



In partnership con



Prodotto Temporanea Caso Morte

Linea Persona

Documento Informativo

OLIVO - LINEA PERSONA

Assicurazione temporanea per il caso morte

Set informativo

Copertura Assicurativa Individuale
sulla Vita

(ed. 09/2025)

OLIVO – LINEA PERSONA

Assicurazione temporanea per il caso morte

Set informativo

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

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

IL PRESENTE SET INFORMATIVO¹ SI COMPONE DI UN TOTALE DI 28 PAGINE E CONTIENE:

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

E DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA SCHEDA DI POLIZZA

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

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

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

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

! PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO

Data ultimo aggiornamento: 01/09/2025

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

Pagina in bianco

ASSICURAZIONE INDIVIDUALE OLIVO – LINEA PERSONA

<Assicurazione 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: <OLIVO LINEA PERSONA>

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 Decesso, con Garanzia opzionale e facoltativa per il caso di Invalidità Totale e Permanente.

 Che cosa è Assicurato? / Quali sono le prestazioni?	
<p>La Copertura Vita prevede la Prestazione Assicurata in caso di Decesso.</p> <p>✓ Il rischio coperto è il Decesso da Infortunio o Malattia dell'Assicurato.</p> <p>La Copertura Vita prevede altresì la seguente Copertura Facoltativa:</p> <p>✓ Invalidità Totale e Permanente: il rischio coperto è l'Invalidità Totale e Permanente da Infortunio o Malattia dell'Assicurato che comportino un'Invalidità Totale e Permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica. La somma assicurata non potrà essere superiore rispetto alla somma assicurata relativa alla Copertura Decesso.</p>	
 Che cosa NON è Assicurato?	
Rischi esclusi	<p>Le Coperture sono sempre escluse nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dolo ovvero delitti dolosi compiuti o tentati dal Contraente, dall'Assicurato e/o dal Beneficiario;- Suicidio, se avviene nei primi due anni dalla Data della prima Decorrenza ovvero dalla data di aumento del capitale assicurato; il tentato suicidio; la mutilazione volontaria e l'autolesionismo.
 Ci sono limiti di Copertura?	
<p>Per la Garanzia Decesso:</p> <ul style="list-style-type: none">• l'età dell'Assicurato non potrà essere superiore a 75 anni; <p>Per le Garanzie Invalidità Totale e Permanente:</p> <ul style="list-style-type: none">• l'età dell'Assicurato non potrà essere superiore a 70 anni; <p>Il Contratto prevede un periodo di Carenza di 6 mesi a partire dalla Decorrenza del Contratto Assicurativo. Tale periodo di Carenza non troverà applicazione qualora l'Assicurato dovesse sottoporsi a visita medica.</p>	
 Dove vale la Copertura?	
Le Coperture Assicurative hanno validità in tutti i Paesi del mondo.	
 Che obblighi ho?	
<p>L'Assicurato (e il Contraente, se diverso dall'Assicurato) è tenuto a fornire dichiarazioni vere, esatte e complete. 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 aggiornare le formalità di ammissione alle Coperture e determinare le nuove condizioni per l'ammissione alle Coperture; la mancata comunicazione alla Compagnia comporta la perdita totale o parziale del diritto alle Prestazioni Assicurative e al Capitale Assicurato, nonché la cessazione delle Coperture.</p> <p>In caso di Sinistro: per poter richiedere la liquidazione della Prestazione Assicurata, occorre consegnare la documentazione elencata nei relativi articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione. Ad esempio, in caso di Sinistro per il caso Decesso, gli aventi diritto dovranno consegnare i seguenti documenti:</p> <ul style="list-style-type: none">- Certificato di morte;- Comunicazione di denuncia del Sinistro con esplicitazione di luogo, giorno e causa (da redigere a cura degli aventi diritto) ovvero il modulo di denuncia Sinistro scaricabile sul sito della Compagnia;- Atto sostitutivo di notorietà che indica gli eredi/testamento;- Certificato medico che precisi le esatte cause del Decesso, se del caso completo di anamnesi patologica con particolare riferimento alla patologia che ha causato il Decesso e, in caso di Decesso a seguito di ricovero, copia della cartella clinica;- In caso di Decesso avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;- Copia del referto autoptico e tossicologico, se è stata effettuata l'autopsia;- In caso di morte violenta (suicidio, omicidio) occorre copia del verbale dell'Autorità di P.S. o Giudiziaria, da cui si possano rilevare le circostanze del Decesso e il decreto di archiviazione emesso da un'Autorità competente;- Copia del documento di identità e del codice fiscale di ciascun beneficiario;- Modulo Privacy firmato da tutti i beneficiari;- Modulo D4 ISTAT "scheda di morte oltre il 1° anno di vita". La parte A) deve compilarla il medico, mentre la parte B è a cura	

dell'ufficiale di stato civile;

- In caso di eredi minori o incapaci, autorizzazione del Giudice Tutelare alla riscossione del Capitale Assicurato da parte del Tutore;
I Sinistri devono essere denunciati per iscritto a mezzo raccomandata A.R. al seguente recapito: **AFI ESCA S.A. - UFFICIO SINISTRI - Foro Buonaparte, 51 - 20121 Milano ovvero a mezzo PEC**, entro 30 giorni dal verificarsi del Sinistro.



Quando e come devo pagare?

Il Premio è unico ed anticipato, e non sono ammessi frazionamenti di Premio.

Il Premio deve essere versato alla Compagnia per il tramite del Distributore delegato all'incasso.

Il pagamento del Premio per la prima annualità del Contratto, necessario per attivare le Coperture assicurative, avviene entro la data di inizio dell'effetto dell'assicurazione (Data di Decorrenza).



Quando comincia la Copertura e quando finisce?

Durata

La Polizza produce i suoi effetti dalle ore 24 della Data di Decorrenza indicata nella Scheda di Polizza, a condizione che: 1) sia stata sottoscritta la Scheda di Polizza; 2) siano state esplicate le formalità mediche di ammissione alla Copertura; 3) sia stato pagato il Premio.

La durata del contratto è di un anno e decorre dalla data indicata nella Scheda di Polizza.

Alla scadenza annuale il contratto si rinnoverà tacitamente, e così successivamente di anno in anno, salvo in caso di disdetta comunicata da una delle Parti all'altra tramite lettera raccomandata A.R. o posta elettronica certificata (PEC) da spedire almeno 30 giorni prima della data di scadenza

La durata delle Coperture coincide, in ogni caso e per ciascun Assicurato, con la durata indicata nella Scheda di Polizza.



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

Revoca

Il Contraente può revocare il Contratto fino al momento della conclusione dello stesso.

La revoca deve essere esercitata a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviarsi alla Compagnia al seguente recapito: **AFI ESCA S.A. - SERVIZIO CLIENTI, Foro Buonaparte, 51 - 20121 MILANO ovvero a mezzo PEC**, allegando l'originale del Modulo di Proposta. Se la dichiarazione di revoca dal Contratto perviene tempestivamente alla Compagnia, impedendone la conclusione, la Compagnia è tenuta a rimborsare all'Assicurato i Premi eventualmente già corrisposti, entro 30 giorni dal ricevimento della revoca.

Recesso

Il Contraente può recedere dal Contratto di Assicurazione entro 60 giorni dal momento in cui ha ricevuto comunicazione che il Contratto si è concluso, dandone comunicazione alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviare a: **AFI ESCA S.A. SERVIZIO CLIENTI, Foro Buonaparte, 51- 20121 MILANO ovvero a mezzo PEC**, accompagnata dalla copia fronte-retro di un documento di identità.

Le Coperture Assicurative cessano alla data richiesta dal Contraente o, se precedente, alla data di spedizione della lettera raccomandata o della PEC del Contraente/Assicurato.

Risoluzione

Il mancato pagamento del Premio determina, trascorsi 30 giorni dalla sua scadenza, la sospensione dell'assicurazione e quindi delle Coperture, per un periodo massimo di sei mesi decorrenti dalla scadenza del Premio. Entro sei mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata, il Contraente ha il diritto di riattivare il Contratto, previa corresponsione del Premio arretrato e non pagato.

Trascorsi 6 mesi dalla data di scadenza del Premio non pagato, il contratto si intende risolto.



Sono previsti scatti o riduzioni? SI NO

OLIVO LINEA PERSONA <Temporanea Caso Morte>

Documento informativo precontrattuale per i prodotti Assicurativi Vita

(DIP aggiuntivo Vita)

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



<Prodotto: OLIVO LINEA PERSONA>

<DIP Aggiuntivo Vita di ultima pubblicazione>

14/01/2026

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), 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. è una impresa di Assicurazione di diritto francese, con sede legale e direzione generale in 2, Quai Kléber, 67000 Strasburgo, Francia, abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento e sottoposta alla vigilanza dell'ACPR (Autorité de 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 169%.

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

OLIVO -LINEA PERSONA è una Assicurazione individuale Temporanea Caso Morte (T.C.M.), che permette di abbinare la Copertura facoltativa ed ulteriore di Invalidità Totale e Permanente.



Che cosa NON è Assicurato?

Rischi esclusi

Tutte le Coperture sono sempre escluse nei seguenti casi:

- Dolo ovvero delitti dolosi compiuti o tentati dal Contraente, dall'Assicurato e/o dal Beneficiario;
- Sinistri conseguenti ad azioni intenzionali dell'Assicurato, quali: il suicidio, se avviene nei primi due anni dalla Data della prima Decorrenza ovvero dalla data di aumento del capitale assicurato; il tentato suicidio; la mutilazione volontaria e l'autolesionismo;
- Sinistri conseguenti a uso di veicoli o natanti a motore per gare o competizioni sportive (e relative prove);
- Sinistri derivanti da stato di ebbrezza (tasso alcolemico superiore al limite minimo fissato dal codice della strada) o dall'effetto di droghe, sostanze stupefacenti e/o sostanze psicotrope non prescritti da un medico;
- 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 e sabotaggio;
- Sinistri derivanti da malattie e/o invalidità preesistenti alla data di sottoscrizione della Scheda di Polizza;
- Sinistri derivanti da pratica di sport a titolo professionale, amatoriale di alto livello o remunerato, e partecipazione dell'Assicurato a tentativi di record, acrobazie, ruoli di stuntman, prove, scommesse, sfide e risse;
- Sinistri derivanti da pratica di sport aerei, salto con l'elastico (bungee jumping) a titolo amatoriale o professionale, pratica di sport che necessitano l'utilizzo di congegni e macchine a motore (terrestre, marittimo o aereo);
- Sinistri derivanti da pratica dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi quali: sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere (volo su prototipi, salti con paracadute, volo su deltaplano, parapendio ecc.), automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idrosci, sci acrobatico e kite-surfing, downhill;
- Sinistri conseguenti a incidente 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

	<p>di pilota o membro dell'equipaggio;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sinistri derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo provocate dalla accelerazione artificiale delle particelle atomiche; - Sinistri derivanti da cure o interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di sottoscrizione della Scheda di Polizza; - Sinistri derivanti da aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi; - Sinistri derivanti da eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici e forme maniache depressive; - Sinistri derivanti da sindrome da immunodeficienza acquisita (HIV o AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate; - Sinistri occorsi durante soggiorni in territori dove, al momento della partenza, sia operativo un divieto o una limitazione di accesso (anche temporaneo) emesso da un'Autorità pubblica competente; - Sinistri derivanti da patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate dall'OMS, di gravità e virulenza tale da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile.
--	--



Ci sono limiti di copertura?

Se l'Assicurato non si è sottoposto a visita medica, le Coperture sono sottoposte ai seguenti periodi di Carenza:

- **Decesso:** Periodo di Carenza pari a 6 mesi dalla Data di Decorrenza, se Decesso deriva da Malattia dell'Assicurato;
- **I.T.P.:** Periodo di Carenza pari a 6 mesi dalla Data di Decorrenza, se I.T.P. deriva da Malattia dell'Assicurato.



A chi è rivolto questo prodotto?

OLIVO LINEA PERSONA può essere sottoscritto da persone fisiche fino a 75 anni non compiuti che intendano assicurare il caso Decesso, con facoltà di prevedere una prestazione aggiuntiva Invalidità Totale e Permanente.



Quali costi devo sostenere?

Sul Premio gravano costi di acquisizione; tali costi costituiscono parte del Premio corrisposto dal Contraente. In particolare, il costo relativo alle provvigioni di intermediazione percepite dal Distributore è determinato in misura percentuale del 20% sul Premio versato. 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.

es. se il Premio è pari a 1000,00 €, la remunerazione media del Distributore è pari a 200 €.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>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</p> <p>La Compagnia gestisce il reclamo dandovi riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it L'Autorità di Vigilanza del Paese di origine di AFI ESCA è l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito: www.acam-france.fr/relations-assures</p>

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	<p>Presentando ricorso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>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).</p>

Negoziazione Assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente domicilio in Italia può presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, individuabile accedendo al sito Internet: https://ec.europa.eu/info/file/finnet-complaint-form_it Resta comunque salva la facoltà di adire direttamente l'Autorità Giudiziaria.
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al Contratto	I Premi di Assicurazione per le Coperture Decesso e Invalidità Totale e Permanente non sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni. Qualora il Contratto venga stipulato da un soggetto esercente attività d'impresa, in base alla normativa fiscale nazionale, i Premi versati sono deducibili dal reddito d'impresa se risulta rispettato il principio di inerenza a/l'attività stessa (Art. 109, c. 5 DPR n. 917/86). La deducibilità dei Premi è ammessa anche ai fini della determinazione della base imponibile IRAP.

Pagina in bianco

OLIVO – LINEA PERSONA

Assicurazione temporanea per il caso morte

Glossario

Appendice: il documento rilasciato unitamente o posteriormente all'emissione della Scheda 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.

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 non coincide con l'età anagrafica. Nel caso in cui, alla decorrenza del contratto non siano trascorsi più di sei mesi dall'ultimo compleanno, l'età considerata è quella compiuta. Al contrario, qualora siano trascorsi più di sei mesi l'età assicurativa è quella prossima da compiere.

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

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

Invalidità Totale e Permanente (o ITP o IPT):

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

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

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

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

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

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

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

Riduzione: la facoltà dell'Assicurato di conservare la propria qualità, seppur per un capitale ridotto, avendo sospeso il pagamento dei Premi.

Il Capitale Assicurato si riduce in proporzione al rapporto tra i Premi versati e i Premi originariamente previsti, sulla base di apposite clausole contrattuali.

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

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

Scheda 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.

Set Informativo: l'insieme dei documenti precontrattuali e contrattuali da consegnare al potenziale cliente (Assicurato) prima della sottoscrizione della Scheda di Polizza, 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).

OLIVO – LINEA PERSONA

Assicurazione temporanea per il caso morte

Indice

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	1
ARTICOLO 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	1
Art. 1.1 - Prestazione Assicurata di base - Decesso	1
Art. 1.2 - Coperture Facoltativa – Invalidità Totale e Permanente.....	1
ARTICOLO 2 - PERSONE ASSICURABILI E MODALITÀ DI AMMISSIONE ALL'ASSICURAZIONE.....	1
Art. 2.1 - Persone assicurabili.....	1
Art. 2.2 - Età e attività professionale al momento della sottoscrizione	1
Art. 2.3 - Residenza dell'Assicurato	2
Art. 2.4 - Modalità di sottoscrizione	2
Art. 2.5 - Ammissione alla Copertura	2
ARTICOLO 3 - BENEFICIARI DELLE COPERTURE.....	2
ARTICOLO 4 - DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO.....	2
Articolo 4.1 – Aggravamento e diminuzione del rischio	3
ARTICOLO 5 - CONDIZIONI, LIMITAZIONI E PRESTAZIONI RELATIVE ALLE COPERTURE	3
Art. 5.1 - Carenza	3
Art. 5.2 Divieto di cumulo	3
Art. 5.3 Criteri di Liquidazione della Copertura IPT	3
Art. 5.4 Rinuncia al diritto di surrogazione	3
ARTICOLO 6 - ESCLUSIONI.....	4
ARTICOLO 7 - CONCLUSIONE E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE, DURATA E CESSAZIONE DELLE COPERTURE.....	4
Art. 7.1 - Decorrenza delle Coperture	4
Art. 7.2 - Durata delle Coperture	4
ARTICOLO 8 - REVOCA DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.....	5
ARTICOLO 9 - RISCATTO, RIDUZIONE E RELATIVI COSTI.....	5
ARTICOLO 10 - DIRITTO DI RECESSO	5
ARTICOLO 11 - RISOLUZIONE DEL CONTRATTO PER MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI E RIATTIVAZIONE.....	5
ARTICOLO 12 - MODIFICA DELLE GARANZIE	6
ARTICOLO 13 - PREMI	6
Art. 13.1 - Determinazione del Premio.....	6
Art. 13.2 - Versamento del Premio	6
Art. 13.3 - Costi gravanti sul Premio	6

ARTICOLO 14 - DENUNCIA E GESTIONE DEI SINISTRI	6
Art. 14.1 - Decesso	7
Art. 14.2 - Invalidità Totale e Permanente.....	7
Art. 14.3 - Colpa grave	7
ARTICOLO 15 - LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI.....	7
ARTICOLO 16 - CESSIONE DEI DIRITTI	7
ARTICOLO 17 - ESTENSIONE TERRITORIALE.....	7
ARTICOLO 18 - IMPOSTE E TASSE	7
ARTICOLO 19 - GIURISDIZIONE E FORO COMPETENTE	7
ARTICOLO 20 - COMUNICAZIONI - RICHIESTA DI INFORMAZIONI - CLAUSOLA BROKER.....	8
ARTICOLO 21 - MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL SET INFORMATIVO	8
ARTICOLO 22 - RECLAMI	8
ARTICOLO 23 - PRESCRIZIONE	9
ARTICOLO 24 - CONFLITTO D'INTERESSI	9

OLIVO – LINEA PERSONA

Assicurazione temporanea per il caso morte

Condizioni Generali di Assicurazione

ARTICOLO 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Nei limiti delle Esclusioni e delle somme indicate nella Scheda di Polizza, la presente assicurazione garantisce la Copertura del rischio morte - qualunque sia la causa del decesso (Copertura Principale) - nonché la Copertura del rischio Invalidità Permanente Totale derivante da Malattia e/o Infortunio (Garanzia Facoltativa) sempreché l'evento si verifichi durante il periodo di validità del Contratto.

La Compagnia non è tenuta a garantire alcuna Copertura assicurativa e non è 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.

Si informa il Contraente che la Garanzia è prestata in seguito all'accertamento delle condizioni dello stato di salute degli Assicurati, in base a quanto previsto al successivo Art. 2.5.

Art. 1.1 - Prestazione Assicurata di base - Decesso

In caso di Decesso dell'Assicurato, avvenuto nel periodo di validità del Contratto, la Compagnia liquiderà il Capitale Assicurato riportato nella Scheda di Polizza ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi così come disciplinato dal Codice civile.

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

Alla Copertura Principale può essere abbinata la Garanzia assicurativa indicata al successivo Art. 1.2.

Art. 1.2 - Coperture Facoltativa – Invalidità Totale e Permanente

Il Contraente, all'atto della sottoscrizione, può scegliere di abbinare alla Copertura Principale, anche la Copertura facoltativa per il caso di Invalidità Totale Permanente (IPT).

Il rischio coperto per l'Assicurato è l'Invalidità Totale Permanente che derivi da Infortunio occorso o Malattia diagnosticata durante il periodo di validità della polizza e che comporti una invalidità totale e permanente riconosciuta ed accertata di grado pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla specifica professione da questi esercitata, nel corso di vigenza della Contratto.

Il grado di Invalidità Totale Permanente viene accertato secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli Infortuni e le Malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel TU che disciplina la materia di cui al D.P.R. 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche.

La Compagnia si impegna a corrispondere all'Assicurato l'Indennizzo alla data di riconoscimento dello stato di Invalidità Totale Permanente.

Con riferimento alla Garanzia IPT, la somma assicurata non potrà essere superiore rispetto alla somma assicurata relativa alla Copertura Principale.

La Copertura è valida e operante solo se espressamente richiamata nella Scheda di Polizza e nelle sue eventuali successive Appendici.

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

Art. 2.1 - Persone assicurabili

Sono assicurabili le persone fisiche nominativamente comunicate dal Contraente alla Compagnia e riportate sulla Scheda di Polizza e nelle sue eventuali successive Appendici.

La Garanzia assicurativa non si intende operante per le persone affette da: alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività, ove già diagnosticata dal test HIV, né dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici e forme maniache depressive, indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo.

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

Al momento della sottoscrizione della Scheda di Polizza, l'età dell'Assicurato dovrà risultare:

- a) nel caso di Copertura per Decesso, l'età dell'Assicurato non potrà essere superiore a 75 anni;
- b) nel caso di Copertura per Invalidità Totale e Permanente, l'età dell'Assicurato non potrà essere superiore a 70.

Per gli Assicurati che raggiungono tali limiti di età, la Copertura cessa a partire dalla prima scadenza annuale della Polizza successiva.

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 la Scheda di Polizza, con facoltà di selezionare anche la Copertura facoltativa. L'Assicurato è altresì tenuto a adempiere alle formalità di cui al successivo Art. 2.5 come gli saranno precisate al momento della sottoscrizione della Scheda di Polizza. L'Assicurato, come individuato, 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 il Contraente che abbia sottoscritto, unitamente all'Assicurato, se diverso dal Contraente, la Scheda di Polizza.

Al momento della sottoscrizione della Scheda di Polizza, l'Assicurato dovrà inoltre, in funzione della propria età e del Capitale Assicurato, procedere così come indicato nella tabella assuntiva riportata nella pagina seguente:

- per Capitali Assicurati fino ad un massimo di € 300.000,00, sarà richiesta la compilazione del questionario anamnestico concernente lo stato di salute e le abitudini di vita dell'Assicurato (su modulo fornito dalla Compagnia);
- per Capitali Assicurati superiori a € 300.000,00 e fino a € 500.000,00, la Compagnia richiederà la compilazione del questionario anamnestico ed una visita medica con compilazione del "Rapporto di Visita Medica" (su moduli forniti dalla Compagnia);
- per Capitali Assicurati superiori a € 500.000,00 e fino a € 1.000.000,00, la Compagnia richiederà la compilazione del questionario anamnestico, una visita medica con compilazione del "Rapporto di Visita Medica" (su moduli forniti dalla Compagnia) e gli esiti dei seguenti esami di laboratorio: emocromo completo con formula + ECG basale + esame urine + profilo lipidico transaminasi AST, ALT e Gamma GT, creatinina e glicemia.

Si richiama l'attenzione sulla necessità di leggere le raccomandazioni e avvertenze relative alla compilazione del questionario anamnestico ivi contenute.

La Compagnia potrà comunque richiedere ulteriori esami clinici, al fine di valutare la corretta assunzione del rischio. Il costo degli accertamenti medici è a carico del Contraente.

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 c.c.). 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 Scheda di Polizza, devono essere vere, esatte e complete.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato rese al momento della sottoscrizione della Scheda di Polizza 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 del Codice civile.

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

Qualora tra il momento del rilascio delle informazioni inerenti lo stato di salute dell'Assicurato e la Data di Decorrenza intervengano nuovi fattori inerenti lo stato di salute, l'Assicurato deve darne sollecita comunicazione alla Compagnia al fine di espletare nuovamente le formalità di ammissione alle Coperture di cui all'art. 2.5 e la conseguente determinazione delle nuove condizioni per l'ammissione alle Coperture medesime; la mancata comunicazione alla Compagnia comporta la perdita totale o parziale del diritto alle Prestazioni Assicurate e, quindi, al Capitale Assicurato, nonché la cessazione delle Coperture ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

Articolo 4.1 – Aggravamento e diminuzione del rischio

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del rischio. La Compagnia ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di quindici giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla liquidazione del Capitale Assicurato o dell'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 c.c.

In caso di diminuzione del rischio la Compagnia provvederà a ridurre in proporzione il Premio dell'annualità successiva alla comunicazione fatta dal Contraente, ai sensi dell'Art.1897 c.c., rinunciando al relativo diritto di recesso.

ARTICOLO 5 - CONDIZIONI, LIMITAZIONI E PRESTAZIONI RELATIVE ALLE COPERTURE

Il Contratto di Assicurazione prevede le seguenti Prestazioni Assicurate:

- prestazione in caso di Decesso;
- prestazione in caso di Invalidità Totale e Permanente (opzionale);

Le Garanzie sono prestate nei limiti delle Esclusioni, di cui all'Art. 6 che segue.

Art. 5.1 - Carenza

Il Contratto prevede un periodo di Carenza di 6 mesi a partire dalla Decorrenza del Contratto Assicurativo. Tale periodo di Carenza non troverà applicazione qualora l'Assicurato dovesse sottoporsi a visita medica.

A parziale deroga delle esclusioni previste dal successivo articolo 6, se la polizza deriva da rinnovo del contratto già sottoscritto nelle precedenti annualità, è previsto un periodo di Carenza di 5 anni, a partire dalla Decorrenza del Contratto, per eventi direttamente o indirettamente correlati ad infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita o stati assimilabili. Tale periodo di Carenza non troverà applicazione qualora l'Assicurato dovesse sottoporsi a visita medica ed effettuare un test sull'HIV con esito negativo nei 3 mesi precedenti la sottoscrizione della Scheda di Polizza. Se l'Assicurato si sottopone a visita medica, ma rifiuta di effettuare il test sull'HIV, il periodo di Carenza sarà esteso a 7 anni.

Qualora l'evento Assicurato si verifichi durante il periodo di Carenza, la Compagnia provvederà al rimborso del premio.

Il periodo di Carenza comunque non opera qualora l'evento Assicurato sia conseguenza diretta:

- di una delle seguenti Malattie infettive acute sopravvenute dopo la Data di Decorrenza: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, febbri puerperali, tifo esantematico, epatite virale A, leptospirosi ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica;
- di shock anafilattico sopravvenuto dopo la data di Decorrenza;
- di Infortunio.

Art. 5.2 Divieto di cumulo

Il Capitale Assicurato per la Garanzia decesso non è cumulabile con il Capitale Assicurato per la Garanzia Facoltativa. La liquidazione del capitale dovuto per la Garanzia Invalidità Permanente Totale comporta la contestuale automatica decadenza dal Capitale Assicurato dovuto per la Garanzia Decesso.

La decadenza dalla Garanzia Decesso ha luogo anche nell'ipotesi in cui il Capitale Assicurato dovuto per la Garanzia derivante da Invalidità Permanente Totale non è ancora stato pagato per intero; in tale ipotesi le somme assicurate per Invalidità Permanente Totale non ancora pagate saranno corrisposte agli eredi dell'Assicurato.

Art. 5.3 Criteri di Liquidazione della Copertura IPT

La Compagnia corrisponde il Capitale Assicurato per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio o Malattia occorse in corso di validità della presente Polizza.

Se, al momento dell'Infortunio o 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.

Art. 5.4 Rinuncia al diritto di surrogazione

Qualora l'Infortunio o la Malattia sia imputabile a responsabilità di terzi, la Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili del Sinistro.

ARTICOLO 6 - ESCLUSIONI

Le Coperture sono escluse nei seguenti casi:

- Dolo ovvero delitti dolosi compiuti o tentati dal Contraente, dall'Assicurato e/o dal Beneficiario;
- Sinistri conseguenti ad azioni intenzionali dell'Assicurato, quali: il suicidio, se avviene nei primi due anni dalla Data della prima Decorrenza ovvero dalla data di aumento del Capitale Assicurato; il tentato suicidio; la mutilazione volontaria e l'autolesionismo;
- Sinistri conseguenti a uso di veicoli o natanti a motore per gare o competizioni sportive (e relative prove);
- Sinistri derivanti da stato di ebbrezza (tasso alcolemico superiore al limite minimo fissato dal codice della strada) o dall'effetto di droghe, sostanze stupefacenti e/o sostanze psicotrope non prescritti da un medico;
- 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 e sabotaggio;
- Sinistri derivanti da malattie e/o invalidità preesistenti alla data di sottoscrizione della Scheda di Polizza;
- Sinistri derivanti da pratica di sport a titolo professionale, amatoriale di alto livello o remunerato, e partecipazione dell'Assicurato a tentativi di record, acrobazie, ruoli di stuntman, prove, scommesse, sfide e risse;
- Sinistri derivanti da pratica di sport aerei, salto con l'elastico (bungee jumping) a titolo amatoriale o professionale, pratica di sport che necessitano l'utilizzo di congegni e macchine a motore (terrestre, marittimo o aereo);
- Sinistri derivanti da pratica dei seguenti sport estremi o attività sportive (e relative prove) esposte a particolari rischi quali: sport da combattimento, pugilato, rugby o football americano, scuba diving, paracadutismo, volo nelle sue varie forme e sport aerei in genere (volo su prototipi, salti con paracadute, volo su deltaplano, parapendio ecc.), automobilismo, motociclismo e corse nautiche alla guida o come passeggero, alpinismo, scalata di roccia o ghiaccio, atletica pesante, speleologia, salto con gli sci, bob, idrosci, sci acrobatico e kite-surfing, downhill;
- Sinistri conseguenti a incidente 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 pilota o membro dell'equipaggio;
- Sinistri derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo provocate dalla accelerazione artificiale delle particelle atomiche;
- Sinistri derivanti da cure o interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di sottoscrizione della Scheda di Polizza;
- Sinistri derivanti da aborto volontario o procurato o complicazioni derivanti da tali eventi;
- Sinistri derivanti da eventi determinati per effetto delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici e forme maniache depressive;
- Sinistri derivanti da sindrome da immunodeficienza acquisita (HIV o AIDS), ovvero altre patologie ad essa collegate;
- Sinistri occorsi durante soggiorni in territori dove, al momento della partenza, sia operativo un divieto o una limitazione di accesso (anche temporaneo) emesso da un'Autorità pubblica competente;
- Sinistri derivanti da patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate dall'OMS, di gravità e virulenza tale da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile.

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

Art. 7.1 - Decorrenza delle Coperture

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

- sia stata sottoscritta la Scheda di Polizza;
- sia stato assolto l'obbligo di adeguata verifica della clientela;
- sia stato pagato il Premio Unico.

Art. 7.2 - Durata delle Coperture

La durata del contratto è di un anno e decorre dalla data indicata nella Scheda di Polizza.

Alla scadenza annuale il contratto si rinnoverà tacitamente, e così successivamente di anno in anno, salvo in caso di disdetta comunicata da una delle Parti all'altra tramite lettera raccomandata A.R. o posta elettronica certificata (PEC) da spedire almeno 30 giorni prima della data di scadenza. Farà fede la data di spedizione come da timbro dell'Ufficio Postale o la data di invio della PEC.

La durata delle Coperture e la loro data di scadenza sono valide solo se specificatamente indicate nella Scheda di Polizza o nelle sue eventuali Appendici.

Il rinnovo tacito non opera per gli Assicurati che abbiano un'età superiore a 75 anni.

Il rinnovo tacito della Copertura Invalidità Totale Permanente non opera per gli Assicurati che abbiano un'età superiore a 70 anni.

ARTICOLO 8 - REVOCA DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

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

! La revoca deve essere esercitata a mezzo di lettera raccomandata A.R. da inviarsi alla Compagnia al seguente recapito:
AFI ESCA S.A. - SERVIZIO CLIENTI, Foro Buonaparte, 51 - 20121; Milano - **allegando l'originale 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, dandone comunicazione alla Compagnia.

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

Le Garanzie cesseranno alla data richiesta dal Contraente o, se precedente, alla data di spedizione della lettera raccomandata del Contraente.

La Compagnia, entro il termine di trenta giorni dal ricevimento della dichiarazione di recesso, ha l'obbligo di restituire al Contraente il Premio pagato nella 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 dichiarato per iscritto alla Compagnia di voler profittare della Prestazione Assicurata, il diritto del Beneficiario si intenderà prevalente rispetto al diritto di recesso esercitato dal Contraente.

ESEMPIO:

Polizza con Capitale Assicurato di 150.000 euro, premio annuo pari a **494,38** euro.

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 = **€ 467,29;**

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

Premio versato – quota parte di Premio relativa al periodo di Copertura delle Garanzie = **€ 425,30.**

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

Il mancato pagamento del Premio determina, trascorsi 30 giorni dalla sua scadenza, la sospensione dell'assicurazione e quindi delle Coperture, per un periodo massimo di sei mesi decorrenti dalla scadenza del Premio.

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, e di conseguenza, le Coperture, previa corresponsione del Premio arretrato e non pagato.

Trascorsi 6 mesi dalla data di scadenza del Premio non pagato, il contratto si intende risolto.

ARTICOLO 12 - MODIFICA DELLE GARANZIE

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

ARTICOLO 13 - PREMI

Art. 13.1 - Determinazione del Premio

Le Prestazioni Assicurate garantite dalla Compagnia in forza del presente Contratto di Assicurazione sono riconosciute a fronte del pagamento di un Premio.

Il Premio è determinato in base:

- all'Età Assicurativa dell'Assicurato alla Data di Decorrenza
- alle Coperture e ai Capitali Assicurati richiesti dal Contraente;
- allo stato di salute dell'Assicurato al momento della sottoscrizione della Scheda di Polizza;
- all'attività professionale dell'Assicurato;
- alle attività sportive dell'Assicurato.

L'età dell'Assicurato non coincide con l'età anagrafica. Nel caso in cui, alla data di decorrenza del contratto non siano trascorsi più di sei mesi, l'età considerata è quella compiuta. Ove siano trascorsi più di sei mesi l'età considerata è quella prossima da compiere.

Art. 13.2 - Versamento del Premio

Il Premio è unico ed anticipato, e non sono ammessi frazionamenti di Premio.

Il Premio deve essere versato alla Compagnia per il tramite del Distributore delegato all'incasso.

Il pagamento del Premio per la prima annualità del Contratto, necessario per attivare le Coperture assicurative, deve avvenire entro la data di inizio dell'effetto dell'assicurazione (Data di Decorrenza), fatto salvo quanto previsto dal comma successivo.

Nel caso in cui il Contratto sia intermediato da un broker ed il suo nominativo sia riportato nella Scheda di Polizza, in deroga al primo comma dell'art. 1901 c.c., il broker è autorizzato a versare, per conto del Contraente, il Premio della prima annualità entro e non oltre 30 giorni dalla Data di Decorrenza del Contratto. Trascorso tale termine senza che il broker abbia provveduto al pagamento del primo Premio, l'assicurazione resterà sospesa fin dall'inizio e prenderà vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui il pagamento verrà effettuato, fatti ovviamente salvi gli effetti liberatori del pagamento effettuato dal Contraente al broker nel caso in cui quest'ultimo sia autorizzato ad incassare i premi per conto della Compagnia ai sensi dell'art. 118 del CAP.

In deroga a quanto previsto dal secondo comma dell'art. 1901 c.c., in ogni caso di rinnovo del Contratto il pagamento dei Premi delle annualità successive deve avvenire entro 30 giorni dopo quello della scadenza. Trascorso tale termine, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui il pagamento verrà effettuato.

A ciascun rinnovo annuale di Polizza, il Premio sarà adeguato in base all'Età Assicurativa dell'Assicurato al momento del rinnovo.

La Compagnia comunicherà al Contraente, entro 60 giorni da ogni scadenza annuale, l'importo del Premio di rinnovo.

Art. 13.3 - Costi gravanti sul Premio

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

In particolare, il costo relativo alle provvigioni di intermediazione percepite dal Distributore è determinato in misura percentuale sul Premio versato.

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 e gli accertamenti eventualmente necessari da effettuarsi anche ad opera di consulenti medici di fiducia della

Compagnia.

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

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

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, omicidio) occorre copia del verbale dell'Autorità di P.S. o Giudiziaria, da cui si possano rilevare le circostanze del Decesso e il decreto di archiviazione emesso da un'Autorità competente;
- Copia del documento di identità e del codice fiscale di ciascun Beneficiario;
- Modulo Privacy firmato da tutti i Beneficiari;
- Modulo D4 ISTAT "scheda di morte oltre il 1° anno di vita". La parte A) deve compilarla il medico, mentre la parte B è a cura dell'ufficiale di stato civile;
- in caso di eredi minori o incapaci, autorizzazione del Giudice Tutelare alla riscossione del Capitale Assicurato da parte del Tutore.

Art. 14.2 - Invalidità Totale e Permanente

- copia di un documento di identità dell'Assicurato in corso di validità;
- copia di un documento di identità in corso di validità e del codice fiscale del legale rappresentante del Contraente (solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica);
- documentazione attestante l'eventuale modifica dei dati societari o trasferimento di proprietà del Contraente (solo nel caso in cui il Contraente sia un soggetto diverso da una persona fisica);
- in difetto relazione del medico legale attestante l'IPT e il relativo grado;
- nel caso di invalidità dovuta a incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- certificato medico che precisi le esatte cause che hanno determinato l'Invalidità Permanente e Totale, 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.

Art. 14.3 - Colpa grave

A parziale deroga dell'art. 1900 del Codice civile, sono in Garanzia i Sinistri causati da colpa grave dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario.

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.

ARTICOLO 16 - CESSIONE DEI DIRITTI

Il Contraente può cedere ad altri il Contratto, così come può costituirlo in Pegno o comunque vincolare le somme assicurate.

Tali atti diventano efficaci solo nel momento in cui la Compagnia ne faccia annotazione sul documento di Polizza o su apposita Appendice, che diviene parte integrante del Contratto

ARTICOLO 17 - ESTENSIONE TERRITORIALE

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

ARTICOLO 18 - IMPOSTE E TASSE

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

ARTICOLO 19 - 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 Scheda di Polizza.

ARTICOLO 20 - COMUNICAZIONI - RICHIESTA DI INFORMAZIONI - CLAUSOLA BROKER

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente/Assicurato è tenuto sono valide solo se fatte per iscritto con raccomandata a/r o tramite PEC alla Compagnia, a seguenti indirizzi: AFI ESCA S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia, Foro Buonaparte 51, (20121) Milano (MI) o afi-esca@legalmail.it.

Qualunque modificazione del Contratto non è valida se non risulta da atto di variazione sottoscritto dalle Parti.

! Nel caso in cui il Contraente si sia avvalso di un broker per l'intermediazione del Contratto, il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente Contratto al broker indicato nella Scheda di Polizza e che pertanto:

- ogni comunicazione effettuata dalla Compagnia al broker si considera come effettuata al Contraente/Assicurato;
- ogni comunicazione effettuata dal broker, in nome e per conto del Contraente/Assicurato, alla Compagnia si considera come effettuata dal Contraente/Assicurato stesso, eccezion fatta per le comunicazioni di disdetta, ai sensi dell'Art. 7.2 e di recesso ai sensi dell'Art.10 che dovrà essere fatte personalmente dal Contraente.

Conseguentemente, i diritti e le azioni nascenti dal presente Contratto saranno esercitati dal broker, con il consenso del Contraente/Assicurato che si intende espressamente prestato anche se non formalmente manifestato alla Compagnia.

La presente "Clausola Broker" può essere revocata oppure modificata su richiesta del Contraente, direttamente con comunicazione del Contraente medesimo nei confronti della Compagnia, specificando che il Contraente non intende più avvalersi del broker indicato nella Scheda di Polizza per le comunicazioni e che, pertanto, ogni comunicazione avverrà direttamente tra la Compagnia e il Contraente oppure indicando il nominativo del nuovo broker che sarà titolato ad effettuare e ricevere le comunicazioni ai sensi della presente "Clausola Broker".

ARTICOLO 21 - 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 22 - RECLAMI

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

! AFI ESCA S.A. - Foro Buonaparte, 51 - 20121 Milano

Telefono: +39 02.583.248.45

e-mail: reclami@afi-esca.com

La Compagnia gestisce il reclamo dandovi riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo.

Il Contraente/Assicurato potrà altresì rivolgersi al seguente Istituto:

! IVASS - Servizio Tutela dei Consumatori

Via del Quirinale n.21

00187 Roma

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

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

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

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

Il ricorso all'AAS è condizione di procedibilità per adire l'Autorità giudiziaria.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente domicilio in Italia può presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, individuabile accedendo al sito Internet: https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net/make-complaint-about-financial-service-provider-another-eea-country_en

L'IVASS, ricevuto il reclamo, e accertata la presenza di un sistema estero competente, lo inoltra senza ritardo a tale sistema, dandone notizia al reclamante.

L'Autorità di Vigilanza del Paese di origine di AFI ESCA è l'ACPR (Autorité de 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 23 - PRESCRIZIONE

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

ARTICOLO 24 - CONFLITTO D'INTERESSI

AFI ESCA S.A. dichiara che il presente Contratto non presenta situazioni di conflitto di interessi.

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

I dati contenuti nelle Condizioni di Assicurazioni sono stati aggiornati in data 01/09/2025.

OLIVO – LINEA PERSONA

Assicurazione temporanea per il caso morte

Informativa per il Trattamento dei Dati Personali

AFI ESCA S.A. Rappresentanze Generali per l'Italia, è un'impresa di assicurazione di diritto francese, con sede legale e direzione generale in Quai Kléber, 2, Strasburgo (Francia), abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento.

AFI ESCA S.A. Rappresentanze Generali per l'Italia è sottoposta alla vigilanza dell'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).

La Compagnia opera attraverso accordi di distribuzione con agenti, broker assicurativi e banche.

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

Si prega di leggere attentamente quanto sotto riportato.

1. Chi è il Titolare del Trattamento?

Un titolare del trattamento è la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che, singolarmente o insieme ad altri, determina le finalità e i mezzi del trattamento dei dati personali.

Il titolare del trattamento è AFI ESCA S.A. - Foro Buonaparte 51 - 20121 Milano; e-mail: informazioni@afi-esca.com; tel.: 02.58.32.48.45

2. Che tipo di dati personali vengono raccolti?

AFI ESCA tratta (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		
Adepiere agli obblighi precontrattuali, contrattuali e derivanti dal rapporto assicurativo con il Soggetto Interessato; Esecuzione del Contratto, compresa la valutazione del rischio, raccolta dei premi, prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative, nonché finalità connesse alla gestione e liquidazione dei Sinistri, e liquidazione per altre cause; Gestione di richieste specifiche del Soggetto Interessato, nonché per la fornitura dei benefici connessi od accessori al Contratto.	Sì - AFI ESCA deve ottenere il consenso espresso solo per "particolari categorie di dati" quali dati riguardanti la salute del Contraente o dell'Assicurato (se è persona diversa dal Contraente), che saranno raccolti e trattati all'interno o all'esterno dell'Area Economica Europea (EEA) al fine di sottoscrivere e/o gestire il Contratto.	Si - il conferimento dei dati personali - ivi inclusa la prestazione del consenso al trattamento di eventuali dati relativi alla salute è obbligatorio. Il rifiuto al conferimento dei dati preclude la conclusione ed amministrazione del Contratto.

3.B. FINALITÀ AMMINISTRATIVE		
Espletamento di attività amministrativo – contabili e di quelle attinenti all’esercizio dell’attività assicurativa, alle quali AFI ESCA è autorizzata, quali la redistribuzione del rischio attraverso co-assicurazione e/o riassicurazione.	No	Sì - il conferimento dei dati personali - ivi inclusa la prestazione del consenso al trattamento di eventuali dati relativi alla salute è obbligatorio. Il rifiuto al conferimento dei dati per tale finalità preclude la conclusione, gestione ed amministrazione del Contratto.
3.C. FINALITÀ DI LEGGE		
Adempimento agli obblighi previsti dalla legge (es. obbligazioni fiscali, contabili ed amministrative) dai Regolamenti Europei o dalla normativa comunitaria o da un ordine delle competenti autorità nazionali ed altri organismi pubblici.	No	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 e/o dalle seguenti organizzazioni e persone fisiche: società appartenenti alla “catena distributiva”, medici, staff infermieristico ed ospedaliero, altre istituzioni mediche, case di cura, fondi assicurativi sanitari pubblici, associazioni professionali ed autorità pubbliche.

In relazione a tutte le suddette finalità i dati personali saranno trattati manualmente od utilizzando mezzi elettronici adeguati alla conservazione, salvaguardia e comunicazione di tali dati. A tal proposito, tutte le misure di sicurezza necessarie saranno prese per garantire che ci sia un livello di protezione sufficiente da accessi non autorizzati, perdita o distruzione accidentale dei dati.

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

5. Chi avrà accesso ai Dati?

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

Per le finalità indicate ai paragrafi 3.A, 3.B e 3.C della presente Informativa Privacy, i Dati del Soggetto Interessato possono essere comunicati anche ai seguenti soggetti che agiscono nella qualità di responsabili del trattamento secondo le nostre istruzioni: Società del Gruppo AFI ESCA, soggetti appartenenti alla cosiddetta “catena assicurativa”; consulenti tecnici ed altri soggetti che

forniscono servizi ausiliari per conto di AFI ESCA, quali, per esempio, consulenti legali, esperti e medici, agenzie di regolamento, società di servizi a cui siano affidate la gestione e/o la liquidazione dei Sinistri, consulenti di assistenza legale e centri di assistenza; cliniche convenzionate, società di archiviazione dati o fornitori di servizi IT; società di recapito posta, società di revisione e consulenti; società di informazione commerciale per l'analisi dei rischi finanziari; agenzie di controllo frodi; agenzie di recupero crediti.

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

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

6. Dove saranno trattati i Dati?

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

7. Per quanto tempo AFI ESCA trattiene i Dati?

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

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

8. Quali sono i diritti del Soggetto Interessato rispetto ai Dati?

Come previsto dalla normativa sulla privacy applicabile, il Soggetto Interessato ha il diritto di:

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

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

9. Come può essere contattata AFI ESCA?

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

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

Data Protection Officer

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

10. Quanto spesso viene aggiornata questa Informativa Privacy?

AFI ESCA aggiorna regolarmente la presente Informativa Privacy.

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

La presente Informativa è stata aggiornata in data 01/09/2025

OLIVO – LINEA PERSONA

Assicurazione temporanea per il caso morte

Adeguata Verifica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

INFORMATIVA

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

OBBLIGHI DEL CLIENTE

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

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

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

SANZIONI PENALI

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

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

TITOLARE EFFETTIVO

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

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

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

1. Il titolare effettivo di clienti diversi dalle persone fisiche coincide con la persona fisica o le persone fisiche cui, in ultima istanza, è attribuibile la proprietà diretta o indiretta dell'ente ovvero il relativo controllo.
2. Nel caso in cui il cliente sia una società di capitali:
 - a) costituisce indicazione di proprietà diretta la titolarità di una partecipazione superiore al 25 per cento del capitale del cliente, detenuta da una persona fisica;

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

Il vostro Intermediario


Bespoke Underwriting