



ENTRATE GARANTITE

La polizza "Entrate Garantite" viene proposta in modo personalizzato sul fabbisogno emerso da una diagnosi dei rischi di partenza.

La diagnosi dei rischi viene elaborata sulle informazioni rilasciate dall'assicurato e dalla elaborazione del suo estratto conto previdenziale.

Nello specifico, la diagnosi dei rischi per determinare le somme da garantire viene sviluppata tenendo in considerazione i seguenti parametri:

- Le persone superstiti da garantire;
- La media degli ultimi tre anni di redditi lordi del lavoratore;
- L'età dell'assicurato;
- Le pensioni di invalidità, inabilità e superstiti maturate da estratto conto previdenziale;
- Il reddito futuro mancante;
- I debiti residui non coperti.

Esempio:

Rischi del lavoratore	Attuale Fabbisogno fino ai 70 anni	Soluzione proposta	Coerenza della soluzione
Premorienza	€ 817.827	€ 700.000	85,59%
Invalità	€ 817.827	€ 700.000	85,59%

ENTRATE GARANTITE

Assicurazione temporanea per il caso morte

Set Informativo



Assicurazione temporanea per il caso morte a Capitale Costante o a Capitale Decrescente con facoltà di abbinare Coperture per: Invalidità Permanente superiore a 33% e Invalidità Permanente superiore a 50%¹

IL PRESENTE SET INFORMATIVO SI COMPONE DI 32 PAGINE E CONTIENE:

- DIP Vita
- DIP Aggiuntivo Vita
- Condizioni Generali di Assicurazione, Glossario e Indice;
- Condizioni contrattuali della Garanzia Complementare Infortuni;
- 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 Assicurative.

! PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO

Data dell'ultimo aggiornamento: 14/01/2026

¹ Elaborato ai sensi delle Linee Guida di cui alla Lettera al mercato IVASS del 14 marzo 2018, e Prov. IVASS 147/2024

"ENTRATE GARANTITE" <Temporanea Caso Morte>

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: T.C.M. <ENTRATE GARANTITE>

<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 per il caso morte con Garanzie ulteriori opzionabili e modulabili.



Che cosa è Assicurato? / Quali sono le prestazioni?

La Polizza prevede la prestazione assicurativa in caso di Decesso.

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

Il Contraente ha facoltà di richiedere, inoltre, l'attivazione di una o entrambe le Garanzie opzionali, mediante l'attivazione delle seguenti Coperture:

a) Prestazione in caso di Invalidità Permanente (Copertura facoltativa e complementare) >33%

Il rischio coperto è l'Invalidità Permanente da Infortunio o Malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Permanente riconosciuta ed accertata di grado superiore al 33% della capacità lavorativa generica.

b) Prestazione in caso di Invalidità Permanente (Copertura facoltativa e complementare) >50%

Il rischio coperto è l'Invalidità Permanente da Infortunio o Malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Permanente riconosciuta ed accertata di grado superiore al 50% della capacità lavorativa generica.



Ci sono limiti di Copertura?

Nel caso in cui l'Assicurato decida di non sottoporsi alla visita medica (e sempreché la Compagnia non ritenga indispensabile la sottoposizione agli accertamenti sanitari) si applica un Periodo di Carenza di 6 mesi dalla Data di Decorrenza.

Sottoscrizione fino a 70 anni non compiuti, e Prestazione Assicurativa fino a 71 anni per tutte le Garanzie.



Che cosa NON è Assicurato?

Rischi esclusi

Tutte le Coperture (Decesso, I.P. >33% e >50%) sono escluse nei seguenti casi:

- Dolo o partecipazione attiva a delitti dolosi dell'Assicurato e del Beneficiario;
- Sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, la sommossa, ad eccezione fatta, in ogni caso, per i Sinistri verificatisi nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici, se ed in quanto l'Assicurato sia già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;
- Incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- Suicidio se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o tentato suicidio.
- Atti di autolesionismo da parte dell'Assicurato;
- Malattie o infortuni correlati all'abuso di alcool (tasso alcolemico uguale o superiore a 0,8 g/l), nonché uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e sostanze psicotrope e simili;
- Malattie o Infortuni conseguenti a stati depressivi ed affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche;
- Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate;
- Trasmutazione del nucleo dell'atomo provocate dalla accelerazione artificiale delle particelle atomiche. Se il Decesso dell'Assicurato deriva da una di tali cause escluse dalla Garanzia, la Compagnia non effettua alcun pagamento, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Compagnia;
- Da soggiorni in un territorio dove, al momento della partenza, sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente;
- Malattie e/o invalidità preesistenti alla stipulazione della Polizza e i loro postumi o conseguenze;
- Pratica dei seguenti sport pericolosi: alpinismo con scalate di roccia, ghiaccio o ghiacciai oltre il 3° grado della scala francese (o equivalente) e/o > 4.000 metri, speleologia, immersioni subacquee con autorespiratore, automobilismo o motociclismo quando l'utilizzo dei veicoli è su pista, circuiti o comunque durante lo svolgimento di gare o allenamenti, motonautica; sport aerei in genere (ad esempio deltaplano, paracadutismo, volo con ultraleggeri, parapendio).
- Pratica di sport a livello professionale;
- Sinistri subiti dall'Assicurato in qualità di membro dell'equipaggio di aeromobili in genere e/o subiti dall'Assicurato in qualità di passeggero durante i viaggi aerei effettuati su aeromobili di aeroclub, di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi del Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.



Dove vale la Copertura?

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



Che obblighi ho?

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 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.

In caso di Decesso occorre consegnare, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- Copia di un documento di identità dell'Assicurato in corso di validità;
- Certificato di morte (rilasciato dal Comune);
- Certificato medico che precisi le esatte cause del 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;
- Atto sostitutivo di notorietà dal quale si evincano gli eredi/testamento;
- In caso di Decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- Copia del referto autoptico e tossicologico, se è stata effettuata l'autopsia;
- In caso di morte violenta (suicidio, omicidio) occorre copia del verbale delle Autorità di P.S. o Giudiziaria, da cui si possano rilevare le circostanze del Decesso e il Decreto di Archiviazione emesso da un'Autorità competente.

Cosa fare in caso di evento?

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

Prescrizione: ai sensi dell'art. 2952 del Codice civile, i diritti derivanti dal Contratto relativi alle Copertura Vita si prescrivono in dieci anni.
In materia di rapporti dormienti, la legge n. 266 del 23 dicembre 2005 s.m.i. prevede l'obbligo di devoluzione delle somme prescritte al Fondo per l'Indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie.

Liquidazione della prestazione: la liquidazione del Sinistro avviene entro 30 giorni dalla ricezione di tutta la documentazione richiesta.

Dichiarazioni inesatte o reticenti

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato, rese al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, se inesatte o reticenti relativamente a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio assunto dalla Compagnia, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione della Copertura.

Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute dell'Assicurato che, richieste dalla Compagnia all'atto di sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, devono corrispondere a verità ed esattezza. Qualora tra il momento del rilascio delle informazioni inerenti lo stato di salute dell'Assicurato e la Data di Decorrenza intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute, l'Assicurato deve darne sollecita comunicazione alla Compagnia al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione alle Coperture 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.

La Compagnia corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio o della Malattia. Se, al momento dell'Infortunio o della Malattia, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio o la Malattia avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, escludendo così dalla valutazione l'eventuale maggior pregiudizio derivato all'Assicurato dalle condizioni preesistenti al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione.



Quando e come devo pagare?

Entrate Garantite prevede il versamento di un Premio Periodico Costante, ad importo invariato per tutta la durata contrattuale.

Il Premio Periodico può essere corrisposto in rate annuali, semestrali, trimestrali o mensili.

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




Il versamento del Premio di Perfezionamento deve essere effettuato mediante addebito SDD Core sul conto corrente del Contraente. Nel solo caso di mancato addebito, è possibile versare il Premio tramite bonifico bancario intestato alla Compagnia. I Premi successivi devono essere versati mediante procedura di addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente, secondo le indicazioni espresse dal Contraente nel Modulo di Proposta di Assicurazione.

Il Premio viene definito in base alle informazioni contenute nella Proposta di Assicurazione, basandosi in particolare su:

importo e tipologia del Capitale Assicurato selezionato, durata contrattuale, Età Assicurativa dell'Assicurato alla Data di Decorrenza.

Inoltre, il calcolo del Premio può dipendere anche dalle seguenti informazioni conferite al momento della sottoscrizione:

stato di salute dell'Assicurato al momento della sottoscrizione, attività professionale dell'Assicurato, attività sportive dell'Assicurato, rischio di soggiorno.

Rimborso	La Compagnia, entro il termine di trenta giorni dal ricevimento della dichiarazione di recesso, ha l'obbligo di restituire all'Assicurato il Premio, al netto delle Imposte e della quota parte di Premio relativa al periodo in cui le Coperture hanno avuto effetto.
Sconti	Non sono previsti sconti di Premio.
 Quando comincia la Copertura e quando finisce?	
Durata	<p>La Copertura decorre dalle ore 24 della Data di Decorrenza indicata nel Certificato di Polizza, <u>a condizione che:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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/Assicurato, le eventuali Condizioni Particolari sottoposte dalla Compagnia; - sia stato pagato il Premio di Perfezionamento. <p>La durata delle Coperture coincide, per ciascun Assicurato, con la durata indicata nel Certificato di Polizza. Essa può essere fissata da un minimo di 1 anno a un massimo di 35 anni compatibilmente con l'età dell'Assicurato.</p> <p>Il Contratto cessa alla scadenza del termine prescelto dall'Assicurato e riportato nel Modulo di Proposta. Il Contratto cessa comunque, anche prima della scadenza sopra indicata, alle ore 24 del giorno in cui si verifica uno tra i seguenti eventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • esercizio del diritto di recesso; • Decesso dell'Assicurato; • trascorsi dodici mesi dalla scadenza della prima rata di premio non pagata, il Contratto cessa e non può più essere riattivato.
Sospensione	<p>Per le Coperture Vita, se non paghi una sola rata di Premio, trascorsi 30 giorni dalla sua scadenza, le Garanzie vengono sospese per un periodo massimo di 12 (dodici) mesi.</p> <p>Entro sei mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata, il Contraente ha il diritto di riattivare il Contratto, previa corresponsione di tutte le rate di Premio arretrate e non pagate, nonché delle eventuali spese di incasso sostenute dalla Compagnia.</p> <p>Trascorsi 6 (sei) mesi dalla data di scadenza della prima rata di Premio non pagata, la Riattivazione 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.</p> <p>La Riattivazione del Contratto ripristina (con effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il pagamento dell'intero ammontare dovuto) l'efficacia dello stesso: l'eventuale Sinistro accaduto nel periodo di sospensione non è, pertanto, indennizzabile dalla Compagnia.</p> <p>La Riattivazione del Contratto comporta la ri-applicazione delle carenze previste all'articolo 5.1.</p> <p>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.</p> <p>Trascorsi dodici mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata, il Contratto non può più essere riattivato.</p>
 Come posso revocare la Proposta, recedere dal Contratto o risolvere il Contratto?	
Recesso	<p>Il Contraente può recedere dall'assicurazione entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza, 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 accompagnata dalla copia frontetro di un documento di identità.</p> <p>Le Coperture assicurative cesseranno alla data indicata dall'Assicurato nella comunicazione di recesso ovvero, se precedente, alla data di spedizione della lettera raccomandata da parte dell'Assicurato.</p>
Risoluzione	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.
 Sono previsti riscatti o riduzioni? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
<p>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: <u>i Sinistri avvenuti durante il periodo di sospensione non sono indennizzabili dalla Compagnia.</u></p>	

"Entrate Garantite" <Temporanea Caso Morte>

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

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

Prodotto: T.C.M. <ENTRATE GARANTITE>

<DIP Aggiuntivo Vita di ultima pubblicazione>

01/03/2025



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), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto.

AFI ESCA S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - 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., società con sede legale e direzione generale in Quai Kléber, 2, 67000 Strasburgo (Francia) abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento e sottoposta alla vigilanza dell'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).

AFI ESCA S.A. 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.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari al 189%.

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

Entrate Garantite è una assicurazione individuale del tipo Temporanea Caso Morte ("T.C.M.") a Capitale Costante o a Capitale Decrescente, che prevede la possibilità di selezionare Garanzie ulteriori opzionali e modulabili.

- ✓ Garanzia **obbligatoria**: **Decesso** (Capitale Costante o decrescente in base alla scelta effettuata al momento della sottoscrizione)
- ✓ Garanzie **facoltative**: **Invalidità Permanente >33% e Invalidità Permanente > 50%**

Che cosa NON è Assicurato?

Rischi esclusi

Nel caso in cui l'Assicurato non si sia sottoposto a visita medica ovvero non abbia aderito alla richiesta della Compagnia di eseguire gli esami clinici necessari ad accertare l'eventuale stato di Malattia da HIV o sieropositività, rimane convenuto che qualora il Decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dal perfezionamento del Contratto e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, la Compagnia non è tenuta al pagamento del Capitale Assicurato.

Ci sono limiti di Copertura?

L'Assicurato deve essere residente in Italia.

- Per la **Copertura I.P. >33%**, il rischio coperto è l'Invalidità Permanente da Infortunio o Malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Permanente riconosciuta ed accertata di grado superiore al 33% della capacità lavorativa generica;
- Per la **Copertura I.P. >50%**, il rischio coperto è l'Invalidità Permanente da Infortunio o Malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Permanente riconosciuta ed accertata di grado superiore al 50% della capacità lavorativa generica.

La Copertura I.P. cessa immediatamente in caso di Decesso dell'Assicurato, a favore dell'apertura del Sinistro per il caso Decesso.

A chi è rivolto questo prodotto?

Entrate Garantite si rivolge alle persone fisiche comprese tra i 18 e i 70 anni, che intendano assicurare i rischi **Decesso, Invalidità Permanente >33%** e/o **Invalidità Permanente >50%**.



Quali costi devo sostenere?

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 e l'importo percepito dal Distributore è determinato in misura percentuale fino a un massimo del 35%.

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

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. 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, 27 - 00787 Roma, fax 06.42733206, PEC: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it Le imprese con sede legale in altro Stato membro riportano le informazioni di cui sopra indicando Le Autorità di vigilanza del Paese d'origine competente e le modalità di presentazione dei reclami alla stessa.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
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 reclami 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 relative al Ramo Vita non sono soggetti ad imposta sulle assicurazioni. Diversamente i premi per le assicurazioni complementari infortuni abbinate alle assicurazioni sulla vita sono soggetti ad imposta nella misura del 2,5%. Le Coperture Assicurative offerte da AFI ESCA S.A. (Assicurazione vita) danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) nella misura del 19% del Premio versato che, su base annua, ai fini del calcolo della predetta detrazione d'imposta, non può eccedere l'importo massimo stabilito dalla normativa vigente. La detrazione è riconosciuta nei limiti anzidetti al Contraente. Come da disposizioni vigenti alla data di redazione del presente Set Informativo, le somme corrisposte a seguito di Decesso e di Invalidità Permanente in dipendenza del presente Contratto di Assicurazione, non sono assoggettate ad alcuna imposizione fiscale (art. 6, c. 2 DPR n. 917/1986).
-----------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

ENTRATE GARANTITE

Assicurazione temporanea per il caso morte



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 sulla cui vita viene stipulato il Contratto di Assicurazione, che può coincidere o no con il Contraente.

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, sotto forma di capitale, in base al Contratto in caso di Sinistro.

Capitale Costante: l'importo garantito dalla Polizza assicurativa che rimane invariato per tutta la durata del Contratto.

Capitale Decrescente: l'importo garantito che diminuisce progressivamente nel corso della durata della Polizza, seguendo un criterio prestabilito.

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

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

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

Contratto di Assicurazione o Contratto: il rapporto assicurativo oggetto delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione.

Copertura/Coperture: la o le Garanzie assicurative riconosciute dalla Compagnia all'Assicurato, in forza delle quali la Compagnia è obbligata al pagamento dell'Indennizzo al verificarsi del Sinistro.

Data di Decorrenza: la data a decorrere dalla quale le Coperture hanno effetto.

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 assicurativa. Per la Garanzia Decesso, corrisponde alla data del Decesso dell'Assicurato.

Per le garanzie Invalidità Permanente, l'evento assicurato corrisponde alla data di richiesta di riconoscimento dell'Invalidità medesima derivante da Infortunio o da Malattia.

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 Permanente: la perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia indipendente dalla sua volontà e oggettivamente accertabile, della generica capacità lavorativa quando la percentuale di invalidità accertata sia superiore al 33% per accedere al capitale assicurato ovvero superiore al 50% per accedere alla rata assicurata.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Malattia: alterazione dello stato di salute, che non sia Malformazione o Difetto Fisico e non dipendente da Infortunio.

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

Periodo di Carenza o Carenza: il periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale le Coperture Copertura non sono operanti.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

Premio di Perfezionamento: è l'importo richiesto al momento della conclusione definitiva del Contratto assicurativo. È la somma necessaria per rendere effettiva e operativa la Polizza.

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

Riattivazione: la facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini indicati 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.

Set Informativo: l'insieme dei documenti precontrattuali e contrattuali da consegnare al potenziale cliente (Assicurato) prima della sottoscrizione del Modulo di Proposta, comprendente i DIP, le Condizioni Generali di Assicurazione con Glossario e Indice, e il Modulo di Proposta.

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 determinati 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).

ENTRATE GARANTITE

Assicurazione temporanea per il caso morte



Indice

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	1
ARTICOLO 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	1
Art. 1.1 – Copertura Principale	1
Art. 1.2 – Capitale Assicurato	1
Art. 1.3 - Coperture Opzionali	1
Art. 1.4 – Cumulabilità delle Coperture	1
ARTICOLO 2 - PERSONE ASSICURABILI E MODALITÀ DI AMMISSIONE ALL'ASSICURAZIONE.....	2
Art. 2.1 - Persone assicurabili.....	2
Art. 2.2 - Età al momento della sottoscrizione.....	2
Art. 2.3 - Residenza dell'Assicurato	2
Art. 2.4 - Modalità di sottoscrizione	2
Art. 2.5 - Ammissione alla Copertura	2
Art. 2.6 - Rifiuto di ammissione alla Copertura o applicazione di Condizioni Particolari	3
ARTICOLO 3 - BENEFICIARI DELLE COPERTURE.....	3
ARTICOLO 4 - DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO.....	3
ARTICOLO 5 - CONDIZIONI, LIMITAZIONI E PRESTAZIONI RELATIVE ALLE COPERTURE	3
Art. 5.1 - Carenza	4
Art. 5.2 – A) Garanzia DECESSO.....	4
Art. 5.3 – B) Garanzia di INVALIDITÀ PERMANENTE [Invalidità superiore al 33%]	5
Art. 5.4 – B) Garanzia INVALIDITÀ PERMANENTE [Invalidità superiore al 50%].....	5
ARTICOLO 6 - ESCLUSIONI	6
Art. 6.1 - Esclusioni comuni a tutte le Garanzie.....	6
ARTICOLO 7 - CONCLUSIONE E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE, DURATA E CESSAZIONE DEL CONTRATTO	7
Art. 7.1 - Conclusione del Contratto	7
Art. 7.2 - Decorrenza del Contratto	7
Art. 7.3 - Durata del Contratto	7
Art. 7.4 - Cessazione del Contratto	7
ARTICOLO 8 - REVOCA DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.....	7
ARTICOLO 9 - RISCATTO, RIDUZIONE E RELATIVI COSTI.....	8
ARTICOLO 10 - DIRITTO DI RECESSO	8
ARTICOLO 11 - RISOLUZIONE DEL CONTRATTO PER MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI E RIATTIVAZIONE	9
ARTICOLO 12 - MODIFICA DELLE GARANZIE	9
ARTICOLO 13 - PREMI	9
Art. 13.1 - Tariffazione.....	9
Art. 13.2 - Importo e frazionamento	9
Art. 13.3 - Determinazione del Premio	10
Art. 13.4 - Versamento del Premio	10
Art. 13.5 - Costi gravanti sul Premio	10



ARTICOLO 14 - DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI	10
Art. 14.1 - Decesso	10
Art. 14.2 - Invalidità Permanente	11
ARTICOLO 15 - LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	11
ARTICOLO 16 - CESSIONE DEI DIRITTI.....	11
ARTICOLO 17 - ESTENSIONE TERRITORIALE	11
ARTICOLO 18 - SPESE VARIE	11
ARTICOLO 19 - GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE	11
ARTICOLO 20 - COMUNICAZIONI - RICHIESTA DI INFORMAZIONI - PROVA DEL CONTRATTO	12
ARTICOLO 22 - MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL SET INFORMATIVO	12
ARTICOLO 23 - RECLAMI.....	12
ARTICOLO 24 - PRESCRIZIONE.....	13
ARTICOLO 25 - CONFLITTO D'INTERESSI	13

ENTRATE GARANTITE

Assicurazione temporanea per il caso morte



Condizioni Generali di Assicurazione

ARTICOLO 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1.1 – Copertura Principale

Con il presente Contratto di Assicurazione la Compagnia si impegna a corrispondere ai Beneficiari una prestazione in forma di pagamento del Capitale Assicurato nel caso di Decesso dell'Assicurato durante la validità del Contratto (Copertura Principale).

Il Capitale Assicurato per il caso di Decesso, a scelta del Contraente o dell'Assicurato se diverso dal Contraente, potrà essere Costante o Decrescente così come stabilito dal successivo articolo 1.2.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza, il Contratto si intenderà estinto, i premi versati resteranno acquisiti dalla Compagnia quale corrispettivo del rischio corso.

Le prestazioni vengono pagate a condizione che il Contratto sia in regola con il pagamento dei premi.

Si informa il Contraente che la Garanzia è prestata in seguito all'accertamento delle condizioni dello stato di salute dell'Assicurato, in base a quanto previsto nella Proposta di Assicurazione.

La Compagnia non sarà tenuta a garantire alcuna Copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun Sinistro o prestazione di cui al presente Contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzione, divieto o restrizione in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle sanzioni economiche o commerciali, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, o da altre leggi o regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

Alla Copertura Principale potranno essere abbinare una od entrambe le prestazioni assicurative indicate al successivo articolo 1.3.

Art. 1.2 – Capitale Assicurato

In caso di scelta di Capitale Assicurato Costante, l'importo del Capitale Assicurato iniziale indicato in Polizza rimarrà uguale per tutta la durata del Contratto.

In caso di scelta di Capitale Assicurato Decrescente, invece, l'importo del Capitale Assicurato iniziale indicato in Polizza decrescerà annualmente di un importo costante – a partire dal momento della sottoscrizione del Contratto - determinato sulla base della durata totale del Contratto espressa in anni, secondo la seguente formula:

! Capitale Assicurato Costante = Capitale Assicurato iniziale.

! Capitale Assicurato Decrescente = Capitale Assicurato iniziale – (Capitale Assicurato iniziale / numero anni di durata del Contratto) * numero anni trascorsi dalla Data di Decorrenza del Contratto.

Art. 1.3 - Coperture Opzionali

Il Contraente, all'atto della sottoscrizione del Modulo di Proposta di Assicurazione, potrà scegliere di abbinare alla Copertura Principale, una o entrambe le seguenti Coperture facoltative, in aggiunta a quella obbligatoria per il caso Decesso:

a) Copertura per il caso di Invalidità Permanente (I.P.) >33% - in caso di accertamento superiore al 33%;

b) Copertura per il caso di Invalidità Permanente (I.P.) > 50% - in caso di accertamento superiore al 50%.

Così come previsto ai successivi artt. 5.3 e 5.4.

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

Art. 1.4 – Cumulabilità delle Coperture

Le Coperture oggetto del presente Contratto sono tra loro cumulabili.

In caso di liquidazione della Prestazione Assicurata per Decesso dell'Assicurato, cessano automaticamente tutte le Garanzie e il Contratto s'intende risolto.

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

a) Copertura per il solo caso di Decesso (valida per tutti gli Assicurati), a scelta tra Capitale Costante o Capitale Decrescente;

ovvero ad una delle formule congiunte delle seguenti Coperture:

b) Copertura per il caso di Decesso + Copertura per Invalidità Permanente >33%;

c) Copertura per il caso di Decesso + Copertura per Invalidità Permanente >50%;

d) Copertura per il caso di Decesso + Copertura per Invalidità Permanente > 33% + Invalidità Permanente > 50%;

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 sole persone fisiche.

Art. 2.2 - Età al momento della sottoscrizione

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

- nel caso di Copertura per Decesso, superiore ad anni 18 e inferiore ad anni 70
- nel caso di Copertura per Invalidità Permanente > 33%, superiore ad anni 18 e inferiore ad anni 70;
- nel caso di Copertura per Invalidità Permanente > 50%, superiore ad anni 18 e inferiore ad anni 70.

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

Il Contraente compila e sottoscrive il Modulo di Proposta di Assicurazione accompagnato dagli estremi di un conto bancario intestato a suo nome per l'autorizzazione al prelievo automatico (SDD Core).

Il Modulo di Proposta di Assicurazione dovrà essere sottoscritto dal Contraente.

All'atto della sottoscrizione del Modulo di Proposta di Assicurazione il Contraente, se intende accedere ad una ovvero ad entrambe le Prestazioni Assicurative Facoltative, dovrà selezionare la Copertura facoltativa prescelta, secondo quanto indicato al precedente articolo.

L'Assicurato è altresì tenuto a adempiere alle formalità di cui al successivo art. 2.5, pag. 5 – "Ammissione alla Copertura" - come gli saranno precisate al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta.

L'Assicurato, come individuato nel Modulo di Proposta di Assicurazione, 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

È ammissibile alla Copertura l'Assicurato che abbia sottoscritto il Modulo di Proposta di Assicurazione.

Al momento della sottoscrizione del Modulo di Proposta di Assicurazione, l'Assicurato dovrà inoltre, in funzione della propria età e del Capitale Assicurato, procedere così come indicato nella tabella assuntiva riportata qui di seguito:

- sottoporsi a un'intervista telefonica del medico individuato dalla Compagnia;
- fornire il Rapporto di Visita Medica (RVM) ed altri eventuali esami medici.

TABELLA ASSUNTIVA DI RIFERIMENTO				
Età / Capitale	fino a 250.000 €	Da 250.000,01 € fino a 500.000 €	Da 500.000,01 € fino a 999.999,99 €	Da 1.000.000 €
18-55	"ITM" Intervista telefonica con un medico individuato dalla Compagnia	"ITM" Intervista telefonica con un medico individuato dalla Compagnia Esami ematochimici (1) Sierologia Virale (2) Esame urine ECG basale	"ITM" Intervista telefonica con un medico individuato dalla Compagnia Visita medica (RVM) Esami ematochimici (1) Sierologia Virale (2) Esame urine Visita cardiologica ECG basale	"ITM" Intervista telefonica con un medico individuato dalla Compagnia Visita medica (RVM) Esami ematochimici (3) Sierologia Virale (2) Esame urine Visita cardiologica (4) ECG basale ECG sotto sforzo Eco addome completo
56-60	"ITM" Intervista telefonica con un medico individuato dalla Compagnia Esami ematochimici (1)	"ITM" Intervista telefonica con un medico individuato dalla Compagnia Esami ematochimici (1) Sierologia Virale (2) Esame urine Visita cardiologica ECG basale PSA (maschi)	"ITM" Intervista telefonica con un medico individuato dalla Compagnia Visita medica (RVM) Esami ematochimici (1) Sierologia Virale (2) Esame urine Visita cardiologica ECG basale ECG sotto sforzo PSA (maschi)	"ITM" Intervista telefonica con un medico individuato dalla Compagnia Visita medica (RVM) Esami ematochimici (3) Sierologia Virale (2) Esame urine Visita cardiologica (4) ECG basale ECG sotto sforzo Eco addome completo PSA (maschi)
>60	"ITM" Intervista telefonica con un medico individuato dalla Compagnia Visita medica (RVM) Esami ematochimici (1)	"ITM" Intervista telefonica con un medico individuato dalla Compagnia Visita medica (RVM) Esami ematochimici (1) Sierologia Virale (2) Esame urine Visita cardiologica ECG basale PSA (maschi)	"ITM" Intervista telefonica con un medico individuato dalla Compagnia Visita medica (RVM) Esami ematochimici (1) Sierologia Virale (2) Esame urine Visita cardiologica ECG basale ECG sotto sforzo PSA (maschi)	"ITM" Intervista telefonica con un medico individuato dalla Compagnia Visita medica (RVM) Esami ematochimici (3) Sierologia Virale (2) Esame urine Visita cardiologica (4) ECG basale ECG sotto sforzo Eco addome completo PSA (maschi)

- (1) Esami ematochimici: emocromo con piastrine, VES, Glicemia, Colesterolo totale, HDL, LDL, Trigliceridemia, Creatininemia, Transaminasi (AST + ALT), GGT
- (2) Sierologia virale: HIV, HBsAg, HCV
- (3) Esami ematochimici: emocromo con piastrine, VES, Glicemia, Colesterolo totale, HDL, LDL, Trigliceridemia, Creatininemia, Transaminasi (AST + ALT), GGT, HbA1c, bilirubinemia totale e frazionata, fosfatasi alcalina, emocromo completo con formula, PCR, Elettroforesi delle sieroproteine, Omocisteina, PT, PTT, uricemia, ferritina, sideremia, HBeAg
- (4) Visita cardiologica: visita specialistica del medico cardiologo comprensiva di Ecocardiogramma

I costi degli esami e delle visite mediche richieste dalla Compagnia sono rimborsati nella misura massima di euro 150,00 previa presentazione di adeguato giustificativo.

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

Nel caso in cui dalla documentazione, anche sanitaria, consegnata alla Compagnia emergano fattori di rischio di particolare rilievo, la Compagnia, entro quarantacinque giorni dalla ricezione del Modulo di Proposta di Assicurazione, può rifiutare l'assunzione del rischio ovvero stabilire particolari condizioni di accettazione del rischio che prevedano l'applicazione di eventuali Sovrappremi o l'esclusione di particolari rischi dandone comunicazione al Contraente e all'Assicurato se diverso dal Contraente.

Nel caso in cui la Compagnia sottoponga specifiche Condizioni Particolari (es. Sovrappremi, Esclusioni di particolari rischi, ecc.), il Contratto di Assicurazione si perfezionerà soltanto con la sottoscrizione, per accettazione, delle Condizioni Particolari da parte del Contraente e/o, ove dovuto, dell'Assicurato.

ARTICOLO 3 - BENEFICIARI DELLE COPERTURE

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare e modificare tale designazione.

La designazione di beneficio e le eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia o disposte per testamento.

La designazione dei Beneficiari non può essere revocata nei seguenti casi:

- Dopo che 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 Codice civile).

In particolare, le somme loro corrisposte a seguito del Decesso dell'Assicurato non rientrano nell'asse ereditario.

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

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato, rese al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, 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 di Assicurazione, e precisamente durante l'intervista telefonica con il medico individuato dalla Compagnia, relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio assunto dalla Compagnia, o comunque tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto l'esatto stato delle cose, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle Prestazioni Assicurate e, quindi, al Capitale Assicurato, nonché la cessazione delle Coperture ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894, 1897, 1898, 1926 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 di Assicurazione (a mezzo intervista telefonica con il medico) devono corrispondere a verità ed esattezza. Qualora tra il momento del rilascio delle informazioni inerenti allo 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, pag. 5 – "Ammissione alla Copertura" - 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, 1897, 1898, 1926 del Codice civile.

ARTICOLO 5 - CONDIZIONI, LIMITAZIONI E PRESTAZIONI RELATIVE ALLE COPERTURE

Il Contratto di Assicurazione prevede le seguenti prestazioni assicurative:

- prestazione in caso di Decesso;
- prestazione in caso di Invalidità Permanente > 33% (opzionale);
- prestazione in caso di Invalidità Permanente > 50% (opzionale).

Le Garanzie sono prestate nei limiti delle Esclusioni, di cui all'art. 6, pag. 9 – "Esclusioni" - che segue.

Art. 5.1 - Carenza

L'immediata Copertura assicurativa 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.

! Nel caso in cui l'Evento Assicurato - Decesso o Invalidità Permanente superiore al 33% o Invalidità Permanente superiore al 50% dell'Assicurato - si verifichi durante il Periodo di Carenza la Compagnia non è tenuta al pagamento del Capitale Assicurato ma si limita a restituire i Premi versati.

Ai fini del computo del Periodo di Carenza, si precisa che in caso di invalidità derivante da Malattia, ha rilevanza la data di diagnosi. Pertanto, se la diagnosi interviene durante il Periodo di Carenza, la Prestazione Assicurata non sarà riconosciuta.

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 le Coperture Invalidità 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.

Per i Contratti ove è previsto che l'Assicurato si sia sottoposto alla visita medica e agli eventuali ulteriori accertamenti sanitari richiesti dalla Compagnia (come previsto dall'art. 2.5 - pag. 5 – "Ammissione alla Copertura") la Copertura assicurativa è immediatamente operante.

Nel caso in cui l'Assicurato non si sia sottoposto a visita medica ovvero non abbia aderito alla richiesta della Compagnia di eseguire gli esami clinici necessari ad accertare l'eventuale stato di Malattia da HIV o sieropositività, rimane convenuto che qualora il Decesso dell'Assicurato avvenga entro i primi cinque anni dal perfezionamento del Contratto e sia dovuto alla sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero ad altra patologia ad essa collegata, la Compagnia non è tenuta al pagamento del capitale Assicurato.

ESEMPIO:

Polizza con Capitale Assicurato Costante per il caso Decesso con Data di Decorrenza 1° gennaio 2025;

Caso 1): l'Assicurato si è sottoposto a visita medica al momento della sottoscrizione (nessun Periodo di Carenza);

Caso 2): l'Assicurato non si è sottoposto a visita medica al momento della sottoscrizione (Periodo di Carenza pari a 6 mesi dalla Data di Sottoscrizione):

- a) Se il Decesso da Malattia dell'Assicurato avviene tra la Data di Decorrenza (1° gennaio) e la data di termine del Periodo di Carenza (1° gennaio + 6 mesi = 1° luglio) = **Indennizzo NON liquidabile - la Compagnia restituisce i Premi versati relativi al periodo compreso tra la Data di Decorrenza e il Decesso;**
- b) Se il Decesso da Malattia dell'Assicurato avviene oltre la data di termine del Periodo di Carenza (1° gennaio + 6 mesi = 1° luglio) = es. Decesso dell'Assicurato avviene in data 2 luglio 2025 → **Indennizzo liquidabile.**

Art. 5.2 – A) Garanzia DECESSO

Assicurati Garantiti

La Garanzia si applica a tutti gli Assicurati.

Rischio Assicurato

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

Prestazione assicurativa in caso di Capitale Costante

La Compagnia si impegna a corrispondere un capitale in caso di Decesso dell'Assicurato nel corso della validità del Contratto. L'ammontare del Capitale Assicurato viene indicato nel documento di Polizza.

La presente Garanzia viene prestata senza limiti territoriali, fatte salve le Esclusioni di cui agli arti. 6.1 e 6.2 che seguono, che possono comportare il venir meno della Copertura.

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

Prestazione assicurativa in caso di Capitale Decrescente

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 indicato in Polizza **decesce annualmente di un importo costante** – a partire dalla Data di Decorrenza del Contratto - determinato sulla base della durata totale del Contratto espressa in anni, secondo la seguente formula:

Capitale Assicurato = Capitale Assicurato iniziale – (Capitale Assicurato iniziale / n. anni di durata del Contratto) * numero anni trascorsi dalla Data di Decorrenza

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato alla scadenza, il Contratto si intenderà estinto, i premi versati resteranno acquisiti dalla Compagnia quale corrispettivo del rischio corso.

Le prestazioni vengono pagate a condizione che il Contratto sia in regola con il pagamento dei premi.

Si informa il Contraente che la Garanzia è prestata in seguito all'accertamento delle condizioni dello stato di salute dell'Assicurato, in base a quanto previsto nella Proposta di Assicurazione.

La Compagnia non sarà tenuta a garantire alcuna Copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun Sinistro o prestazione di cui al presente Contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzione, divieto o restrizione in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle sanzioni economiche o commerciali, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, o da altre leggi o regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

Alla Copertura Principale potranno essere abbinata una od entrambe le prestazioni assicurative indicate al precedente articolo 1.3.

ESEMPIO:

Polizza di durata totale 10 anni con:

- Capitale Assicurato Decrescente per caso Decesso pari a € 120.000;

A quanto ammonta l'importo della liquidazione in caso di Sinistro per Decesso dell'Assicurato dopo 5 anni dalla sottoscrizione?

Prestazione liquidata = Capitale Assicurato al momento del Decesso (5 anni dalla sottoscrizione)

- Capitale Assicurato al momento del Decesso = Capitale Iniziale – [importo annuale decrescente x n. annualità trascorse dalla sottoscrizione del Contratto];
- Importo annuale decrescente = € 120.000 / n. anni durata totale del Contratto (10)] = 12.000 €;
- Capitale Assicurato al momento del Decesso = € 120.000 – [€ 12.000 x 5 (annualità trascorse della decorrenza del Contratto)] = € 120.000 – € 60.000 → **Capitale Assicurato al momento del Decesso = € 60.000**

Art. 5.3 – B) Garanzia di INVALIDITÀ PERMANENTE [Invalidità superiore al 33%]

Assicurati Garantiti

La Garanzia si applica a tutti gli Assicurati.

Rischio Assicurato

Il rischio coperto è l'Invalidità Permanente che derivi da Infortunio o Malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Permanente riconosciuta ed accertata di grado superiore al 33% della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione da questi esercitata, nel corso del periodo di vigenza della Copertura e prima del compimento del 71° anno di età dell'Assicurato.

Nel caso di Invalidità Permanente il Beneficiario coincide sempre con l'Assicurato.

La Compagnia corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze **dirette ed esclusive** dell'Infortunio o della Malattia, che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio o la Malattia avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, escludendo così dalla valutazione l'eventuale maggior pregiudizio derivato all'Assicurato dalle condizioni preesistenti al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione.

Il grado di Invalidità Permanente viene riconosciuto mediante l'esibizione del verbale della commissione medica competente per l'accertamento degli stati di invalidità con valutazione superiore al 33% non rivedibile.

In difetto, il riconoscimento avverrà tramite relazione del medico legale attestante l'Invalidità e il relativo grado secondo le norme previste dal D.P.R. n. 1124 del 30 giugno 1965 e successive modificazioni o integrazioni.

Prestazione assicurativa

La Compagnia si impegna a corrispondere l'importo del Capitale Assicurato in caso di Invalidità Permanente dell'Assicurato conseguente all'Evento Assicurato occorso durante la validità del Contratto.

L'ammontare del Capitale Assicurato viene indicato nel documento di Polizza.

La presente Garanzia cessa di essere operante con la sua liquidazione.

Il Contratto rimarrà comunque in vigore relativamente alle rimanenti Garanzie.

Art. 5.4 – B) Garanzia INVALIDITÀ PERMANENTE [Invalidità superiore al 50%]

Assicurati Garantiti

La Garanzia si applica a tutti gli Assicurati.

Rischio Assicurato

Il rischio coperto è l'Invalidità Permanente che derivi da Infortunio o Malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Permanente riconosciuta ed accertata di grado superiore al 50% della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione da questi esercitata, nel corso del periodo di vigenza della Copertura e prima del compimento del 71° anno di età dell'Assicurato.

La Compagnia corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio o della Malattia, che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio o la Malattia avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, escludendo così dalla valutazione l'eventuale maggior pregiudizio derivato all'Assicurato dalle condizioni preesistenti al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione. Il grado di Invalidità Permanente viene riconosciuto mediante l'esibizione del verbale della commissione medica competente per l'accertamento degli stati di invalidità con valutazione superiore al 50% non rivedibile.

In difetto, il riconoscimento avverrà tramite la relazione del medico legale attestante l'Invalidità e il relativo grado secondo le norme previste dal D.P.R. n. 1124 del 30 giugno 1965 e successive modificazioni o integrazioni.

Prestazione assicurativa

La Copertura prevede la liquidazione del Capitale Assicurato in rate annuali fino a scadenza del Contratto in caso di Invalidità Permanente dell'Assicurato conseguente all'Evento Assicurato occorso durante la validità del Contratto, e sempre nei limiti dell'importo del Capitale Assicurato per la Garanzia Invalidità Permanente.

Pertanto, la rata annuale è calcolata con la seguente formula:

Rata annuale I.P. (>50%) = Capitale Assicurato per il caso I.P. (>50%) / numero di annualità relative alla durata del Contratto.

In caso di riconoscimento della Prestazione assicurativa IP. (>50%) è prevista altresì la liquidazione del Capitale Assicurato stabilito per la Garanzia Invalidità e Permanente (>33%) a condizione che:

- sia presente nel certificato di Polizza
- Capitale Assicurato per la Garanzia Invalidità e Permanente (>33%) non sia stato già liquidato in precedenza.

In ogni caso, la prestazione I.P. (>50%), ove riconosciuta, cessa immediatamente in caso di Decesso dell'Assicurato, a favore dell'apertura del Sinistro per il caso morte.

Nel caso di Invalidità Permanente il Beneficiario coincide sempre con l'Assicurato.

L'ammontare del Capitale Assicurato viene indicato nel documento di Polizza.

La presente Garanzia cessa di essere operante con la sua liquidazione.

Il Contratto rimarrà comunque in vigore relativamente alle rimanenti Garanzie.

ESEMPIO:

Polizza di durata 10 anni con:

- Capitale Assicurato per caso Decesso pari a € 300.000;
- Capitale Assicurato per I.P. (>33%) pari a € 50.000;
- Capitale Assicurato per I.P. (>50%) pari a € 150.000.

A quanto ammonta l'importo della liquidazione in caso di Sinistro per Invalidità dopo 5 (cinque) anni dalla sottoscrizione?

- Invalidità pari o minore del 33% → nessuna liquidazione;
- Invalidità superiore al 33% → importo liquidazione = Capitale Assicurato per il caso di Invalidità Permanente = € 50.000;
- Invalidità superiore a 50%:
 - in caso di 1° Sinistro, **importo liquidazione** = Capitale Assicurato per I.P. (>33%) + Rata annuale per il caso di I.P. (> 50%) = 50.000 € + rata annuale pari a € 15.000 (€150.000 / 10 annualità di Contratto * 5 annualità rimanenti);
 - in caso di liquidazione già avvenuta per il caso di Invalidità Permanente, **importo liquidazione** = Rata annuale per il caso di I.P. (>50%) = € 15.000 (€ 150.000 / 10 annualità di Contratto che verrà erogata per le 5 annualità rimanenti).

ARTICOLO 6 - ESCLUSIONI

Art. 6.1 - Esclusioni comuni a tutte le Garanzie

Tutte le Garanzie prestate in Polizza non sono operanti, quindi nessun Indennizzo sarà riconosciuto dalla Compagnia, in caso di eventi accaduti nei seguenti casi:

- Dolo o partecipazione attiva a delitti dolosi dell'Assicurato e del Beneficiario;
- Sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, la sommossa, ad eccezione fatta, in ogni caso, per i Sinistri verificatisi nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici, se ed in quanto l'Assicurato sia già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;



- Incidenti di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- Suicidio se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione o tentato suicidio.
- Atti di autolesionismo da parte dell'Assicurato;
- Malattie o infortuni correlati all'abuso di alcool (tasso alcolemico uguale o superiore a 0,8 g/l), nonché uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e sostanze psicotrope e simili;
- Malattie o Infortuni conseguenti a stati depressivi ed affezioni psichiatriche o stati paranoici;
- Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate se l'Evento Assicurato avviene entro i primi 5 anni dalla data di conclusione del Contratto e se l'Assicurato, alla data di sottoscrizione della Proposta, non si sia sottoposto agli esami necessari ad accertare l'eventuale stato di malattia da HIV o sieropositività;
- Trasmutazione del nucleo dell'atomo provocate dalla accelerazione artificiale delle particelle atomiche. Se il Decesso dell'Assicurato deriva da una di tali cause escluse dalla Garanzia, la Compagnia non effettua alcun pagamento, la posizione individuale si estingue ed i relativi premi già pagati restano acquisiti dalla Compagnia;
- Da soggiorni in un territorio dove, al momento della partenza, sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente;
- Malattie e/o invalidità preesistenti alla stipulazione della Polizza non dichiarate e i loro postumi e conseguenze;
- Pratica dei seguenti sport pericolosi: alpinismo con scalate di roccia, ghiaccio o ghiacciai oltre il 3° grado della scala francese (o equivalente) e/o > 4.000 metri, speleologia, immersioni subacquee con autorespiratore, automobilismo o motociclismo quando l'utilizzo dei veicoli è su pista, circuiti o comunque durante lo svolgimento di gare o allenamenti, motonautica; sport aerei in genere (ad esempio deltaplano, paracadutismo, volo con ultraleggeri, parapendio).
- Pratica di sport a livello professionale;
- Sinistri subiti dall'Assicurato in qualità di membro dell'equipaggio di aeromobili in genere e/o subiti dall'Assicurato in qualità di passeggero durante i viaggi aerei effettuati su aeromobili di aeroclub, di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi del Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.

ARTICOLO 7 - CONCLUSIONE E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE, DURATA E CESSAZIONE DEL CONTRATTO

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 Garanzie Assicurate, l'importo e la tipologia del Capitale Assicurato, la durata del Contratto, le eventuali Condizioni Particolari accettate dal Contraente e, se dovuto, dall'Assicurato, nonché i Beneficiari designati.

Art. 7.2 - Decorrenza del Contratto

Il Contratto decorre 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 del Contratto

La durata del Contratto, per ciascun Assicurato, è indicata nel Certificato di Polizza.

La durata può essere fissata da un minimo di 1 anno a un massimo di 35 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 71 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 del Contratto

Il Contratto cessa alla scadenza del termine prescelto dall'Assicurato e riportato nel Modulo di Proposta.

Il Contratto cessa comunque, anche prima della scadenza sopra indicata, alle ore 24 del giorno in cui si verifica uno tra i seguenti eventi:

- esercizio del diritto di recesso, come disciplinato dal successivo Articolo 10;
- Decesso dell'Assicurato;
- trascorsi dodici mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata, il Contratto cessa e non può più essere riattivato.

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 – pag. 10 – “Conclusione del Contratto”.

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

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 – pag. 10 – “Conclusione del Contratto”- dandone comunicazione alla Compagnia.

Il Contratto cesserà alla data richiesta dal Contraente o, se precedente, alla data di spedizione della lettera raccomandata del Contraente.

! 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 – PEC: afi-esca@legalmail.com
allegando l'originale della Proposta di Assicurazione accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità 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 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 dichiara per iscritto alla Compagnia di voler profittare della Prestazione Assicurativa, il diritto del Beneficiario si intenderà prevalente rispetto al diritto di recesso esercitato dal Contraente.

ESEMPIO:

Polizza di durata pari a 20 anni con Capitale Assicurato di €150.000,00 a Premio Annuale Costante (ad es. €494,38 + €50,00 di spese di emissione).

A quanto ammonta il rimborso del Premio versato?

es. 1) Recesso esercitato dopo 20 giorni dalla Data di Decorrenza:

Premio versato – quota parte di Premio relativa al periodo di Copertura delle Garanzie – spese di emissione del Contratto = **€ 65,94;**

es. 2) Recesso esercitato dopo 51 giorni dalla Data di Decorrenza:

Premio versato – quota parte di Premio relativa al periodo di Copertura delle Garanzie – spese di emissione del Contratto = **€ 425,33.**

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

Il mancato pagamento anche di una sola rata di Premio determina, trascorsi 30 giorni dalla sua scadenza, la sospensione dell'assicurazione e quindi delle Coperture, per un periodo massimo di dodici mesi decorrenti dalla scadenza del Premio o della rata di Premio, qualunque sia il numero e gli importi dei Premi già versati alla Compagnia che restano comunque definitivamente acquisiti dalla Compagnia medesima.

A giustificazione del mancato pagamento del Premio il Contraente non può, in alcun caso, opporre alla Compagnia il mancato ricevimento degli avvisi di scadenza né la mancata riscossione dell'incasso al proprio domicilio.

Entro sei mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata, il Contraente ha il diritto di riattivare il Contratto, previa corresponsione di tutte le rate di Premio arretrate e non pagate, nonché delle eventuali spese di incasso sostenute dalla Compagnia.

Trascorsi sei mesi dalla data di scadenza della prima rata di Premio non pagata, la Riattivazione 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 del Contratto ripristina (con effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il pagamento dell'intero ammontare dovuto) l'efficacia dello stesso: l'eventuale Sinistro accaduto nel periodo di sospensione non è, pertanto, indennizzabile dalla Compagnia. La Riattivazione del Contratto comporta la ri-applicazione delle carenze previste all'articolo 5.1.

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 dodici mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata, il Contratto non può più essere riattivato.

ARTICOLO 12 - MODIFICA DELLE GARANZIE

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

ARTICOLO 13 - PREMI

Art. 13.1 - Tariffazione

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

Essa si basa in particolare:

- sull'età dell'Assicurato che viene calcolata per differenza tra l'anno di nascita e l'anno di decorrenza;
- sull'importo del Capitale Assicurato prescelto dal Contraente;
- sulla tipologia di capitale Assicurato per la Garanzia Decesso (Costante o Decrescente);
- sulla durata contrattuale e dalle Garanzie selezionate;
- dalle attività professionali e sportive svolte dall'Assicurato.

Nel caso in cui sia stata liquidata la Prestazione Assicurativa relativa alla Garanzia Invalidità Permanente >33% e/o alla Garanzia Invalidità Permanente >50%, il Contratto resterà in vigore per le Garanzie per le quali non siano state liquidate le Prestazioni Assicurate.

Di conseguenza, l'importo relativo ai Premi Periodici successivi verrà ricalcolato sulla base delle Garanzie rimaste in vigore.

Art. 13.2 - Importo e frazionamento

Le Prestazioni Assicurative prestate dalla Compagnia in forza del presente Contratto di Assicurazione sono riconosciute a fronte del pagamento, da parte del Contraente, del Premio di Perfezionamento e dei successivi Premi Periodici Costanti. Il Premio Periodico può essere corrisposto in rate annuali, semestrali, trimestrali o mensili.

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

ESEMPIO:

Polizza con durata pari a 8 anni e Capitale Assicurato di €140.000.

Quali sono le opzioni di Premio selezionabili?

- a) **Premio Periodico costante:** importo ricorrente versato all'inizio di ogni periodo assicurativo (es. 106,69 €/anno = Premio totale pari a €853,52);
dell'intera somma.

Nel caso il frazionamento scelto dal Contraente comporti un Premio uguale o inferiore a euro 30,00, sarà applicato il frazionamento immediatamente inferiore.

ESEMPIO:

Premio **trimestrale** di importo pari a €30,00 → al Contratto viene applicato il frazionamento immediatamente inferiore (semestrale).

L'importo del Premio sarà dunque pari a €60,00 da corrisondersi con cadenza **semestrale**.

Art. 13.3 - 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 e alla tipologia del Capitale Assicurato richiesto dal Contraente;
- alla durata contrattuale;
- all'Età Assicurativa dell'Assicurato alla Data di Decorrenza;

Resta inteso che il calcolo del Premio può dipendere anche dalle seguenti informazioni conferite al momento della sottoscrizione:

- allo stato di salute dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, rese durante l'Intervista Telefonica con il Medico
 - all'attività professionale dell'Assicurato;
 - alle attività sportive dell'Assicurato;
 - al rischio di soggiorno
- la variazione di una delle precedenti informazioni dichiarate deve essere comunicata alla Compagnia. In caso di mancata comunicazione, la Compagnia potrà avvalersi di quanto disposto dagli articoli 1892, 1893, 1894 del Codice civile.

Art. 13.4 - Versamento del Premio

Il Premio di Perfezionamento e i Premi successivi devono essere versati con modalità di addebito diretto SDD Core sul conto corrente del Contraente. Nel solo caso di mancato addebito, è possibile versare il Premio tramite bonifico bancario intestato alla Compagnia.

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 dovrà rivolgersi alla Compagnia per concordare una diversa modalità di pagamento.

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 e l'importo percepito dall'eventuale Intermediario è determinato in misura percentuale sul Premio versato al netto dei costi di emissione.

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 – 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.

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, gli accertamenti e le visite mediche eventualmente necessari da effettuarsi anche ad opera di consulenti medici di fiducia della Compagnia.

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

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

Art. 14.1 - Decesso

- certificato di morte;
- comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto) ovvero il modulo di denuncia Sinistro scaricabile sul sito della Compagnia;
- atto sostitutivo di notorietà che indica gli eredi/testamento;
- certificato medico che precisi le esatte cause del Decesso, se del caso completo di anamnesi patologica con



particolare riferimento alla patologia che ha causato il Decesso e, in caso di Decesso a seguito di ricovero, copia della cartella clinica;

- in caso di Decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- copia del referto autoptico e tossicologico, se è stata effettuata l'autopsia;
- in caso di morte violenta (suicidio o 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 primo (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.

Art. 14.2 - Invalidità Permanente

- copia di un documento di identità dell'Assicurato in corso di validità;
- notifica di invalidità emessa dagli enti preposti (INPS/Asl) e relativo verbale della commissione medica competente ad accertare il grado di invalidità permanente (non rivedibile); o, in difetto, relazione del medico legale attestante l'invalidità e il relativo grado nonché i dettagli dell'evento che l'ha generata;
- nel caso di invalidità dovuta a incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- certificato medico che precisi le esatte cause che hanno determinato l'Invalidità Permanente, 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.

! Le denunce di Sinistro saranno considerate complete solamente al ricevimento di tutta la documentazione richiesta dalla Compagnia. La Compagnia si riserva il diritto di richiedere - per la disamina del Sinistro - copia delle cartelle cliniche o dichiarazioni di altri medici curanti. In casi particolari, la Compagnia potrà richiedere eventuale documentazione suppletiva.

! La data del Sinistro si individua nella data di richiesta all'INPS di riconoscimento di un'invalidità permanente tale da compromettere in modo definitivo e irreversibile la capacità lavorativa.

ARTICOLO 15 - LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

AFI ESCA S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia si impegna a liquidare il Sinistro entro 30 giorni dalla ricezione di tutta la documentazione richiesta.

La Compagnia corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio o della Malattia.

Sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio o la Malattia avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, escludendo così dalla valutazione l'eventuale maggior pregiudizio derivato all'Assicurato dalle condizioni preesistenti al momento della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione.

La Compagnia si riserva il diritto di accertare lo stato di invalidità tramite un medico di sua fiducia oltre che la prescrizione, a proprie spese, di tutti gli esami clinici eventualmente necessari all'accertamento stesso, secondo le norme previste dal D.P.R. n. 1124 del 30 giugno 1965 e successive modificazioni o integrazioni.

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 - 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 19 - 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 20 - COMUNICAZIONI - RICHIESTA DI INFORMAZIONI - PROVA DEL CONTRATTO

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

AFI ESCA S.A. - SERVIZIO CLIENTI, Foro Buonaparte, 51 - 20121; Milano

Indirizzo e-mail: informazioni@afi-esca.com - PEC: afi-esca@legalmail.it

Telefono: +39 02.58.32.48.45

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

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

Il Contratto è costituito esclusivamente dalle presenti Condizioni Generali di Assicurazione, dal Certificato di Polizza e dalle sue Appendici.

ARTICOLO 22 - MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL SET INFORMATIVO

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

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

ARTICOLO 23 - RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei Sinistri devono essere inoltrati per iscritto, ovvero a mezzo 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 e s.m.i., nei seguenti casi:

- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;
- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali la Compagnia non ha dato riscontro entro il termine massimo di 45 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 Contrôle Prudentiel et de Résolution) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito: www.acam-france.fr/relations-assures

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

ARTICOLO 24 - 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 25 - 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 Generali di Assicurazione sono stati aggiornati in data 14/01/2026

ENTRATE GARANTITE

Assicurazione temporanea per il caso morte



Informativa per il Trattamento dei Dati Personali

AFI ESCA S.A. Rappresentanza Generale 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. 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: privacy@afi-esca.com; tel.: 02.58.32.48.45

2. Che tipo di dati personali vengono raccolti?

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

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

3. Qual è la base giuridica del trattamento dei Dati?

I dati personali forniti dal Soggetto Interessato o da altri soggetti autorizzati saranno trattati per le seguenti finalità:

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.	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 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	Sì - 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, dal Broker 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 sono 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.

Si precisa che l'accettazione medica è svolta da Newco Telemed S.L.U., società di diritto spagnolo sita in Madrid, e ogni documentazione e dato sanitario è debitamente trasmesso alla citata società per un contatto e intervista telefonica diretta.

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 Privacy è stata aggiornata in data 14/01/2026

ENTRATE GARANTITE

Assicurazione temporanea per il caso morte a Capitale Costante



Adeguate Verifica

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

(Artt. 17 e s.s. D.lgs. 231/2007 come novellato dal D.lgs. 90/2017)

Ad integrazione del modulo di informativa/consenso relativo al trattamento dei dati personali per finalità assicurativa, si precisa che i dati presenti sul modulo per l'identificazione e l'adeguata verifica della clientela sono rilasciati in ottemperanza al D.lgs. n. 90 del 25 maggio 2017, recante "Attuazione della direttiva (UE) 2015/849 relativa alla prevenzione dell'uso del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di 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 fini dell'individuazione del titolare effettivo.

PERSONE ESPOSTE POLITICAMENTE

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

- dd) persone politicamente esposte: le persone fisiche che occupano o hanno cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i loro familiari e coloro che con i predetti soggetti intrattengono notoriamente stretti legami, come di seguito elencate:
 - 1) sono persone fisiche che occupano o hanno occupato importanti cariche pubbliche coloro che ricoprono o hanno ricoperto la carica di:
 - 1.1 Presidente della Repubblica, Presidente del Consiglio, Ministro, 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, ufficiale 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.

Entrate Garantite
Temporanea Caso Morte

Proposta n.: _____
Iscrizione RUI n.: _____

Assicurato _____

Genere: M F
 Cognome e Nome _____
 Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Cod. Fisc. _____
 Documento di identità _____ N. _____ Rilasciato il _____ da _____
 Indirizzo _____ Città _____
 CAP _____ Prov. _____ Tel. _____ / _____
 Cell _____ : e-mail: _____ PEC: _____

Garanzie _____

Garanzia Decesso;
 Garanzia Decesso + I.P. (>33%) (Garanzia Invalidità Permanente);
 Garanzia Decesso + I.P. (≥50%) (Garanzia Invalidità Permanente);
 Garanzia Decesso + I.P. (Garanzia Invalidità Permanente >33%) + I.P. (Garanzia Invalidità Permanente ≥50%).

Prestazioni Assicurate e Durata delle Coperture _____

Capitale Assicurato Garanzia Decesso (*principale*) _____ € (euro) Tipologia Capitale: Costante Decrescente
 Capitale Assicurato Garanzia I.P. (>33%) (*opzionale*) _____ € (euro)
 Rata Assicurata Garanzia I.P. (>50%) (*opzionale*) _____ € (euro) Durata delle Coperture _____ (anni)

Beneficiari delle Coperture _____

Il sottoscritto, nella propria qualità di Contraente della Polizza Entrate Garantite, nomina ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione quale Beneficiario/Beneficiari delle Prestazioni Assicurate i seguenti soggetti*:

Cognome e Nome	Codice Fiscale	Legame con l'Assicurato**	Percentuale di beneficio

Premio _____

Premio di Perfezionamento: _____ € (indicare il Premio al netto delle spese di emissione) Spese di emissione: 50,00 €
 Importo Premio Periodico: _____ € Periodicità pagamento Premio: Mensile Trimestrale Semestrale Annuale
 L'importo minimo previsto per il frazionamento è pari ad € 30,00.
 Il pagamento del Premio di Perfezionamento viene effettuato mediante addebito SDD Core sul conto corrente del Contraente presso la banca indicata in calce. Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento dei Premi Periodici, fa fede la documentazione contabile del relativo Istituto di Credito.
 CODICE IBAN: _____ Data del prelevamento: _____
 Luogo e data: _____ il Contraente _____

*In caso di mancata indicazione del nominativo di uno o più Beneficiari, le tempistiche per la liquidazione del Sinistro potrebbero subire rallentamenti o variazioni a causa di possibili difficoltà relative alla identificazione o alla ricerca degli stessi. La modifica e/o la revoca di uno o più Beneficiari in corso di Polizza deve in ogni caso essere tempestivamente comunicata alla Compagnia. In caso di specifiche esigenze di riservatezza, è possibile fornire alla Compagnia i dati di identificazione di un referente terzo a cui AFI ESCA potrà far riferimento in caso di Decesso dell'Assicurato.

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

Dichiarazioni

Il Contraente dichiara che gli è stato consegnato il Set Informativo redatto secondo le prescrizioni IVASS, contenente, oltre al presente Modulo di Proposta, il Set Informativo comprensivo di DIP Vita, DIP Aggiuntivo Vita, Glossario e Indice, Condizioni Generali di Assicurazione, l'Informativa sulla Privacy.

DICHIARAZIONI AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

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

art. 4 (Dichiarazioni dell'Assicurato relative alle circostanze di rischio); art. 5.1 (Carenza); art. 5.2 (Garanzia Decesso); art. 5.3 (Garanzia I.P. >33%); art. 5.4 (Garanzia I.P. >50%); art. 6 (Esclusioni); art. 7 (Conclusione del Contratto e decorrenza, durata e cessazione del Contratto); art. 11 (Risoluzione del Contratto per mancato pagamento dei Premi e Riattivazione); art. 12 (Modifica delle Garanzie); art. 14 (Denuncia e Gestione dei Sinistri); art. 16 (Cessione dei diritti); art. 19 (Giurisdizione e foro competente).

Il Contraente dichiara altresì di essere stato informato che potrà revocare o recedere dal Contratto nei termini e con le modalità disciplinate rispettivamente agli artt. 1887 del Codice civile e 176 del Codice delle Assicurazioni Private, e 1899 del Codice civile e 177 del Codice delle Assicurazioni Private, e nonché dagli artt. 8 e 10 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Avvertenze relative alle dichiarazioni rese durante le interviste di Telemedicina ovvero in sede di compilazione del Questionario Medico:

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

Il Contraente e i suoi aventi diritto, con la sottoscrizione del Modulo di Proposta di cui al presente Set Informativo (ai sensi dell'articolo 14 "Denuncia e Gestione dei Sinistri", sciolgono da qualsiasi obbligo di riservatezza i medici curanti al fine di consentire le indagini e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi anche ad opera di consulenti medici di fiducia della Compagnia.

Luogo e data _____ il Contraente _____

Il Contraente dichiara di aver ricevuto dal Distributore, prima della sottoscrizione del Modulo di Proposta:

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

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

La decorrenza della Copertura è in ogni caso subordinata:

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

Luogo e data _____ il Contraente _____

Spazio riservato al Distributore

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

Cognome e Nome del Distributore _____ Firma _____

Consenso al Trattamento dei Dati Personali

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

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

PRESTO IL CONSENSO NON PRESTO IL CONSENSO

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

PRESTO IL CONSENSO NON PRESTO IL CONSENSO

Luogo e data _____ Il Soggetto interessato _____

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

A MEZZO POSTA ELETTRONICA A MEZZO POSTA ORDINARIA

Luogo e data _____ Il Soggetto interessato _____



Il vostro Intermediario

BROKER SENZA SORPRESE

Via Angarano, 36a, 36061

Bassano del Grappa (VI)

www.afi-esca.it



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