

# Protectim

Assicurazione abbinata ai Mutui e Prestiti Personali

Fascicolo informativo



Copertura Assicurativa Individuale  
Vita e Danni



**Afi • Esca**   
GROUPE BURRUS

Rappresentanza Generale per l'Italia

**Afi • Esca**   
iARD GROUPE BURRUS

Rappresentanza Generale per l'Italia



# Protectim

Assicurazione abbinata ai Mutui e Prestiti Personali

## Caratteristiche Principali

Tariffa personalizzata

La copertura di uno o più prestiti

Sottoscrizione dai 18 ai 70 anni

Una copertura sul Decesso possibile fino a 80 anni

Quattro garanzie complementari facoltative acquistabili secondo le seguenti combinazioni:

\* Invalidità Totale Permanente

\* Invalidità Totale Permanente + Inabilità Temporanea Totale

\* Invalidità Totale Permanente + Ricovero Ospedaliero

\* Invalidità Totale Permanente + Perdita di Impiego

Garanzia Invalidità Totale Permanente disponibile a richiesta per tutti gli assicurati

Capitale assicurato illimitato per le garanzie Decesso e Invalidità Totale Permanente

Modifica delle garanzie in qualsiasi momento

Possibilità di frazionamento del premio senza spese aggiuntive

Rinegoziazione del premio in caso di estinzioni parziali anticipate del finanziamento

Possibilità di risoluzione anticipata del contratto in qualsiasi momento

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

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

## Alcune procedure utili per una corretta sottoscrizione della proposta e sui principali eventi della vita del contratto PROTECTIM

### Proposta di assicurazione

Compila il modulo di proposta in tutte le sue parti, senza dimenticare di datarlo e firmarlo.

Non dimenticare neanche di completare, se sei interessato(a), le dichiarazioni specifiche (non fumatore) e di spuntare la combinazione di garanzie scelte. Ricordati inoltre di allegare gli estremi del tuo conto bancario per l'autorizzazione al prelievo e il piano di finanziamento, se già in tuo possesso.

### Rischi aggravati

Il tuo intermediario ti ha consegnato i documenti necessari alla redazione del contratto.

### Formalità mediche e finanziarie

In base alla tua situazione, l'intermediario ti ha indicato gli elementi medici indispensabili allo studio della tua pratica. Oltre al questionario sanitario semplificato e al questionario medico, potrai effettuare gli altri esami presso il/i professionista/i di tua scelta o in un centro accreditato.

### Durante il periodo in cui sei assicurato(a):

#### Rimborso o modifica

In caso di rimborso parziale del prestito o modifica del contratto di prestito inviaci il nuovo piano di ammortamento.

Redigeremo così un'appendice al contratto assicurativo per tenere conto di questi nuovi elementi. È possibile che ti vengano richieste alcune informazioni mediche in caso di modifica del prestito (in particolare in caso di aumento della durata, del capitale...) o di aggiunta di garanzie.

#### Rinegoziazione del prestito

In caso di rinegoziazione del prestito presso un nuovo ente bancario, contatta il tuo intermediario assicurativo.

#### Altre modifiche

Per qualsiasi altra modifica (cambio di coordinate bancarie, indirizzo...) ricordati di comunicarla al nostro Servizio Clienti durante il periodo di garanzia.

#### In caso di sinistro

Ricordati di inviare al Servizio Clienti (Largo F. Richini 6 - 20122 Milano), entro massimo 60 giorni, la richiesta di indennizzo unitamente al modulo di denuncia sinistro per le garanzie complementari I.T.P., I.T.T., Ricovero Ospedaliero e Perdita di Impiego.

#### Rimborso anticipato

In caso di rimborso anticipato del prestito, contatta il tuo intermediario assicurativo.

#### Risoluzione del contratto

Desideri procedere alla risoluzione del contratto e il prestito è ancora in corso? Se l'ente erogante è designato come beneficiario irrevocabile del contratto, è necessario che dia il proprio consenso per poter procedere alla risoluzione. Dovrai dunque allegare alla richiesta una revoca dell'ente erogante che ci esoneri dai nostri obblighi.

Per qualsiasi necessità il nostro Servizio Clienti è disponibile al seguente indirizzo:

AFI ESCA - Servizio Clienti (Largo F. Richini, 6 - 20122 Milano).

# Protectim

Assicurazione abbinata ai Mutui e Prestiti Personali



Nota informativa

## CONTRATTO DI ASSICURAZIONE ABBINATO AI MUTUI E PRESTITI PERSONALI

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

### IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO SI COMPONE DI UN TOTALE DI 28 PAGINE E CONTIENE:

- Nota Informativa;
- Glossario;
- Condizioni Generali di Assicurazione;
- Privacy;
- Adeguata Verifica della Clientela;
- Modulo di Proposta di Assicurazione.

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

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA**

(Aggiornato al Regolamento ISVAP n. 40 del 3/05/2012 - data dell'ultimo aggiornamento: 05/09/2012)

## NOTA INFORMATIVA

**La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP. Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni Generali di Assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto di Assicurazione.**

La presente Nota Informativa si riferisce all'offerta congiunta di Coperture assicurative relative a rami vita e a rami danni, prestate da Compagnie di assicurazione distinte.

## A - INFORMAZIONI SULLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE

### 1. INFORMAZIONI GENERALI

#### 1.1 COPERTURA ASSICURATIVA RELATIVA AI CASI DI DECESSO E INVALIDITÀ TOTALE PERMANENTE (COPERTURA VITA).

AFI ESCA S.A., società con sede legale e direzione generale in Quai Kléber, 2, 67000 Strasburgo (Francia) abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento.

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

Per le Coperture caso Decesso ed Invalidità Totale e Permanente il Contratto di Assicurazione viene stipulato con la rappresentanza generale per l'Italia di AFI ESCA S.A., avente sede e direzione in Largo Richini, 6 - 20122 Milano - Italia, P. IVA 07907350966, C.F. 97601900158, numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI-1989762 iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00105.

Telefono: +39 02.583.248.45; Sito internet: [www.afi-esca.it](http://www.afi-esca.it); e-mail: [informazioni@dafi-esca.com](mailto:informazioni@dafi-esca.com).

#### 1.2 COPERTURA ASSICURATIVA RELATIVA AI CASI DI INABILITÀ TOTALE E TEMPORANEA, PERDITA DI IMPIEGO E RICOVERO OSPEDALIERO (COPERTURA DANNI).

AFI ESCA IARD S.A., società con sede legale e direzione generale in Square Dutilleul, 4, 59042 Lille (Francia), soggetta a direzione e coordinamento di AFI ESCA S.A., abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento.

AFI ESCA IARD S.A. è sottoposta alla vigilanza dell'ACP (Autorité de Contrôle Prudentiel).

Per le Coperture per Inabilità Totale e Temporanea, Ricovero Ospedaliero e Perdita di Impiego, il Contratto di Assicurazione è stipulato con la rappresentanza generale per l'Italia di AFI ESCA IARD S.A., avente sede e direzione in Largo Richini, 6 - 20122 Milano - Italia, P. IVA e C.F. 07906760967, numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI-1989679 iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00102.

Telefono: +39 02.583.248.45; Sito internet: [www.afi-esca.it](http://www.afi-esca.it); e-mail: [informazioni@dafi-esca.com](mailto:informazioni@dafi-esca.com).

### 2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE

#### 2.1 AFI ESCA S.A.

AFI ESCA S.A. ha un patrimonio netto pari a 123 milioni di Euro di cui 12,36 milioni di Euro è il capitale sociale e 110,76 milioni di Euro è il totale delle riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari al 248%.

#### 2.2 AFI ESCA IARD S.A.

AFI ESCA IARD S.A. ha un patrimonio netto pari a 3.176.000 Euro di cui 3 milioni di Euro è il capitale sociale e 176.000 Euro è il totale delle riserve patrimoniali. L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni, 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 18.076%.

## B - INFORMAZIONI SUL CONTRATTO, SULLE PRESTAZIONI ASSICURATIVE E SULLE GARANZIE OFFERTE

La presente nota informativa si riferisce all'offerta congiunta delle Coperture assicurative relative ai casi di Decesso e di Invalidità Totale e Permanente prestate da AFI ESCA S.A. e delle Coperture assicurative relative ai casi di Inabilità Totale e Temporanea, di Ricovero Ospedaliero e di Perdita di Impiego prestate da AFI ESCA IARD S.A. Il Contraente, all'atto della sottoscrizione del Modulo di Proposta di Assicurazione, potrà scegliere se abbinare alla Copertura assicurativa per il caso di Decesso (Copertura obbligatoria di base), anche la Copertura per il caso di Invalidità Totale e Permanente nonché una delle ulteriori Coperture assicurative facoltative relative ai rami danni.

In ogni caso, il Contraente non potrà accedere alla Copertura per il caso di Invalidità Totale e Permanente se non ha sottoscritto il Modulo di Proposta di Assicurazione per la Copertura relativa al caso di Decesso né ad una delle Coperture per i rami danni se non ha sottoscritto il Modulo di Proposta di Assicurazione per la Copertura relativa al caso di Decesso congiuntamente alla Copertura di Invalidità Totale e Permanente.

**Il Contratto di Assicurazione non prevede tacito rinnovo.**

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

#### 3.1 COPERTURE RELATIVE AL RAMO VITA PER I CASI DI DECESSO E DI INVALIDITÀ TOTALE E PERMANENTE

La durata delle Coperture coincide, per ciascun Assicurato, con la durata del piano di ammortamento originario del Finanziamento. Per le Coperture assicurative relative ai casi di Decesso e di Invalidità Totale e Permanente la durata del Contratto coincide sempre con la durata del piano di ammortamento originario del Finanziamento, nel limite massimo rappresentato dallo scadere del mese solare di compimento dell'80° anno di vita dell'Assicurato per il caso Decesso, e dallo scadere del mese solare di compimento del 65° anno di vita dell'Assicurato per il caso di Invalidità Totale e Permanente. La durata del Finanziamento è comunicata alla Compagnia dal Contraente.

Il Contraente è del pari tenuto a comunicare alla Compagnia qualsiasi modifica relativa al Finanziamento (rinegoziazione, rimborso parziale anticipato, allungamento della durata, etc.) entro un termine massimo di 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza della modifica, affinché la Compagnia proceda all'adeguamento del Contratto così come all'eventuale rimborso dei Premi versati in eccedenza. A tale scopo, il Contraente trasmette alla Compagnia copia autentica del nuovo piano di ammortamento rilasciato dall'Ente Erogante. In difetto di detta comunicazione da parte del Contraente le Coperture assicurative resteranno invariate. Le Coperture assicurative cessano nei casi previsti all'art. 4.4 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

**Il Contratto di Assicurazione prevede le seguenti prestazioni assicurative:**

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

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

**b) prestazione in caso di Invalidità Totale e Permanente (valida per tutti gli Assicurati)**

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

Si rinvia all'art. 10 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle singole prestazioni.

**Avvertenze relative a tutte le Coperture relative al ramo vita:**

**Avvertenza:** alle Coperture assicurative si applicano le Esclusioni specificamente indicate all'art. 11 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

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

**3.2 COPERTURE RELATIVE AI RAMI DANNI, PER I CASI DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE, DI RICOVERO OSPEDALIERO E DI PERDITA DI IMPIEGO**

Per la Copertura relativa ai rami danni, il Contratto di Assicurazione prevede le seguenti prestazioni assicurative, alternative tra loro:

**a) prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale (valida per i Lavoratori Autonomi e i Dipendenti del settore privato e pubblico)**

Il rischio coperto è l'Inabilità Temporanea Totale al lavoro derivante da Infortunio o Malattia.

La garanzia può essere attivata esclusivamente insieme alle Coperture per il caso di Decesso e per l'Invalidità Totale e Permanente ed è sottoscrivibile solo dai Lavoratori Autonomi con un reddito certificabile e dai Lavoratori Dipendenti del settore privato e pubblico. Per la garanzia Inabilità Temporanea Totale è prevista una durata coincidente con la durata del piano di ammortamento originario del Finanziamento, nel limite massimo rappresentato dalla prima evenienza tra la data di inizio del pensionamento volontario dell'Assicurato, ovvero allo scadere della durata massima del Contratto determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta, come da tabella allegata all'art. 4. delle CGA, sempre che l'Assicurato non abbia optato per una data di scadenza diversa nel Modulo di Proposta.

**Avvertenze:** alla Copertura assicurativa si applica un Periodo di Franchigia.

**b) prestazione in caso di Ricovero Ospedaliero (valida per chi non esercita alcuna attività lavorativa)**

Il rischio coperto è il Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o Malattia.

La garanzia può essere attivata esclusivamente insieme alla Copertura per il caso di Decesso e per l'Invalidità Totale e Permanente ed è sottoscrivibile solo da chi non esercita alcuna attività lavorativa.

Per la garanzia Ricovero Ospedaliero è prevista una durata coincidente con la durata del piano di ammortamento originario del Finanziamento, nel limite della durata massima del Contratto determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta, come da tabella allegata all'art. 4. delle CGA, sempre che l'Assicurato non abbia optato per una data di scadenza diversa nel Modulo di Proposta.

**Avvertenze:** alla Copertura assicurativa si applica un Periodo di Franchigia.

**c) Copertura assicurativa in caso di Perdita Involontaria d'Impiego (valida esclusivamente per i Lavoratori Dipendenti del settore privato)**

Il rischio coperto è la Perdita Involontaria di Impiego. La garanzia può essere attivata esclusivamente insieme alla Copertura per il caso di Decesso e per l'Invalidità Totale e Permanente ed è sottoscrivibile solo dai Lavoratori Dipendenti del settore privato.

Per la garanzia Perdita Involontaria d'Impiego è prevista una durata coincidente con la durata del piano di ammortamento originario del Finanziamento, nel limite massimo rappresentato dalla prima evenienza tra la data di inizio del pensionamento volontario dell'Assicurato, ovvero allo scadere della durata massima del Contratto determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta, come da tabella allegata all'art. 4. delle CGA, sempre che l'Assicurato non abbia optato per una data di scadenza diversa nel Modulo di Proposta.

**Avvertenze:** alla Copertura si applica un Periodo di Carenza.

**Alla Copertura assicurativa si applica un Periodo di Franchigia.**

Si rinvia all'art. 10 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle singole prestazioni.

La Copertura assicurativa cessa nei casi previsti all'art. 4.4 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

**Avvertenze relative a tutte le Coperture relative al ramo danni:**

**Avvertenza:** alle Coperture assicurative si applicano le Esclusioni specificamente indicate all'art. 11 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

**Avvertenza:** per tutte le Coperture assicurative relative al ramo danni indicate nel presente capitolo 3.2 è prevista l'applicazione di un limite massimo al capitale assicurato, come indicato negli artt. 10.3, 10.4 e 10.5 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

**Esemplificazioni:**

Il **Periodo di Franchigia** è un periodo di tempo durante il quale, pur in presenza di un evento indennizzabile ai sensi delle Condizioni Generali di Assicurazione, il Beneficiario non ha diritto ad alcuna Indennità.

Ad esempio: nel caso in cui sia previsto un Periodo di Franchigia di 30 (trenta) giorni, la prestazione non verrà corrisposta prima che siano decorsi 30 (trenta) giorni dalla data di accadimento del Sinistro e a condizione che persistano, allo scadere del periodo suddetto, le condizioni che hanno determinato l'operatività della Copertura.

Il **Periodo di Carenza** è un periodo di tempo, immediatamente successivo alla Data di Decorrenza dell'assicurazione, durante il quale l'efficacia della Copertura assicurativa è sospesa.

Ad esempio: nel caso in cui sia prevista una Carenza di 60 (sessanta) giorni, qualsivoglia Sinistro verificatosi prima che siano decorsi 60 (sessanta) giorni dalla Data di Decorrenza dell'assicurazione, non potrà essere indennizzato.

Il **Massimale** è la somma fino alla cui concorrenza l'Assicuratore presta le garanzie.

Ad esempio: nel caso in cui sia previsto un massimale pari a Euro 1.000,00 e il debito residuo (o il valore della rata di rimborso) ammonti a Euro 1.500,00, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo di importo pari, al massimo, a Euro 1.000,00.

**4. DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO**

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

**Avvertenza:** le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della

Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione delle Coperture ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile, come previsto all'art. 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

## 5. AGGRAVAMENTO E DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

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

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

- attività professionale dell'Assicurato;
- attività sportive dell'Assicurato;
- abitudini di vita dell'Assicurato (Assicurato dichiaratosi non fumatore che inizi o ricominci a fumare);
- soggiorni all'estero di lunga durata in Paesi a rischio.

## 6. PREMI

Il Premio può essere unico o periodico, fisso o variabile. Il suo ammontare, che dipende dall'importo e dalla durata della Copertura, è determinato in relazione all'importo del capitale assicurato, alla durata contrattuale, all'età dell'Assicurato, al suo stato di salute, alle attività professionali e sportive svolte, alle sue abitudini di vita (stato di fumatore/non fumatore).

**Per tutte le Coperture assicurative, relative sia al ramo vita che ai rami danni, il Contratto non prevede la possibilità di Riscatto e di Riduzione.**

Il Premio deve essere corrisposto in un'unica soluzione, nel caso di Premio unico o, a richiesta del Contraente, in rate annuali, semestrali, trimestrali o mensili, nel caso di Premio periodico.

Il Premio unico deve essere versato mediante bonifico bancario sul conto corrente intestato a AFI ESCA S.A., anche nella sua qualità di delegata all'incasso di AFI ESCA IARD S.A.; il Premio periodico deve essere versato mediante procedura di addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente (procedura RID), secondo le indicazioni espresse dal Contraente nel Modulo di Proposta di Assicurazione.

## TABELLA ILLUSTRATIVA DEI PREMI

Nella tabella che segue si possono osservare alcune esemplificazioni degli importi di Premio richiesti per la Copertura. Gli importi indicati non tengono conto delle valutazioni del rischio attinenti, ad esempio, alla professione ed allo stato di salute dell'Assicurato. Tali valutazioni possono essere effettuate dalla Compagnia solo dopo che il Contraente ha reso le necessarie informazioni e compilato la documentazione medica prevista o effettuato la visita medica ove necessario (si rinvia all'art. 2.6 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio).

La tabella qui di seguito evidenzia i Premi unici riferiti ad un capitale iniziale assicurato (capitale erogato iniziale del finanziamento) di Euro 100.000,00 per la formula assicurativa: Decesso + ITP + ITT o Ricovero Ospedaliero, su diverse durate e per diverse fasce di età, Uomo/Donna indifferenziati, delle categorie fumatore/non fumatore.

I Premi indicati sono al netto dei costi di emissione, ma comprensivi delle tasse e della remunerazione dell'Intermediario qui calcolata a scopo di esempio come pari al 15%.

		NON FUMATORE					FUMATORE		
		Durata in anni					Durata in anni		
Età		10	15	20	Età		10	15	20
25		774,75	1 127,98	1 514,44	25		977,98	1 442,19	1 972,43
30		882,80	1 350,72	1 906,56	30		1 146,59	1 789,99	2 579,50
35		1 129,30	1 801,43	2 603,35	35		1 533,17	2 488,23	3 639,68
40		1 590,86	2 350,58	3 118,22	40		2 241,68	3 622,89	5 293,91
45		2 286,18	3 685,28	5 434,08	45		3 273,92	5 274,67	7 754,87
50		3 295,94	5 402,44	7 553,16	50		4 716,27	7 700,94	10 980,18
55		4 910,65	7 437,98	10 242,32	55		6 978,64	10 867,74	15 497,64

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

- costi di emissione: Euro 20,00
- remunerazione dell'Intermediario: variabile tra un minimo di 0% ed un massimo del 40%; in media 15% del Premio versato al netto delle imposte; a titolo di esempio, se il Premio imponibile è pari ad Euro 100,00, la remunerazione dell'Intermediario è pari ad Euro 15,00.

Si precisa che i costi degli esami e delle visite mediche sono a carico della Compagnia, nella misura massima di Euro 150,00 e previa presentazione di adeguato giustificativo.

**Avvertenza: in caso di estinzione anticipata o di trasferimento del Finanziamento, 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 di mantenere la Copertura fino alla scadenza originaria del Contratto a favore di un nuovo Beneficiario designato.**

Si rinvia agli artt. 7 e 15 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.



 C - INFORMAZIONI SUI COSTI, SCONTI, REGIME FISCALE

## 7. COSTI

### 7.1 COSTI GRAVANTI DIRETTAMENTE SUL CONTRAENTE

#### 7.1.1 COSTI GRAVANTI SUL PREMIO:

COSTO	Misura fissa	% Premio versato al netto delle imposte
Spese di emissione Contratto	Euro 20	-
Remunerazione dell'Intermediario	-	Minimo 0% e massimo 40%

Esempio: se il Premio è pari ad Euro 100,00 e la remunerazione dell'Intermediario è pari al 15% il costo è pari ad Euro 15,00. Si precisa che i costi degli esami e delle visite mediche sono a carico della Compagnia, nella misura massima di Euro 150,00 e previa presentazione di adeguato giustificativo.

#### 7.1.2 ALTRI COSTI

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

## 8. SCONTI

Non sono previsti sconti di Premio.

## 9. RIVALSE

Il Contratto non consente l'esercizio di eventuali rivalse.

## 10. REGIME FISCALE

### 10.1 IMPOSTE SUI PREMI

I Premi di assicurazione per le Coperture relative al ramo vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni, mentre quelli per le Coperture relative al ramo danni previste dal presente Contratto sono soggetti ad un'imposta pari al 2,5% del Premio imponibile.

### 10.2 DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI

Il Contratto, stipulato in Italia con soggetti ivi residenti, è soggetto alla normativa fiscale italiana, la quale prevede, in relazione alle Coperture Assicurative offerte da AFI ESCA S.A. (Assicurazione vita) una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) nella misura del 19% dei Premi versati che su base annua, ai fini del calcolo della predetta detrazione d'imposta, non possono eccedere l'importo massimo di Euro 1.291,14. La detrazione è riconosciuta nei limiti anzidetti al Contraente/Assicurato.

### 10.3 TASSAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

Come da disposizioni in vigore alla data di redazione della presente nota informativa le somme corrisposte a seguito di Decesso, Invalidità Totale e Permanente, Ricovero Ospedaliero ed Inabilità Temporanea Totale in dipendenza del presente Contratto di Assicurazione, non sono assoggettate ad alcuna imposizione fiscale, ai sensi dell'art. 6 comma 2 del D.P.R. nr. 917 del 22/12/1986. Le somme percepite a seguito di Perdita di Impiego costituiscono reddito della stessa categoria del reddito sostituito.

 D - ALTRE INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

## 11. MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO

Le modalità di conclusione del Contratto e la decorrenza delle Coperture sono indicate negli artt. 2 e 4 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

## 12. RISOLUZIONE DEL CONTRATTO PER SOSPENSIONE DEL PAGAMENTO DEI PREMI

Il Contraente ha facoltà di risolvere il Contratto sospendendo il pagamento dei Premi, nei termini e secondo le modalità di cui all'art. 9 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

**Avvertenza: la risoluzione del Contratto comporta la cessazione delle Coperture. Si rinvia all'art. 9 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.**

## 13. RISCATTO E RIDUZIONE

Non sono previste ipotesi di Riscatto o Riduzione.

## 14. REVOCA DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

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

La revoca deve essere esercitata a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviarsi alla Compagnia al seguente recapito: AFI ESCA S.A. - SERVIZIO

CLIENTI, Largo Richini, 6 - 20122 MILANO, allegando l'originale della Proposta di Assicurazione. Qualora la dichiarazione di revoca della proposta pervenga tempestivamente alla Compagnia, impedendo la conclusione del Contratto, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente gli importi da questi eventualmente già corrisposti, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.

## 15. DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 30 (trenta) 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, Largo Richini, 6 - 20122 MILANO, accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità. Il Contraente si impegna, altresì, ad informare l'Ente Erogante dell'intervenuto esercizio del diritto di recesso.

Decorso il termine di 30 (trenta) giorni, il Contraente può recedere dal Contratto con le medesime modalità, in qualsiasi momento, previo consenso dell'Ente Erogante ove sia stato designato Beneficiario del Contratto o di una cessione in garanzia del Contratto (costituzione in pegno, pignoramento, convenzione di deposito, vincolo) ed abbia accettato il beneficio o la cessione in garanzia, oggetto di una specifica Appendice, che sia stata debitamente notificata alla Compagnia.

Le garanzie cesseranno alla data richiesta dal Contraente o, se precedente, alla data di spedizione della lettera raccomandata del Contraente/Assicurato. La Compagnia, entro il termine di 30 (trenta) giorni dal ricevimento della dichiarazione di recesso, ha l'obbligo di restituire al Contraente il Premio, al netto delle imposte, delle spese mediche eventualmente già rimborsate al Contraente, delle spese di emissione del Contratto sostenute - che si quantificano preventivamente in € 20,00 - e della quota parte di Premio relativa al periodo in cui il Contratto ha avuto effetto. Si precisa che, laddove nelle more dell'esercizio del diritto di recesso si verifici un Sinistro e il Beneficiario dichiarerà per iscritto alla Compagnia di voler profittare della garanzia assicurativa, tale diritto del Beneficiario si intenderà prevalente rispetto al diritto di recesso esercitato dal Contraente.

## 16. PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'art. 2952 del codice civile, i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

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

## 17. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al Contratto si applica la legge italiana.

## 18. LINGUA IN CUI È REDATTO IL CONTRATTO

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

## 19. INFORMATIVA IN CORSO DI CONTRATTO

La Compagnia è tenuta a trasmettere, entro 60 (sessanta) giorni dalla chiusura di ogni anno solare, l'estratto conto annuale della posizione assicurativa, nonché 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 o del/dei vincolatario/vincolatari.

## 20. COMUNICAZIONI TRA IL CONTRAENTE/ASSICURATO E LA COMPAGNIA

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

## 21. CONFLITTO DI INTERESSI

AFI ESCA S.A. ed AFI ESCA IARD S.A. dichiarano che il presente Contratto non presenta situazioni di conflitto di interessi.

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



E - INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

## 22. SINISTRI - DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE ALL'IMPRESA PER LA LIQUIDAZIONE DELLE PRESTAZIONI - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a mezzo raccomandata A.R. al seguente recapito: AFI ESCA S.A. - UFFICIO SINISTRI - Largo Richini, 6 - 20122 MILANO, e comunque non oltre il termine di 30 (trenta) giorni dal verificarsi del Sinistro.

Per le Coperture che applicano una Franchigia, il calcolo del Periodo di Franchigia decorrerà dalla data di ricezione della denuncia di Sinistro da parte della Compagnia.

L'Assicurato o gli aventi diritto possono chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al seguente numero 02.583.248.45.

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

L'art. 16 delle Condizioni Generali di Assicurazione riporta le indicazioni di dettaglio relative alla documentazione da presentare alla Compagnia per la liquidazione e alla procedura di liquidazione.

## 23. RECLAMI

### 23.1 RECLAMI ALLA COMPAGNIA

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

**AFI ESCA S.A./AFI ESCA IARD S.A. - Largo Richini, 6 - 20122 MILANO**  
**Telefono: +39 02.583.248.45, Fax: +39 02 583.255.94**  
**Indirizzo e-mail: reclami@afi-esca.com**

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

**ISVAP - 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'ISVAP i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'autorità giudiziaria.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente domicilio in Italia può presentare reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, individuabile accedendo al sito Internet: [http://ec.europa.eu/internal\\_market/finservices-retail/finnet/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm)

L'ISVAP, 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'ACP (Autorité de Contrôle Prudentiel) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito: [www.acam-france.fr/relations-assures](http://www.acam-france.fr/relations-assures).

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

## 24. ARBITRATO

Ferma la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, per le Coperture relative ai casi di Invalidità Totale e Permanente, Inabilità Totale Temporanea, Perdite di Impiego e Ricovero Ospedaliero, in caso di controversie sull'indennizzabilità del Sinistro o la misura dell'Indennizzo, le parti si obbligano a conferire, per iscritto, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di assicurazione, ad un collegio di tre medici, di cui uno designato dalla Compagnia, l'altro dall'Assicurato ed il terzo di comune accordo, o in caso contrario, dal collegio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore, violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

**AFI ESCA S.A.**  
**Direttore Italia**

**Pierfrancesco Basilico**



**AFI ESCA IARD S.A.**  
**Direttore Italia**

**Pierfrancesco Basilico**



# Protectim

Assicurazione abbinata ai Mutui e Prestiti Personali



## Glossario

**Appendice:** il documento rilasciato posteriormente all'emissione del Certificato di Polizza per procedere alla modifica di uno o più elementi originari del Contratto. L'Appendice costituisce parte integrante del Contratto.

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

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

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

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

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

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

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

### Compagnia:

Per le Coperture Vita: AFI ESCA S.A.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Intermediario:** 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.).

**Invalità Totale e Permanente:** la perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, della generica capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività lavorativa svolta: tale invali-

dità totale permanente viene riconosciuta quando il grado percentuale di invalidità permanente dell'Assicurato sia pari o superiore al 60%, ai sensi del D.P.R. 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche. Secondo le Tabelle Riferimento Inail.

**ISVAP:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di interesse collettivo.

**Lavoratori Autonomi:** le persone fisiche che abbiano presentato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) una dichiarazione relativa all'anno precedente che escluda la percezione di reddito da lavoro dipendente (si veda la definizione di Lavoratore Dipendente al punto successivo) e che compori denuncia di almeno uno dei redditi definiti agli articoli 32 (reddito agrario), 53 (redditi di lavoro autonomo), 55 (redditi di Impresa) del D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone; sono considerati Lavoratori Autonomi anche i cosiddetti "Lavoratori a Progetto".

**Lavoratori Dipendenti del settore privato:** le persone fisiche che prestino il proprio lavoro, con qualunque qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri, in base a un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato o determinato comportante un obbligo di prestazione non inferiore a 20 ore settimanali. Sono altresì assimilati ai lavoratori dipendenti coloro che godono di redditi di cui all'art. 50, comma 1, D.P.R. 22.12.1986 n. 917, lettere: a) lavoratori soci di cooperative, c) borse, assegni o sussidi a fini di studio o di addestramento, d) remunerazioni dei sacerdoti, g) indennità parlamentari ed assimilate.

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

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

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

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

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

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

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

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

**Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

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

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

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

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

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

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

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

# Protectim

Assicurazione abbinata ai Mutui e Prestiti Personali



## Condizioni generali di assicurazione

### ARTICOLO 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

#### Art. 1.1 - Prestazioni Assicurative

Il presente Contratto di Assicurazione si riferisce all'offerta congiunta delle Coperture assicurative relative ai casi di Decesso e di Invalidità Totale e Permanente prestate da AFI ESCA S.A. e delle Coperture assicurative relative ai casi di Inabilità Totale e Temporanea, di Ricovero Ospedaliero e di Perdita di Impiego prestate da AFI ESCA IARD S.A.

Il Contraente, all'atto della sottoscrizione del Modulo di Proposta di Assicurazione, potrà scegliere se abbinare alla Copertura assicurativa per il caso di Decesso, anche la Copertura per il caso di Invalidità Totale e Permanente nonché una delle ulteriori Coperture assicurative relative ai rami danni. In ogni caso, il Contraente non potrà accedere alla Copertura per il caso di Invalidità Totale e Permanente se non ha sottoscritto il Modulo di Proposta di Assicurazione per la Copertura relativa al caso di Decesso né ad una delle Coperture per i rami danni se non ha sottoscritto il Modulo di Proposta di Assicurazione per la Copertura relativa al caso di Decesso e di Invalidità Totale e Permanente.

#### Art. 1.2 - Prestazioni Sottoscrivibili

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta di Assicurazione, il Contraente può aderire alla sola offerta obbligatoria di base:

- Copertura per il solo caso di Decesso (valida per tutti gli Assicurati);  
ovvero ad una delle formule congiunte delle seguenti Coperture:
- Copertura per il caso di Decesso + Copertura per Invalidità Totale e Permanente (valida per tutti gli Assicurati);
- Copertura per il caso di Decesso + Copertura per Invalidità Totale e Permanente + Copertura per Inabilità Temporanea Totale al Lavoro (valida per i Lavoratori Autonomi e per i Lavoratori Dipendenti del settore pubblico e privato);
- Copertura per il caso di Decesso + Copertura per Invalidità Totale e Permanente + Ricovero Ospedaliero (valida per chi non esercita alcuna attività lavorativa);
- Copertura per il caso di Decesso + Copertura per Invalidità Totale e Permanente + Perdita di Impiego (valida solo per i Lavoratori Dipendenti del settore privato);

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

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

#### Art. 2.1 - Persone assicurabili

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

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

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

- nel caso di Copertura per Decesso, siano di età inferiore a 70 anni;
- nel caso di Copertura per Invalidità Totale e Permanente, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero, siano di età inferiore a 65 anni;
- nel caso di Copertura per Perdita Involontaria d'Impiego, siano di età inferiore a 55 anni.

Nei casi di Copertura per Inabilità Temporanea Totale e Perdita In-

volontaria d'Impiego sono assicurabili le persone fisiche che esercitano effettivamente un'attività lavorativa retribuita o comunque produttiva di reddito certificabile. In via eccezionale, ove i richiedenti stiano beneficiando di una sospensione dell'attività lavorativa per congedo di maternità, congedo parentale, congedo di formazione, periodo sabbatico o per l'avvio di un'attività di impresa, potranno richiedere tali garanzie a condizione che la ripresa dell'attività lavorativa avvenga entro 6 mesi dalla data di sottoscrizione della Proposta di Assicurazione. In caso contrario, le medesime garanzie cesseranno e i relativi Premi verranno rimborsati ai richiedenti, su domanda di questi ultimi.

#### Art. 2.3 - Residenza dell'Assicurato

Per poter usufruire delle Coperture, l'Assicurato deve risiedere in Italia e il Finanziamento dovrà essere:

- sottoscritto con un Ente Erogante situato in Italia;
- denominato in Euro;
- redatto in lingua italiana.

#### Art. 2.4 - Modalità di sottoscrizione

Il Contraente compila e sottoscrive il Modulo di Proposta di Assicurazione, allegandovi:

- il piano di ammortamento del Finanziamento o un documento dell'Ente Erogante contenente le caratteristiche dello stesso;
- nel caso di pagamento periodico del Premio, l'autorizzazione al prelievo automatico accompagnata dagli estremi di un conto bancario intestato a suo nome.

Nel caso in cui la persona da assicurare sia diversa dal Contraente, anch'essa dovrà sottoscrivere il Modulo di Proposta di Assicurazione.

La persona da assicurare è altresì tenuta ad adempiere alle formalità di cui al successivo art. 2.6 come le saranno precisate al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta.

Per una stessa operazione di Finanziamento possono essere assicurate più persone, a condizione che siano cointestatari del medesimo Finanziamento e che ciascuna separatamente sottoscriva il proprio Modulo di Proposta di Assicurazione.

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

#### Art. 2.5 - Assicurazione e Finanziamenti cointestati

In caso di più cointestatari Assicurati, per ciascun Assicurato la Copertura sarà operante in base ad una delle seguenti opzioni, che dovrà essere indicata dagli Assicurati stessi nel Modulo di Proposta di Assicurazione:

- Opzione I) - Assicurazione intera: per ciascun Assicurato, il Premio e l'eventuale Indennizzo vengono calcolati per intero;
- Opzione II) - Assicurazione pro quota: per ciascun Assicurato, il Premio e l'eventuale Indennizzo vengono calcolati pro quota, applicando la percentuale indicata nel Modulo di Proposta di Assicurazione.

#### Art. 2.6 - Ammissione alla Copertura

È ammissibile alla Copertura il Contraente che abbia sottoscritto la Proposta di Assicurazione.

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta di Assicurazione, ciascun Assicurato dovrà inoltre, in funzione della propria età al momento della sottoscrizione del citato modulo e dell'importo del Finanziamento richiesto, procedere così come indicato nella tabella assuntiva di seguito riportata:

- compilare il Questionario Medico Semplificato (QMS);
- compilare il Questionario Medico (QM);

TAVOLE DI RIFERIMENTO

TAVOLA DELLE FORMALITÀ MEDICHE (in vigore al 30/06/2012)			
Capitale da assicurare	Età		
	<45	45-64	65-70
fino a 75.000 €	A	A	C
da 75.001 € a 200.000 €	A	B	C
da 200.001 € a 250.000 €	B	B	D
da 250.001 € a 450.000 €	D	D	D
da 450.001 € a 1.500.000 €	E	E + PSA x maschi	E + PSA x maschi
da 1.500.001 € a 2.500.000 €	F	E + PSA x maschi	
oltre 2.500.000 €	Consultare la Compagnia		

	Quest. Medico SEMPL.	Quest. Medico	Rapp. visita medica	Profilo Ematico	ECG a riposo	Esame urine e rapp. finanzi.conf.	PSA per gli uomini
A							
B							
C							
D							
E							>45 anni
F							>45 anni
G	Sempre sopra i 45 anni >450K €						

C) fornire il Rapporto Medico (RM) ed altri eventuali esami medici richiesti dalla Compagnia.

Nel caso in cui vi siano più Assicurati cointestatori del medesimo Finanziamento e sia stata scelta l'opzione II) - Assicurazione pro quota - di cui al precedente art. 2.5, l'importo del Finanziamento richiesto per ciascun Assicurato sarà pari alla percentuale da questi indicata nel Modulo di Proposta di Assicurazione.

Nel caso in cui l'Assicurato sia intestatario o cointestatorio di più Finanziamenti garantiti dalla Compagnia, l'importo del Finanziamento richiesto, da considerare ai fini della tabella assuntiva, sarà pari alla somma di tutti i singoli importi finanziati all'Assicurato.

Relativamente alla modalità di cui al precedente punto A), nel caso in cui l'Assicurato non ritenga di poter sottoscrivere il QMS, dovrà provvedere alla compilazione del QM (modalità B).

Il Profilo Ematico deve prevedere i seguenti esami, nessuno escluso: Emocromo con formula, VES, Conteggio Piastrine, Glicemia, Trigliceridi, Colesterolo Totale, HDL, LDL, Azotemia, Creatinina, Gamma GT, Transaminasi (ASAT, ALAT), Test HIV, Antigeni HBS e HCV.

**I costi degli esami e delle visite mediche sono a carico della Compagnia nella misura massima di Euro 150,00 previa presentazione di adeguato giustificativo.**

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

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

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

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato, rese al momento del-

la sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, se inesatte o reticenti relativamente a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio assunto dalla Compagnia, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della Copertura ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile.

Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti lo stato di salute dell'Assicurato che, richieste dalla Compagnia all'atto di sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, devono corrispondere a verità ed esattezza.

Qualora tra il momento del rilascio delle informazioni inerenti lo stato di salute dell'Assicurato e la Data di Decorrenza intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute, l'Assicurato deve darne sollecita comunicazione alla Compagnia al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione alla Copertura di cui all'art. 2.6, pena la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della Copertura ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile.

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

Se la Compagnia accetta il rischio, redige e invia al Contraente il Certificato di Polizza che precisa le garanzie accordate, l'importo del capitale assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione e alla fine di ogni anno solare, la Data di Decorrenza e quella di scadenza del Contratto, le caratteristiche del Finanziamento e la Percentuale di copertura assicurativa, le eventuali Condizioni Particolari e i Beneficiari designati.

**Art. 4.1 - Conclusione del Contratto**

Il Contratto di Assicurazione si conclude:

alla data in cui il Contraente riceve dalla Compagnia il Certificato di Polizza.

Se la Compagnia rifiuta il rischio, ne dà comunicazione all'Assicurato



tramite lettera raccomandata A.R. e gli rimborsa gli eventuali Premi versati al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione.

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

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

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

#### Art. 4.2 - Decorrenza della Copertura

La Copertura decorre:

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

#### Art. 4.3 - Durata della Copertura

La durata della Copertura coincide, per ciascun Assicurato, con la durata del piano di ammortamento originario del Finanziamento, ovvero 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. 4.4 che segue.

#### Art. 4.4 - Cessazione della Copertura

La Copertura cessa alla scadenza del contratto di Finanziamento.

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

- pagamento dell'ultima rata di rimborso del Finanziamento;
- estinzione totale anticipata del Finanziamento, salvo quanto previsto dal successivo art. 7;
- accollo del Finanziamento da parte di terzi, come previsto dall'art. 1273 del codice civile, salvo quanto previsto dal successivo art. 7;
- estinzione totale anticipata del Finanziamento in relazione alla liquidazione del Sinistro;
- mancato pagamento dei Premi, ai sensi dell'art. 1924 del codice civile e secondo quanto disposto dal successivo art. 9;
- esercizio del diritto di recesso, come disciplinato dal successivo art. 8;
- per l'Assicurato ammesso alla Copertura nella sua qualità di dirigente, funzionario, socio o legale rappresentante di una persona giuridica, quando cessa di svolgere questa funzione;
- per la Copertura per Decesso, al compimento dell'80° anno di vita dell'Assicurato;
- per la Copertura Invalidità Totale e Permanente, al compimento del 65° anno di vita dell'Assicurato;
- per la Copertura Inabilità Temporanea Totale, alla data di inizio del pensionamento volontario ovvero allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta, come indicato nella tabella a latere, sempre che l'Assicurato non abbia optato per una data di scadenza diversa nel Modulo di Proposta;
- per la Copertura Ricovero Ospedaliero, allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta, come indicato nella tabella a latere, sempre che l'Assicurato non abbia optato per una data di scadenza diversa nel Modulo di Proposta;
- per la Copertura Perdita Involontaria d'Impiego, alla data di inizio del pensionamento volontario ovvero allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta, come indicato nella tabella a latere, sempre che l'Assicurato non abbia optato per una data di scadenza diversa nel Modulo di Proposta;

ETÀ ALLA SOTTOSCRIZIONE	DURATA MASSIMA GARANZIA	
	ITT/RICOVERO OSPEDALIERO	PERDITA DI IMPIEGO
18	40	37
19	40	36
20	40	35
21	40	34
22	40	33
23	40	32
24	40	31
25	40	30
26	39	29
27	38	28
28	37	27
29	36	26
30	35	25
31	34	24
32	33	23
33	32	22
34	31	21
35	30	20
36	29	19
37	28	18
38	27	17
39	26	16
40	25	15
41	24	14
42	23	13
43	22	12
44	21	11
45	20	10
46	19	9
47	18	8
48	17	7
49	16	6
50	15	5
51	14	4
52	13	3
53	12	2
54	11	1
55	10	

#### ARTICOLO 5 - REVOCA DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

Il Contraente può revocare la proposta contrattuale ai sensi dell'art. 176 del Codice delle Assicurazioni Private fino al momento della conclusione del Contratto. 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, Largo Richini, 6 - 20122 MILANO, allegando l'originale della Proposta di Assicurazione. Qualora la dichiarazione di revoca della proposta pervenga tempestivamente alla Compagnia, impedendo la conclusione del Contratto, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente i Premi da questi eventualmente già corrisposti, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.



**ARTICOLO 6 - RISCATTO, RIDUZIONE E RELATIVI COSTI**

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

**ARTICOLO 7 - ESTINZIONE TOTALE ANTICIPATA, TRASFERIMENTO, SURROGA, ACCOLLO**

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

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

Il Contraente/Assicurato può richiedere il mantenimento della Copertura fino alla scadenza originaria del Contratto a favore di un nuovo Beneficiario designato.

**ARTICOLO 8 - DIRITTO DI RECESSO**

Il Contraente può recedere dal Contratto di Assicurazione entro trenta 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, Largo Richini, 6 - 20122 MILANO, accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità. Il Contraente si impegna, altresì, ad informare l'Ente Erogante dell'intervenuto esercizio del diritto di recesso.

Decorso il termine di 30 (trenta) giorni, il Contraente può recedere dal Contratto con le medesime modalità, in qualsiasi momento, previo consenso dell'Ente Erogante ove sia stato designato Beneficiario del Contratto di una cessione in garanzia (costituzione in pegno, pignoramento, convenzione di deposito, vincolo), ed abbia accettato il beneficio o la cessione in garanzia, oggetto di una specifica Appendice, che sia stata debitamente notificata alla Compagnia. Le garanzie cesseranno alla data richiesta dal Contraente o, se precedente, alla data di spedizione della lettera raccomandata del Contraente/Assicurato.

La Compagnia, entro il termine di 30 (trenta) giorni dal ricevimento della dichiarazione di recesso, ha l'obbligo di restituire al Contraente il Premio, al netto delle imposte, delle spese mediche eventualmente già rimborsate al Contraente, delle spese di emissione del Contratto sostenute - che si quantificano preventivamente in € 20,00 - e della quota parte di Premio relativa al periodo in cui il Contratto ha avuto effetto. Si precisa che, laddove nelle more dell'esercizio del diritto di recesso si verifici un Sinistro e il Beneficiario dichiara per iscritto alla Compagnia di voler profittare della garanzia assicurativa, tale diritto del Beneficiario si intenderà prevalente rispetto al diritto di recesso esercitato dal Contraente.

**ARTICOLO 9 - RISOLUZIONE DEL CONTRATTO PER MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI E RIATTIVAZIONE**

Il mancato pagamento anche di un solo Premio determina, trascorsi 30 (trenta) giorni dalla sua scadenza, la risoluzione del Contratto e la perdita dei Premi già versati che resteranno acquisiti dalla Compagnia. A giustificazione del mancato pagamento del Premio il Contraente non può, in alcun caso, opporre alla Compagnia il mancato ricevimento degli avvisi di scadenza né la mancata riscossione dell'incasso al proprio domicilio.

Nel caso in cui il Contraente interrompa il versamento dei Premi, il Contratto può essere riattivato automaticamente e senza formalità, entro 6 (sei) mesi dalla data stabilita per il versamento del Premio non corrisposto, previo pagamento dei Premi arretrati. Qualora però siano trascorsi più di 6 (sei) mesi dalla predetta scadenza, la riattivazione può avvenire solo dietro espressa richiesta scritta del Contraente ed accettazione scritta da parte della Compagnia, che ha la facoltà di richiedere nuovi accertamenti sanitari e rifiutare la riattivazione del Contratto, tenuto conto del loro esito.

La riattivazione è possibile solo previa corresponsione di tutti i Pre-

mi arretrati, aumentati degli interessi legali calcolati per il periodo intercorso tra la data di scadenza di ogni singolo Premio arretrato e quella della richiesta di riattivazione, nonché delle eventuali spese RID sostenute dalla Compagnia. La riattivazione del Contratto ripristina - con effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il pagamento dell'intero ammontare dovuto - le obbligazioni contrattuali come se non si fosse verificata alcuna interruzione di pagamento.

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.

**ARTICOLO 10 - CONDIZIONI E PRESTAZIONI RELATIVE ALLE COPERTURE**

Il Contratto di Assicurazione prevede le seguenti prestazioni assicurative:

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

Le garanzie sono prestate nei limiti delle Esclusioni, comuni e specifiche, di cui all'art. 11 che segue.

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

**Art. 10.1 - A) Prestazione in Caso di Decesso****Assicurati garantiti**

La garanzia si applica a tutti gli Assicurati.

**Rischio assicurato**

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

**Prestazione assicurativa**

Il capitale liquidato al Beneficiario sarà pari al debito residuo del Finanziamento in linea capitale, alla data del Decesso dell'Assicurato, al netto di interessi o rate insolute o di cui sia stata accordata la sospensione del pagamento.

Il pagamento avviene nel limite della Percentuale di copertura assicurativa.

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

La presente garanzia viene prestata:

- senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, fatte salve le esclusioni di cui agli artt. 11.1 e 11.2 che seguono, che possono comportare la riduzione o il venir meno della Copertura;
- fino allo scadere del mese solare di compimento dell'80° anno di vita dell'Assicurato.

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

**Art. 10.2 - B) Prestazione in Caso di Invalidità Totale e Permanente****Assicurati garantiti**

La garanzia si applica a tutti gli Assicurati.

**Rischio assicurato**

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

## Prestazione assicurativa

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

Il pagamento avviene nel limite della Percentuale di copertura assicurativa.

La presente garanzia viene prestata:

- senza limiti territoriali e senza tener conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato, fatte salve le esclusioni specifiche di cui all'art. 11.3 che segue, e che possono comportare la riduzione o il venire meno della Copertura;
- fino allo scadere del mese solare di compimento del 65° anno di vita dell'Assicurato.

## Art. 10.3 - C) Prestazione in Caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro

### Assicurati garantiti

La garanzia si applica ai Lavoratori Autonomi con un reddito certificabile e ai Lavoratori Dipendenti del settore privato e pubblico.

### Rischio assicurato

Il rischio coperto è l'Inabilità Temporanea Totale derivante da Infortunio o Malattia.

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

### Prestazione assicurativa

La Copertura garantisce, in caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro, la liquidazione mensile di una somma determinata in base alle indicazioni del contratto di Finanziamento e calcolata sulla base della formula di cui al successivo art. 10.6, tenendo conto che il limite massimo di capitale assicurato è pari ad Euro 300.000, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata del Contratto.

Le prestazioni cessano immediatamente in caso di ripresa di un'attività lavorativa da parte dell'Assicurato, nonché in tutti i casi di cessazione delle Coperture come precisati all'art. 4.

Qualora l'Assicurato, dopo la ripresa dell'attività lavorativa, subisca - prima che siano trascorsi 30 giorni dalla ripresa stessa - una nuova interruzione di lavoro a seguito della medesima Malattia o del medesimo Infortunio, la Copertura viene ripristinata senza l'applicazione di un nuovo Periodo di Franchigia. Qualora il nuovo Sinistro sia dovuto a una causa diversa dalla precedente, verrà applicato nuovamente il Periodo di Franchigia.

La Copertura per il caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro è sottoposta:

- ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni.

La presente garanzia viene prestata:

- senza limiti territoriali salvo le esclusioni specifiche previste agli artt. 11.3 e 11.4 che seguono e che possono comportare la riduzione o il venire meno della Copertura;
- fino alla data di inizio del pensionamento volontario dell'Assicurato, ovvero allo scadere della durata massima del Contratto determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta, come da tabella allegata all'art. 4.

## Art. 10.4 - D) Prestazione in Caso di Ricovero Ospedaliero

### Assicurati garantiti

La garanzia si applica a chi non esercita alcuna attività lavorativa.

### Rischio assicurato

Il rischio coperto è il Ricovero Ospedaliero derivante da Infortunio o Malattia.

### Prestazione assicurativa

La Copertura garantisce, in caso di Ricovero Ospedaliero, la liquidazione mensile di una somma determinata in base alle indicazioni del contratto di Finanziamento e calcolata sulla base della formula di cui al successivo art. 10.6, tenendo conto che il limite massimo di capitale assicurato è pari ad Euro 300.000, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata del Contratto.

La Copertura per il caso di Ricovero Ospedaliero è sottoposta:

- ad un Periodo di Franchigia assoluta di 7 giorni.

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

La presente garanzia viene prestata:

- senza limiti territoriali, salvo le esclusioni specifiche previste all'art. 11.5 che segue e che possono comportare la riduzione o il venire meno della Copertura;
- allo scadere della durata massima del Contratto determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta, come da tabella allegata all'art. 4.

## Art. 10.5 - E) Prestazione in Caso di Perdita d'Impiego

### Assicurati garantiti

La garanzia si applica ai soli Lavoratori Dipendenti del settore privato.

### Rischio assicurato

Il rischio coperto è la Perdita Involontaria di Impiego.

### Prestazione assicurativa

La Copertura garantisce, in caso di Perdita di Impiego, la liquidazione mensile di una somma, determinata in base alle indicazioni del contratto di Finanziamento e calcolata sulla base della formula di cui al successivo art. 10.6, tenendo conto che il limite massimo di capitale assicurato è pari ad Euro 300.000, per un massimo di 6 rate mensili per Sinistro e 18 rate mensili per tutta la durata del Contratto.

La Copertura per la Perdita di Impiego è sottoposta:

- ad un Periodo di Carenza di 90 giorni;
- ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni.

Qualora il Contraente sottoscriva la Proposta di Assicurazione in sostituzione di una precedente ed analoga Copertura assicurativa con altra Compagnia di assicurazioni, il Periodo di Carenza non si applica.

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

Tuttavia, nel caso in cui il contratto di lavoro dipendente di ente privato sia solo a tempo determinato e per una durata non superiore a sei mesi, il pagamento dell'Indennizzo verrà sospeso per la durata del contratto di lavoro, riprenderà alla scadenza dello stesso e verrà considerato come continuazione del Sinistro iniziale, sempre che persista lo stato di Disoccupazione. Si precisa che per ogni Sinistro tale sospensione non potrà superare i sei mesi, decorsi i quali l'interruzione sarà definitiva.

La presente garanzia viene prestata:

- senza limiti territoriali, fatte salve le esclusioni specifiche di cui all'art. 11.6 che segue, che possono determinare la riduzione o il venire meno della Copertura;
- fino alla data di inizio del pensionamento volontario dell'Assicurato, ovvero allo scadere della durata massima del Contratto determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta, come da tabella allegata all'art. 4.

## Art. 10.6 - Regola di rimborso

Nel caso di Sinistro relativo a Coperture per Inabilità Temporanea Totale al Lavoro, Ricovero Ospedaliero e Perdita Involontaria di Impiego, la somma mensile massima che sarà liquidata dalla Compagnia sarà calcolata sulla base della seguente formula:

$$C \times (1 + T/R)^{(R \times A)} \times \frac{T/R}{(1 + T/R)^{(R \times A)} - 1}$$

tenendo conto che il limite massimo di capitale assicurato è pari ad Euro 300.000, laddove C indica il capitale (importo del Finanziamento); T il tasso annuo espresso in decimali (ragione per cui per esprimere ad esempio il 5% si utilizzerà lo 0,05); R il numero delle rate del Finanziamento che si pagano nel corso dell'anno (pagamento mensile= 12; pagamento trimestrale= 4; pagamento quadrimestrale= 3 e pagamento semestrale= 2) e A la durata del Finanziamento (espressa in anni).

Per questa ragione, nel caso di capitale assicurato inferiore ad Euro 300.000, verrà rimborsato un importo mensile pari alla rata effettivamente dovuta dall'Assicurato all'Ente Erogante:

### Esempio A)

C = 200.000 €

T = 5%

A = 120 mesi

rata effettiva = 2.121,31 €

rata rimborsata = 2.121,31 €

Viceversa, nel caso in cui sia stato assicurato un capitale superiore ad Euro 300.000, la rata rimborsata potrebbe essere anche di importo in-

feriore a quella dovuta dall'Assicurato all'Ente Erogante:

**Esempio B)**

C = 350.000 €

T = 5%

A = 120 mesi

rata effettiva = 3.712,29 €

rata rimborsata = 3.181,97 €

## ARTICOLO 11 - ESCLUSIONI

**Art. 11.1 - Esclusioni riguardanti la garanzia per il caso di Decesso, valide solo per le ipotesi in cui l'Ente Erogante abbia condizionato l'erogazione del Finanziamento alla stipula del Contratto di Assicurazione La Copertura è esclusa solo nei seguenti casi:**

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

**Art. 11.2 - Esclusioni comuni a tutte le garanzie (ad eccezione delle ipotesi di cui all'art. 11.1)**

La Copertura è esclusa nei seguenti casi:

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

**Art. 11.3 - Esclusioni riscattabili riguardanti le garanzie Invalidità Totale e Permanente e Inabilità Temporanea Totale al Lavoro e Ricovero Ospedaliero**

I rischi elencati di seguito possono essere oggetto di Copertura, in qualsiasi momento, su richiesta del Contraente, previa determinazione di un'adeguata tariffa, alle condizioni previste nella Proposta di Assicurazione o dalle relative Condizioni Particolari qualora l'Assicurato pratichi i seguenti sport:

- bungee jumping, base jump, paracadutismo;
- canyoning, rafting, kite surf;
- speleologia;
- sport da combattimento (tranne se praticati in club o con licenza);
- sci fuori pista, sci acrobatico, bobsleigh;
- alpinismo, scalata e trekking in montagna oltre 5.000 m, downhill;
- immersioni oltre 20 m di profondità e speleosubacquea.

La garanzia è valida quando gli sport di cui sopra sono praticati in for-

ma di iniziazione, sotto la guida di personale qualificato e titolare dei dovuti brevetti e autorizzazioni regolamentari:

- pratica di qualsiasi sport a titolo professionale o con contratto remunerato;
- gare sportive (compresi gli allenamenti e le prove che le precedono) che richiedono l'utilizzo di animali, veicoli (con o senza motore) o imbarcazioni a motore.

**Art. 11.4 - Esclusioni riguardanti le garanzie Inabilità Temporanea Totale al Lavoro e Ricovero Ospedaliero**

- le Esclusioni menzionate agli artt. 11.2 e 11.3.

Inoltre, non sono considerati Infortunio o Malattia le seguenti circostanze:

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

**Art. 11.5 - Esclusioni specifiche riguardanti la garanzia Ricovero Ospedaliero**

- le Esclusioni menzionate agli artt. 11.2, 11.3 ed 11.4;
- interventi di chirurgia plastica ricostruttiva che non siano resi necessari a seguito di Infortunio o Malattia, e prestazioni aventi finalità estetiche, dietologiche e fitoterapiche;
- ricoveri dovuti al parto o a patologie connesse alla gravidanza, aborto volontario non terapeutico;
- ricoveri dovuti a infertilità, sterilità, checkup di medicina preventiva;
- ricoveri in regime di lungodegenza o le convalescenze, anche in soggetti non più autosufficienti, qualora siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

**Art. 11.6 - Esclusioni riguardanti la garanzia Perdita Involontaria d'Impiego**

- licenziamenti per "giusta causa";
- dimissioni;
- licenziamenti comunicati da un datore di lavoro congiunto, anche ascendente e discendente;
- cessazioni, alla loro scadenza, di contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di somministrazione lavoro (ex interinali), contratti di lavoro intermittente e contratti stagionali;
- licenziamenti durante o al termine di un periodo di prova;
- contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano;
- licenziamenti per raggiungimento dell'età richiesta per il diritto a "pensione di vecchiaia";
- licenziamenti o risoluzioni consensuali del rapporto di lavoro determinati da ristrutturazione o riorganizzazione aziendale con erogazione di incentivi all'esodo ovvero accompagnatori alla quiescenza;
- messa in mobilità del lavoratore dipendente che, nell'arco del periodo di mobilità stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia;
- situazioni di Disoccupazione che diano luogo all'Indennizzo da parte della Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Edilizia o Straordinaria;
- licenziamento per superamento del periodo di comporta;
- licenziamento per impossibilità sopravvenuta della prestazione determinata dalla carcerazione del lavoratore.

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

Il Contraente può richiedere, in qualsiasi momento, un aumento o una riduzione delle Coperture scelte al momento della sottoscrizione del Contratto, nel rispetto delle combinazioni (b), (c), (d) ed (e) di cui al precedente art. 1.2 e a condizione che vi sia l'accordo scritto dell'Ente Erogante ove questi sia stato designato Beneficiario del Contratto ed abbia accettato il beneficio.

La trasmissione di documenti da parte dell'Ente Erogante, comprovanti modifiche relative al Finanziamento, è considerata prova del consenso dell'Ente Erogante alle suddette modifiche.

Allo stesso modo nel caso di aumento del numero delle Coperture, l'Assicurato, se diverso dal Contraente, dovrà prestare il proprio consenso.

Prima di accordare qualsiasi aumento di garanzia, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere le informazioni di cui al precedente art. 2 e suoi sotto paragrafi.

Il Contraente si impegna a trasmettere alla Compagnia, entro 60 (sessanta) giorni dalla data di svincolo dei fondi, la tabella di ammortamento definitiva, affinché la Compagnia possa, ove necessario, adeguare le garanzie e rimborsare l'eventuale eccedenza di Premi percepita.

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

A tale scopo, il Contraente trasmette alla Compagnia copia autentica del nuovo piano di ammortamento rilasciato dall'Ente Erogante.

Decorso il termine di 60 (sessanta) giorni, sia che si tratti della trasmissione del piano di ammortamento originario definitivo sia nel caso di modifica delle caratteristiche del Finanziamento, la data che verrà presa in considerazione per il calcolo del nuovo Premio corrisponderà a quella in cui la Compagnia ha ricevuto la documentazione definitiva o aggiornata.

In caso di Sinistro, non saranno opponibili alla Compagnia le modifiche al Finanziamento che comportino un aggravamento del rischio e che non siano state comunicate tempestivamente alla Compagnia medesima. Le modifiche al Finanziamento che comportano una diminuzione del rischio non daranno diritto ad alcun rimborso del Premio, ove non siano state tempestivamente comunicate alla Compagnia.

In tutti i casi di modifiche del Finanziamento, fermo l'obbligo di pagamento del relativo Premio corrispondente, verrà redatta un'apposita Appendice al Contratto che prenda atto delle modifiche con decorrenza rispettivamente:

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

## ARTICOLO 13 - BENEFICIARIO DELLE COPERTURE

Se il Contraente e l'Assicurato sono la stessa persona, le prestazioni assicurative sono liquidate:

- in caso di Decesso o Invalidità Totale e Permanente, al Beneficiario designato, sino a concorrenza delle somme residue dovute dall'Assicurato e con eventuale saldo spettante al coniuge o, in sua mancanza, agli eredi legittimi dell'Assicurato;
- per tutte le altre garanzie, direttamente all'Assicurato.

Se il Contraente e l'Assicurato sono due persone distinte, le prestazioni assicurative sono liquidate:

- in caso di Decesso o Invalidità Totale e Permanente, al Beneficiario designato, sino a concorrenza delle somme residue dovute dall'Assicurato e con eventuale saldo spettante al Contraente;
- per tutte le altre garanzie, direttamente all'Assicurato.

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

## ARTICOLO 14 - CALCOLO DEI PREMI

### Art. 14.1 - Tariffazione

La tariffa applicata è definita in base alle informazioni contenute nella Proposta di Assicurazione.

Essa si basa in particolare:

- sull'età dell'Assicurato che viene calcolata per differenza tra il millesimo dell'anno in corso e il millesimo dell'anno di nascita;
- sull'importo del capitale residuo dovuto all'Ente Erogante, alla fine di ogni anno solare, moltiplicato per la Percentuale di copertura assicurativa, come precisato nel modulo di Proposta di Assicurazione;
- sulla condizione di fumatore o non fumatore dell'Assicurato.

### Art. 14.2 - Importo e frazionamento

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

- unico, il cui importo dovrà essere corrisposto in un'unica soluzione

ed in via anticipata alla Data di Decorrenza;

- fisso, il cui importo resterà fisso per tutta la durata del Contratto, secondo il frazionamento prescelto;
- variabile, il cui importo varia ogni anno in funzione dell'età raggiunta dall'Assicurato e del capitale residuo del Finanziamento.

La scelta del Premio fisso è riservata ai Finanziamenti ammortizzabili, con rate mensili fisse ed eventualmente un ammortamento differito di massimo 24 mesi.

In caso di sottoscrizione del Contratto in sostituzione di altro contratto precedentemente sottoscritto con un'altra Compagnia, è ammesso solo il Premio unico.

Al contrario, per i Finanziamenti a rate variabili il Premio non può che essere variabile.

La scelta, da effettuarsi al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, è irrevocabile fino al termine del Contratto.

I Premi possono essere versati su base annuale, semestrale, trimestrale o mensile. Il frazionamento non implica spese aggiuntive, fatte salve le spese bancarie non direttamente riconducibili alla Compagnia. Nel caso il frazionamento scelto dal Contraente sia uguale o inferiore a Euro 20,00, sarà applicato il frazionamento immediatamente inferiore. Ad esempio: in caso di importo del Premio trimestrale pari a Euro 20,00, il Contratto potrà avere un frazionamento al massimo semestrale, con Premio semestrale pari a Euro 40,00.

## ARTICOLO 15 - PREMIO

### Art. 15.1 - Determinazione del Premio

Il Premio versato dal Contraente, al netto dei costi, viene utilizzato dalla Compagnia per far fronte ai rischi previsti dal Contratto.

Il Premio è determinato in base:

- all'importo del capitale assicurato;
- alla durata contrattuale;
- all'Età Assicurativa dell'Assicurato alla Data di Decorrenza;
- allo stato di salute dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione;
- all'attività professionale dell'Assicurato;
- alle attività sportive dell'Assicurato;
- alle abitudini di vita dell'Assicurato (stato di fumatore/non fumatore).

L'Assicurato è definito non fumatore se dichiara di non aver mai fumato nel corso dei 24 mesi precedenti e di non aver dovuto smettere di fumare su consiglio medico. E' definito fumatore se non rilascia tale dichiarazione.

### Art. 15.2 - Versamento del Premio

Il Premio può essere corrisposto in un'unica soluzione, nel caso di Premio unico o, a richiesta del Contraente, in rate annuali, semestrali, trimestrali o mensili, nel caso di Premio periodico.

Nel primo caso, la prestazione assicurata è garantita previa corresponsione del Premio unico dovuto in un'unica soluzione.

Il Premio unico deve essere versato mediante bonifico bancario sul conto corrente intestato a AFI ESCA S.A., anche nella sua qualità di delegata all'incasso di AFI ESCA IARD S.A.

Il Premio periodico deve essere versato mediante procedura di addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente (procedura RID). Ai fini dell'attestazione dell'avenuto pagamento, fa fede la documentazione contabile del relativo istituto di credito.

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

### Art. 15.3 - Costi gravanti sul Premio

Sul Premio gravano costi di acquisizione; tali costi costituiscono parte del Premio corrisposto dal Contraente.

In particolare, il costo per l'emissione del Contratto è determinato in misura fissa ed è pari ad Euro 20,00 e l'importo percepito dall'eventuale Intermediario è determinato in misura percentuale fino a un massimo del 40 per cento del Premio versato al netto delle imposte.

L'importo percepito dall'Intermediario sarà indicato, in valore assoluto, nel Certificato di Polizza.

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



## ARTICOLO 16 - 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 - Largo Richini, 6 - 20122 MILANO, e comunque non oltre il termine di 30 giorni dal verificarsi del Sinistro.

Per le Coperture che applicano una Franchigia, il calcolo del Periodo di Franchigia decorrerà dalla data di ricezione della denuncia di Sinistro da parte della Compagnia.

L'Assicurato o gli aventi diritto possono chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al seguente numero 02.583.248.45.

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

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

### Art. 16.1 - Decesso

- comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto);
- certificato di morte;
- atto sostitutivo di notorietà che indica gli eredi/testamento;
- certificato medico che precisi le esatte cause del Decesso, se del caso completo di anamnesi patologica con particolare riferimento alla patologia che ha causato il Decesso e, in caso di Decesso a seguito di ricovero, copia della cartella clinica;
- in caso di Decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- copia del referto autoptico e tossicologico, se è stata effettuata l'autopsia;
- in caso di morte violenta (suicidio, omicidio) occorre copia del verbale dell'Autorità di P.S. o Giudiziaria, da cui si possano rilevare le circostanze del Decesso e il decreto di archiviazione emesso da un'Autorità competente;
- dichiarazione dell'Ente Erogante attestante l'importo residuo del Finanziamento o, in alternativa, esplicita lettera di svincolo.

### Art. 16.2 - Invalidità Totale e Permanente

- comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto);
- copia di un documento di identità dell'Assicurato in corso di validità;
- notifica di Invalidità Totale e Permanente emessa dagli enti preposti (INAIL, INPS, ASL, etc.), in difetto relazione del medico legale attestante l'Invalidità Totale e Permanente e il relativo grado;
- nel caso di invalidità dovuta a incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- certificato medico che precisi le esatte cause che hanno determinato l'Invalidità Totale e Permanente, se del caso completo di anamnesi patologica con particolare riferimento alla patologia che l'ha causata e, in caso di certificazione in corso di ricovero, copia della cartella clinica;
- dichiarazione dell'Ente Erogante attestante l'importo residuo del Finanziamento o, in alternativa, esplicita lettera di svincolo.

### Art. 16.3 - Inabilità Totale Temporanea al Lavoro

- comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto);
- copia di un documento di identità dell'Assicurato in corso di validità;
- certificato del medico curante che precisi le esatte cause che hanno determinato il Sinistro, se del caso completo di anamnesi patologica con particolare riferimento alla patologia che l'ha causata e, in caso di ricovero, copia della cartella clinica.

In ogni caso, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere:

- ulteriori accertamenti medici o documentazioni necessarie ad una corretta valutazione del Sinistro;
- dichiarazione dell'Ente Erogante attestante l'importo della rata del Finanziamento.

### Art. 16.4 - Ricovero Ospedaliero

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

In ogni caso, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere:

- ulteriori accertamenti medici o documentazioni necessarie ad una corretta valutazione del Sinistro;
- dichiarazione dell'Ente Erogante attestante l'importo della rata del Finanziamento.

### Art. 16.5 - Perdita Involontaria d'Impiego

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

- comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto);
- copia di un documento di identità dell'Assicurato in corso di validità;
- copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- copia del certificato di iscrizione alle liste di mobilità o al centro per l'impiego (ex ufficio di collocamento);
- autocertificazione dello stato di Disoccupazione;
- gli ultimi due cedolini di paga;
- dichiarazione dell'Ente Erogante attestante l'importo della rata del Finanziamento.

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

### AVVERTENZA

**Le denunce di Sinistro saranno considerate complete solamente al ricevimento di tutta la documentazione richiesta dalla Compagnia.**

**La Compagnia si riserva il diritto di richiedere - per la disamina del Sinistro - copia delle cartelle cliniche o dichiarazioni di altri medici curanti.**

**In casi particolari, la Compagnia potrà richiedere eventuale documentazione suppletiva.**

## ARTICOLO 17 - 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 18 - CESSIONE DEI DIRITTI

Fatto salvo quanto previsto dal precedente art. 7, il Contraente non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dalla Copertura.

## ARTICOLO 19 - ESTENSIONE TERRITORIALE

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

## ARTICOLO 20 - IMPOSTE E TASSE

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

## ARTICOLO 21 - SPESE VARIE

Al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, il Contraente dovrà farsi carico delle spese di emissione del Contratto pari all'importo indicato nella Proposta di Assicurazione. L'emissione di un'Appendice del Contratto comporta una spesa pari a Euro 15,00 a carico del Contraente.

## ARTICOLO 22 - 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 il Foro competente sarà quello di residenza o del diverso domicilio eletto dagli aventi diritto (Contraente, Assicurato o Beneficiari) così come individuati nella Proposta di Assicurazione.

## ARTICOLO 23 - CONTROVERSIE ED ARBITRATO

Ferma la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, per le Coperture relative ai casi di Invalidità Totale e Permanente, Inabilità Totale Temporanea, Perdite di Impiego e Ricovero Ospedaliero, in caso di controversie sull'indennizzabilità del Sinistro o la misura dell'Indennizzo, le parti si obbligano a conferire, per iscritto, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di assicurazione, ad un collegio di tre medici, di cui uno designato dalla Compagnia, l'altro dall'Assicurato ed il terzo di comune accordo, o in caso contrario, dal collegio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore, violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

## ARTICOLO 24 - COMUNICAZIONI - RICHIESTA DI INFORMAZIONI - PROVA DEL CONTRATTO

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

Fatto salvo quanto previsto al successivo art. 26 (Reclami), tutte le comunicazioni da parte del Contraente/Assicurato alla Compagnia dovranno pervenire a mezzo lettera raccomandata A.R. indirizzata a: AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, Largo Richini, 6 - 20122 MILANO - Indirizzo e-mail: [informazioni@afi-esca.com](mailto:informazioni@afi-esca.com) - Telefono: +39 02.583.248.45, Fax: +39 02.583.255.94 ovvero direttamente all'Intermediario che ha distribuito il Contratto, nel caso in cui questi sia stato abilitato al ricevimento delle comunicazioni da parte della Compagnia.

Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dal Contraente/Assicurato.

La Compagnia fornisce riscontro scritto ad ogni comunicazione e/o richiesta di informazioni presentata dal Contraente/Assicurato o dagli aventi diritto in merito all'evoluzione del rapporto assicurativo e alle modalità di determinazione della prestazione assicurativa.

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

Il Contratto è costituito esclusivamente dalle presenti condizioni generali di assicurazione, dal Certificato di Polizza e dalle sue Appendici.

## ARTICOLO 25 - MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL FASCICOLO INFORMATIVO

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

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

## ARTICOLO 26 - RECLAMI

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

**AFI ESCA S.A./AFI ESCA IARD S.A.**

**Largo Richini, 6 - 20122 MILANO**

**Telefono: +39 02.583.248.45, Fax: +39 02.583.255.94**

**Indirizzo e-mail: [reclami@afi-esca.com](mailto:reclami@afi-esca.com)**

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

**ISVAP - 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 (quarantacinque) 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'ISVAP i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'autorità giudiziaria.

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

L'ISVAP, 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'ACP (Autorité de Contrôle Prudentiel) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito: [www.acam-france.fr/rerelations-assures](http://www.acam-france.fr/rerelations-assures). Resta comunque salva la facoltà di adire direttamente l'Autorità Giudiziaria.

## ARTICOLO 27 - PRESCRIZIONE

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

## ARTICOLO 28 - LEGGE APPLICABILE E LINGUA DEL CONTRATTO

Al Contratto si applica la legge italiana.

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

## ARTICOLO 29 - CONFLITTO D'INTERESSI

AFI ESCA S.A. ed AFI ESCA IARD S.A. dichiarano che il presente Contratto non presenta situazioni di conflitto di interessi.

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

I dati contenuti nelle Condizioni Generali di Assicurazione sono stati aggiornati in data 05.09.2012.

# Protectim

Assicurazione abbinata ai Mutui e Prestiti Personali



Privacy

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

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

### 1) TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITA' ASSICURATIVE:

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

- obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio per antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni);
- strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri. Qualora Lei rifiuti di fornire i dati personali richiesti, le Compagnie non potranno concludere od eseguire i relativi contratti di assicurazione o gestire e liquidare i sinistri.

### 2) TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITA' PROMOZIONALI/COMMERCIALI:

in caso di Suo consenso i Suoi dati potranno essere utilizzati per finalità di profilazione della Clientela, di informazione e promozione commerciali di prodotti e servizi, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli da Lei già ricevuti e di ricerche di mercato. In tali casi il conferimento dei Suoi dati personali sarà esclusivamente facoltativo ed un suo eventuale rifiuto non comporterà alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, precludendo solo l'espletamento delle attività indicate nel presente punto.

### 3) MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI:

il trattamento dei Suoi dati personali potrà essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, con modalità e procedure strettamente necessarie al perseguimento delle finalità sopra descritte; è invece esclusa qualsiasi operazione di diffusione dei dati. Le Compagnie svolgono il trattamento direttamente tramite soggetti appartenenti alla propria organizzazione o avvalendosi di soggetti esterni alle Compagnie stesse, facenti parte del settore assicurativo o correlati con funzioni meramente organizzative.

Tali soggetti tratteranno i Suoi dati:

- conformemente alle istruzioni ricevute dalle Compagnie in qualità di responsabili o di incaricati, tra i quali indichiamo gli Agenti delle Compagnie, i dipendenti o collaboratori delle Compagnie stesse addebiati alle strutture aziendali nell'ambito delle funzioni cui sono adibiti ed esclusivamente per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa. L'elenco aggiornato dei responsa-

- bili e delle categorie di incaricati è conoscibile ai riferimenti indicati nel seguente punto 7;
- b) in totale autonomia, in qualità di distinti Titolari.

### 4) COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI:

a) I Suoi dati personali possono essere comunicati esclusivamente per le finalità di cui al punto 1 o per obbligo di legge agli altri soggetti del settore assicurativo (costituenti la c.d. "Catena Assicurativa"), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); legali, periti; società di servizi a cui siano affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informativi, di settore assicurativo, ISVAP, 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). b) Inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 2 a società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, a società specializzate in promozione commerciale, ricerche di mercato ed indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti.

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

### 5) TRASFERIMENTO DI DATI ALL'ESTERO:

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

### 6) DIRITTI DELL'INTERESSATO:

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

### 7) TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO DEI DATI:

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

- Afi Esca S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, Largo Richini n. 6, 20122 Milano;
- Afi Esca Iard S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, Largo Richini n. 6, 20122 Milano.

Il Responsabile designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Codice è l'area Operations presso le Compagnie - Rappresentanza Generale per l'Italia, Largo Richini n. 6, 20122 Milano (MI), telefono 02.583.248.45 - fax 02.583.255.94, a cui potrà essere richiesta ogni informazione in merito all'individuazione degli altri Responsabili del trattamento e dei soggetti cui vengono comunicati i dati e di coloro che operano per conto del Titolare.

# Protectim

Assicurazione abbinata ai Mutui e Prestiti Personali



Adeguate verifica

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

(Artt. 15 e ss. D. Lgs. 231/2007 e s.m.i.)

### INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D.LGS. N. 196/2003 (CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI)

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

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

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

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

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

- Afi Esca S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, Largo Richini n. 6, 20122 Milano.

Il Titolare, si avvale, per il trattamento dei dati personali, di Responsabili, dei quali sarà possibile acquisire i dati identificativi, scrivendo al Responsabile Area Operations di Afi Esca S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, Largo Richini n. 6, 20122 Milano (MI), o all'indirizzo di posta elettronica [privacy@afi-esca.com](mailto:privacy@afi-esca.com).

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

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

#### OBBLIGHI DEL CLIENTE

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

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

scono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate delle quali siano a conoscenza.

#### SANZIONI PENALI

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

2. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, l'esecutore dell'operazione che omette di indicare le generalità del soggetto per conto del quale eventualmente esegue l'operazione o le indica false è punito con la reclusione da sei mesi a un anno e con la multa da 500 a 5.000 euro.  
3. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, l'esecutore dell'operazione che non fornisce informazioni sullo scopo e sulla natura prevista dal rapporto continuativo o dalla prestazione professionale o le fornisce false è punito con l'arresto da sei mesi a tre anni e con l'ammenda da 5.000 a 50.000 euro.

#### TITOLARE EFFETTIVO

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

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

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

1. Per titolare effettivo s'intende:

a) in caso di società:

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

2) la persona fisica o le persone fisiche che esercitano in altro modo il controllo sulla direzione di un'entità giuridica;

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

1) se i futuri beneficiari sono già stati determinati, la persona fisica o le persone fisiche beneficiarie del 25 per cento o più del patrimonio di un'entità giuridica;

2) se le persone che beneficiano dell'entità giuridica non sono ancora state determinate, la categoria di persone nel cui interesse principale è istituita o agisce l'entità giuridica;

3) la persona fisica o le persone fisiche che esercitano un controllo sul 25 per cento o più del patrimonio di un'entità giuridica.

#### PERSONE ESPOSTE POLITICAMENTE

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

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



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

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

- a) i capi di Stato, i capi di Governo, i Ministri e i Vice Ministri o Sottosegretari;
- b) i parlamentari;
- c) i membri delle corti supreme, delle corti costituzionali e di altri organi giudiziari di alto livello le cui decisioni non sono generalmente soggette a ulteriore appello, salvo in circostanze eccezionali;
- d) i membri delle Corti dei conti e dei consigli di amministrazione delle banche centrali;
- e) gli ambasciatori, gli incaricati d'affari e gli ufficiali di alto livello delle forze armate;
- f) i membri degli organi di amministrazione, direzione o vigilanza delle imprese possedute dallo Stato.

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

2. Per familiari diretti s'intendono:

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

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

- a) qualsiasi persona fisica che ha notoriamente la titolarità effettiva congiunta di entità giuridiche o qualsiasi altra stretta relazione d'affari con una persona di cui al comma 1;
- b) qualsiasi persona fisica che sia unica titolare effettiva di entità giuridiche o soggetti giuridici notoriamente creati di fatto a beneficio della persona di cui al comma 1.

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

Cod.:       Sotto-cod.:

Ref. interna: 0912

### Assicurato

Sesso:  Maschio  Femmina

Fumatore:  SI  NO (dichiaro di non aver fumato nel corso dei 24 mesi precedenti e di non aver smesso di fumare a seguito di prescrizione medica)

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Attività professionale \_\_\_\_\_ Attività sportiva \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Cell.: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### Contraente (se diverso dall'assicurato)

Sesso:  Maschio  Femmina  Società

Cognome e nome o ragione sociale \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Cod. Fisc./P. IVA \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### Legale rappresentante (per contraente Società)

Sesso:  Maschio  Femmina

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Documento di identità \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ Rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Cell.: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### Informazioni relative al finanziamento

Oggetto del/i prestito/i:  Mutuo ipotecario: Il mutuo è destinato all'acquisto dell'abitazione principale?  SI  NO

Prestito personale  Altro (specificare): \_\_\_\_\_

Ristrutturazione abitazione principale

Prest. n°	Importo prestito	Quota da assicurare (in %)	Durata totale del prestito (differimento incluso, espresso in mesi)	Differimento (in mesi) (**)	Tasso di interesse	Tipo tasso		Tipo di prestito		
						Fisso	Variabile	Ammort.	A saldo (**)	Altro (specificare)
1	€					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	€					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	€					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	€					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data di decorrenza stimata:

Data disponibilità importo del finanziamento prevista per questa data  SI  NO

(\*\*) In caso di rimborso a saldo o di prestito con ammortamento differito, è previsto il rimborso degli interessi durante il periodo di differimento:

SI  NO In caso negativo, specificare l'importo totale da rimborsare/garantire (capitale + interessi nel periodo di differimento): \_\_\_\_\_

## Garanzie

- Decesso (garanzia valida per tutti gli assicurati)
- Decesso + I.T.P. (Invalidità Totale e Permanente, garanzia valida per tutti gli assicurati)
- Decesso + I.T.P. (Invalidità Totale e Permanente) + I.T.T. (Inabilità Temporanea Totale, garanzia valida solo per i lavoratori autonomi e i lavoratori dipendenti del settore pubblico e privato).
- Decesso + I.T.P. (Invalidità Totale e Permanente) + Ricovero Ospedaliero (garanzia valida per chi non esercita alcuna attività lavorativa).
- Decesso + I.T.P. (Invalidità Totale e Permanente) + Perdita di Impiego (garanzia valida solo per i lavoratori dipendenti settore privato).

Data scadenza garanzia ITT: \_\_\_\_\_

Data scadenza garanzia Ricovero Ospedaliero: \_\_\_\_\_

Data scadenza garanzia Perdita di Impiego: \_\_\_\_\_

## Beneficiari

Indicare beneficiari in caso di decesso o I.T.P.: \_\_\_\_\_

## Premio (minimo 20 € per ricorrenza)

- Unico
- Periodico Fisso     Periodico Variabile (OBBLIGATORIO in caso di finanziamento a tasso variabile)
- Periodicità pagamento Premio:     Mensile     Trimestrale     Semestrale     Annuale

Spese di emissione: 20 €    Premio dovuto (\*): \_\_\_\_\_ € (premio della prima rata ove periodico)

\* In caso di sottoscrizione del Contratto di Assicurazione in sostituzione di altra polizza precedentemente accesa con altra compagnia, il Premio dovuto è da considerarsi puramente indicativo. Il Premio effettivamente dovuto sarà calcolato in modo esatto solo alla data di definitiva risoluzione della polizza sostituita.

## Dichiarazioni

Il Contraente dichiara che gli è stato consegnato il prospetto riepilogativo con i premi da pagare (solo in caso di premi periodici variabili), il Fascicolo Informativo redatto secondo le prescrizioni ISVAP, contenente, oltre al presente Modulo di Proposta, la nota informativa, le condizioni generali di assicurazione, il glossario, l'informativa sull'adeguata verifica della clientela e l'informativa sulla privacy.

### DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

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

art. 3 (Dichiarazioni dell'Assicurato relative alle circostanze di rischio); art. 4 (Conclusione del Contratto e decorrenza, durata e cessazione delle Coperture); art. 7 (Estinzione totale anticipata, trasferimento, surroga, accollo); art. 9 (Risoluzione del Contratto per mancato pagamento dei Premi e riattivazione); art. 10.3 (sezione "Prestazione assicurativa"); art. 10.4 (sezione "Prestazione assicurativa"); art. 10.5 (sezione "Prestazione assicurativa"); art. 11 (Esclusioni); art. 12 (Modifica delle garanzie e/o rinegoziazione del contratto di Finanziamento); art. 16 (Denuncia e gestione dei Sinistri); art. 18 (Cessione dei diritti); art. 23 (Controversie ed arbitrato).

Il Contraente dichiara altresì di essere stato informato che potrà revocare la presente Proposta o recedere dal Contratto nei termini e con le modalità disciplinate rispettivamente agli artt. 1887 del Codice Civile e 176 del Codice delle Assicurazioni Private, e 1899 del Codice Civile e 177 del Codice delle Assicurazioni Private, e nonché dagli artt. 5 e 8 delle condizioni generali di assicurazione. Qualora l'Assicurato sia persona diversa dal Contraente, egli esprime il consenso alla stipula dell'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 del Codice Civile.

### Avvertenze relative alla compilazione del Questionario Sanitario:

a) le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato possono compromettere il diritto alla prestazione;

b) prima della sottoscrizione del Questionario Sanitario, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario Sanitario;

c) anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

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

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

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

Il Contraente prende atto che la Copertura decorre dalle ore 24 della Data di Decorrenza indicata nel Certificato di Polizza, qualora questa sia successiva a quella di conclusione del Contratto, ovvero dalle ore 24 del giorno in cui è stato concesso il Finanziamento o della data di accollo di un Finanziamento già erogato, se successive alla data di conclusione del Contratto. La decorrenza della Copertura è in ogni caso subordinata:

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

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

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

Nome e Cognome dell'Intermediario (stampatello) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## Modalità di pagamento

Il pagamento del Premio unico viene effettuato mediante bonifico bancario sul conto corrente intestato alla Compagnia. Il pagamento del Premio periodico viene effettuato utilizzando la procedura di addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente (procedura RID) appoggiato presso la banca indicata in calce. Ai fini dell'attestazione dell'avenuto pagamento dei Premi periodici, fa fede la documentazione contabile del relativo istituto di credito.

### AUTORIZZAZIONE DI ADDEBITO IN CONTO

Il correntista autorizza la banca ad addebitare i Premi dovuti sul proprio conto corrente indicato di seguito:

CODICE IBAN \_\_\_\_\_ alla data del \_\_\_\_\_

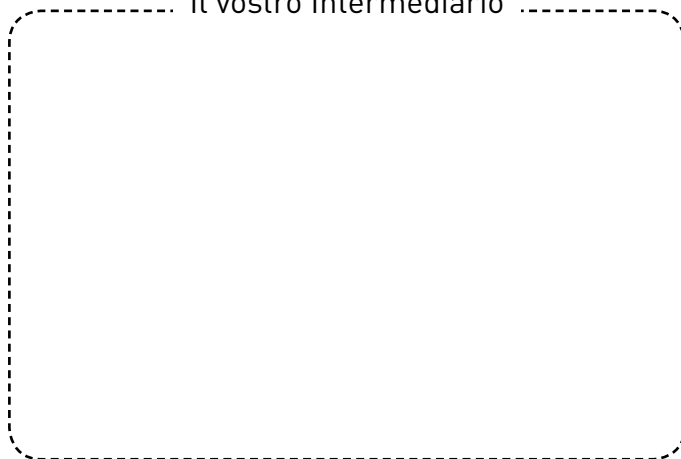
LUOGO E DATA \_\_\_\_\_ Il Correntista \_\_\_\_\_

Data di prelevamento: il giorno 20 del mese

Luogo e data \_\_\_\_\_ Il Contraente \_\_\_\_\_



Il vostro Intermediario



[www.afi-esca.it](http://www.afi-esca.it)



**AFI ESCA S.A.** - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Largo Richini, 6 , 20122 Milano; Tel. +39 02.583.248.45; Fax +39 02.583.255.94; e-mail: [informazioni@afi-esca.com](mailto: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: Largo Richini, 6 , 20122 Milano; Tel. +39 02.583.248.45; Fax +39 02.583.255.94; e-mail: [informazioni@afi-esca.com](mailto:informazioni@afi-esca.com); Società per azioni, Capitale sociale € 3.000.000; Sede Sociale: 4, Square Dutilleul, 59000 Lille, Francia, Registro delle Imprese di Lille n. 380 138 644. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00102 - P. IVA e C.F. 07906760967 e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989679.