

MULTIPLY

The business protection

Assicurazione abbinata a finanziamenti per PMI

Set informativo



Copertura Assicurativa Collettiva

Vita e Danni

(Ed. 11/2019)



Afi • Esca 
Groupe Burrus

Rappresentanza Generale per l'Italia

Afi • Esca 
iARD Groupe Burrus

Rappresentanza Generale per l'Italia

Multiply

The business protection

Assicurazione abbinata a finanziamenti per PMI

Caratteristiche Principali

Tariffa personalizzata



Copertura di uno o più prestiti



Sottoscrizione dai 18 ai 70 anni



Copertura sul Decesso possibile fino a 80 anni



Due garanzie complementari facoltative acquistabili secondo le seguenti combinazioni:



*Invalidità Totale Permanente

*Invalidità Totale Permanente + Inabilità Temporanea Totale



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



Rinegoziazione del premio in caso di estinzioni parziali anticipate del finanziamento



Copertura Inabilità Temporanea Totale attiva fino all'intera durata del finanziamento



Rimborso rata del finanziamento per la garanzia Inabilità Totale Temporanea tra i più alti del mercato

Multiply

The business protection

Polizza collettiva n. 3116102

Assicurazione abbinata a finanziamenti per PMI in forma collettiva¹



Set informativo

Coperture assicurative collettive e facoltative, a Premio Unico per i casi di: Decesso - Invalità Totale e Permanente - Inabilità Temporanea Totale.

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

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

**E DEVE ESSERE CONSEGNATO ALL'ADERENTE
PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL MODULO DI ADESIONE**

PRIMA DELL'ADESIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO

[Data di ultimo aggiornamento 30/11/2019]

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

Polizza "MULTIPLY - The business Protection"

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

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

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

Che tipo di assicurazione è?

Assicurazione collettiva abbinata a finanziamenti per PMI



Che cosa è assicurato?

✓ Inabilità Temporanea Totale e Temporanea



Che cosa non è assicurato?

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

Non sono considerati Infortunio o Malattia le seguenti circostanze:

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



Ci sono limiti di copertura?

! Sono assicurabili solo le persone fisiche che assumono, all'interno della loro organizzazione societaria, il ruolo di dirigenti, dipendenti di imprese od enti con inquadramento di funzionari o quadri, nonché di soci e/o legali rappresentanti dell'impresa Aderente.

! Possono aderire solo le persone giuridiche aventi sede nel territorio italiano.

Sono assicurabili solo le persone fisiche che al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione:

! siano di età inferiore a 65 anni;

! esercitino effettivamente un'attività lavorativa retribuita o comunque produttiva di reddito certificabile. In via eccezionale, ove i richiedenti stiano beneficiando di una sospensione dell'attività lavorativa per congedo di maternità, congedo parentale, congedo di formazione, periodo sabbatico o per l'avvio di un'attività di impresa, potranno richiedere tali garanzie a condizione che la ripresa dell'attività lavorativa avvenga entro 6 mesi dalla data di Adesione alla Polizza. In caso contrario, le medesime garanzie cesseranno e i relativi Premi verranno rimborsati ai richiedenti, su domanda di questi ultimi.

Rami Danni: franchigie

Inabilità Temporanea Totale al Lavoro:

- Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni.



Dove vale la copertura?

✓ La copertura non ha limiti territoriali.



Che obblighi ho?

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



Quando e come devo pagare?

Puoi pagare il premio in un'unica soluzione.

Il Premio Unico deve essere versato dall'Aderente alle Compagnie, per il tramite del Contraente, il quale incassa il premio per conto delle Compagnie in forza del mandato all'incasso conferitogli da queste ultime. Il Premio versato dal Contraente, al netto dei costi, viene utilizzato dalla Compagnia per far fronte ai rischi previsti dal Contratto.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La polizza produce i suoi effetti:

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

Le coperture cessano, in ogni caso, alle ore 24 del giorno in cui si verifica il primo tra i seguenti eventi:

- pagamento dell'ultima rata di rimborso del Finanziamento;
- estinzione totale anticipata del Finanziamento;
- accollo del Finanziamento da parte di terzi;
- estinzione totale anticipata del Finanziamento in relazione alla liquidazione del Sinistro;
- mancato pagamento dei Premi;
- esercizio del diritto di recesso;
- per l'Assicurato ammesso alla Copertura nella sua qualità di dirigente, funzionario, socio o legale rappresentante di una persona giuridica, quando cessa di svolgere questa funzione;
- per la Copertura Inabilità Temporanea Totale, alla data di inizio del pensionamento volontario ovvero allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento dell'adesione, sempre che l'Aderente non abbia optato per una data di scadenza diversa nel Modulo di Adesione.



Come posso disdire la polizza?

Se ci ripensi, hai 60 giorni di tempo dalla data di adesione della polizza per disdire il contratto, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviare a AFI ESCA SERVIZIO CLIENTI, Via Vittor Pisani, 5 – 20124 Milano, accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità. Inoltre, devi comunicare all'Ente Erogante l'intervenuto esercizio del diritto di recesso. In caso di recesso della copertura danni, decade automaticamente anche la copertura vita collegata.

MULTIPLY - The business protection <Assicurazione abbinata ai finanziamenti per PMI>

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

AFI ESCA S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia
PPI <Multiply>



<DIP Vita di ultima pubblicazione>
30/11/2019

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

Che tipo di assicurazione è?

Assicurazione collettiva abbinata a finanziamenti per PMI.



Che cosa è assicurato/Quali sono le prestazioni?

La Copertura Vita prevede le seguenti prestazioni assicurative:

a) prestazione in caso di Decesso

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

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



Che cosa NON è assicurato?

- Decesso causato da dolo dell'Aderente, dell'Assicurato o del Beneficiario;
- Decesso per suicidio avvenuto nei primi due anni dalla Data di Decorrenza;
- Decesso dovuto a rischi catastrofali.



Ci sono limiti di copertura?

Per la Garanzia Decesso:

a) sottoscrizione in età compresa tra i 18 e 70 anni, e prestazione assicurativa fino a 80 anni;

Per la Garanzia Invalidità Totale e Permanente:

b) sottoscrizione in età compresa tra i 18 e 65 anni e prestazione assicurativa fino a 65 anni.

Per tutte le coperture, l'Aderente deve avere sede legale nel territorio italiano.



Dove vale la copertura?

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



Che obblighi ho?

L'Aderente deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento o diminuzione del rischio, come soggiorni all'estero di lunga durata in Paesi a rischio.

In caso di Decesso o Invalidità Totale e permanente, occorre consegnare, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- copia di un documento di identità e del codice fiscale dell'Assicurato;
- comunicazione di denuncia del Sinistro.



Quando e come devo pagare?

Il Premio Unico deve essere versato dall'Aderente alle Compagnie in un'unica soluzione, per il tramite del Contraente, il quale incassa il premio per conto delle Compagnie in forza del mandato all'incasso conferitogli da queste ultime. Il Premio versato dal Contraente, al netto dei costi, viene utilizzato dalla Compagnia per far fronte ai rischi previsti dal Contratto.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La polizza produce i suoi effetti a condizione che:

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

Le coperture cessano, in ogni caso, alle ore 24 del giorno in cui si verifica il primo tra i seguenti eventi:

- pagamento dell'ultima rata di rimborso del Finanziamento;
- estinzione totale anticipata del Finanziamento;
- accollo del Finanziamento da parte di terzi;
- estinzione totale anticipata del Finanziamento in relazione alla liquidazione del Sinistro;
- mancato pagamento dei Premi;
- esercizio del diritto di recesso;
- per l'Assicurato ammesso alla Copertura nella sua qualità di dirigente, funzionario, socio o legale rappresentante di una persona giuridica, quando cessa di svolgere questa funzione.
- per la Copertura Decesso, al compimento dell'80° anno di vita dell'Assicurato;
- per la Copertura Invalidità Totale e Permanente, al compimento del 65° anno di vita dell'Assicurato.



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

Revoca

L'Aderente può revocare il contratto fino al momento della conclusione dello stesso. La revoca deve essere esercitata a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviarsi alla Compagnia al seguente recapito: AFI ESCA S.A. - SERVIZIO CLIENTI, Via Vittor Pisani, 5 - 20124 MILANO, allegando l'originale del Modulo di Adesione.

Recesso

L'Aderente può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il Contratto si è concluso, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviare a: AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, Via Vittor Pisani, 5 - 20124 MILANO, accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità del Legale Rappresentante dell'Aderente. L'Aderente si impegna, altresì, ad informare l'Ente Erogante dell'intervenuto esercizio del diritto di recesso. Le garanzie cesseranno alla data richiesta dall'Aderente o, se precedente, alla data di spedizione della lettera raccomandata dell'Aderente. L'Aderente ha la facoltà di sostituire la copertura con altra autonomamente reperita (art. 28 del decreto-legge 24 gennaio 2012 convertito dalla L. 24 marzo 2012, n. 27), con diritto al rimborso del premio, al netto dell'eventuale parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e delle spese effettivamente sostenute dall'impresa per l'emissione del contratto indicate nella documentazione assicurativa (lettera al mercato IVASS del 26/08/2015).



Sono previsti riscatti o riduzioni? SI NO

MULTIPLY - Thebusinessprotection <Assicurazione abbinata a finanziamenti per PMI>

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

AFI ESCA S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia
AFI ESCA IARD S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia
PPI <Multiply>



<DIP Aggiuntivo Multirischi di ultima pubblicazione>
30/11/2019

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

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

AFI ESCA S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Vittor Pisani, n. 5; CAP 20124; Milano, tel. 02 58.32.48.45; sito internet: www.afi-esca.it; e-mail: informazioni@afi-esca.com; PEC: afi-esca@legalmail.it.

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

AFI ESCA S.A. ha un Patrimonio Netto pari a 190 milioni di Euro di cui 12,36 milioni di Euro è il capitale sociale e 101 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 165%.
AFI ESCA IARD S.A. ha un patrimonio netto pari a 3,63 milioni Euro e 5 milioni di Euro è il capitale sociale e 69 mila Euro è il totale delle riserve patrimoniali.
Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SCFR) disponibile sul sito internet dell'impresa www.afi-esca.com/afi-esca-rapports-sur-la-solvabilite-et-la-situation-financiere.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Le coperture Vita e Danni sono sempre escluse nei seguenti casi:

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

Le coperture Invalidità Totale e Permanente e Inabilità Temporanea Totale al lavoro sono inoltre escluse nei seguenti casi:

Le coperture sono inoltre escluse nei casi in cui il Sinistro sia causato dallo svolgimento di una delle seguenti attività professionali: militare, polizia, vigile del fuoco, qualsiasi professione che comporti l'utilizzo di un'arma da fuoco, addetto al soccorso alpino, lavoro su tetti ed impalcature > 20 m (es. muratore, antennista, elettricista su piloni o alta tensione, imbianchino), attività a contatto con sostanze nocive o tossiche, esplosive e/o radioattive, attività a contatto con correnti elettriche superiori a 380 V, attività subacquee (es. sommozzatore), attività nel sottosuolo (es. speleologo, minatore), attività in alta montagna (es. guida alpina), pilota o membro dell'equipaggio di aerei privati e/o elicotteri, skipper, collaudatore di autoveicoli e motocicli, pilota professionista.

Le coperture Invalità Totale e Permanente e Inabilità Temporanea Totale sono inoltre escluse nei seguenti casi:

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



Ci sono limiti di copertura?

Ramo Danni:

Inabilità Temporanea Totale al Lavoro:

- Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro

Denuncia di sinistro: I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a mezzo raccomandata A.R. al seguente recapito: AFI ESCA S.A. - UFFICIO SINISTRI - Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano, e comunque non oltre il termine di 30 giorni dal verificarsi del Sinistro.

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

Liquidazione della prestazione: AFI ESCA S.A., anche per conto di AFI ESCA IARD S.A., si impegna a liquidare il Sinistro entro 30 (trenta) giorni dalla ricezione di tutta la documentazione richiesta. Nel caso di Sinistro relativo alla Copertura per Inabilità Temporanea Totale al Lavoro, la somma mensile che sarà liquidata dalla Compagnia non potrà superare il limite di Euro 5.000,00.

Gestione da parte di altre imprese: non applicabile

Assistenza diretta/in convenzione: non applicabile

Dichiarazioni inesatte o reticenti

Le dichiarazioni dell'Aderente e dell'Assicurato, rese al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, se inesatte o reticenti relativamente a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio assunto dalla Compagnia, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della Copertura. Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti lo stato di salute dell'Assicurato che, richieste dalla Compagnia all'atto di sottoscrizione della Modulo di Adesione, devono corrispondere a verità ed esattezza. Qualora tra il momento del rilascio delle informazioni inerenti lo stato di salute dell'Assicurato la Data di Decorrenza intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute, l'Assicurato deve darne sollecita comunicazione alla Compagnia al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione alla Copertura, pena la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della Copertura.



Quando e come devo pagare?

Premio

L'ammontare del Premio è determinato in relazione all'importo del capitale assicurato, alla durata contrattuale, all'età dell'Assicurato, al suo stato di salute. Il Premio Unico deve essere versato dall'Aderente alle Compagnie, per il tramite del Contraente, il quale incassa il premio per conto delle Compagnie in forza del mandato all'incasso conferitogli da queste ultime. Il Premio versato dal Contraente, al netto dei costi, viene utilizzato dalla Compagnia per far fronte ai rischi previsti dal Contratto. Per tutte le Coperture assicurative, relative sia al Ramo Vita che ai Rami Danni, il Contratto non prevede la possibilità di Riscatto e di Riduzione.

Rimborso

In caso di recesso, si ha diritto alla restituzione del Premio, al netto delle imposte, delle spese mediche eventualmente già rimborsate, delle spese di emissione del Contratto sostenute - che si quantificano preventivamente in €50,00 - e della quota parte di Premio relativa al periodo in cui il Contratto ha avuto effetto. In caso di estinzione anticipata del finanziamento, la determinazione della parte di premio non goduto, è oggetto di rimborso. La porzione di

Rimborso	<p>premio da restituire è calcolata: per il premio puro in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del capitale assicurato residuo; per i caricamenti in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura. Il rimborso viene calcolato secondo la seguente formula:</p> $R=P-(G \times (1-t \times 1,5\%))$ <p>Dove: P = Premio pagato al netto delle spese di emissione e delle imposte G = Premi lordi pagati relativi al periodo in cui le coperture hanno avuto effetto t = periodo durante il quale le coperture hanno avuto effetto R = Premio rimborsato</p> <p>Esempio su un contratto avente durata totale di 15 anni: P=3.090,58 Euro G=1.707,40 t= 6 anni e 191 giorni 3.090,58-[1.707,40 x (1-[6+191/365-1])*1,5%]=1.524,64 Euro</p>
Sconti	Non sono previsti sconti di premio.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>La Copertura decorre:</p> <ul style="list-style-type: none"> -dalle ore 24 della Data di Decorrenza indicata nella Lettera di Benvenuto, che coincide col giorno in cui è stato concesso il Finanziamento, sempre a condizione che: -sia stata sottoscritto il Modulo di Adesione; -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. <p>In caso di estinzione anticipata del finanziamento, la determinazione della parte di premio non goduto, è oggetto di rimborso. La porzione di premio da restituire è calcolata: per il premio puro in funzione degli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del capitale assicurato residuo; per i caricamenti in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura.</p> <p>La durata della Copertura coincide, per ciascun Aderente, con la durata del piano di ammortamento originario del Finanziamento, ovvero termina con la data di scadenza indicata nella Lettera di Benvenuto.</p> <p>Tuttavia, le coperture possono terminare anche prima della scadenza sopra indicata se si verifica il primo tra i seguenti eventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> •pagamento dell'ultima rata di rimborso del Finanziamento; •estinzione totale anticipata del Finanziamento, salvo nomina di un nuovo Beneficiario; •accollo del Finanziamento da parte di terzi; •estinzione totale anticipata del Finanziamento in relazione alla liquidazione del Sinistro; •mancato pagamento dei Premi; •esercizio del diritto di recesso; •per l'Assicurato ammesso alla Copertura nella sua qualità di dirigente, funzionario, socio o legale rappresentante di una persona giuridica, quando cessa di svolgere questa funzione; •per la Copertura Decesso, al compimento dell'80° anno di vita dell'Assicurato; •per la Copertura Invalidità Totale e Permanente, al compimento del 65° anno di vita dell'Assicurato; •per la Copertura Inabilità Temporanea Totale, alla data di inizio del pensionamento volontario ovvero allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento dell'Adesione.
Sospensione	Non è possibile l'ipotesi della sospensione delle coperture assicurative prescelte.



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

Revoca	L'Aderente può revocare il contratto fino al momento della conclusione dello stesso. La revoca deve essere esercitata a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviarsi alla Compagnia al seguente recapito: AFI ESCA S.A. - SERVIZIO CLIENTI, Via Vittor Pisani, 5 - 20124 MILANO, allegando l'originale del Modulo di Adesione.
Recesso	L'Aderente può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il Contratto si è concluso, dandone comunicazione alla Compagnia. L'Aderente si impegna, altresì, ad informare l'Ente Erogante dell'intervenuto esercizio del diritto di recesso. Le garanzie cesseranno alla data richiesta dall'Aderente o, se precedente, alla data di spedizione della lettera raccomandata dell'Aderente. L'Aderente ha la facoltà di sostituire la copertura con altra autonomamente reperita (art. 28 del decreto-legge 24 gennaio 2012 convertito dalla L. 24 marzo 2012, n. 27), con diritto al rimborso del premio (ovvero alla corrispondente riduzione della rata), al netto dell'eventuale parte relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto e delle spese effettivamente sostenute dall'impresa per l'emissione del contratto indicate nella documentazione assicurativa (lettera al mercato IVASS del 26/08/2015).



A chi è rivolto questo prodotto?

Multiply - The business protection è rivolto alle persone giuridiche, rientranti nella categoria delle P.M.I. (come definite dalla Raccomandazione n. 2003/361/Ce della Commissione Europea del 6 maggio 2003), che abbiano ricevuto un finanziamento e che intendano attivare le coperture, individuando quali soggetti assicurati le persone fisiche che assumono, all'interno della loro organizzazione societaria, il ruolo di dirigenti, dipendenti di imprese od enti con inquadramento di funzionari o quadri, nonché di soci e/o legali rappresentanti.



Quali costi devo sostenere?

Sul Premio gravano costi di acquisizione; tali costi costituiscono parte del Premio corrisposto dall'Aderente. In particolare, il costo per l'emissione del Contratto è determinato in misura fissa ed è pari a 50,00€ di cui 30,00€ retrocessi all'Intermediario. L'importo percepito dall'eventuale Intermediario è pari al 70% del Premio versato al netto delle imposte. Non sono previsti altri costi. Se il Premio è pari ad Euro 100,00 e la remunerazione dell'Intermediario è pari al 70% il costo è pari ad Euro 70,00. Si precisa che qualora la Compagnia richieda esami e visite mediche, tali costi sono a carico della Compagnia stessa, nella misura massima di Euro 150,00 e previa presentazione di adeguato giustificativo.



Sono previsti riscatti o riduzioni SI x NO

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei Sinistri devono essere inoltrati per iscritto, ovvero a mezzo posta elettronica a: AFI ESCA S.A./AFI ESCA IARD S.A. - Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano Telefono: [+39 02.58.32.48.45](tel:+390258324845) Indirizzo e-mail: reclami@afi-esca.com. La Compagnia gestisce il reclamo dandovi riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo.

All'IVASS

In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax [06.42133206](tel:+390642133206), PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it. Le imprese con sede legale in altro Stato membro riportano le informazioni di cui sopra indicando l'Autorità di vigilanza del Paese d'origine competente e le modalità di presentazione dei reclami alla stessa.

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

Mediazione

Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98)

Negoziazione assistita

Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente domicilio in Italia può presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, individuabile accedendo al sito Internet: https://ec.europa.eu/info/file/fin-net-complaint-form_it. L'Autorità di Vigilanza del Paese di origine di AFI ESCA è l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito: <https://acpr.banque-france.fr/>). Resta comunque salva la facoltà di adire direttamente l'Autorità Giudiziaria.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto

I Premi di assicurazione per le Coperture relative al Ramo Vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni, mentre quelli per le Copertura relativa al Ramo Danni prevista dal presente Contratto è soggetta ad un'imposta pari al 2,5% del Premio imponibile.

Il Contratto, stipulato in Italia con soggetti ivi residenti non esercenti attività d'impresa, è soggetto alla normativa fiscale italiana, la quale prevede, in relazione alle Coperture Assicurative offerte da AFI ESCA S.A. (Assicurazione vita una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) nella misura del 19% dei Premi versati che su base annua, ai fini del calcolo della predetta detrazione d'imposta, non possono eccedere le vigenti disposizioni di legge [art. 15. c. 1 lett. f DPR n. 917/1986. La detrazione è riconosciuta nei limiti anzidetti al Contraente/Assicurato.

Qualora il Contratto venga stipulato da un soggetto esercente attività d'impresa, in base alla normativa fiscale nazionale, i premi versati sono deducibili dal reddito d'impresa se risulta rispettato il principio di inerenza all'attività stessa [art. 109, c. 5 DPR n. 917/86. La deducibilità dei premi è ammessa anche ai fini della determinazione della base imponibile IRAP.

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

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

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

Condizioni generali di assicurazione

Multiply

The business protection

Assicurazione abbinata a finanziamenti per PMI



Glossario

Aderente: le persone giuridiche definite come Piccole e Medie Imprese dalla Raccomandazione n. 2003/361/Ce della Commissione Europea del 6 maggio 2003, che abbiano richiesto e ricevuto un finanziamento.

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: è la persona fisica che assume, all'interno della organizzazione societaria dell'Impresa Aderente, il ruolo di dirigente, dipendente di imprese od enti con inquadramento di funzionario o quadro, nonché di socio e/o legale rappresentante, di età compresa tra i 18 ed i 70 anni non compiuti.

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

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 in forma collettiva per conto degli Aderenti che intenderanno aderire alla Polizza Collettiva.

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.

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 Modulo di Adesione e l'anno di nascita dell'Assicurato.

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

Inabilità Totale e Temporanea o Inabilità Temporanea

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

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

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

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

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

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Lettera di Benvenuto: il documento rilasciato dalla Compagnia all'Aderente che, insieme alle condizioni generali di assicurazione ed eventuali Appendici.

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

Modulo di Adesione: il modulo predisposto dalla Compagnia e sottoscritto dall'Aderente, con il quale egli manifesta alla Compagnia la vo-

lontà 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.

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

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

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

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

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

Multiply

The business protection

Assicurazione abbinata a finanziamenti per PMI



Indice

ARTICOLO 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	1
Art. 1.1 - Prestazioni Assicurative	1
Art. 1.2 - Prestazioni Sottoscrivibili	1
ARTICOLO 2 - CONDIZIONI DI ASSICURABILITA'	1
Art. 2.1 - Persone assicurabili	1
Art. 2.2 - Età e attività professionale al momento della sottoscrizione	1
Art. 2.3 - Sede Legale dell'Aderente	1
Art. 2.4 - Modalità di sottoscrizione	1
Art. 2.5 - Presenza di più Soggetti Assicurati per uno stesso Finanziamento	1
Art. 2.6 - Ammissione alla Copertura	1
Art. 2.7 - Rifiuto di ammissione alla Copertura o applicazione di Condizioni Particolari	1
ARTICOLO 3 - BENEFICIARIO DELLE COPERTURE	2
ARTICOLO 4 - DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE E DELL'ASSICURATO RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO	2
ARTICOLO 5 - CONDIZIONI E PRESTAZIONI RELATIVE ALLE COPERTURE	2
Art 5.1 - A) Prestazione in Caso di Decesso	2
Art. 5.2 - B) Prestazione in Caso di Invalidità Totale e Permanente	2
Art. 5.3 - C) Prestazione in Caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro	3
Art. 5.4 - Regola di rimborso	3
ARTICOLO 6 - ESCLUSIONI	3
Art. 6.1 - Esclusioni comuni a tutte le garanzie	3
Art. 6.2 - Esclusioni riscattabili riguardanti le garanzie Invalidità Totale e Permanente	3
Art. 6.3 - Esclusioni riguardanti la garanzia Inabilità Temporanea Totale al lavoro	4
ARTICOLO 7 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E DECORRENZA, DURATA E CESSAZIONE DELLE COPERTURE	4
Art. 7.1 - Conclusione del Contratto	4
Art. 7.2 - Decorrenza della Copertura	4
Art. 7.3 - Durata della Copertura	4
Art. 7.4 - Cessazione della Copertura	4
ARTICOLO 8 - RISCATTO, RIDUZIONE E RELATIVI COSTI	4
ARTICOLO 9 - REVOCA DEL CONTRATTO	4
ARTICOLO 10- DIRITTO DI RECESSO	4
ARTICOLO 11 - ESTINZIONE TOTALE ANTICIPATA, TRASFERIMENTO, SURROGA, ACCOLLO	5
ARTICOLO 12 - MODIFICA DELLE GARANZIE E/O RINEGOZIAZIONE DEL CONTRATTO DI FINANZIAMENTO	5
ARTICOLO 13 - PREMI	5
Art. 13.1 - Tariffazione	5
Art. 13.2 - Determinazione del Premio	5
Art. 13.3 - Versamento del Premio	5
Art. 13.4 - Costi gravanti sul Premio	5
ARTICOLO 14 - DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI	5
Art. 14.1 - Decesso	6
Art. 14.2 - Invalidità Totale e Permanente	6
Art. 14.3 - Inabilità Totale Temporanea al Lavoro	6
ARTICOLO 15 - LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	6
ARTICOLO 16 - CESSIONE DEI DIRITTI	6
ARTICOLO 17- ESTENSIONE TERRITORIALE	6
ARTICOLO 18 - IMPOSTE E TASSE	6
ARTICOLO 19 - SPESE VARIE	6
ARTICOLO 20 - GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE	6
ARTICOLO 21 - COMUNICAZIONI - RICHIESTA DI INFORMAZIONI - PROVA DEL CONTRATTO	6
ARTICOLO 22 - MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL SET INFORMATIVO	7
ARTICOLO 23 - RECLAMI	7
ARTICOLO 24 - PRESCRIZIONE	7
ARTICOLO 25 - CONFLITTO D'INTERESSI	7

Multiply

The business protection

Assicurazione abbinata a finanziamenti per PMI

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 della Copertura assicurativa relativa al caso di Inabilità Totale e Temporanea, prestata da AFI ESCA IARD S.A.

L'Aderente, all'atto della sottoscrizione del Modulo di Adesione, potrà scegliere se abbinare alla Copertura assicurativa per il caso di Decesso, anche la Copertura per il caso di Invalidità Totale e Permanente nonché l'ulteriore Copertura assicurativa relativa al Ramo Danni. In ogni caso, l'Aderente non potrà accedere alla Copertura per il caso di Invalidità Totale e Permanente se non ha sottoscritto il Modulo di Adesione per la Copertura relativa al caso di Decesso né alla Copertura per i Rami Danni se non ha sottoscritto il Modulo di Adesione 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 Adesione, l'Aderente 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 tutti gli Assicurati).

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

ARTICOLO 2 - CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Art. 2.1 - Persone assicurabili

Il contratto di Assicurazione può essere sottoscritto solo da Aderenti che siano persone giuridiche definite, ai sensi della Raccomandazione n. 2003/361/Ce della Commissione Europea del 6 maggio 2003, Piccole e Medie Imprese, e che abbiano richiesto e ricevuto un finanziamento.

I soggetti assicurati possono essere individuati solo nelle persone fisiche che assumono, all'interno della loro organizzazione societaria, il ruolo di dirigenti, dipendenti di imprese od enti con inquadramento di funzionari o quadri, nonché di soci e/o legali rappresentanti.

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

Gli Assicurati sono le persone fisiche che al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, rispettino i seguenti requisiti:

- nel caso di Copertura per Decesso, siano di età inferiore a 70 anni;
- nel caso di Copertura per Invalidità Totale e Permanente, siano di età inferiore a 65 anni;
- nel caso di Copertura per Inabilità Temporanea Totale sono assicurabili le persone fisiche che esercitino effettivamente un'attività lavorativa retribuita o comunque produttiva di reddito certificabile. In via eccezionale, ove i richiedenti stiano beneficiando di una sospensione dell'attività lavorativa per congedo di maternità, congedo parentale, congedo di formazione, periodo sabbatico o per l'avvio di un'attività di impresa, potranno richiedere tali garanzie a condizione che la ripresa dell'attività lavorativa avvenga entro 6 mesi dalla data di sottoscrizione della Modulo di Adesione. In caso contrario, le medesime garanzie cesseranno e i relativi Premi verranno rimborsati ai richiedenti, su domanda di questi ultimi.

Art. 2.3 - Sede Legale dell'Aderente

Per poter usufruire delle Coperture, l'Aderente deve avere sede legale nel territorio italiano, 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

L'Aderente compila e sottoscrive il Modulo di Adesione, allegandovi il piano di ammortamento del Finanziamento o un documento dell'Ente Erogante contenente le caratteristiche dello stesso.

Per una stessa operazione di Finanziamento possono essere assicurate più persone, a condizione che rientrino nella definizione di Assicurato.

Ciascun Aderente e Assicurato, come individuati nel Modulo di Adesione, devono essere in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui ai precedenti artt. 2.1, 2.2 e 2.3.

Art. 2.5 - Presenza di più Soggetti Assicurati per uno stesso Finanziamento

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

- 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 Adesione.

Art. 2.6 - Ammissione alla Copertura

È ammissibile alla Copertura l'Aderente che abbia sottoscritto il Modulo di Adesione.

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

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

Nel caso in cui vi siano più Assicurati 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 Adesione.

Relativamente alla modalità di cui al precedente punto A), nel caso in cui l'Assicurato 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, Antigene HBS e HCV.

I costi degli esami e delle visite mediche sono a carico della Compagnia, qualora da essa richiesti, nella misura massima di 150,00 € previa presentazione di adeguato giustificativo.

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

La Compagnia si riserva il diritto, entro 45 (quarantacinque) giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione, 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 l'Aderente dovrà sottoscrivere per accettazione.

TAVOLE DI RIFERIMENTO

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

	Questionario Medico Semplificato	Quest. Medico (in caso di "sì" al QMS)	Rapp. visita medica + Esame urine	Profi o Ematico	ECG a riposo	Rapp. finanzia. onf.	*PSA per gli uomini
A							
B							
C							
D							>45 anni
E							>45 anni

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

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

ARTICOLO 3 - BENEFICIARIO DELLE COPERTURE

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;
- per tutte le altre garanzie, direttamente all'Assicurato.

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

Le dichiarazioni dell'Aderente e dell'Assicurato, rese al momento della sottoscrizione della Modulo di Adesione, 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 Modulo di Adesione, 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, per il tramite dell'Aderente, deve darne sollecita comunicazione alla Compagnia al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione alla Copertura di cui all'art. 2.6, pena la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della Copertura ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile.

ARTICOLO 5 - CONDIZIONI E PRESTAZIONI RELATIVE ALLE COPERTURE

Il Contratto di Assicurazione prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- prestazione in caso di Decesso (valida per tutti gli Assicurati);
- prestazione in caso di Invalidità Totale e Permanente (valida per tutti gli Assicurati);

C. prestazione in caso di Inabilità Temporanea Totale (valida solo per tutti gli Assicurati).

Le garanzie sono prestate nei limiti delle Esclusioni, comuni e specifiche, di cui all'art. 6 che segue.

L'Aderente e l'Assicurato dovranno leggere attentamente le raccomandazioni e le avvertenze contenute nel Modulo di Adesione relative alla compilazione del questionario sanitario.

Art 5.1 - A) Prestazione in Caso di Decesso Assicurati garantiti

La garanzia si applica a tutti gli Assicurati.

Rischio assicurato

Il rischio coperto è il Decesso derivante da infortunio o malattia.

Prestazione assicurativa

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

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

La presente garanzia viene prestata:

- senza limiti territoriali fatte salve le esclusioni di cui agli artt. 6.1 e 6.2 che seguono, che possono comportare la riduzione o il venir meno della Copertura;
- fino allo scadere del mese solare di compimento dell'80° anno di vita dell'Assicurato.

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

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

La garanzia si applica a tutti gli Assicurati.

Rischio assicurato

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

Prestazione assicurativa

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

Il pagamento avviene nel limite della Percentuale di copertura assicurativa.

La presente garanzia viene prestata:

- senza limiti territoriali fatte salve le esclusioni specifiche di cui all'art. 6.3 che segue, e che possono comportare la riduzione o il venire meno della Copertura;
- fino allo scadere del mese solare di compimento del 65° anno di vita dell'Assicurato.

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

Assicurati garantiti

a garanzia si applica a tutti gli Assicurati.

Rischio assicurato

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

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

Prestazione assicurativa

La Copertura garantisce, in caso di Inabilità Temporanea Totale al Lavoro, la liquidazione mensile di una somma determinata in base alle indicazioni del contratto di Finanziamento nei limiti di cui al successivo art. 6.3, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e 36 rate mensili per tutta la durata del Contratto.

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

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

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

- ad un Periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni.
- La presente garanzia viene prestata:
- senza limiti territoriali salvo le esclusioni specifiche previste agli artt. 6.3 e 6.4 che seguono e che possono comportare la riduzione o il venire meno della Copertura;
 - fino alla data di inizio del pensionamento volontario dell'Assicurato, ovvero allo scadere della durata massima del Contratto determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta, come da tabella allegata all'art. 7.

Art. 5.4 - Regola di rimborso

Nel caso di Sinistro relativo a Coperture per Inabilità Temporanea Totale al Lavoro la somma mensile che sarà liquidata dalla Compagnia non potrà superare il limite di Euro 5.000,00.

ARTICOLO 6 - ESCLUSIONI

Art. 6.1 - Esclusioni comuni a tutte le garanzie

La Copertura è esclusa nei seguenti casi:

- dolo dell'Aderente, dell'Assicurato 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;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- 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.

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

Art. 6.2 - Esclusioni riscattabili riguardanti la garanzia Invalidità Totale e Permanente

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

- bungee jumping, base jump, paracadutismo, tauromachia;
- canyoning, rafting, kite surf, salti dal trampolino con sci o idrosci;
- speleologia;
- sport da combattimento (tranne se praticati in club o con licenza);
- pratica di atletica pesante, rugby e football americano;
- sci fuori pista, sci acrobatico, bobsleigh, combinata nordica, skeleton, skiatolon, sci acrobatico; alpinismo, scalata e trekking in montagna oltre 3.000 m, downhill;
- immersioni oltre 20 m di profondità e speleosubacquea.

La garanzia è valida quando gli sport di cui sopra sono praticati in forma di iniziazione, sotto la guida di personale qualificato e titolare dei dovuti brevetti e autorizzazioni regolamentari.

Sono sempre esclusi:

- pratica di qualsiasi sport a titolo amatoriale o professionale che comporti un compenso o una remunerazione;

- gare sportive (compresi gli allenamenti e le prove che le precedono) che richiedono l'utilizzo di animali, veicoli (con o senza motore) o imbarcazioni a motore;
- dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali o sport da combattimento in genere, salvo che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali.

Art. 6.3 - Esclusioni riguardanti la garanzia Inabilità Temporanea Totale al lavoro

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

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

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

Art. 7.1 - Conclusione del Contratto

Il Contratto di Assicurazione si conclude alla data in cui l'Aderente riceve dalla Compagnia la lettera di benvenuto.

Se la Compagnia rifiuta il rischio, ne dà comunicazione all'Aderente tramite lettera raccomandata A.R. e gli rimborsa gli eventuali Premi versati al momento della sottoscrizione della Modulo di Adesione. Se la Compagnia accetta il rischio, dietro pagamento di un sovrappremio e/o con esclusione di alcune garanzie o rischi, l'Aderente deve esprimere il proprio consenso scritto e formale alle Condizioni Particolari che gli vengono proposte.

Art. 7.2 - Decorrenza della Copertura

La Copertura decorre:

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

Art. 7.3 - Durata della Copertura

La durata della Copertura coincide, per ciascun Aderente, con la durata del piano di ammortamento originario del Finanziamento, ovvero termina con la data di scadenza indicata sulla Lettera di Benvenuto, fermo restando il rispetto dei limiti di età dell'Assicurato indicati per ciascuna garanzia all'art. 7.4 che segue.

Art. 7.4 - Cessazione della Copertura

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

- pagamento dell'ultima rata di rimborso del Finanziamento;
- estinzione totale anticipata del Finanziamento, salvo quanto previsto dal successivo art. 11;
- accollo del Finanziamento da parte di terzi, come previsto dall'art. 1273 del codice civile, salvo quanto previsto dal successivo art. 11;

- estinzione totale anticipata del Finanziamento in relazione alla liquidazione del Sinistro;
- mancato pagamento dei Premi, ai sensi dell'art. 1924 del codice civile e secondo quanto disposto dal successivo art. 12;
- esercizio del diritto di recesso, come disciplinato dal successivo art. 10;
- per l'Assicurato ammesso alla Copertura nella sua qualità di dirigente, funzionario, socio o legale rappresentante di una persona giuridica, quando cessa di svolgere questa funzione;
- per la Copertura per Decesso, al compimento dell'80° anno di vita dell'Assicurato;
- per la Copertura Invalidità Totale e Permanente, al compimento del 65° anno di vita dell'Assicurato;
- per la Copertura Inabilità Temporanea Totale, alla data di inizio del pensionamento volontario ovvero allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione, come indicato nella tabella sottostante.

ETÀ ALLA SOTTOSCRIZIONE	DURATA MASSIMA GARANZIA ITT
55	10
56	9
57	8
58	7
59	6
60	5
61	4
62	3
63	2
64	1

ARTICOLO 8 - RISCATTO, RIDUZIONE E RELATIVI COSTI

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

ARTICOLO 9 - REVOCA DEL CONTRATTO

L'Aderente può revocare il contratto ai sensi dell'art. 176 del Codice delle Assicurazioni Private fino al momento della conclusione dello stesso. La revoca deve essere esercitata a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviarsi alla Compagnia al seguente recapito: AFI ESCA S.A. - SERVIZIO CLIENTI, Via Vittor Pisani, 5 - 20124 MILANO, allegando l'originale del Modulo di Adesione. Qualora la dichiarazione di revoca dal contratto pervenga tempestivamente alla Compagnia, impedendone la conclusione, la Compagnia è tenuta a rimborsare all'Aderente i Premi da questi eventualmente già corrisposti, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.

ARTICOLO 10 - DIRITTO DI RECESSO

L'Aderente può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 (sessanta) giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il Contratto si è concluso, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviare a: AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano, accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità del Legale Rappresentante dell'Aderente. L'Aderente si impegna, altresì, ad informare l'Ente Erogante dell'intervenuto esercizio del diritto di recesso. La Compagnia, entro il termine di 30 (trenta) giorni dal ricevimento della dichiarazione di recesso, ha l'obbligo di restituire all'Aderente il Premio, al netto delle imposte, delle spese mediche eventualmente già rimborsate all'Aderente, delle spese di emissione del Contratto sostenute - che si quantificano preventivamente in €50,00 - e della quota parte di Premio relativa al periodo in cui il Contratto ha avuto effetto. Si precisa che, laddove nelle more dell'esercizio del diritto di recesso si verifichi 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 dall'Aderente.

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

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

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

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

L'Aderente può richiedere, in qualsiasi momento, un aumento o una riduzione delle Coperture scelte al momento della sottoscrizione del Contratto, nel rispetto delle combinazioni (b) e (c) 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'Aderente, 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. L'Aderente 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.

L'Aderente 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, l'Aderente trasmette alla Compagnia copia autentica del nuovo piano di ammortamento rilasciato dall'Ente Erogante. Decorso il termine di 60 (sessanta) giorni, sia che si tratti della trasmissione del piano di ammortamento originario definitivo sia nel caso di modifica delle caratteristiche del Finanziamento, la data che verrà presa in considerazione per il calcolo del nuovo Premio corrisponderà a quella in cui la Compagnia ha ricevuto la documentazione definitiva o aggiornata. In caso di Sinistro, non saranno opponibili alla Compagnia le modifiche al Finanziamento che comportino un aggravamento del rischio e che non siano state comunicate tempestivamente alla Compagnia medesima.

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

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

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

ARTICOLO 13 - PREMI

Art. 13.1 - Tariffazione

La tariffa applicata è definita in base alle informazioni contenute nel Mo-

La tariffa applicata è definita in base alle informazioni contenute nel Modulo di Adesione. Essa si basa in particolare:

- sull'età dell'Assicurato che viene calcolata per differenza tra il millesimo dell'anno in corso e il millesimo dell'anno di nascita;
- sull'importo del capitale residuo dovuto all'Ente Erogante, alla fin di ogni anno solare, moltiplicato per la Percentuale di copertura assicurativa, come precisato nel modulo di Modulo di Adesione"

Art. 13.2 - Determinazione del Premio

Il Premio Unico 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 del Modulo di Adesione.

Art. 13.3 - Versamento del Premio

Il Premio unico deve essere corrisposto in un'unica soluzione dall'Aderente mediante bonifico bancario intestato al Contraente che incassa per conto delle Compagnie in virtù della delega all'incasso ricevuta dalle stesse.

L'ammontare totale del Premio, indicato nel Modulo di Adesione, è comprensivo dell'eventuale imposta di assicurazione applicabile, attualmente nella misura del 2,5%, alle Coperture Inabilità Temporanea Totale.

Art. 13.4 - Costi gravanti sul Premio

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

In particolare, il costo per l'emissione del Contratto è determinato in misura fissa ed è pari a 50,00 € di cui 30,00 € vengono retrocessi all'Intermediario e l'importo percepito dall'eventuale Intermediario è pari al 70% del Premio versato al netto delle imposte.

L'importo percepito dall'Intermediario sarà indicato, in valore assoluto, nella lettera di benvenuto.

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

ARTICOLO 14 - DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI

I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a mezzo raccomandata A.R. al seguente recapito: AFI ESCA S.A. - UFFICIO SINISTRI - Via Vittor Pisani, 5 - 20124 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'Aderente o gli aventi diritto potranno chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al seguente numero 02.583.248.45.

L'Aderente 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'Aderente o degli aventi diritto all'Indennizzo.

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

Art. 14.1 - Decesso

- copia di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del legale rappresentante dell'Aderente (solo nel caso in

cui l'Aderente sia un soggetto diverso da una persona fisica);

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

Art. 14.2 - Invalidità Totale e Permanente

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

Art. 14.3 - Inabilità Totale Temporanea al Lavoro

- copia di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del legale rappresentante dell'Aderente;
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà dell'Aderente;
- decreto di nomina del legale rappresentante dell'Aderente (solo nel caso in cui sia variato rispetto a quello riportato sul Modulo di Adesione);
- 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;
- dichiarazione sottoscritta da Aderente/Assicurato col codice IBAN sul quale accreditare l'importo dell'indennizzo.

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

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

Finanziamento.

ARTICOLO 15 - 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 16 - CESSIONE DEI DIRITTI

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

ARTICOLO 17 - ESTENSIONE TERRITORIALE

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

ARTICOLO 18 - IMPOSTE E TASSE

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

ARTICOLO 19 - SPESE VARIE

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

ARTICOLO 20 - GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE

Il presente Contratto, redatto in lingua italiana, è soggetto alla giurisdizione e legge italiana. Per qualunque controversia derivante dall'applicazione o interpretazione del presente Contratto è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento, se obbligatorio per legge, del tentativo di mediazione ex art. 5 del D.Lgs. 28/2010 e successive modifiche ed integrazioni, deferendo la controversia esclusivamente ad organismo di mediazione abilitato. Resta in ogni caso inteso che nel caso in cui sia adita l'Autorità Giudiziaria, il Foro competente sarà quello di Milano.

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

La Compagnia è tenuta ad inviare all'Aderente, entro 60 (sessanta) giorni dalla chiusura di ogni anno solare, una comunicazione avente ad oggetto informazioni sull'ammontare del capitale assicurato, gli eventuali Premi in scadenza ovvero in arretrato, con un'avvertenza sugli effetti derivanti dal mancato pagamento, e il nominativo del/dei Beneficiario/Beneficiari del/dei vincolatario/vincolatari. Fatto salvo quanto previsto al successivo art. 23 (Reclami), tutte le comunicazioni da parte dell'Aderente/Assicurato alla Compagnia dovranno pervenire a mezzo lettera raccomandata A.R. indirizzata a: AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano - Indirizzo e-mail: informazioni@afi-esca.com - Telefono: + 39 02.58.32.48.45, ovvero direttamente all'Intermediario che ha distribuito il Contratto, nel caso in cui questi sia stato abilitato al ricevimento delle comunicazioni da parte della Compagnia. Eventuali comunicazioni da parte della Compagnia saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Aderente/Assicurato.

La Compagnia fornisce riscontro scritto ad ogni comunicazione e/o richiesta di informazioni presentata dall'Aderente/Assicurato o dagli aventi diritto in merito all'evoluzione del rapporto assicurativo e alle modalità di determinazione della prestazione assicurativa. Al fine di ottemperare al meglio alle procedure interne di riscontro, l'Aderente/Assicurato o gli aventi diritto dovranno inserire sul plico la seguente indicazione: "Oggetto: Richiesta di informazioni".

Il Contratto è costituito esclusivamente dalle presenti condizioni generali di assicurazione, dalla Lettera di Benvenuto e dalle sue Appendici.

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

ARTICOLO 23 - RECLAMI

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

AFI ESCA S.A./AFI ESCA IARD S.A.
Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano
Telefono: +39 02.583.248.45
Indirizzo e-mail: reclami@afi-esca.com

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

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

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

- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;
- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali la Compagnia non ha dato riscontro entro il termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni, decorrenti dalla data di ricezione, inclusi quelli relativi alla gestione

del rapporto contrattuale (segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto). Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'autorità giudiziaria.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente domicilio in Italia può presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, individuabile accedendo al sito Internet: [https:// ec.europa.eu/info/file/fin-net-complaint-form_it](https://ec.europa.eu/info/file/fin-net-complaint-form_it)

L'IVASS, ricevuto il reclamo, e accertata la presenza di un sistema estero competente, lo inoltra senza ritardo a tale sistema, dandone notizia al reclamante. L'Autorità di Vigilanza del Paese di origine di AFI ESCA è l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito: <https://acpr.banque-france.fr/>.

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

ARTICOLO 24 - PRESCRIZIONE

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

ARTICOLO 25 - 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 30.11.2019.

Multiply

The business protection

Assicurazione abbinata a finanziamenti per PMI



Informativa per il Trattamento dei dati personali

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

AFI ESCA IARD S.A. è una impresa di assicurazione di diritto francese, con sede legale e direzione generale in Square Dutilleul, 4, LILLE (Francia), soggetta a direzione e coordinamento di AFI ESCA S.A., abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento.

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

Le compagnie, di seguito e congiuntamente AFI ESCA, operano attraverso accordi di distribuzione con agenti, broker assicurativi e banche. La protezione della Sua privacy è una nostra priorità assoluta. In conformità a quanto previsto dall'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 ("Regolamento Privacy") la presente Informativa Privacy spiega in che modo e che tipo di dati personali saranno raccolti (tramite siti internet tramite la rete di intermediari), perché sono raccolti e a chi verranno divulgati o comunicati.

Si prega di leggere attentamente quanto sotto riportato.

1. Chi è il Titolare del Trattamento? Un titolare del trattamento è la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che, singolarmente o insieme ad altri, determina le finalità e i mezzi del trattamento dei dati personali. Il titolare del trattamento è Afi Esca Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano; e-mail: informazioni@dafi.esca.com; tel: 02.58.32.48.45.

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

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

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

3.A. FINALITÀ ASSICURATIVE:

- Adempiere agli obblighi precontrattuali, contrattuali e derivanti dal rapporto assicurativo con il Soggetto Interessato;
- Esecuzione del Contratto, compresa la valutazione del rischio, raccolta dei premi, prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative, nonché finalità connesse alla gestione e liquidazione dei sinistri, e liquidazione per altre cause;
- Gestione di richieste specifiche del Soggetto Interessato, nonché per la fornitura dei benefici onnessi ad accessori al Contratto.

È richiesto il consenso espresso? SI - AFI ESCA deve ottenere il consenso espresso solo per "particolari categorie di dati" quali dati riguardanti la salute del Contraente o dell'Assicurato (se è persona diversa dal Contraente), che saranno raccolti e trattati all'interno o all'esterno dell'Area Economica Europea (EEA) al fine di sottoscrivere e/o gestire il Contratto.

Il conferimento dei dati è obbligatorio o facoltativo? Quali sono le conseguenze del rifiuto o di fornire i dati personali? SI - il conferimento dei

dati personali - ivi inclusa la prestazione del consenso al trattamento di eventuali dati relativi alla salute è obbligatorio. Il rifiuto o al conferimento dei dati preclude la conclusione ed amministrazione del Contratto.

3.B. FINALITÀ AMMINISTRATIVE:

- Espletamento di attività amministrative - contabili e di quelle attinenti all'esercizio dell'attività assicurativa, alle quali AFI ESCA è autorizzata, quali la redistribuzione del rischio attraverso co-assicurazione e/o riassicurazione.

È richiesto il consenso espresso? NO.

Il conferimento dei dati è obbligatorio o facoltativo? Quali sono le conseguenze del rifiuto o di fornire i dati personali? SI - il conferimento dei dati personali - ivi inclusa la prestazione del consenso al trattamento di eventuali dati relativi alla salute è obbligatorio. Il rifiuto o al conferimento dei dati per tale finalità preclude la conclusione, gestione ed amministrazione del Contratto.

3.C. FINALITÀ DI LEGGE:

Adempimento agli obblighi previsti dalla legge (es. obbligazioni fiscali, contabili ed amministrative) dai Regolamenti Europei o dalla normativa comunitaria o da un ordine delle competenti autorità nazionali ed altri organismi pubblici.

È richiesto il consenso espresso? NO.

Il conferimento dei dati è obbligatorio o facoltativo? Quali sono le conseguenze del rifiuto o di fornire i dati personali? SI - Il conferimento dei dati personali è obbligatorio per finalità di legge. Il rifiuto o di fornire i dati impedisce a AFI ESCA di assolvere gli obblighi previsti dalla legge.

3.D. FINALITÀ DI MARKETING:

Espletamento di attività di marketing da parte del Titolare del Trattamento o delle altre società del Gruppo AFI ESCA o di terzi selezionati tramite: l'invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazioni commerciali attinenti a servizi e prodotti di AFI ESCA, nonché a prodotti e servizi del Gruppo AFI ESCA o società terze (partner commerciali di AFI ESCA) anche mediante tecniche di comunicazione tradizionali e/o a distanza (quali e-mail, telefono, e qualsiasi altra forma di comunicazione elettronica).

È richiesto il consenso espresso? SI - AFI ESCA deve ottenere il consenso espresso del Soggetto Interessato.

Il conferimento dei dati è obbligatorio o facoltativo? Quali sono le conseguenze del rifiuto o di fornire i dati personali? NO - Il conferimento dei dati personali per finalità di marketing è facoltativo. In mancanza, il Soggetto Interessato non potrà ricevere comunicazioni commerciali, partecipare a ricerche di mercato, ricevere comunicazioni di marketing specifiche per il proprio profilo.

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

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

4. CON QUALI MODALITÀ SONO RACCOLTI E TRATTATI I DATI?

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

In relazione a tutte le suddette finalità i dati personali saranno trattati

manualmente od utilizzando mezzi elettronici adeguati per la conservazione, salvaguardia e comunicazione di tali dati. A tal proposito, tutte le misure di sicurezza necessarie saranno prese per garantire che ci sia un livello di protezione sufficienti e da accessi non autorizzati, perdita o distruzione accidentale dei dati.

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

5. CHI AVRÀ ACCESSO AI DATI?

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

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

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

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

6. DOVE SARANNO TRATTATI I DATI?

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

7. PER QUANTO TEMPO AFI ESCA TRATTIENE I DATI?

I dati personali raccolti ai sensi dei paragrafi 3.A 3.B 3.C e 3.D della presente Informativa Privacy verranno conservati per un periodo pari

alla durata del Contratto (ivi inclusi eventuali rinnovi) e per i 10 anni successivi al termine, risoluzione o recesso dallo stesso, fatti salvi i casi in cui la conservazione per un periodo ulteriore sia richiesta per eventuali contenziosi, richieste delle autorità competenti o ai sensi della normativa applicabile.

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

8. QUALI SONO I DIRITTI DEL SOGGETTO INTERESSATO RISPETTO AI DATI?

Come previsto dalla normativa sulla privacy applicabile, il soggetto interessato ha il diritto di:

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

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

9. COME PUÒ ESSERE CONTATTATA AFI ESCA?

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

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

Data Protection Officer

M. Santiago VALLS
c/o AFI ESCA S.A.
CS 30441 Quai Kléber, 2, 67 008 Strasburgo Cedex
Mail: dpo@groupe-burrus.tech

10. QUANTO SPESSO VIENE AGGIORNATA QUESTA INFORMATIVA PRIVACY?

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

La presente Informativa è stata aggiornata in data 30.11.2019.

Multiply

The business protection

Assicurazione abbinata a finanziamenti per PMI



Adeguate Verifica

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

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

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

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

I dati non sono oggetto di diffusione, ma possono essere comunicati ad Autorità ed Organi di Vigilanza e Controllo, nonché a Magistratura e Forze dell'ordine, in adempimento degli obblighi di legge. In qualsiasi momento l'interessato può esercitare i diritti di accesso previsti dall'art. 15 del Regolamento UE 2016/679, rivolgendosi al Titolare o del trattamento dei dati personali ovvero al Data Protection Officer.

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

- Afi Esca S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano.

Il Titolare, si avvale, per il trattamento dei dati personali, di Responsabili, dei quali sarà possibile acquisire i dati identificativi, scrivendo al Data Protection Officer di Afi Esca S.A., Mr Santiago Valls, dpod@groupe-burrus.tech, o all'indirizzo di posta elettronica privacy@afi-esca.com. Ogni informazione in merito ai soggetti o alle categorie di soggetti cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili del trattamento sopra indicati può essere richiesta a detto servizio.

INFORMATIVA

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

OBBLIGHI DEL CLIENTE

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

I clienti forniscono per iscritto, sotto la propria responsabilità, tutte le informazioni necessarie e aggiornate per consentire ai soggetti obbligati di adempiere agli obblighi di adeguata verifica. Ai fini dell'identificazione del titolare effettivo, il cliente fornisce altresì, sotto la propria responsabilità, le informazioni necessarie a consentire l'identificazione del titolare effettivo.

SANZIONI PENALI

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

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

TITOLARE EFFETTIVO

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

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

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

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

PERSONE ESPOSTE POLITICAMENTE

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

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

- 1) sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:
 - 1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Vice-Ministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.2 deputato, senatore, parlamentare europeo, consigliere regionale nonché cariche analoghe in Stati esteri;
 - 1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;
 - 1.4 giudice della Corte Costituzionale, magistrato della Corte di Cassa-

- zione o della Corte dei conti, consigliere di Stato e altri componenti del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione siciliana nonché cariche analoghe in Stati esteri;
- 1.5 membro degli organi direttivi delle banche centrali e delle autorità indipendenti;
- 1.6 ambasciatore, incaricato d'affari ovvero cariche equivalenti in Stati esteri, uffici e di grado apicale delle forze armate ovvero cariche analoghe in Stati esteri;
- 1.7 componente degli organi di amministrazione, direzione o controllo delle imprese controllate, anche indirettamente, dallo Stato italiano o da uno Stato estero ovvero partecipate, in misura prevalente o totalitaria, dalle Regioni, da comuni capoluoghi di provincia e città metropolitane e da comuni con popolazione complessivamente non inferiore a 15.000 abitanti;
- 1.8 direttore generale di ASL e di azienda ospedaliera, di azienda ospedaliera universitaria e degli altri enti del servizio sanitario nazionale.
- 1.9 direttore, vicedirettore e membro dell'organo di gestione o soggetto svolgenti funzioni equivalenti in organizzazioni internazionali;
- 2) sono familiari di persone politicamente esposte: i genitori, il coniuge o la persona legata in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili alla persona politicamente esposta, i figli e i loro coniugi nonché le persone legate ai figli in unione civile o convivenza di fatto o istituti assimilabili;
- 3) sono soggetti con i quali le persone politicamente esposte intrattengono notoriamente stretti legami:
- 3.1 le persone fisiche legate alla persona politicamente esposta per via della titolarità effettiva congiunta di enti giuridici o di altro stretto rapporto di affari;
- 3.2 le persone fisiche che detengono solo formalmente il controllo totalitario di un'entità notoriamente costituita, di fatto, nell'interesse e a beneficio di una persona politicamente esposta.

POLIZZA MULTIPLY: n. 3116102

CONTRAENTE: PERTE INSURANCE BROKER SRL - Via Pusterla, 5 - 25128 Brescia (BS)

Iscrizione RUI n.:

Proposta n.:

Assicurato

Sesso: Maschio Femmina

Cognome e nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Cod. Fisc. _____

Documento di identità _____ N. _____ Rilasciato il _____ da _____

Indirizzo _____ Città _____

C.A.P. _____ Prov. _____ Tel. _____

Cell. _____ e-mail _____

Aderente

Ragione sociale _____

Data di Costituzione _____ Iscrizione REA _____ Cod. Fisc./P.Iva _____

Indirizzo _____ Città _____

C.A.P. _____ Prov. _____ Tel. _____

PEC _____ e-mail _____

Legale rappresentante della Società Aderente

Sesso: Maschio Femmina

Cognome e nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Cod. Fisc. _____

Documento di identità _____ N. _____ Rilasciato il _____ da _____

Indirizzo _____ Città _____

C.A.P. _____ Prov. _____ Tel. _____

Cell. _____ E-mail _____

Informazioni relative al finanziamento

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

Data di decorrenza stimata: _____ Capitale assicurato: _____ €

Garanzie

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

Beneficiari

Beneficiari designati _____
(Specificare): _____

Premio

Premio Unico

Spese di emissione: 50 € di cui 30 € retrocessi all'Intermediario

Premio dovuto: _____ €

Dichiarazioni

L'Aderente dichiara che gli è stato consegnato, il Set Informativo redatto secondo le prescrizioni IVASS, contenente, oltre al presente Modulo di Adesione, i DIP (Danni, Vita e Aggiuntivo Multirischi), le Condizioni Generali di Assicurazione unitamente al Glossario e Indice, l'Informativa sull'Adeguata Verifica della clientela e l'informativa per il Trattamento dei Dati Personali.

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

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

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

L'Aderente 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. 9 e 10 delle condizioni generali di assicurazione.

L'Assicurato 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 _____ Aderente _____ Assicurato _____

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

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

L'Aderente prende atto che la Copertura decorre dalle ore 24 della Data di Decorrenza indicata nella lettera di benvenuto, 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 Modulo di Adesione;
 - all'adempimento delle formalità mediche di ammissione alla Copertura, ed alla valutazione positiva ed accettazione degli esiti da parte della Compagnia;
 - al pagamento del Premio.
- La Compagnia invia al Contraente e all'Aderente la lettera di benvenuto, quale documento contrattuale che riporta i dati identificativi del Contratto.

Luogo e data _____ Aderente _____ Assicurato _____

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

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

Modalità di pagamento

Il pagamento del Premio di Perfezionamento viene effettuato mediante bonifico bancario a favore dell'Intermediario, abilitato all'incasso dei Premi da parte della Compagnia.

Luogo e data _____ Aderente _____ Assicurato _____



Il vostro Intermediario

PERTE INSURANCE BROKER SRL

Via Pusterla, 5
25128 Brescia (BS)

www.afi-es.a.it



AFI ESCA S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano; Tel. +39 02.583.248.45; Fax +39 02.583.255.94; e-mail: informazioni@afi-esca.com; Società per azioni, Capitale sociale € 12.359.520; Sede Sociale: 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, Registro delle Imprese di Strasburgo n. 548 502 517. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con iscrizione nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00105 - P. IVA 07907350966, C.F. 97601900158, numero di iscrizione al Reg. Imprese di Milano e R.E.A. n° MI - 1989762.



AFI ESCA IARD S.A. - Rappresentanza generale per l'Italia. Sede e direzione della Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Vittor Pisani, 5 - 20124 Milano; Tel. +39 02.583.248.45; Fax +39 02.583.255.94; e-mail: informazioni@afi-esca.com; Società per azioni, Capitale sociale € 5.000.000; 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.