Chapeau Live

Assicurazione temporanea per il caso morte a capitale decrescente

Set informativo

Copertura Assicurativa Individuale sulla Vita

(ed. 01/2026)

Afi·Esca Groupe Burrus

Rappresentanza Generale per l'Italia

Afi·Esca iard Groupe Burrus

Rappresentanza Generale per l'Italia

Chapeau Live

Assicurazione temporanea per il caso morte a capitale decrescente

Set informativo

Prodotto con Coperture assicurative individuali e facoltative, a Premio Unico, per i casi di:
Decesso - Invalidità Totale e Permanente - Inabilità Totale e Temporanea.

Questo contratto ha natura facoltativa e offre all'Assicurato una o più Coperture assicurative, al verificarsi di eventi imprevisti, attivabili in base alle scelte effettuate nel Modulo di Proposta.

La sottoscrizione di questo contratto non è in alcun modo obbligatoria al fine di richiedere o ottenere un prestito o un mutuo e non ne rappresenta condizione necessaria, anche nel caso in cui venga proposto contestualmente alla loro erogazione. Pertanto, in caso di estinzione anticipata – totale o parziale – del mutuo o del prestito, la Copertura assicurativa resterà attiva e invariata fino alla naturale scadenza del contratto e la Compagnia non procederà ad alcun rimborso del Premio versato.

IL PRESENTE SET INFORMATIVO[1] SI COMPONE DI UN TOTALE DI 39 PAGINE E CONTIENE:

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

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

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

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

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

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

! PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO

Chapeau Live è un marchio registrato da AFI ESCA S.A.

Data ultimo aggiornamento: 14/01/2026

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

"Chapeau Live"

<Assicurazione Temporanea Caso Morte a capitale decrescente>

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

(DIP Vita)

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

Prodotto: <Chapeau Live>

DIP Vita di ultima pubblicazione

14/01/2026

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

Che tipo di assicurazione è?

Assicurazione individuale temporanea caso morte. La Copertura Vita assicura il rischio Decesso, con Garanzia opzionale e facoltativa per il caso di Invalidità Totale e Permanente.

Che cosa è Assicurato? / Quali sono le prestazioni?

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

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

La Copertura Vita prevede altresì la seguente Copertura facoltativa:

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

Che cosa NON è Assicurato?

Rischi esclusi	**Le Coperture sono sempre escluse nei seguenti casi:** - Dolo dell'Assicurato, del Contraente o del Beneficiario; - Sinistri conseguenti ad azioni intenzionali dell'Assicurato, quali: il suicidio, se avviene nei primi due anni dalla Data di Decorrenza; il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato.

Ci sono limiti di Copertura?

Per la **Garanzia Decesso:**

- sottoscrizione in età compresa tra i 18 e 70 anni e Prestazione Assicurata fino a 80 anni;

Per la **Garanzia Invalidità Totale e Permanente:**

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

Nel caso in cui l'Assicurato decida di non sottoporsi alla visita medica e a condizione che la Compagnia non ritenga indispensabile la sottoposizione dell'Assicurato agli accertamenti sanitari, le Garanzie **Decesso** e **Invalidità Totale e Permanente** sono sottoposte ad un Periodo di Carenza di 180 giorni - dalla Data di Decorrenza - durante il quale la Copertura resta sospesa.

Dove vale la Copertura?

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

Che obblighi ho?

L' Assicurato (e il Contraente, se diverso dall'Assicurato) è tenuto a fornire dichiarazioni vere, esatte e complete.

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

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

In caso di Sinistro: per poter richiedere la liquidazione della Prestazione Assicurata, occorre consegnare la documentazione elencata nei relativi articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione. Ad esempio, in caso di Sinistro per il caso Decesso, gli aventi diritto dovranno consegnare i seguenti documenti:

- Certificato di morte;
- Comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto) ovvero il modulo di denuncia Sinistro scaricabile sul sito della Compagnia;
- Atto sostitutivo di notorietà che indica gli eredi/testamento;
- Certificato medico che precisi le esatte cause del Decesso, se del caso completo di anamnesi patologica con particolare riferimento alla patologia che ha causato il Decesso e, in caso di Decesso a seguito di ricovero, copia della cartella clinica;

- In caso di Decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- Copia del referto autoptico e tossicologico, se è stata effettuata l'autopsia;
- In caso di morte violenta (suicidio, omicidio) occorre copia del verbale dell'Autorità di P.S. o Giudiziaria, da cui si possano rilevare le circostanze del Decesso e il decreto di archiviazione emesso da un'Autorità competente;
- Copia del documento di identità e del codice fiscale di ciascun Beneficiario;
- Modulo Privacy firmato da tutti i Beneficiari;
- Modulo D4 ISTAT "scheda di morte oltre il 1° anno di vita". La parte A) deve compilarla il medico, mentre la parte B è a cura dell'ufficiale di stato civile;
- In caso di eredi minori o incapaci, autorizzazione del Giudice Tutelare alla riscossione del Capitale Assicurato da parte del Tutore;

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

Quando e come devo pagare?

Il Premio è determinato in base all'importo del Capitale Assicurato, alle Garanzie selezionate, alla durata contrattuale, all'Età Assicurativa dell'Assicurato alla Data di Decorrenza, allo stato di salute dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta, all'attività professionale dell'Assicurato, alle attività sportive dell'Assicurato, alle abitudini di vita dell'Assicurato (stato di fumatore/non fumatore).
Il Premio è **Periodico Costante:** l'importo – valido per il periodo assicurativo prescelto - rimane invariato per l'intera durata del Contratto. Il Premio Periodico può essere corrisposto alla Compagnia su base annuale, semestrale, trimestrale o mensile.
Il frazionamento non implica spese aggiuntive, fatte salve le spese bancarie non direttamente riconducibili alla Compagnia.
Il Premio di Perfezionamento e i Premi Periodici successivi devono essere versati mediante sistemi di pagamento elettronici abilitati ai circuiti Visa e Mastercard (carta di debito o carta di credito) o tramite addebito SDD Core sul conto corrente del Contraente / Assicurato.

Quando comincia la Copertura e quando finisce?

Durata	La Polizza produce i suoi effetti a condizione che: 1) sia stato sottoscritto il Modulo di Proposta; 2) siano state esplicate le formalità mediche di ammissione alla Copertura; 3) gli esiti siano stati valutati positivamente accettati dalla Compagnia; 4) sia stato pagato il Premio. Le Coperture cessano, in ogni caso, alle ore 24 del giorno in cui si verifica il primo tra i seguenti eventi: mancato pagamento dei Premi; esercizio del diritto di recesso; per la Copertura Decesso, al compimento del 80° anno di vita dell'Assicurato; per la Copertura Invalidità Totale e Permanente, al compimento del 65° anno di vita dell'Assicurato. La durata delle Coperture coincide, in ogni caso e per ciascun Assicurato, con la durata indicata nel Certificato di Polizza. Se la T.C.M. è una Polizza con Contraente persona giuridica e Assicurato una Figura Chiave, la cessazione delle Coperture avviene altresì a seguito di estinzione del rapporto di lavoro con l'Assicurato.

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

Revoca	Il Contraente può revocare il Contratto fino al momento della conclusione dello stesso. La revoca deve essere esercitata a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviarsi alla Compagnia al seguente recapito: **AFI ESCA S.A. - SERVIZIO CLIENTI, Foro Buonaparte, 51 - 20121 MILANO ovvero a mezzo PEC**, allegando l'originale del Modulo di Proposta. Se la dichiarazione di revoca dal Contratto perviene tempestivamente alla Compagnia, impedendone la conclusione, la Compagnia è tenuta a rimborsare all'Assicurato i Premi eventualmente già corrisposti, entro 30 giorni dal ricevimento della revoca.
Recesso	Il Contraente può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il Contratto si è concluso, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviare a: **AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, Foro Buonaparte, 51- 20121 MILANO ovvero a mezzo PEC**, accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità. Le Coperture Assicurative cessano alla data richiesta dal Contraente o, se precedente, alla data di spedizione della lettera raccomandata o della PEC del Contraente/Assicurato.
Risoluzione	In caso di Premio Periodico, trascorsi dodici mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata, le Coperture Vita non possono più essere riattivate e il Contratto si intende risolto. Il Contratto si risolve altresì al momento della liquidazione della Prestazione Assicurata a seguito di Sinistro di una delle Coperture Vita.

Sono previsti scatti o riduzioni? □SI X NO

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

Chapeau Live

<Assicurazione Temporanea Caso Morte a capitale decrescente>

Documento informativo relativo al prodotto Assicurativo

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

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

Che tipo di Assicurazione è?

Assicurazione temporanea caso morte a capitale decrescente. La Copertura Danni assicura il rischio Inabilità Totale e Temporanea.

Che cosa è Assicurato?

✓ **Inabilità Totale e Temporanea** (Copertura facoltativa): l'Evento Assicurato è l'Inabilità Totale e Temporanea dell'Assicurato derivante da Infortunio o Malattia.

Che cosa non è Assicurato?

Si elencano di seguito le sole Esclusioni operanti rispetto alle Garanzie Danni **(Inabilità Totale Temporanea).**

La Copertura **Inabilità Totale Temporanea** è esclusa nei seguenti casi:

- x stato di gravidanza;
- x cure termali o di disintossicazione;
- x fibrositi e stanchezza cronica;
- x 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.

Ci sono limiti di Copertura?

! Sono assicurabili le persone fisiche residenti in Italia, anche in qualità di dirigenti, funzionari, soci e legali rappresentanti di persone giuridiche muniti di idonei poteri.

! Sono assicurabili solo le persone fisiche che al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta esercitino effettivamente un'attività lavorativa retribuita o comunque produttiva di reddito certificabile.

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

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

! La Prestazione Assicurata per il caso di I.T.T. è sottoposta alle seguenti regole di rimborso: importo massimo della Rata mensile pari a 2.000 euro; massimo n. 12 Rate mensili per Sinistro; massimo n. 3 Sinistri per l'intera durata del Contratto.

! La Garanzia Inabilità Totale Temporanea può essere selezionata solo per contratti di durata di almeno 120 mesi.

La **Copertura Danni** è sottoposta ai seguenti periodi di Carenza e Franchigia:

! **I.T.T.:** Periodo di Carenza pari a 90 giorni dalla data di Decorrenza; Periodo di Franchigia Relativa pari a 60 giorni dalla data del Sinistro.

Dove vale la Copertura?

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

Che obblighi ho?

- **Quando sottoscrivi il Contratto:** le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato, rese al momento della sottoscrizione e durante il Contratto, se inesatte o reticenti relativamente a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio assunto dalla Compagnia, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione delle Coperture.
- **In corso di Contratto:** l'Assicurato deve dare tempestiva comunicazione alla Compagnia di ogni circostanza che possa comportare l'aggravamento o la diminuzione del Rischio come, ad esempio, variazioni relative all'attività professionale dell'Assicurato; alle attività sportive dell'Assicurato; alle abitudini di vita dell'Assicurato (ad esempio, l'Assicurato che inizia o riprende a fumare a seguito di aver dichiarato di non essere fumatore) ad eventuali soggiorni all'estero dell'Assicurato, se di lunga durata e in Paesi a rischio;
- **In caso di Sinistro:** i Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a mezzo raccomandata A.R. al seguente recapito: **AFI ESCA S.A. - UFFICIO SINISTRI - Foro Buonaparte 51 - 20121 MILANO ovvero a mezzo PEC**, e comunque non oltre il termine di 30 giorni dal verificarsi del Sinistro.

Quando e come devo pagare?

Il Premio è Periodico Costante: l'importo – valido per il periodo assicurativo prescelto - rimane invariato per l'intera durata del Contratto. Il Premio Periodico può essere corrisposto alla Compagnia su base annuale, semestrale, trimestrale o mensile. Il frazionamento non implica spese aggiuntive, fatte salve le spese bancarie non direttamente riconducibili alla Compagnia.
Il Premio di Perfezionamento e i Premi Periodici successivi devono essere versati mediante sistemi di pagamento elettronici abilitati ai circuiti Visa e Mastercard (carta di debito o carta di credito) o tramite addebito SDD Core sul conto corrente del Contraente / Assicurato.

Quando comincia la Copertura e quando finisce?

La Polizza produce i suoi effetti dalle ore 24 della Data di Decorrenza indicata nel Modulo di Proposta e riportata sul Certificato di Polizza, a condizione che:

- sia stato sottoscritto il Modulo di Proposta;
- 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 alla data indicata nel Certificato di Polizza, in ogni caso, alle ore 24 del giorno in cui si verifica il primo tra i seguenti eventi:

- 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;
- 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;
- trascorsi dodici mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata, le Coperture non possono più essere riattivate e il Contratto si intende risolto;
- la Copertura Danni termina altresì al momento della liquidazione della Prestazione Assicurata a seguito di Sinistro di una delle Coperture Vita.

Come posso disdire la polizza?

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

Chapeau Live <Assicurazione Temporanea Caso Morte a capitale decrescente>

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

<Prodotto: **Chapeau Live**>

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

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

Al Contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Chapeau Live è una Assicurazione Individuale Temporanea Caso Morte (T.C.M.) a capitale decrescente, che permette di abbinare Coperture facoltative ed ulteriori alla Copertura di base per il caso Decesso.

Che cosa è Assicurato?

Oltre alla Coperture Vita, può essere assicurata anche la Copertura Danni per il caso di **Inabilità Totale e Temporanea.**

La Copertura Danni è opzionale e facoltativa e deve essere selezionata al momento della sottoscrizione, a fronte del pagamento di un Premio aggiuntivo.

La Garanzia **I.T.T.** può essere attivata a condizione che:

1. l'Assicurato sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente del settore pubblico o privato;
2. la durata totale del Contratto sia pari o superiore a 120 mesi;
3. siano state selezionate le Garanzie per i casi di Decesso e Invalidità Totale e Permanente.

Nel caso di Sinistro relativo alla Copertura Danni **(Inabilità Totale e Temporanea)** la rata mensile liquidata da parte della Compagnia corrisponderà all'importo indicato nel Modulo di Proposta, nel rispetto dei seguenti limiti:

- Importo massimo della Rata mensile pari a 2.000 euro;
- Massimo n. 12 Rate mensili per Sinistro;
- Massimo n. 3 Sinistri per l'intera durata del Contratto.

Che cosa NON è Assicurato?

Tutte le Coperture sono sempre escluse nei seguenti casi:

- dolo dell'Assicurato, del Contraente o del Beneficiario;
- Sinistri conseguenti ad azioni intenzionali dell'Assicurato, quali: il suicidio, se avviene nei primi 2 (due) anni dalla Data di Decorrenza; il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato;

Rischi esclusi	- Sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, o di stati di alcolismo acuto o cronico; - Sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, la sommossa, ad eccezion fatta, in ogni caso, per i Sinistri verificatisi nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici, se ed in quanto l'Assicurato sia già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere; - Sinistri conseguenti a movimenti popolari, risse, crimini, delitti, atti di terrorismo, a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, salvo i casi di legittima difesa; - Sinistri conseguenti ad incidente aereo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota privo di brevetto idoneo, ovvero Sinistri che siano conseguenza diretta della pratica di attività sportive professionistiche o di sport aerei in genere; - Sinistri conseguenti alla partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore; - Sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni, emanazioni di calore, inalazioni, radiazioni, se provenienti dalla modifica della struttura atomica; - Infortuni, Malattie, invalidità e infermità causati da operazioni di carattere estetico, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti a Malattia o Infortunio indennizzabili nei termini del Contratto; - Affezioni o Infortuni accertati da un punto di vista medico a una data anteriore rispetto alla Data di Decorrenza e non dichiarati in fase di sottoscrizione del Modulo di Proposta. I seguiti e le conseguenze delle affezioni e degli Infortuni dichiarati alla Compagnia sono comunque garantiti, tranne se oggetto di una Esclusione; - cure o interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di stipulazione della polizza; - Aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi; - Guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, salvo i casi di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo e abbia ottenuto lo stesso entro tre mesi dal momento del Sinistro; - Eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniacodepressivi o stati paranoidi; - Malattia consistente in sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate. **Le Garanzie Invalidità Totale e Permanente e Inabilità Temporanea e Totale sono sempre escluse nei seguenti casi:** - pratica di qualsiasi sport a titolo amatoriale o professionale che comporti un compenso o una remunerazione; - gare sportive (compresi gli allenamenti e le prove che le precedono) che richiedono l'utilizzo di animali, veicoli (con o senza motore) o imbarcazioni a motore; - dalla partecipazione a competizioni (o relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali o sport da combattimento in genere, salvo che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali. - bungee jumping, basejump, tauromachia; - canyoning, rafting, kitesurf; - speleologia; - pratica di sport da combattimento (tranne se praticati in club o con licenza); - pratica di atletica pesante, rugby e football americano; - sci fuoripista, sci acrobatico, bobsleigh, combinata nordica, skeleton, skiatlon, salto dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico, alpinismo, scalata e trekking in montagna oltre 3.000 m, downhill; - immersioni oltre 20 m di profondità e speleosubacquea (la Copertura non è esclusa se le attività sportive sopra elencate vengono praticate a livello introduttivo e sotto la guida e supervisione di personale qualificato, in possesso dei brevetti, delle autorizzazioni e delle certificazioni richiesti dalla normativa e dai regolamenti applicabili.)

Ci sono limiti di Copertura?

Se l'Assicurato non si è sottoposto a visita medica o non ha aderito alla richiesta della Compagnia di eseguire gli esami clinici necessari ad accertare l'eventuale stato di Malattia da HIV o sieropositività, se il Decesso dell'Assicurato avviene entro i primi cinque anni dal perfezionamento del Contratto deriva da sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, la Compagnia non è tenuta al pagamento del Capitale Assicurato.

Le Coperture Danni sono sottoposte alle seguenti regole di rimborso:

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

A chi è rivolto questo prodotto?

Chapeau Live è rivolto alle persone fisiche che intendano assicurare il caso Decesso, Invalidità Totale e Permanente e con facoltà di prevedere una prestazione aggiuntiva in caso di Decesso causato da Infortunio.

Quali costi devo sostenere?

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

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

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

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

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al Contratto	I Premi di Assicurazione per le Coperture Vita non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni, mentre quelli per le Coperture Danni sono soggetti ad un'imposta pari al 2,5% del Premio imponibile. Qualora il Contratto venga stipulato da un soggetto esercente attività d'impresa, in base alla normativa fiscale nazionale, i Premi versati sono deducibili dal reddito d'impresa se risulta rispettato il principio di inerenza a/l'attività stessa (Art. 109, c. 5 DPR n. 917/86). La deducibilità dei Premi è ammessa anche ai fini della determinazione della base imponibile IRAP.

Chapeau Live

Assicurazione temporanea per il caso morte a capitale decrescente

Glossario

Appendice: il documento rilasciato unitamente o 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: la persona fisica alla quale si riferiscono il rischio e le relative Coperture.

Beneficiario: la persona fisica o giuridica designata dal Contraente nella Polizza, alla quale viene erogata la prestazione assicurata (Capitale Assicurato) quando si verifica l'evento Assicurato.

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

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

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

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

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

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

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

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

Contratto di Assicurazione o Contratto: il rapporto Assicurativo oggetto della Polizza Assicurativa, che si instaura con il Contraente mediante sottoscrizione del Modulo di Proposta e pagamento del relativo Premio e con il quale le Compagnie, per quanto di rispettiva competenza, si impegnano a pagare la Prestazione Assicurata al verificarsi di un Sinistro.

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

Copertura Danni: la Coperture Assicurativa per il caso di Inabilità Totale e Temporanea, prestata da AFI ESCA IARD S.A.

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

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

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 decorrenza e l'anno di nascita dell'Assicurato.

Evento Assicurato: il verificarsi dell'evento previsto dalla Polizza che dà diritto alla Prestazione Assicurata.
1. Per la Garanzia **Decesso** l'Evento Assicurato corrisponde alla data del Decesso derivante da Infortunio o Malattia dell'Assicurato.
2. Per la Garanzia **Invalidità Totale e Permanente** l'Evento Assicurato corrisponde alla data di richiesta di riconoscimento dell'Invalidità derivante da Infortunio o da Malattia, se riconosciuta.
3. Per la Garanzia **Inabilità Totale e Temporanea** l'Evento Assicurato corrisponde: in caso di I.T.T. da Infortunio con la data dell'Infortunio stesso; in caso di I.T.T. da Malattia, con la data di diagnosi indicata nel certificato medico.

Figura Chiave: dirigenti, dipendenti di imprese od enti con inquadramento di funzionari o quadri, nonché soci e/o legali rappresentanti di persone giuridiche**,** che ricoprono un ruolo strategico o con competenze difficilmente replicabili all'interno dell'Azienda.

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

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

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

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

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

Invalidità Totale e Permanente (o I.T.P.): la perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, della generica capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività lavorativa svolta: tale Invalidità Totale e Permanente viene riconosciuta quando il grado percentuale di Invalidità Permanente dell'Assicurato sia pari o superiore al 60%, ai sensi del D.P.R. 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche, secondo le Tabelle Riferimento Inail.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

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

Lavoratori Dipendenti del settore pubblico: le persone fisiche che siano Lavoratori Dipendenti presso la Pubblica Amministrazione. A titolo esemplificativo fanno parte della Pubblica Amministrazione:
- le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado;
- le aziende e amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo;
- le aziende partecipate dallo Stato;
- le Regioni - le Province - i Comuni;
- le Comunità Montane e loro consorzi e associazioni;
- le Istituzioni Universitarie;
- le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni;
- le Aziende e gli Enti del servizio sanitario Nazionale.

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

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.
Tale periodo decorre dalla data del verificarsi del Sinistro.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Riscatto: la facoltà del Contraente di richiedere anticipatamente, prima cioè della scadenza del Contratto, la liquidazione della prestazione maturata determinata in base alle condizioni di assicurazione.

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

Set Informativo: l'insieme dei documenti precontrattuali e contrattuali che la Compagnia è tenuta a consegnare al potenziale Contraente / Assicurato prima della sottoscrizione e cioè i DIP, le Condizioni Generali di Assicurazione con glossario e indice, l'Adeguata Verifica e l'Informativa FEA.

Sinistro: il verificarsi dell'evento di rischio Assicurato oggetto del Contratto di Assicurazione e per il quale viene prestata la Garanzia assicurativa ed erogata la relativa prestazione (nella specie, il Capitale Assicurato), come ad esempio il Decesso dell'Assicurato.

Sovrappremio: la maggiorazione di Premio richiesto dalla Compagnia per i Contratti di Assicurazione misti o di puro rischio nel caso in cui l'Assicurato superi determinali livelli di rischio o presenti condizione di salute più gravi di quelle normali anche in relazione all'età (Sovrappremio c.d. sanitario) oppure nel caso in cui l'Assicurato svolga attività professionali o sportive particolarmente rischiose (es. Sovrappremio professionale o sportivo).

Chapeau Live

Assicurazione temporanea per il caso morte a capitale decrescente

Indice

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE 1

ARTICOLO 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE 1

Art. 1.1 - Prestazione Assicurata di base 1

Art. 1.2 - Coperture Opzionali 1

ARTICOLO 2 - PERSONE ASSICURABILI E MODALITÀ DI AMMISSIONE ALL'ASSICURAZIONE 1

Art. 2.1 - Persone assicurabili 1

Art. 2.2 - Età e attività professionale al momento della sottoscrizione 1

Art. 2.3 - Residenza dell'Assicurato 1

Art. 2.4 - Modalità di sottoscrizione 1

Art. 2.5 - Ammissione alla Copertura 2

Art. 2.6 - Rifiuto di ammissione alla Copertura o applicazione di Condizioni Particolari 2

ARTICOLO 3 - BENEFICIARI DELLE COPERTURE 3

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

Art. 4.1 – Dichiarazioni dell'Assicurato in corso di Contratto e variazione delle circostanze del rischio 3

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

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

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

Art. 5.3 - C) Prestazione in Caso di Inabilità Totale e Temporanea 5

Art. 5.5 - Regole di rimborso 6

ARTICOLO 6 – ESCLUSIONI, CARENZE E FRANCHIGIE 6

Art. 6.1 - Esclusioni comuni a tutte le Garanzie 6

Art. 6.2 - Esclusioni riscattabili riguardanti le Garanzie Invalidità Totale e Permanente e Inabilità Totale e Temporanea 6

Art. 6.3 - Esclusioni relative alla Garanzia Inabilità Totale e Temporanea 7

Art. 6.4 – Periodo di Carenza delle Coperture Decesso e Invalidità Totale e Permanente 7

Art. 6.5 – Periodo di Franchigia Relativa della Copertura Inabilità Totale e Temporanea 7

ARTICOLO 7 - CONCLUSIONE E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE, DURATA E CESSAZIONE DELLE COPERTURE 8

Art. 7.1 - Conclusione del Contratto 8

Art. 7.2 - Decorrenza delle Coperture 9

Art. 7.3 - Durata delle Coperture 9

Art. 7.4 - Cessazione delle Coperture 9

ARTICOLO 8 - REVOCA DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE 10
ARTICOLO 9 - RISCATTO, RIDUZIONE E RELATIVI COSTI 10
ARTICOLO 10 - DIRITTO DI RECESSO 10
ARTICOLO 11 - RISOLUZIONE DEL CONTRATTO PER MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI E RIATTIVAZIONE 10
ARTICOLO 12 - MODIFICA DELLE GARANZIE 11
ARTICOLO 13 - PREMI 11
Art. 13.1 – Tariffa e determinazione del Premio 11
Art. 13.2 - Importo e frazionamento 11
Art. 13.4 - Versamento del Premio 12
Art. 13.5 - Costi gravanti sul Premio 12
ARTICOLO 14 - DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI 12
Art. 15.1 – Decesso 12
Art. 15.2 - Invalidità Totale e Permanente 13
Art. 15.3 – Inabilità Totale e Temporanea 13
Art. 15.6 – Ulteriore documentazione da allegare nel caso in cui il Contraente sia una persona giuridica 13
ARTICOLO 15 - LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI 14
ARTICOLO 16 - CESSIONE DEI DIRITTI 14
ARTICOLO 17 - ESTENSIONE TERRITORIALE 14
ARTICOLO 18 - IMPOSTE E TASSE 14
ARTICOLO 19 - SPESE VARIE 14
ARTICOLO 20 - GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE 14
ARTICOLO 21 - COMUNICAZIONI - RICHIESTA DI INFORMAZIONI - PROVA DEL CONTRATTO 14
ARTICOLO 22 - RECLAMI 14
ARTICOLO 23 - PRESCRIZIONE 15
ARTICOLO 24 - CONFLITTO D'INTERESSI 15

Chapeau Live

Assicurazione temporanea per il caso morte a capitale decrescente

Condizioni Generali di Assicurazione

ARTICOLO 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1.1 - Prestazione Assicurata di base

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

- **Decesso** e **Invalidità Totale e Permanente** – "Coperture Vita", prestate da AFI ESCA S.A.;
- **Inabilità Temporanea e Totale** – "Copertura Danni", prestata da AFI ESCA IARD S.A.

Il Contraente - al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta - può scegliere se abbinare alla Copertura Assicurativa per il caso di Decesso anche la Copertura per il caso di Invalidità Totale e Permanente oltre che la Copertura per il caso di Inabilità Totale e Permanente, come previsto dal seguente Articolo 1.2.
Nel Modulo di Proposta, il Contraente dovrà selezionare le Coperture che intende sottoscrivere.

Il Contraente non può:

- accedere alla Copertura **Invalidità Totale e Permanente**, se non ha sottoscritto il Modulo di Proposta per la Copertura Decesso;
- accedere alla Copertura **Inabilità Temporanea e Totale**, se non ha sottoscritto il Modulo di Proposta per le Coperture Decesso e Invalidità Totale e Permanente.

Art. 1.2 - Coperture Opzionali

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

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

ovvero a una delle formule congiunte delle seguenti Coperture:

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

c. Copertura per il caso di **Decesso** + Copertura per **Invalidità Totale e Permanente** + Copertura per **Inabilità Totale e Temporanea** (selezionabile esclusivamente da Lavoratori Autonomi e Lavoratori Dipendenti del settore pubblico e privato). La combinazione **c.** può essere selezionata esclusivamente in caso di durata contrattuale superiore a 120 mesi (10 anni).

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

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

Art. 2.1 - Persone assicurabili

Sono assicurabili le persone fisiche, anche nella loro qualità di Figura Chiave o di dirigenti, dipendenti di imprese od enti con inquadramento di funzionari o quadri, nonché di soci e/o legali rappresentanti di persone giuridiche.

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

Al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione l'età dell'Assicurato dovrà risultare:

a) nel caso di Copertura per Decesso, superiore ad anni 18 e inferiore ad anni 70;
b) nel caso di Copertura per Invalidità Totale e Permanente, superiore ad anni 18 e inferiore ad anni 65.

Art. 2.3 - Residenza dell'Assicurato

L'Assicurato deve essere residente e/o domiciliato nel territorio della Repubblica Italiana.

Art. 2.4 - Modalità di sottoscrizione

L'Assicurato deve completare il Processo di Sottoscrizione, selezionando la combinazione di Garanzie secondo quanto indicato al precedente articolo.
L'Assicurato è altresì tenuto a adempiere alle formalità di cui al successivo Art. 2.5 come saranno precisate durante il Processo di Sottoscrizione.
L'Assicurato deve essere in ogni caso in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui ai precedenti artt. 2.1, 2.2 e 2.3.

Art. 2.5 - Ammissione alla Copertura

Per poter accedere alle Coperture:

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

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

TAVOLE DI RIFERIMENTO

TAVOLA DELLE FORMALITÀ MEDICHE (in vigore al 01/07/2025)

Capitale da assicurare	Età	
	Fino ai 60 anni (non compiuti) alla sottoscrizione	Oltre ai 60 anni e fino ai 70 anni (non compiuti) alla sottoscrizione
fino a 300.000 €	A	B
da 300.001 € a 500.000 €	C	
da 500.001 € a 2.500.000 €	D	Consultare la Compagnia
oltre 2.500.000 €	Consultare la Compagnia	

	Questionario Medico Semplificato	Questionario Medico (in caso di "SÌ" al QMS)	Rapporto visita medica con Esame urine	Profilo Ematico*	ECG a riposo	Rapp. Finanziario Confidenziale	PSA per gli uomini
A							
B							
C							≥45 anni
D							≥45 anni

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

Art. 2.6 - Rifiuto di ammissione alla Copertura o applicazione di Condizioni Particolari

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

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

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

ARTICOLO 3 - BENEFICIARI DELLE COPERTURE

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

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

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

Le Prestazioni Assicurate sono liquidate:

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

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

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

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

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

Qualora nel corso del Contratto si verifichino variazioni relative:

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

l'Assicurato deve darne comunicazione scritta alla Compagnia.

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

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

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

ARTICOLO 5 - CONDIZIONI, LIMITAZIONI E PRESTAZIONI RELATIVE ALLE COPERTURE

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

a. prestazione in caso di **Decesso** (valida per tutti gli Assicurati);
b. prestazione in caso di **Invalidità Totale e Permanente** (valida per tutti gli Assicurati);
c. prestazione in caso di **Inabilità Totale e Temporanea** (valida solo per i Lavoratori Autonomi e per i Lavoratori Dipendenti del settore pubblico e privato).

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

Il Contraente e l'Assicurato devono leggere attentamente le raccomandazioni e le avvertenze - contenute nel Modulo di Proposta - relative alla compilazione del Questionario Medico.

Art. 5.1 – A) Prestazione in Caso di Decesso

Assicurati Garantiti

La Garanzia è selezionabile da tutti gli Assicurati.

Rischio Assicurato

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

Prestazione Assicurata

In caso di Decesso dell'Assicurato nel corso della durata contrattuale, è prevista la liquidazione ai Beneficiari di un importo pari al Capitale Assicurato al momento del Decesso.

! Il Capitale Assicurato iniziale **decresce mensilmente di un importo costante** – a partire dalla Data di Decorrenza del Contratto - determinato sulla base della durata totale del Contratto espressa in mesi, secondo la seguente formula:
Capitale Assicurato al momento del Decesso = Capitale Assicurato iniziale – (Capitale Assicurato iniziale / n. mesi di durata del Contratto) *numero mesi trascorsi dalla Data di Decorrenza.

ESEMPIO:

Polizza di durata totale 120 mesi con Capitale Assicurato iniziale per caso Decesso pari a € 120.000;

A quanto ammonta l'importo della liquidazione in caso di Sinistro per Decesso dell'Assicurato dopo 60 mesi dalla sottoscrizione?

Prestazione liquidata = Capitale Assicurato al momento del Decesso (60 mesi dalla sottoscrizione)

- ➔ Capitale Assicurato al momento del Decesso = Capitale Iniziale – [importo mensile decrescente x n. mensilità trascorse dalla sottoscrizione del Contratto];
- ➔ Importo mensile decrescente = € 120.000 **/** n. mesi durata totale del Contratto (120)] = 1.000 €;
- ➔ Capitale Assicurato al momento del Decesso = € 120.000 – [€ 1.000 x 60 (mensilità trascorse della decorrenza del Contratto)] = € 120.000 – € 60.000 → **Capitale Assicurato al momento del Decesso = € 60.000**

L'ammontare del Capitale Assicurato iniziale deve essere pari o superiore a 10.000,00 € ed è riportato nel Certificato di Polizza.

La presente Garanzia viene prestata:

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

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

Periodo di Carenza:

L'immediata Copertura assicurativa per il caso Decesso è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto alla visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Compagnia.
Nel caso in cui l'Assicurato decida di non sottoporsi alla visita medica (e sempreché la Compagnia non ritenga indispensabile la sottoposizione dello stesso agli accertamenti sanitari) viene applicato un Periodo di Carenza di 6 mesi dalla data di perfezionamento del Contratto, durante il quale l'assicurazione resta sospesa.

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

Assicurati Garantiti

La Garanzia è selezionabile da tutti gli Assicurati.

Rischio Assicurato

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

Prestazione Assicurata

La Compagnia si impegna a corrispondere un capitale in caso di Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato prima della scadenza contrattuale.
Nel caso di Invalidità Totale e Permanente il Beneficiario coincide sempre con l'Assicurato.
L'ammontare del Capitale Assicurato, che deve essere almeno pari a 10.000,00 euro, è riportato nel Certificato di Polizza.

La presente Garanzia viene prestata

- nei limiti delle Esclusioni di cui agli Artt. 6.1 e 6.2 che seguono, che possono comportare la riduzione o il venire meno della Copertura;
- fino alla data di scadenza della Garanzia, come indicata nel Certificato di Polizza o eventuali Appendici;
- fino allo scadere del mese solare di compimento del 65° (sessantacinquesimo) anno di vita dell'Assicurato.

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

Periodo di Carenza:

L'immediata Copertura assicurativa per il caso di Invalidità Totale e Permanente è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto alla visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Compagnia.
Nel caso in cui l'Assicurato decida di non sottoporsi alla visita medica (e sempreché la Compagnia non ritenga indispensabile la sottoposizione dello stesso agli accertamenti sanitari) viene applicato un Periodo di Carenza di 6 mesi dalla data di perfezionamento del Contratto, durante il quale l'assicurazione resta sospesa.

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

Assicurati garantiti

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

Rischio Assicurato

L'Evento Assicurato è l'Inabilità Totale e Temporanea dell'Assicurato 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 Assicurata

La Compagnia si impegna a corrispondere, in caso di verificarsi dell'Evento Assicurato (I.T.T. dell'Assicurato), la liquidazione mensile di una somma determinata nei limiti di cui al successivo art. 5.5 e indicata nel Modulo di Proposta, per un massimo di 12 rate mensili per Sinistro e fino ad un massimo di 3 Sinistri per tutta la durata contrattuale.
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.

La presente Garanzia viene prestata

- senza limiti territoriali salvo le Esclusioni specifiche previste agli artt. 6.1, 6.2 e 6.3 che seguono e che possono comportare la Riduzione o il venire meno della Copertura;
- fino alla data di inizio del pensionamento volontario dell'Assicurato;
- fino alla data di scadenza della Garanzia, come indicata nel Certificato di Polizza;
- fino allo scadere della Durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta e come da tabella allegata al successivo Art. 7.4.

Carenza

La Copertura per il caso di Inabilità Totale e Temporanea è sottoposta ad un periodo di Carenza di 90 giorni dalla Data di Decorrenza.

Franchigia

La Copertura per il caso di Inabilità Totale e Temporanea è sottoposta ad un Periodo di Franchigia Relativa pari a 60 giorni dalla data del Sinistro.
Qualora l'Assicurato, dopo la ripresa dell'attività lavorativa, subisca - prima che siano trascorsi 30 giorni dalla ripresa - 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.

Art. 5.5 - Regole di rimborso

Nel caso di Sinistro relativo alla Copertura Danni **(Inabilità Totale e Temporanea)** la rata mensile liquidata da parte della Compagnia corrisponderà all'importo riportato nel Processo di Sottoscrizione, nel rispetto dei seguenti limiti:

- Importo massimo della Rata mensile pari a 2.000 euro;
- Massimo n. 12 Rate mensili per Sinistro;
- Massimo n. 3 Sinistri per l'intera durata del Contratto.

ARTICOLO 6 – ESCLUSIONI, CARENZE E FRANCHIGIE

Art. 6.1 - Esclusioni comuni a tutte le Garanzie

La Copertura è esclusa nei seguenti casi:

- Dolo dell'Assicurato, del Contraente o del Beneficiario;
- Sinistri conseguenti ad azioni intenzionali dell'Assicurato, quali: il suicidio, se avviene nei primi due anni dalla Data di Decorrenza; il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i Sinistri provocali volontariamente dall'Assicurato;
- Sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, o di stati di alcolismo acuto o cronico;
- Sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, la sommossa, ad eccezion fatta, in ogni caso, per i Sinistri verificatisi nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici, se ed in quanto l'Assicurato sia già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;
- Sinistri conseguenti a movimenti popolari, risse, crimini, delitti, atti di terrorismo, a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, salvo i casi di legittima difesa;
- Sinistri conseguenti ad incidente aereo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota privo di brevetto idoneo, ovvero Sinistri che siano conseguenza diretta della pratica di attività sportive professionistiche o di sport aerei in genere;
- Sinistri conseguenti alla partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- Guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato;
- È privo della prescritta abilitazione;
- 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 causali da operazioni di carattere estetico, salvo gli interventi di ricostruzione plastica conseguenti a Malattia o Infortunio indennizzabili nei termini del Contratto;
- Affezioni o Infortuni accertali 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 dichiarali 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, se il Decesso avviene entro i primi 5 (cinque) anni dalla data di conclusione del Contratto.

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

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

- bungee jumping, base jump, paracadutismo;
- canyoning, rafting, kite surf;
- speleologia;
- sport da combattimento (tranne se praticati in club o con licenza);
- sci fuori pista, sci acrobatico, salti dal trampolino con sci o idroscì, bobsleigh;
- alpinismo, scalata e trekking in montagna con accesso ai ghiacciai, downhill;
- Immersioni oltre 20 m di profondità e speleosubacquea (la Copertura non è esclusa se tali sport vengono praticati a livello introduttivo e sotto la guida e supervisione di personale qualificato, in possesso dei brevetti,

delle autorizzazioni e delle certificazioni richiesti dalla normativa e dai regolamenti applicabili).
- Invalidità, malformazioni, stati patologici, lesioni dell'Assicurato preesistenti e noti all'Assicurato prima della Data di Decorrenza delle Coperture, nonché conseguenze dirette o indirette da essi derivanti;
- pratica di qualsiasi sport a titolo amatoriale o professionale che comporti un compenso o una remunerazione;
- gare sportive (compresi gli allenamenti e le prove che le precedono) che richiedono l'utilizzo di animali, veicoli (con o senza motore) o imbarcazioni a motore;
- dalla partecipazione a competizioni (o relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di arti marziali o sport da combattimento in genere, salvo che abbiano carattere ricreativo e per gare aziendali e interaziendali.

Art. 6.3 - Esclusioni relative alla Garanzia Inabilità Totale e Temporanea

La Copertura Inabilità Totale e Temporanea, oltre ai casi menzionati all'Articolo 6.1, è sempre esclusa anche nei casi di cui al presente Articolo.

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

Art. 6.4 – Periodo di Carenza delle Coperture Decesso e Invalidità Totale e Permanente

L'immediata efficacia delle Coperture Vita è subordinata alla circostanza che l'Assicurato si sia sottoposto alla visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Compagnia.

Se l'Assicurato si è sottoposto alla visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Compagnia (come previsto dall'art. 2.5) la Copertura assicurativa è immediatamente operante.

! Se l'Assicurato decide di non sottoporsi alla visita medica - a condizione che la Compagnia non ritenga indispensabile la sottoposizione dell'Assicurato agli accertamenti sanitari - **le Garanzie Decesso e Invalidità Totale e Permanente sono sottoposte ad un Periodo di Carenza** di 180 giorni - dalla Data di Decorrenza - durante il quale la Copertura resta sospesa.

Se l'Evento Assicurato - Decesso o Invalidità Totale e Permanente dell'Assicurato - si verifica durante detto Periodo di Carenza la Compagnia non è tenuta al pagamento del Capitale Assicurato ma si limita a restituire i premi versati al netto delle imposte relative alla eventuale Garanzia complementare.

Tale limitazione non si applica e, pertanto, la Compagnia corrisponde integralmente la prestazione assicurata nel caso in cui, durante il Periodo di Carenza, il Decesso o l'Invalidità Totale e Permanente avvengano per conseguenza diretta:

a) di una delle seguenti malattie Infettive acute sopravvenute dopo l'entrata In vigore del Contratto: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A e B, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi Infettiva, parotite endemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
b) di shock anafilattico sopravvenuto dopo l'entrata in vigore del Contratto;
c) di Infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore del Contratto, intendendo per Infortunio (fermo quanto disposto al successivo articolo Esclusioni) l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano conseguenza la morte o l'Invalidità Totale e Permanente.

! Se l'Assicurato non si è sottoposto a visita medica o non ha aderito alla richiesta della Compagnia di eseguire gli esami clinici necessari ad accertare l'eventuale stato di Malattia da HIV o sieropositività, se il Decesso dell'Assicurato avviene entro i primi cinque anni dal perfezionamento del Contratto deriva da sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero ad altra patologia ad essa collegata, la Compagnia non è tenuta al pagamento del Capitale Assicurato.

In tal caso e, a condizione che il Contratto risulti in regola con il pagamento dei premi, la Compagnia sarà tenuta unicamente a corrispondere una somma pari all'ammontare dei premi versati al netto delle imposte relative alla eventuale Garanzia complementare e dei costi accessori.

Art. 6.5 – Periodo di Franchigia Relativa della Copertura Inabilità Totale e Temporanea

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

Se l'Evento Assicurato - Inabilità Totale e Temporanea dell'Assicurato - si verifica durante il Periodo di Franchigia Relativa, la liquidazione della Prestazione Assicurata rimane sospesa fino al termine del Periodo di Franchigia Relativa. Se l'Inabilità Totale e Temporanea accertata supera il Periodo di Franchigia Relativa di almeno una mensilità (30 giorni), la Compagnia procede alla liquidazione della Prestazione Assicurata includendo gli importi maturati a partire dalla data del Sinistro.

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

ESEMPIO:
Polizza con Garanzia Inabilità Temporanea Totale.
Cosa avviene in caso di Sinistro I.T.T.?

1) Inabilità Totale e Temporanea accertata **minore di** 60 giorni (Franchigia Relativa) → la durata dell'I.T.T. **non supera** la durata del Periodo di Franchigia Relativa → la Compagnia **non** procede alla liquidazione della Prestazione Assicurata;
es. I.T.T. accertata pari a 49 giorni → 49 giorni < 60 giorni → I.T.T. non liquidabile.

2) Inabilità Totale e Temporanea accertata **maggiore di** 60 giorni (Franchigia Relativa) → la durata dell'I.T.T. **supera** la durata del Periodo di Franchigia Relativa → al 90° giorno, l'Assicurato matura il diritto alla liquidazione della Prestazione Assicurata rimasta sospesa durante il Periodo di Franchigia Relativa; successivamente, la Compagnia liquida una Rata per ogni mensilità intera successiva (30 giorni) di I.T.T. - fino a un massimo di n. 12 Rate per Sinistro.
es. I.T.T. pari a 93 giorni → 93 giorni > 60 giorni → I.T.T. liquidabile.
Al 90° giorno → la Compagnia procede alla liquidazione della Prestazione Assicurata rimasta sospesa (60 giorni di Franchigia = n. 2 mensilità) + liquidazione della Rata Assicurata relativa alla mensilità intera successiva (33 giorni = 1 sola mensilità intera completa di 30 giorni).

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

ESEMPIO:
Durata I.T.T. = 75 giorni.

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

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

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

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

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

Art. 7.1 - Conclusione del Contratto

Il Contratto di Assicurazione si conclude alla data in cui il Contraente riceve dalla Compagnia il Certificato di Polizza, nel quale sono indicate le Prestazioni Assicurate, l'importo del Capitale Assicurato, la durata delle Garanzie, le eventuali Condizioni Particolari accettate dal Contraente e, se dovuto, dall' Assicurato, e i Beneficiari designati.
Qualora la Compagnia si riservi di accettare il rischio subordinatamente al pagamento di un Sovrappremio e/o all'esclusione di alcune Garanzie o rischi o, più in generale, all'accettazione da parte del Contraente di specifiche Condizioni Particolari, la Compagnia ne dà comunicazione al Contraente e all'Assicurato, affinché ne ottenga il relativo consenso scritto. In tal caso il Certificato di Polizza sarà consegnato al Contraente soltanto dopo che la Compagnia abbia ricevuto le Condizioni Particolari sottoscritte dal Contraente e, se dovuto, dall'Assicurato.
Il Contraente è tenuto a restituire alla Compagnia la copia firmata del Certificato di Polizza, che riporta anche le eventuali Condizioni Particolari.
La mancata restituzione del Certificato di Polizza non condiziona comunque né la validità del Contratto né la Data di Decorrenza. La mancata sottoscrizione del Certificato di Polizza da parte del Contraente non potrà essere opposta

alla Compagnia in caso di controversia sulle Garanzie prestate o sulle somme assicurate o sul loro limite, purché la Compagnia abbia adempiuto a quanto richiesto dall'art. 2.5. Se la Compagnia rifiuta il rischio, ne dà comunicazione al Contraente e, se dovuto, all'Assicurato, tramite lettera raccomandata A.R. e rimborsa al Contraente gli eventuali premi versati al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta di Assicurazione.

Art. 7.2 - Decorrenza delle Coperture

Le Coperture decorrono dalle ore 24 della Data di Decorrenza indicata nel Certificato di Polizza, sempre a condizione che:

- sia stata sottoscritta la Proposta di Assicurazione;
- siano state esplicate le formalità mediche di ammissione alla Copertura e che gli esiti siano stati valutati positivamente ed accettati dalla Compagnia;
- siano state accettate per iscritto dal Contraente e, se dovuto, dall'Assicurato, le eventuali Condizioni Particolari sottoposte dalla Compagnia;
- sia stato pagato il Premio di Perfezionamento.

Art. 7.3 - Durata delle Coperture

La durata delle Coperture coincide, per ciascun Assicurato, con la durata indicata nel Certificato di Polizza.
La durata può essere fissata da un minimo di 5 anni a un massimo di 30 anni compatibilmente con l'età dell'Assicurato che alla sottoscrizione del Modulo di Proposta di Assicurazione deve essere almeno pari a 18 anni e alla scadenza del Contratto di Assicurazione non può essere superiore a 80 anni.
La durata delle Coperture e la loro data di scadenza sono valide solo se specificatamente indicate nel Certificato di Polizza e nelle sue eventuali successive Appendici.

Art. 7.4 - Cessazione delle Coperture

Le Coperture cessano alla data di scadenza, riportata nel Certificato di Polizza.
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:

- mancato pagamento dei Premi, ai sensi dell'Art. 1924 del Codice civile;
- esercizio del diritto di recesso, come disciplinato dal successivo Art. 10;
- per l'Assicurato ammesso alla Copertura nella sua qualità di dirigente, funzionario, socio o legale rappresentante di una persona giuridica, quando cessa di svolgere questa funzione;
- per la Copertura Decesso, al compimento dell'80° (ottantesimo) anno di vita dell'Assicurato;
- per la Copertura Invalidità Totale e Permanente, al compimento del 65°(sessantacinquesimo) anno di vita dell'Assicurato;
- per la Copertura Inabilità Temporanea Totale, alla data di inizio del pensionamento volontario ovvero allo scadere della durata massima del Contratto, determinata in funzione dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta, come indicato nella tabella sottostante;

DURATA MASSIMA GARANZIE (IN ANNI)			
ETA' ALLA SOTTOSCRIZIONE	**DURATA MASSIMA GARANZIA I.T.T.**	**ETA' ALLA SOTTOSCRIZIONE**	**DURATA MASSIMA GARANZIA I.T.T.**
18 – 35	30	50	15
36	29	51	14
37	28	52	13
38	27	53	12
39	26	54	11
40	25	55	10
41	24	56	9
42	23	57	8
43	22	58	7
44	21	59	6
45	20	60	5
46	19	61	4
47	18	62	3
48	17	63	2
49	16	64	1

ARTICOLO 8 - REVOCA DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

Il Contraente può revocare la proposta contrattuale ai sensi dell'art. 176 del Codice delle Assicurazioni Private fino al momento della conclusione del Contratto, come determinato ai sensi del precedente art. 7.1.

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

Qualora la dichiarazione di revoca della proposta pervenga tempestivamente alla Compagnia, impedendo la conclusione del Contratto, la Compagnia è tenuta a rimborsare al Contraente i premi da questi eventualmente già corrisposti, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di revoca.

ARTICOLO 9 - RISCATTO, RIDUZIONE E RELATIVI COSTI

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

ARTICOLO 10 - DIRITTO DI RECESSO

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

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

Le Garanzie cesseranno alla data richiesta dal Contraente o, se precedente, alla data di spedizione della lettera raccomandata del Contraente.
La Compagnia, entro il termine di trenta giorni dal ricevimento della dichiarazione di recesso, ha l'obbligo di restituire al Contraente il Premio, al netto delle imposte, delle spese mediche eventualmente già rimborsate al Contraente, delle spese di emissione del Contratto sostenute 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 oggetto delle Coperture e il Beneficiario dichiari per iscritto alla Compagnia di voler profittare della Prestazione Assicurata, il diritto del Beneficiario si intenderà prevalente rispetto al diritto di recesso esercitato dal Contraente.

ESEMPIO:
Polizza di durata pari a 84 mesi con Capitale Assicurato di €150.000,00 a Premio Annuale Costante (ad es. € 385,16 + €20,00 di spese di emissione).

A quanto ammonta il rimborso del Premio versato?

es. 1) Recesso esercitato **dopo 22 giorni** dalla Data di Decorrenza:
Premio versato – quota parte di Premio relativa al periodo di Copertura delle Garanzie – spese di emissione del contratto – imposte = **€ 360,06;**

es. 2) Recesso esercitato **dopo 45 giorni** dalla Data di Decorrenza:
Premio versato – quota parte di Premio relativa al periodo di Copertura delle Garanzie – spese di emissione del contratto – imposte = **€ 335,92.**

ARTICOLO 11 - RISOLUZIONE DEL CONTRATTO PER MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI E RIATTIVAZIONE

Il mancato pagamento del Premio o di una rata del Premio determina, trascorsi 30 giorni dalla sua scadenza, la sospensione delle Coperture.
La sospensione opera per un periodo massimo di 12 (dodici) mesi decorrenti dalla scadenza del Premio o della rata di Premio, indipendentemente dal numero e dagli importi dei Premi già versati alla Compagnia che restano definitivamente acquisiti dalla Compagnia.
A giustificazione del mancato pagamento del Premio il Contraente non può, in nessun caso, opporre alla Compagnia

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

ARTICOLO 12 - MODIFICA DELLE GARANZIE

! Non è prevista la possibilità di modificare le Garanzie in corso di Contratto.

ARTICOLO 13 - PREMI

Art. 13.1 – Tariffa e determinazione del Premio

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

- all'importo del Capitale Assicurato richiesto dal Contraente;
- alla durata contrattuale;
- all'Età Assicurativa dell'Assicurato alla Data di Decorrenza;
- allo stato di salute dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione;
- all'attività professionale dell'Assicurato;
- alle attività sportive dell'Assicurato;
- al rischio di soggiorno nei Paesi a rischio, indicati sul sito della Farnesina;
- alle abitudini di vita dell'Assicurato (stato di fumatore/non fumatore). L'Assicurato è definito non fumatore se dichiara di non aver mai fumato nel corso dei 24 mesi precedenti e di non aver dovuto smettere di fumare su consiglio medico. È definito fumatore se non rilascia tale dichiarazione.

Art. 13.2 - Importo e frazionamento

Il Premio è Periodico Costante e deve essere versato per ogni annualità assicurativa.

ESEMPIO:
Polizza di durata 84 mesi (7 anni) con Capitale Assicurato pari a 150.000,00 € e Garanzia Decesso, I.T.P. e I.T.T. con Premio Periodico di importo pari a 385,16 € + 20,00 € spese di emissione;
A quanto ammonta l'importo del Premio?
Il Premio Periodico è Costante e deve essere versato annualmente.

I. Premio di Perfezionamento – valido per la prima annualità assicurativa = 385,16 € + 20,00 € (spese di emissione) = 405,16 €
II. Premio Periodico Costante annuale – valido per ogni annualità assicurativa successiva = 385,16 €.

Il Premio Periodico può essere corrisposto alla Compagnia su base annuale, semestrale, trimestrale o mensile.
Non è possibile il frazionamento che comporti un Premio pari o inferiore a 30,00 €.
In tal caso, si applica il primo frazionamento che comporti un importo di Premio Periodico superiore a € 30,00.

ESEMPIO:
Premio Periodico **mensile** di importo pari a € 10,51 → **non possibile** - il Premio Periodico risulta di importo inferiore a € 30,00;
Premio Periodico **trimestrale** pari a € 29,57 → **non possibile** - il Premio Periodico risulta di importo inferiore a € 30,00;
Premio Periodico **semestrale** pari a € 62,58 → **possibile** – il Premio Periodico è di importo superiore a € 30,00.

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

Art. 13.4 - Versamento del Premio

Il Premio di Perfezionamento deve essere versato mediante sistemi di pagamento elettronici abilitati ai circuiti Visa e Mastercard (carta di debito o carta di credito) o tramite addebito SDD Core sul conto corrente del Contraente / Assicurato.
I Premi Periodici successivi devono essere versati mediante la stessa modalità utilizzata per il versamento del Premio Unico Anticipato / Premio di Perfezionamento, o tramite addebito SDD Core sul conto corrente del Contraente / Assicurato.
Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento, fa fede la documentazione contabile del relativo istituto di credito.
In caso di successiva chiusura del conto corrente il Contraente / Assicurato dovrà rivolgersi alla Compagnia per concordare una diversa modalità di pagamento.
L'ammontare totale del Premio, indicato nella Proposta di Assicurazione, è comprensivo dell'eventuale imposta di assicurazione applicabile, attualmente nella misura del 2,5%, alla Copertura Complementare Infortuni.

Art. 13.5 - Costi gravanti sul Premio

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

ARTICOLO 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 - Foro Buonaparte, 51 - 20121; Milano - ovvero a mezzo PEC al seguente indirizzo: afi-esca@legalmail.it – e comunque non oltre il termine di 30 giorni dal verificarsi del Sinistro.
Gli aventi diritto possono chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al seguente numero 02.58.32.48.45.

Per le Coperture che applicano una Franchigia, il calcolo del Periodo di Franchigia decorrerà dalla data dell'evento Sinistro.
Gli aventi diritto dovranno consegnare alla Compagnia tutta la documentazione richiesta da quest'ultima, necessaria e sufficiente a verificare il diritto alla Prestazione Assicurata.
In ogni caso, la Compagnia si riserva il diritto di richiedere tutti gli accertamenti medici o la documentazione necessaria per una corretta valutazione del Sinistro.
Gli aventi diritto devono inoltre sciogliere da qualsiasi obbligo di riservatezza i medici curanti e consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi anche ad opera di consulenti medici di fiducia della Compagnia.
Le spese relative agli accertamenti medici sono a carico degli aventi diritto alla Prestazione Assicurata.
I documenti necessari da consegnare alla Compagnia (salvo eventuali integrazioni richieste dalla Compagnia stessa) sono di seguito dettagliati per ogni singola Copertura.

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

Art. 15.1 – Decesso

- Certificato di morte;
- Comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto) ovvero il modulo di denuncia Sinistro scaricabile sul sito della Compagnia;
- Se i Beneficiari individuati sono gli eredi legittimi, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante gli eredi legittimi o indicante le disposizioni testamentarie;
- Certificato medico che precisi le esatte cause del Decesso, se del caso completo di anamnesi patologica con particolare riferimento alla patologia che ha causato il Decesso e, in caso di Decesso a seguito di ricovero, copia della cartella clinica;
- In caso di Decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- In caso di autopsia, copia del referto autoptico e tossicologico; in caso contrario, copia della dichiarazione che ne attesti l'assenza;
- In caso di morte violenta (suicidio, omicidio) occorre copia del verbale dell'Autorità di P.S. o Giudiziaria, da cui si possano rilevare le circostanze del Decesso e il decreto di archiviazione emesso da un'Autorità competente;

- Copia del documento di identità e del codice fiscale di ciascun Beneficiario;
- Modulo Privacy firmato da tutti i Beneficiari;
- Modulo D4 ISTAT "scheda di morte oltre il 1° anno di vita". La parte A) deve compilarla il medico, mentre la parte B è a cura dell'ufficiale di stato civile;
- In caso di eredi minori o incapaci, autorizzazione del Giudice Tutelare alla riscossione del Capitale Assicurato da parte del Tutore;
- Dichiarazione contenente le coordinate bancarie del Beneficiario / Beneficiari sulle quali corrispondere l'Indennizzo.

Art. 15.2 - Invalidità Totale e Permanente

- Copia di un documento di identità dell'Assicurato in corso di validità;
- Comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto) ovvero il modulo di denuncia Sinistro scaricabile sul sito della Compagnia;
- Notifica di Invalidità Totale e Permanente emessa dagli enti preposti (INAIL, INPS, ASL, etc.), in difetto relazione del medico legale attestante l'I.T.P. e il relativo grado;
- Nel caso di Invalidità dovuta a incidente stradale, copia del verbale reso dalle Autorità intervenute;
- Certificato medico precisante le esatte cause che hanno determinato l'Invalidità Totale e Permanente, se del caso completo di anamnesi patologica con particolare riferimento alla patologia che l'ha causata e, in caso di certificazione in corso di ricovero, copia della cartella clinica;
- In caso di incapacità dell'Assicurato, autorizzazione del Giudice Tutelare alla riscossione del Capitale Assicurato da parte del Tutore;
- Modulo Privacy.

Art. 15.3 – Inabilità Totale e Temporanea

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

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

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

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

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

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere - per la disamina del Sinistro - copia delle cartelle cliniche o dichiarazioni di altri medici curanti o documentazione di carattere lavorativo, anagrafico, finanziario o amministrativo.

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

ARTICOLO 15 - LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

AFI ESCA S.A. si impegna a liquidare il Sinistro entro 30 giorni dalla ricezione di tutta la documentazione richiesta.

ARTICOLO 16 - CESSIONE DEI DIRITTI

Il Contraente può cedere ad altri il Contratto, così come può costituirlo in Pegno o comunque vincolare le somme assicurate.
Tali atti diventano efficaci solo nel momento in cui la Compagnia ne faccia annotazione sul documento di Polizza o su apposita Appendice, che diviene parte integrante del Contratto

ARTICOLO 17 - ESTENSIONE TERRITORIALE

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

ARTICOLO 18 - IMPOSTE E TASSE

Tutte le imposte e tasse, presenti o future, deducibili e no, sono a carico del Contraente.

ARTICOLO 19 - SPESE VARIE

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

ARTICOLO 20 - GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE

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

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

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

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

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

ARTICOLO 22 - RECLAMI

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

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

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

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

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

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

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

In caso di esito insoddisfacente del reclamo presentato a AFI ESCA, o in caso di mancata risposta nei 45 giorni, il Contraente / Assicurato può esperire il tentativo di conciliazione davanti all'Arbitro Assicurativo ("AAS"). La guida utente, che illustra le fasi principali della procedura, è pubblicata sul sito dell'Arbitro Assicurativo (www.arbitroassicurativo.org).

Il ricorso all'AAS è condizione di procedibilità per adire l'Autorità giudiziaria.
Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente domicilio In Italia può presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, individuabile accedendo al sito Internet:
https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net/make-complaint-about-financial-service-provider-another-eea-country_en
L'IVASS, ricevuto il reclamo, e accertata la presenza di un sistema estero competente, lo inoltra senza ritardo a tale sistema, dandone notizia al reclamante.
L'Autorità di Vigilanza del Paese di origine di AFI ESCA è l'ACPR (Autorité de Controle Prudentiel et de Résolution) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito: www.acam-france.fr/relations-assures.
Resta comunque salva la facoltà di adire direttamente l'Autorità Giudiziaria.

ARTICOLO 23 - PRESCRIZIONE

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

ARTICOLO 24 - CONFLITTO D'INTERESSI

AFI ESCA S.A. dichiara 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 di Assicurazioni sono stati aggiornati in data 14/01/2026.

Chapeau Live

Assicurazione temporanea per il caso morte a capitale decrescente

Informativa per il Trattamento dei Dati Personali

AFI ESCA S.A. Rappresentanze Generali per l'Italia, è un'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. Rappresentanze Generali per l'Italia è sottoposta alla vigilanza dell'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).
La Compagnia opera attraverso accordi di distribuzione con agenti, broker assicurativi e banche.

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

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

2. Che tipo di dati personali vengono raccolti?
AFI ESCA tratta (raccoglie, registra, archivia, comunica ed utilizza in altro modo) i dati personali del Contraente, 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:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Chapeau Live

Assicurazione temporanea per il caso morte a capitale decrescente

Adeguata Verifica

INFORMATIVA PER L'IDENTIFICAZIONE E L'ADEGUATA VERIFICA DELLA CLIENTELA (Artt. 17 e s.s. D.lgs. 231/2007 come novellato dal D.lgs. 90/2017)

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

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

Il trattamento dei dati è svolto, per le suddette finalità di prevenzione, con strumenti elettronici e no, in modo da garantire la sicurezza del trattamento stesso e la riservatezza dei dati trattati.

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

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

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

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

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

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

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

OBBLIGHI DEL CLIENTE

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

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

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

SANZIONI PENALI

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

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

TITOLARE EFFETTIVO

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

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

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

1. Il titolare effettivo di clienti diversi dalle persone fisiche coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente ovvero il relativo controllo.

2. Nel caso in cui il cliente sia una società di capitali:

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

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

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

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

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

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

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

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

a) i fondatori, ove in vita;

b) i Beneficiari, quando individuati o facilmente individuabili;

c) i titolari di funzioni di direzione e amministrazione.

6. I soggetti obbligati conservano traccia delle verifiche effettuate ai fin dell'individuazione del titolare effettivo.

PERSONE ESPOSTE POLITICAMENTE

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

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

1) sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:

1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, Viceministro e Sottosegretario, Presidente di Regione, assessore regionale, Sindaco di capoluogo di provincia o città metropolitana, Sindaco di comune con popolazione non inferiore a 15.000 abitanti nonché cariche analoghe in Stati esteri;

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

1.3 membro degli organi direttivi centrali di partiti politici;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Chapeau Live

Assicurazione temporanea per il caso morte a capitale decrescente

Informativa FEA

Nota informativa sul servizio FEA Remota

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

La presente Nota Informativa si propone l'obiettivo di:

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

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

1.1. La firma elettronica avanzata in remoto

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

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

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

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

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

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

1.3. Il processo di sottoscrizione

Il Servizio consente al Cliente di:

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

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

1.4. La consegna del documento informatico sottoscritto

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

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

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

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

2. LA DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE DELL'UTILIZZO DELLA FEA

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

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

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

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

3. LE CARATTERISTICHE DEL SISTEMA DI FEA REMOTA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I dati della firma vengono inseriti nel documento in una struttura, detta "blob di firma", che li unisce indissolubilmente all'impronta informatica del documento sottoscritto. Questa struttura è protetta con opportuna tecnica crittografica, al fine di preservare la firma da ogni possibilità di estrazione o duplicazione. Per la FEA Remota, la chiave crittografica in grado di estrarre le informazioni è in esclusivo possesso della Certification Authority TI Trust dotata di idonee garanzie di indipendenza e sicurezza nella conservazione della medesima chiave. Questa, potrà essere usata in sede di perizia, espressamente nei soli casi in cui si renda indispensabile per l'insorgenza di un contenzioso sull'autenticità della firma e a seguito di richiesta dell'autorità giudiziaria per attestare l'autenticità del documento e della sottoscrizione. Inoltre, il sistema appone a sigillatura dell'intero contratto una "firma

digitale" in formato standard PADES. A differenza del "blob di firma" queste firme tecniche sono visibili e verificabili con gli strumenti informatici standard per la presentazione e lettura dei documenti (es. PDF Reader).

3.9. Caratteristiche delle tecnologie utilizzate

Il software utilizzato è IDSIGN.

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

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

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

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

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

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

4. INFORMAZIONI RIGUARDANTI LA COPERTURA ASSICURATIVA

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

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

La copertura assicurativa rispetta i massimali imposti dalla normativa.

Afi·Esca

Groupe Burrus

Il vostro Intermediario

Rappresentanza Generale per l'Italia - AFI ESCA S.A. - Agenzia delle Entrate - Ufficio Territoriale di Milano 2

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

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