Periodico Costante:** l'importo – valido per il periodo assicurativo prescelto - rimane invariato per l'intera la durata del Contratto;
3. **Premio Periodico Variabile:** l'importo - valido per il periodo assicurativo prescelto - varia in funzione dell'età dell'Assicurato e del Capitale residuo del Finanziamento. Il Premio Periodico Variabile è obbligatorio nel caso di Finanziamento a rate variabili.

ESEMPIO:
Polizza di durata 30 anni con Capitale Assicurato pari a 150.000,00 € e Garanzia Decesso e Premio Unico di importo pari a 4.043,64;
In caso di scelta di Premio Periodico con frazionamento annuale, a quanto ammonta l'importo del Premio annuale?

A) **Premio Periodico Costante – annuale:** il Premio per ogni annualità assicurativa sarà pari a 234,60 €;
B) **Premio Periodico Variabile – annuale:** il Premio per la 1° annualità assicurativa sarà pari a 120,68 €; il Premio per la 2° annualità assicurativa sarà pari a 125,54 €; il Premio per la 3° annualità assicurativa sarà pari a 132,26€; e così via.

La scelta, da effettuarsi al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, è irrevocabile fino al termine del Contratto.
Il Premio Periodico (Costante o Variabile) può essere corrisposto alla Compagnia su base annuale, semestrale, trimestrale o mensile.

Non è possibile il frazionamento che comporti un Premio pari o inferiore a 30,00 €.

In tal caso, si applica il primo frazionamento che comporti un importo di Premio Periodico superiore a € 30,00.

Il frazionamento non implica spese aggiuntive, fatte salve le spese bancarie non direttamente riconducibili alla Compagnia.

ESEMPIO:
Premio Periodico **mensile** di importo pari a € 7,51 → **non possibile** - il Premio Periodico risulta di importo inferiore a € 30,00;
Premio Periodico **trimestrale** pari a € 22,57 → **non possibile** - il Premio Periodico risulta di importo inferiore a € 30,00;
Premio Periodico **semestrale** pari a € 45,18 → **possibile** - Premio Periodico di importo superiore a € 30,00.

L'importo del Premio Periodico sarà quindi pari a € 45,18 da corrispondersi con cadenza **semestrale.**

Art. 14.3 - Versamento del Premio

Il Premio Unico Anticipato, valido per l'intera durata del Contratto, deve essere corrisposto in un'unica soluzione prima della Data di Decorrenza.
Il Premio Periodico (Costante o Variabile) può essere corrisposto, a richiesta del Contraente / Assicurato, in rate annuali, semestrali, trimestrali o mensili.
Il Premio Unico Anticipato / Premio di Perfezionamento deve essere versato mediante sistemi di pagamento elettronici abilitati ai circuiti Visa e Mastercard (carta di debito o carta di credito) o tramite addebito SDD Core sul conto corrente del Contraente / Assicurato.
I Premi Periodici successivi devono essere versati mediante la stessa modalità utilizzata per il versamento del Premio Unico Anticipato / Premio di Perfezionamento, o tramite addebito SDD Core sul conto corrente del Contraente / Assicurato.
Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento, fa fede la documentazione contabile del relativo istituto di credito.
L'ammontare totale del Premio, indicato nella Proposta di Assicurazione, è comprensivo dell'eventuale imposta di assicurazione applicabile, attualmente nella misura del 2.5%, alle Coperture Danni.

Art. 14.4 - Costi gravanti sul Premio

Sul Premio gravano costi di acquisizione che costituiscono parte del Premio corrisposto dal Contraente / Assicurato. In particolare, il costo per l'emissione del Contratto è determinato in misura fissa ed è pari a 20,00 € e l'importo percepito dall'eventuale Intermediario è determinato in misura percentuale fino a un massimo del 50% del Premio di Perfezionamento al netto delle imposte.
Qualora l'Assicurato, nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, decida di sottoporsi a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, il costo di tale visita potrà variare in considerazione della struttura sanitaria

prescelta dall'Assicurato stesso e sarà interamente a suo carico.

ARTICOLO 15 - DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI

! I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a mezzo raccomandata A.R. al seguente recapito:
AFI ESCA S.A. - UFFICIO SINISTRI - Foro Buonaparte, 51 - 20121; Milano - 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.

La documentazione necessaria all'apertura del Sinistro è specificata negli articoli seguenti, per singola Garanzia.

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;
- Se i Beneficiari individuati sono gli eredi legittimi, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante gli eredi legittimi o indicante le disposizioni testamentarie;
- Certificato medico che precisi le esatte cause del Decesso, se del caso completo di anamnesi patologica con particolare riferimento alla patologia che ha causato il Decesso e, in caso di Decesso a seguito di ricovero, copia della cartella clinica;
- In caso di Decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- In caso di autopsia, copia del referto autoptico e tossicologico; in caso contrario, copia della dichiarazione che ne attesti l'assenza;
- In caso di morte violenta (suicidio, omicidio) occorre copia del verbale dell'Autorità di P.S. o Giudiziaria, da cui si possano rilevare le circostanze del Decesso e il decreto di archiviazione emesso da un'Autorità competente;
- Copia del documento di identità e del codice fiscale di ciascun beneficiario;
- Modulo Privacy firmato da tutti i beneficiari;
- Modulo D4 ISTAT "scheda di morte oltre il 1° anno di vita". La parte A) deve compilarla il medico, mentre la parte B è a cura dell'ufficiale di stato civile;
- In caso di eredi minori o incapaci, autorizzazione del Giudice Tutelare alla riscossione del Capitale Assicurato da parte del Tutore;
- Dichiarazione contenente le coordinate bancarie del Beneficiario / Beneficiari sulle quali corrispondere l'Indennizzo.
- Piano d'ammortamento o documento equipollente (dichiarazione dell'Ente Erogante attestante l'importo residuo del Finanziamento) o, in alternativa, esplicita lettera di svincolo.

Art. 15.2 - Invalidità Totale e Permanente

- Copia di un documento di identità dell'Assicurato in corso di validità;
- Comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto) ovvero il modulo di denuncia Sinistro scaricabile sul sito della Compagnia;
- Notifica di Invalidità Totale e Permanente emessa dagli enti preposti (INAIL, INPS, ASL, etc.), in difetto relazione

del medico legale attestante l'I.T.P. e il relativo grado;
- Nel caso di Invalidità dovuta a incidente stradale, copia del verbale reso dalle Autorità intervenute;
- Certificato medico precisante le esatte cause che hanno determinato l'Invalidità Totale e Permanente, se del caso completo di anamnesi patologica con particolare riferimento alla patologia che l'ha causata e, in caso di certificazione in corso di ricovero, copia della cartella clinica;
- Piano d'ammortamento o documento equipollente (dichiarazione dell'Ente Erogante attestante l'importo residuo del Finanziamento) o, in alternativa, esplicita lettera di svincolo;
- In caso di incapacità dell'Assicurato, autorizzazione del Giudice Tutelare alla riscossione del Capitale Assicurato da parte del Tutore;
- Modulo Privacy.

Art. 15.3 – Inabilità Totale e 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).

Art. 15.4 – Perdita Involontaria d'Impiego

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

- comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto);
- copia di un documento di identità dell'Assicurato in corso di validità;
- copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro con precisata la causa;
- eventuale lettera di assunzione;
- scheda professionale rilasciata dal Centro per l'Impiego, con l'indicazione della data di inizio e fine degli impieghi volti;
- copia del certificato d'iscrizione alle liste di mobilità o al centro per l'impiego (ex ufficio di collocamento) come disoccupato;
- autocertificazione dello stato di Disoccupazione;
- in caso di mobilità, lettera attestante il periodo di mobilità (rilasciata dal datore di lavoro);
- ultime due buste paga;
- per la prosecuzione del pagamento mensile dell'Indennizzo, il modulo di continuazione del sinistro debitamente compilato e firmato;
- documentazione attestante lo STATO OCCUPAZIONALE AGGIORNATO (C2 storico, scheda anagrafica/professionale o altra dichiarazione sostitutiva) rilasciato dal Centro per l'Impiego.

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

Art. 15.5 – Ricovero Ospedaliero

- comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto);
- copia di un documento di identità dell'Assicurato in corso di validità;
- attestato che certifichi la sua condizione di non lavoratore;
- copia eventuale del certificato del pronto soccorso;
- copia dei referti medici e dell'eventuale cartella clinica;
- copia dei certificati medici attestanti il periodo di ricovero, compreso l'attestato attestante la guarigione.

Art. 15.6 – Ulteriore documentazione da allegare nel caso in cui il Contraente / Assicurato sia una persona giuridica

Per tutte le Garanzie - nel caso in cui il Contraente / Assicurato sia una persona giuridica (società) - è necessario allegare anche la seguente documentazione:

- Statuto e Visura camerale della società Contraente / Assicurato ed eventuali procure ad operare;
- Documento d'identità in corso di validità del legale rappresentante della società Contraente / Assicurato;
- Documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà del Contraente / Assicurato;
- Decreto di nomina del legale rappresentante del Contraente / Assicurato (solo in caso di variazione rispetto a quello riportato nel Processo di Sottoscrizione).

! **Le denunce di Sinistro saranno considerate complete solamente al ricevimento di tutta la documentazione richiesta dalla Compagnia.**
La Compagnia si riserva il diritto di richiedere - per la disamina del Sinistro - copia delle cartelle cliniche o dichiarazioni di altri medici curanti o documentazione di carattere lavorativo, anagrafico, finanziario o amministrativo oltre che una dichiarazione dell'Ente Erogante attestante l'importo della rata del Finanziamento.
In casi particolari, la Compagnia potrà richiedere eventuale ulteriore documentazione suppletiva.

ARTICOLO 16 - LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

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

ARTICOLO 17 - CESSIONE DEI DIRITTI

Fatto salvo quanto previsto dal precedente Art. 11, il Contraente / Assicurato non potrà cedere o trasferire a terzi i diritti derivanti dalla Copertura. Il Contraente / Assicurato 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 del Contraente / Assicurato.

ARTICOLO 20 - SPESE VARIE

Al momento della sottoscrizione, il Contraente / Assicurato dovrà farsi carico delle spese di emissione del Contratto pari all'importo indicato durante il Processo di Sottoscrizione.
L'emissione di un'Appendice del Contratto comporta una spesa pari a euro 15,00 a carico del Contraente / Assicurato.

ARTICOLO 21 - GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE

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

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

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

! Fatto salvo quanto previsto al successivo Art. 23 (Reclami), tutte le comunicazioni da parte delil Contraente / Assicurato 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**

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

ARTICOLO 23 - 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.
Il Contraente / Assicurato potrà altresì rivolgersi al seguente Istituto:

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

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

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

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

In caso di esito insoddisfacente del reclamo presentato a AFI ESCA, o in caso di mancata risposta nei 45 giorni, il Contraente / Assicurato può esperire il tentativo di conciliazione davanti all'Arbitro Assicurativo ("AAS"). La guida utente, che illustra le fasi principali della procedura, è pubblicata sul sito dell'Arbitro Assicurativo (www.arbitroassicurativo.org).
Il ricorso all'AAS è condizione di procedibilità per adire l'Autorità giudiziaria.
Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente domicilio In Italia può presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, individuabile accedendo al sito Internet:
https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-

network-fin-net/make-complaint-about-financial-service-provider-another-eea-country_en
L'IVASS, ricevuto il reclamo, e accertata la presenza di un sistema estero competente, lo inoltra senza ritardo a tale sistema, dandone notizia al reclamante.
L'Autorità di Vigilanza del Paese di origine di AFI ESCA è l'ACPR (Autorité de 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 al Contraente / Assicurato eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Set Informativo, anche a seguito di modifiche normative intervenute dopo la sottoscrizione del Contratto.
Le variazioni saranno segnalate in occasione della prima comunicazione da inviare in adempimento degli obblighi di informativa previsti dalla normativa vigente.

ARTICOLO 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.

Protectim Live

Assicurazione individuale abbinata ai mutui

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 del Contraente / Assicurato, dei Beneficiari, (di seguito ognuno di essi potrà essere identificato come "Soggetto Interessato") quali il nome, indirizzo, sesso, data e luogo di nascita, numero di telefono, indirizzo e-mail, codice fiscale, dettagli del documento di identità e dati bancari (di seguito anche solo "Dati").
AFI ESCA può anche raccogliere e trattare "categorie particolari di dati personali" del Contraente / Assicurato 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 / Assicurato o dell'Assicurato (se è persona diversa dal Contraente / Assicurato), 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 del Contraente / Assicurato 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

Protectim Live

Assicurazione individuale abbinata ai mutui

Adeguata Verifica

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

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

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

Il trattamento dei dati è svolto, per le suddette finalità di prevenzione, con strumenti elettronici e 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.

Protectim Live

Assicurazione individuale abbinata ai mutui

Informativa FEA

Nota informativa sul servizio FEA Remota

Il presente documento (di seguito, "Nota Informativa") è predisposto da Afi Esca e Afi Esca IARD S.A Rappresentanza Generale per l'Italia ai sensi dell'articolo 57, commi 1 e 3, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 22/02/2013, contenente le regole tecniche in materia di generazione, apposizione e verifica delle firme elettroniche avanzate, qualificate e digitali (di seguito, "Decreto Regole Tecniche"), pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 117 del 21/05/2013, attuativo del Decreto Legislativo n. 82 del 07/03/2005 "Codice dell'Amministrazione Digitale" (di seguito, "CAD")

La presente Nota Informativa si propone l'obiettivo di:

- rendere note le caratteristiche del sistema attraverso cui Afi Esca e Afi Esca Iard S.A Rappresentanza Generale per l'Italia eroga il servizio di Firma Elettronica Avanzata in modalità remota, atte a garantire il rispetto di quanto prescritto dall'art. 56 comma 1 del Decreto Regole Tecniche;
- specificare le caratteristiche delle tecnologie utilizzate per l'eroga- zione del servizio ed il modo in cui queste consentono di ottemperare a quanto prescritto dalla normativa vigente.

1. INFORMAZIONI GENERALI (Decreto Regole Tecniche, art. 57 comma 1 lettera e, g)

1.1. La firma elettronica avanzata in remoto

Nell'ambito delle iniziative volte ad innovare ed a migliorare l'efficienza dei propri processi, Afi Esca e Afi Esca Iard S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia ha introdotto una nuova modalità di firma dei documenti pre-contrattuali basata su una soluzione informatica che consente di sottoscrivere tali documenti in formato elettronico, con l'obiettivo di ridurre e, ove possibile, eliminare nel corso del tempo l'uso della carta. La sottoscrizione dei predetti documenti precontrattuali avviene mediante l'utilizzo della firma elettronica avanzata in modalità remota (di seguito, "FEA Remota"), che consiste in un processo informatico nel quale il firmatario viene identificato dal servizio e autorizza l'apposizione della firma tramite un meccanismo di sicurezza.

Il documento recante la sottoscrizione con la FEA Remota del firmatario viene memorizzato attraverso un programma informatico e sigillato tramite apposizione della firma digitale di Afi Esca e Afi Esca Iard S.A Rappresentanza Generale per l'Italia, che rende immodificabile il documento così sottoscritto.

La firma e l'intero servizio di FEA Remota (di seguito, "Servizio") sono resi disponibili al firmatario da Afi Esca e Afi Esca Iard S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia, ai sensi dell'art. 55, comma 2, lett. a) del Decreto Regole Tecniche.

Afi Esca e Afi Esca IARD S.A Rappresentanza Generale per l'Italia si è rivolta ad una primaria società informatica che - ai sensi dell'art. 55, comma 2, lett. b) del Decreto Regole Tecniche - realizza la soluzione di firma con valore di firma elettronica avanzata e che dispone altresì della qualifica di Certification Authority ai sensi della normativa vigente.

1.2. I documenti che possono essere sottoscritti con la FEA Remota

La FEA Remota consente al Cliente di sottoscrivere i documenti precontrattuali per i quali Afi Esca e Afi Esca IARD S.A Rappresentanza Generale per l'Italia avrà reso, nel corso del tempo, disponibile tale Servizio.

1.3. Il processo di sottoscrizione

Il Servizio consente al Cliente di:

- visualizzare e leggere il documento sullo schermo del proprio dispositivo;
- sottoscrivere il documento direttamente sul dispositivo in modalità elettronica.

Al termine dell'operazione di sottoscrizione, il documento informatico assume caratteristiche tecniche che ne garantiscono l'integrità e l'immodificabilità.

1.4. La consegna del documento informatico sottoscritto

Il documento informatico è consegnato al Cliente che lo ha sottoscritto rendendolo disponibile, in formato pdf all'indirizzo di posta elettronica indicato dal Cliente medesimo o in formato cartaceo.

Qualora il Cliente nel corso del tempo vari l'indirizzo di posta elettronica, dovrà comunicare il nuovo indirizzo a informazioni@afi-esca.com

Il Cliente potrà richiedere il rilascio di una copia cartacea dei documenti sottoscritti all'indirizzo informazioni@afi-esca.com

In qualunque momento potrà richiedere un duplicato informatico o una copia cartacea del documento informatico sottoscritto, per tutto il periodo in cui Afi Esca e Afi Esca Iard S.A Rappresentanza Generale per l'Italia è tenuta per legge a conservare la documentazione sottoscritta.

2. LA DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE DELL'UTILIZZO DELLA FEA

REMOTA (Decreto Regole Tecniche, art. 57 comma 1 lettera a) L'utilizzo della FEA Remota con valore di firma elettronica avanzata può avvenire solo successivamente all'esplicita accettazione, da parte del Cliente, di avvalersi di tale modalità di firma.

Tale accettazione è espressa in una specifica dichiarazione, contenuta in un modulo di adesione che Afi Esca e Afi Esca Iard S.A Rappresentanza Generale per l'Italia sottopone al Cliente, e da questi appositamente sottoscritta. La copia del modulo di adesione è rilasciata in formato elettronico o cartaceo al Cliente, che potrà comunque chiedere a Afi Esca e Afi Esca Iard S.A Rappresentanza Generale per l'Italia in qualunque momento il rilascio di una ulteriore copia.

Il modulo di adesione contenente la dichiarazione di accettazione delle condizioni del Servizio e copia del documento di riconoscimento con cui è avvenuta l'identificazione del Cliente saranno conservati da Afi Esca e Afi Esca Iard S.A Rappresentanza Generale per l'Italia per almeno venti anni, come previsto dal Decreto Regole Tecniche.

La mancata accettazione del Servizio rende impossibile firmare i documenti pre-contrattuali in modalità elettronica; rimane possibile firmare tali documenti in modalità tradizionale con firma autografa.

3. LE CARATTERISTICHE DEL SISTEMA DI FEA REMOTA

(Decreto Regole Tecniche, art. 57 comma 1, lettere f, g)

3.1. Caratteristiche del sistema che garantiscono l'identificazione del firmatario

Afi Esca e Afi Esca Iard S.A Rappresentanza Generale per l'Italia identifica preliminarmente il Cliente, tramite "Selfie" (fotografia scattata dal Cliente a sé stesso attraverso utilizzo dell'APP o area dedicata del sito di Afi Esca e Afi Esca Iard S.A Rappresentanza Generale per l'Italia, richiedendo copia del relativo documento d'identità.

3.2. Caratteristiche del sistema che garantiscono la connessione univoca della firma al firmatario

Il sistema supporta la modalità di FEA Remota basata sull'utilizzo del proprio telefono cellulare. Il Cliente effettua una chiamata ad un numero verde ed inserisce un OTP (One-Time-Password) di firma sulla tastiera del proprio telefono. Le informazioni raccolte dal sistema durante la transazione telefonica sono inserite all'interno di ogni firma e collegano in maniera univoca quella firma al firmatario. Il sistema certifica che il numero dichiarato come proprio dal Cliente abbia effettuato una chiamata al numero verde indicato e abbia inserito l'OTP relativo a quella transazione (e relativo a quel documento).

3.3. Caratteristiche del sistema che garantiscono il controllo esclusivo del firmatario sul sistema di generazione della firma

Per quanto riguarda la firma tramite il cellulare, il dispositivo - che il Cliente dichiara essere in suo possesso - deve essere sotto il suo controllo e quindi deve averne il controllo esclusivo.

3.4 Caratteristiche del sistema che garantiscono di verificare che il documento informatico sottoscritto non abbia subito modifiche dopo l'apposizione della firma

Al termine della sottoscrizione il documento informatico è sigillato con certificato qualificato emesso da una Certification Authority riconosciuta. La tecnologia di firma digitale include l'impronta informatica (HASH) del contenuto soggetto a sottoscrizione. Il controllo della corrispondenza tra un'impronta ricalcolata e quella "sigillata" all'interno delle firme permette di verificare che il documento informatico sottoscritto non abbia subito modifiche dopo l'apposizione della firma. Questo consente di rilevare ogni possibile alterazione o modifica effettuata al documento.

3.5. Caratteristiche del sistema che garantiscono la possibilità per il firmatario di ottenere evidenza di quanto sottoscritto

All'atto della presentazione del documento per la firma, il Cliente può visualizzare sul video il contenuto in tutte le sue parti, con apposite funzioni di posizionamento della firma ("blob di firma").

Successivamente, il Cliente potrà visualizzare il documento elettronico firmato, che verrà inviato all'indirizzo di posta personale che il Cliente ha dichiarato in fase di adesione o consegnato in formato cartaceo.

3.6. Caratteristiche del sistema che garantiscono l'individuazione del soggetto erogatore della soluzione FEA Remota

Il certificato di firma digitale della FEA Remota individua il soggetto erogatore del Servizio ed è emesso da una certification authority riconosciuta. In questo caso ogni documento sottoscritto dal Cliente, dopo la raccolta delle firme, viene sigillato tramite apposizione della firma digitale di Afi Esca e Afi Esca Iard S.A Rappresentanza Generale per l'Italia rilasciata dalla Certification Authority TI Trust Technologies Srl.

3.7. Caratteristiche del sistema che garantiscono l'assenza nell'oggetto della sottoscrizione di qualunque elemento idoneo a modificarne gli atti, i fatti e i dati in esso rappresentati

I documenti prodotti dal sistema utilizzano esclusivamente formati atti a garantire l'assenza, nell'oggetto della sottoscrizione, di qualunque elemento idoneo a modificare gli atti, i fatti e i dati in essi rappresentati. Ad esempio, attualmente, i documenti sono esclusivamente in formato standard ISO PDF/A.

3.8. Caratteristiche del sistema che garantiscono la connessione univoca della firma al documento sottoscritto

I dati della firma vengono inseriti nel documento in una struttura, detta "blob di firma", che li unisce indissolubilmente all'impronta informatica del documento sottoscritto. Questa struttura è protetta con opportuna tecnica crittografica, al fine di preservare la firma da ogni possibilità di estrazione o duplicazione. Per la FEA Remota, la chiave crittografica in grado di estrarre le informazioni è in esclusivo possesso della Certification Authority TI Trust dotata di idonee garanzie di indipendenza e sicurezza nella conservazione della medesima chiave. Questa, potrà essere usata in sede di perizia, espressamente nei soli casi in cui si renda

indispensabile per l'insorgenza di un contenzioso sull'autenticità della firma e a seguito di richiesta dell'autorità giudiziaria per attestare l'autenticità del documento e della sottoscrizione. Inoltre, il sistema appone a sigillatura dell'intero contratto una "firma digitale" in formato standard PADES. A differenza del "blob di firma" queste firme tecniche sono visibili e verificabili con gli strumenti informatici standard per la presentazione e lettura dei documenti (es. PDF Reader).

3.9. Caratteristiche delle tecnologie utilizzate

Il software utilizzato è IDSIGN.

IDSIGN è una soluzione modulare multi-piattaforma per la firma di documenti digitali, che consente la visualizzazione e firma di documenti in formato pdf e supporta tutte le tipologie di firma digitale e/o elettronica.

Il modulo di firma CORE è il cuore del sistema IDSIGN e racchiude tutta la logica per gestire tutte le funzionalità dello stesso. Il sistema di firma CORE espone tutte le sue funzionalità tramite modalità REST.

La piattaforma IDSIGN è certificata A-SIT-1.115 come dispositivo sicuro di firma SSCD – Secure Signature Creation Device Allegato III D.E. 1993/93/EC.

Il modulo IDSIGN REMOTE è la piattaforma applicativa che, sfruttando la piattaforma SECURECALL SIGN, permette di implementare la firma di un documento elettronico in modalità remota. Il documento viene sigillato mediante una firma massiva che ne garantisce l'immodificabilità e l'autenticità.

Il servizio offerto da SECURECALL SIGN, in particolare, è un servizio di firma elettronica avanzata, nella declinazione di firma remota, che permette di apporre firme elettroniche utilizzando il proprio telefono cellulare. Secure CALL permette di determinare in maniera sicura e quindi di garantire il numero dal quale si effettua la chiamata (Caller ID).

Possono essere usati tutti i tipi di telefono cellulare, tutti i sistemi operativi, tutti gli operatori mobili.

4. INFORMAZIONI RIGUARDANTI LA COPERTURA ASSICURATIVA

(Decreto Regole Tecniche, art. 57 commi 2, 3)

In conformità alla normativa vigente, al fine di proteggere i titolari della firma elettronica avanzata e i terzi da eventuali danni cagionati da inadeguate soluzioni tecniche adottate, Afi Esca e Afi Esca Iard S.A Rappresentanza Generale per l'Italia ha stipulato una polizza assicurativa con primaria compagnia di assicurazione, abilitata ad esercitare nel campo dei rischi industriali.

La copertura assicurativa rispetta i massimali imposti dalla normativa.

Afi·Esca

Groupe Burrus

Afi·Esca iard

Groupe Burrus

Il vostro Intermediario

www.afi-esca.it

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

AFI ESCA IARD S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Foro Buonaparte, 51 - 20121 Milano; Tel. +39 02.583.248.45; e-mail: informazioni@afi-esca.com; Società per azioni, Capitale sociale € 5.000.010; Sede Sociale: 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.