

DRIVE
UNDERWRITING

Company Cover – IPM

Assicurazione collettiva Invalidità Permanente da Malattia

Set Informativo composto di:

- **DIP Danni**
- **DIP Aggiuntivo Danni**
- **Condizioni Generali di Assicurazione**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto o, dove prevista, della Proposta di Assicurazione.

AVVERTENZA

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

Set informativo redatto secondo le "Linee guida del tavolo tecnico Ania associazioni consumatori- associazioni intermediari per contratti semplici e chiari" del 6 febbraio 2018.

Data ultimo aggiornamento del presente Set Informativo: Gennaio 2026

Elips Life Ltd

Sede secondaria italiana:

Via San Prospero 1, 20121 Milano.

PEC: elipslife@pec.elipslife.com

C.F./P.IVA/Registro delle Imprese di Milano: 13733431004

R.E.A.: MI – 2126819

Sede legale: Industriestrasse 56, 9491 Ruggell (LI) - RI:

FL- 0002.304.360-5, Vaduz

Capitale sociale i.v. CHF 12'400'000

Società con socio unico.

Soggetta a direzione e coordinamento

di Swiss Re Ltd

Assicurazione Collettiva Invalidità Permanente da Malattia

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni



Prodotto: Company Cover - IPM

Compagnia: Elips Life Ltd | Sede secondaria Via San Prospero, 1 | 20121 Milano

Data di realizzazione del documento: Gennaio 2026 – il presente DIP aggiuntivo è l'ultimo disponibile

Il presente documento informativo precontrattuale fornisce una sintesi delle principali coperture ed esclusioni, e informazioni precontrattuali e contrattuali complete sono contenute nelle Condizioni di assicurazione e riportate in Polizza o previste in Appendici alla Polizza. Ulteriori estensioni ed esclusioni possono essere previste previo accordo con gli Assicuratori. Termini e definizioni contenute nel DIP Danni sono come da Glossario delle Condizioni generali di assicurazione.

Che tipo di assicurazione è?

Il Prodotto denominato Company Cover - IPM è rivolto alle persone giuridiche che desiderano proteggere i propri dipendenti, soci, collaboratori contro il Rischio di Invalidità Permanente da Malattia. Il presente Contratto è previsto in forma collettiva (gruppi di persone).



Che cosa è assicurato?

✓ **Invalidità permanente da malattia**

Per Malattia si intende ogni alterazione dello stato di salute dell'Assicurato, clinicamente e obiettivamente constatabile, non dipendente da Infortunio.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Limite di età a scadenza pari a 70 (settanta) anni
- ! Limitazione territoriale: Clausola di limitazione ed esclusione delle Sanzioni internazionali
- ! Limite catastrofale (terra e volo): € 25.000.000 (venticinque milioni)

Altri limiti e franchigie contrattualmente pattuiti.



Che cosa non è assicurato?

Sono escluse dall'Assicurazione le richieste di Indennizzo per Invalidità permanente derivante, direttamente o indirettamente, da:

- ✗ malattie e/o invalidità preesistenti alla stipulazione della Polizza;
- ✗ malattie professionali (secondo la Tabella annessa al T.U. sull'Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 - per l'industria - ss.mm.ii), mentali e psichiche;
- ✗ malattie per abuso di alcoolici o per uso non curativo di farmaci, stupefacenti e simili;
- ✗ trattamenti estetici; cure dimagranti e dietetiche;
- ✗ malattie da fonti radioattive e comunque da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare;
- ✗ guerra, guerra civile, invasione, insurrezione, rivoluzione, uso della forza militare ovvero rovesciamento di qualsiasi autorità statale o militare;
- ✗ indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito, qualsiasi trasmutazione del nucleo dell'atomo nonché le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- ✗ sindrome da immunodeficienza acquisita;
- ✗ conseguenze dirette di Infortunio.



Dove vale la copertura?

La copertura vale per il mondo intero.

L'Assicurato deve avere residenza nel territorio della Repubblica Italiana, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino. Le richieste di indennizzo devono essere fatte valere in Italia.



Che obblighi ho?

- Il Contraente e/o Assicurato è obbligato a dichiarare tutti i fatti rilevanti, in modo esatto e completo ai fini della valutazione del rischio. Le informazioni, le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché il recesso dell'Assicuratore dal contratto.
- Il Contraente è obbligato a comunicare eventuali modifiche, riguardanti il profilo degli Assicurati che posano comportare un aggravamento del rischio, intervenute in corso di contratto dovranno essere comunicate tempestivamente agli Assicuratori a cura del Contraente.
- Il Contraente è obbligato a comunicare per iscritto eventuali altre assicurazioni stipulate dagli Assicurati con gli stessi Assicuratori.
- Entro 15 (quindici) giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata il Contraente e/o Assicurato deve darne comunicazione agli Assicuratori, o all'Intermediario al quale è assegnata la Polizza, per tramite di DRAVE Underwriting S.r.l. all'indirizzo PEC Divisione sinistri: draveufficiosinistri@legalmail.it.
- La denuncia deve essere corredata da certificato medico riflettente un dettagliato rapporto sulla natura, decorso e conseguenza della Malattia. Alla denuncia devono essere anche allegati o devono avere seguito attestazioni mediche in ordine allo stato della Malattia, copie delle cartelle cliniche e di ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti.



Quando e come devo pagare?

Il contratto prevede il pagamento del Premio lordo annuale o di una sua rata, dal Contraente agli Assicurati, a mezzo bonifico bancario su conto corrente intestato a DRAVE Underwriting S.r.l. o all'Intermediario al quale è stata assegnata la Polizza, compreso il Premio di regolazione, qualora previsto.

Il premio è comprensivo delle imposte secondo le norme fiscali vigenti.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24:00 (ventiquattro) del giorno indicato nella Scheda di polizza, ha durata annuale e si rinnova tacitamente a scadenza, salvo Disdetta, se pagato il Premio o la rata di premio. Se il Contraente non paga il Premio o una delle sue rate, la copertura assicurativa resta sospesa fino alle ore 24:00 (ventiquattro) del giorno di pagamento del Premio.

In caso di mancato pagamento del Premio di rinnovo o di una rata dello stesso, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 (ventiquattro) del 30° (trentesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende la sua efficacia dalle ore 24:00 (ventiquattro) del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.



Come posso revocare la proposta, recedere o disdire la polizza?

La disdetta può essere spedita dal Contraente entro e non oltre 30 (trenta) giorni dal termine del Periodo di assicurazione mediante:

- lettera raccomandata A/R inviata a DRAVE Underwriting S.r.l. o all'intermediario al quale è stata assegnata la Polizza;
- PEC all'indirizzo draveudisdette@legalmail.it direttamente dal Contraente a DRAVE Underwriting S.r.l.

Assicurazione collettiva Invalidità Permanente da Malattia

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo danni)



Prodotto: Company Cover - IPM

Data di realizzazione del documento: Gennaio 2026 – il presente DIP aggiuntivo è l'ultimo disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società

Elips Life Ltd Sede secondaria italiana - Via San Prospero, n. 1; 20121 Milano; tel. +39 02 82958900; sito internet: www.elipslife.com; e-mail: contatto.it@elipslife.com; PEC: elipslife@pec.elipslife.com.

Elips Life Ltd è soggetta a direzione e coordinamento di Swiss Life International Holding AG, che ha sede legale in Industriestrasse 56, 9491 Ruggell (Liechtenstein). E' autorizzata a operare in Italia in regime di stabilimento, è iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS, Elenco I, n. I.00131, ed è sottoposta al controllo della Financial Market Authority (FMA) del Liechtenstein.

Il contratto è concluso con la Sede secondaria italiana corrente in Via San Prospero 1, 20121 Milano i cui recapiti sono sopra riportati.

L'ammontare del patrimonio netto di Elips Life Ltd. è pari a 141,8 milioni di Euro (di cui 13,0 milioni di Euro di capitale sociale e 128,8 milioni di Euro di riserve patrimoniali) e l'Annual Profit (risultato economico di periodo) è pari a 26,1 milioni di Euro.

[Dati anno fiscale 2024. I dati si riferiscono all'ultimo bilancio approvato. I dati aggiornati anno per anno sono contenuti nella Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa, consultabile sul sito internet della Compagnia (<https://www.elipslife.com/en/che/Downloads>).

L'indice di solvibilità determinato in applicazione della normativa "Solvency II" è pari al 153,4% al 31.12.2024.]

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.





Salvo quanto diversamente pattuito, gli Assicuratori richiedono la compilazione del questionario anamnestico qualora il numero di Assicurati, nominativamente indicati in Polizza, sia inferiore o uguale a 5 (cinque) unità. Nel caso di intera categoria assicurata, non viene richiesta la compilazione del questionario. L'onere degli accertamenti sanitari e degli esami effettuati resta a totale carico dell'Assicurato e, qualora necessario, gli Assicuratori si riservano il diritto di richiedere particolari documenti o ulteriori accertamenti sanitari.

Per questionario anamnestico si intende il documento che gli Assicuratori possono chiedere di compilare al Contraente prima della stipulazione dell'Assicurazione contro i danni alla persona. Contiene una serie di informazioni relative allo stato di salute ed alle precedenti malattie dell'Assicurato. Le informazioni fornite dal Contraente servono agli Assicuratori per valutare il Rischio e stabilire le condizioni di assicurazione.

Il documento descrive lo stato di salute dell'Assicurato secondo le dichiarazioni rilasciate ai sensi degli Artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile e forma parte integrante della Polizza.

L'ampiezza dell'impegno degli Assicuratori è rapportato alle Somme assicurate concordate con il Contraente.

La copertura assicurativa opera entro i Sottolimiti previsti per ciascuna estensione di copertura e comunque nel limite della Somma assicurata per ciascuna garanzia indicata nella Scheda di polizza.

 Che cosa NON è assicurato?	
Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
 Ci sono limiti di copertura?	
Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.	
 A chi è rivolto questo prodotto?	
Il presente prodotto assicurativo è una Polizza collettiva destinata alle persone giuridiche (in contraenza diretta o attraverso un fondo assistenziale o una cassa) per la copertura degli obblighi derivanti dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL) di categoria, regolamenti aziendali o accordi integrativi dei propri lavoratori dipendenti (es. dirigenti, funzionari, quadri, impiegati, operai, etc.), dei soggetti che ricoprono una carica nell'ambito degli organi sociali (es. soci, amministratori, consiglieri, sindaci, etc.) e dei collaboratori del Contraente o di aziende associate.	
 Quali costi devo sostenere?	
I costi del prodotto a carico del Contraente sono così ripartiti: - costi di intermediazione:	
<ul style="list-style-type: none"> • Una quota pari a circa il 22% del premio costituisce le provvigioni medie riconosciute all'intermediario per tramite del quale il contratto di assicurazione è stipulato; • Una quota pari a circa il 8% del premio costituisce il compenso di DRAVE Underwriting Srl. 	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Per qualsiasi reclamo su questo Contratto è possibile scrivere direttamente all'Ufficio Reclami della Compagnia tramite posta, fax o e-mail: Elips Life Ltd. (Ufficio Reclami) Via San Prospero, 1 – 20121 Milano e-mail: reclami@pec.elipslife.com specificando per iscritto e in modo dettagliato le ragioni e i fatti che hanno portato al reclamo. La Compagnia darà risposta entro e non oltre 45 giorni da quando ha ricevuto il reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it . Reclami all'autorità del Liechtenstein I reclami possono anche essere indirizzati all'Autorità di Vigilanza del Paese di origine della Compagnia (Liechtenstein): Financial Market Authority (FMA) del Liechtenstein Landstrasse 109, Postfach 279 9490 Vaduz, Liechtenstein Telefono +423 236 7373 - Fax +423 236 7374 - Email: info@fma-li.li Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo è sempre possibile adire all'Autorità Giudiziaria.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso:
OPPURE	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
diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	oppure al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui la Compagnia 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 alla Compagnia.

<p>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<p>In alternativa al procedimento di Mediazione, è possibile presentare ricorso all'Arbitro Assicurativo, previsto come condizione di procedibilità (DM 6/11/2024 n. 215). Per la risoluzione delle liti transfrontaliere il reclamo può essere presentato direttamente al sistema estero competente, ossia quello del Paese in cui ha sede la Compagnia che ha stipulato il contratto (rintracciabile al sito: http://www.ec.europa.eu/fin-net) o all'IVASS, che provvede all'inoltro al sistema, dandone notizia al soggetto che ha aperto il reclamo.</p>
---	--

<p>REGIME FISCALE</p>	
<p>Trattamento fiscale applicabile al contratto</p>	<p>Regime Fiscale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il contratto di Assicurazione, stipulato in Italia con soggetti che risiedono in Italia, è soggetto alla normativa fiscale italiana. • Questo contratto è soggetto ad un'imposta sulle assicurazioni (in vigore in Italia) del 2,50% sui premi versati. <p>Tassazione delle Somme assicurate</p> <p>I premi per la copertura del rischio Morte, Invalidità Permanente non inferiore al 5% danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito dichiarato ai fini IRPEF secondo quanto previsto dal D.P.R. n. 917/86, e successive modifiche e integrazioni. Se solo una parte del premio pagato per l'assicurazione è destinata alla copertura dei rischi sopra indicati, il diritto alla detrazione spetta esclusivamente per questa parte.</p>
<p>Cosa è il diritto all'oblio oncologico?</p>	
<p>Diritto all'oblio oncologico</p>	<p>Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link https://www.elipslife.com/en/ita/Diritto-Oblio-Oncologico.</p>
<p>Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico</p>	<p>Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.</p>
<p>Effetti dell'oblio oncologico per le imprese</p>	<p>Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.</p>

Indice

Glossario	3
Sezione A - Cosa assicuriamo	6
Articolo 1 Oggetto di polizza e descrizione della copertura	6
1.1 Disposizioni comuni	6
1.2 Garanzie assicurate	6
Sezione B - Cosa NON è assicurato	6
Articolo 2 Esclusioni	6
Sezione C - Limiti di copertura e Ambito di applicazione territoriale	7
Articolo 3 Limiti di copertura	7
3.1 Limiti di età	7
3.2 Persone non assicurabili	7
3.3 Franchigia	7
3.4 Cumulo di indennizzi	8
3.5 Limite di indennizzo	8
Articolo 4 Ambito di applicazione territoriale della polizza	8
Sezione D – Gestione dei sinistri	9
Articolo 5 Cosa fare in caso di sinistro	9
5.1 Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro	9
5.2 Criteri di indennizzo	9
5.3 Procedura per la liquidazione dell'indennizzo	9
5.4 Liquidazione del sinistro	9
5.5 Criteri di liquidazione	10
5.6 Prova	10
Sezione E - Condizioni generali di assicurazione	10
Articolo 6 Effetto e durata della polizza	10
6.1 Deroga al tacito rinnovo	10
Articolo 7 Pagamento e regolazione del premio	10
7.1 Pagamento del premio e sospensione della copertura assicurativa	10
7.2 Premio di regolazione	10
7.2.1 Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni	11
Articolo 8 Dichiarazioni del contraente/assicurato relative al rischio	11
Articolo 9 Variazioni contrattuali	12
9.1 Aggravamento e diminuzione del rischio	12
Articolo 10 Altre assicurazioni	12
Articolo 11 Casi di interruzione del contratto	12

11.1	Recesso per sinistro.....	12
11.2	Risoluzione per mancato pagamento del premio.....	12
Articolo 12	Arbitrato in caso di disaccordo sulla gestione del sinistro	12
Articolo 13	Assicurazione per conto altrui.....	13
Articolo 14	Oneri fiscali.....	13
Articolo 15	Clausola intermediario	13
Articolo 16	Foro competente per l'esecuzione del contratto	13
Articolo 17	Comunicazioni - modifiche dell'assicurazione	13
Articolo 18	Notifiche degli atti giudiziari agli assicuratori	13
Articolo 19	Rinuncia di rivalsa.....	13
Articolo 20	Buona fede	13
Articolo 21	Sanzioni internazionali	13
Articolo 22	Rinvio alle norme di legge.....	13
Articolo 23	Reclami e Arbitro Assicurativo	14
	Informativa Privacy	15
	Informativa sul diritto all'oblio oncologico	18

Glossario

Ai sensi dell'Art. 166 del Codice delle Assicurazioni (D.lgs. 9/2005) e delle Linee Guida del Tavolo di Lavoro "Contratti Semplici e Chiari" del 6 febbraio 2018, decadenze, nullità, limitazioni di garanzie, oneri, rischi, obblighi a carico del Contraente e/o Assicurato e periodi di sospensione della garanzia contenute nella presente Polizza sono evidenziate in "grassetto".

Le Parti convengono di attribuire il significato indicato per ciascuno dei seguenti termini:

Appendice	Il documento, parte integrante del contratto di assicurazione, che viene unitamente o in seguito alla Polizza per modificarne alcuni aspetti.
Arbitrato	Il procedimento per la risoluzione extragiudiziale delle controversie che possono sorgere fra Assicurato e Assicuratori.
Assicurato	Il soggetto che svolge la specifica attività professionale indicata nella Scheda di polizza ed il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Assicuratori	I soggetti che prestano la copertura assicurativa ed indicati nella Scheda di polizza.
Assicurazione	L'operazione con il quale l'Assicurato trasferisce agli Assicuratori un Rischio al quale è esposto naturalmente o per disposizioni di legge.
Atto di terrorismo (o sabotaggio)	Qualunque azione clandestina che abbia finalità ideologiche e/o politiche, perseguito su base individuale o collettiva, diretto contro persone o enti pubblici o privati al fine di condurre un'azione criminale mirata a ledere la vita di altre persone, o fare effetto e sconvolgere il pubblico, nonché creare un'atmosfera di generale insicurezza o ancora interrompere il funzionamento del trasporto pubblico o creare disturbo alle attività di aziende od organizzazioni che producano merci, trasformino materiali o forniscano servizi.
Beneficiario (o avente diritto)	Il soggetto designato ad incassare l'Indennizzo previsto in caso di Morte dell'Assicurato stesso.
Coniuge	Il Coniuge dell'Assicurato o il convivente more uxorio, come risultante dallo stato di famiglia.
Contraente	Il soggetto indicato nella Scheda di polizza, persona fisica o giuridica con residenza in Italia, che stipula il contratto di assicurazione con gli Assicuratori e si obbliga a pagare il Premio di Polizza.
Danno	Il pregiudizio subito dall'Assicurato in conseguenza di un Sinistro.
Dipendente	Il soggetto con contratto di lavoro subordinato, a tempo determinato o indeterminato, con esclusione dei lavoratori con contratto di somministrazione.
Disdetta	La comunicazione che il Contraente o gli Assicuratori devono inviare all'altra parte, entro i termini previsti dal contratto, per manifestare la volontà di recedere dallo stesso.
DRAVE Underwriting S.r.l.	Intermediario assicurativo iscritto nella sezione A del Registro Unico degli Intermediari Assicurativi e Riassicurativi di cui all'Art. 109 del D.lgs. 209/2005 al n. A000693459 incaricato dagli Assicuratori della ricezione e trasmissione delle comunicazioni relative alla Polizza, della gestione e della liquidazione dei Sinistri, gestendo i rapporti con Contraente ed Assicurato, nonché con gli Intermediari che hanno contribuito all'intermediazione della Polizza.
Esclusione	Rischi esclusi (o limitazioni) relativi alla copertura assicurativa prestata dagli Assicuratori ed elencati in Polizza.

Estero	Mondo intero escluso il territorio della Repubblica Italiana, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino e il paese di residenza principale.
Franchigia	L'importo indicato nella Scheda di polizza e/o nelle condizioni di assicurazione che viene dedotto dal Danno liquidabile e rimane a carico dell'Assicurato.
Impresa di assicurazione	Si veda "Assicuratori".
Indennizzo (o Indennità)	La somma dovuta dagli Assicuratori in caso di Sinistro.
Infortunio	Evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili che hanno per conseguenza la Morte o l'Invalidità permanente o l'inabilità temporanea dell'Assicurato.
Intermediario	Broker o Agente regolarmente iscritto alla sezione dedicata del Registro Unico dei Intermediari (RU).
Invalidità permanente	La perdita definitiva ed irrimediabile a seguito di Infortunio, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla propria occupazione.
Istituto di cura	L'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al Ricovero dei malati. Restano esclusi gli stabilimenti termali, le case di riposo, gli istituti di recupero per tossicodipendenti o alcolizzati, gli istituti per persone affette da malattie mentali o disordini caratteriali case di convalescenza e/o Istituti simili.
IVASS	Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni. Ente di diritto pubblico cui spetta il controllo sulle imprese di assicurazione, nonché sugli intermediari di assicurazione (agenti e broker) e sui periti per la stima dei danni ai veicoli.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute dell'Assicurato, clinicamente e obiettivamente constatabile, non dipendente da Infortunio.
Morte	Decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio.
Paese di residenza principale	Lo Stato nel quale l'Assicurato risiede stabilmente o ha fissato la propria dimora abituale.
Periodo di assicurazione	In tutto od in parte, il periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza stabilite nella Scheda di polizza e nelle successive quietanze, fermi gli effetti sospensivi sulla copertura del mancato pagamento del Premio.
Polizza	Il documento contrattuale che disciplina i rapporti tra Assicuratori, Contraente e Assicurato.
Premio	La somma dovuta dal Contraente agli Assicuratori a titolo di corrispettivo della copertura assicurativa prestata dagli Assicuratori, ivi inclusa la regolazione Premio dovuta nei casi previsti in Polizza.
Rischio	La probabilità che si verifichi il Sinistro.
Rivalsa	Il diritto che spetta agli Assicuratori che hanno corrisposto un Indennizzo di rivalersi su colui che ha arrecato il Danno.
Scheda di polizza	Il documento, annesso e parte integrante alla Polizza, che prova il contratto di Assicurazione e nel quale sono indicati i dati relativi al Contraente/Assicurato, l'Attività professionale svolta dall'Assicurato che viene fatta oggetto di copertura, le date di decorrenza e di scadenza della Polizza, il Beneficiario designato, la Somma assicurata per garanzia, l'eventuale Franchigia e il Premio imponibile con le relative Imposte Governative.

In caso di contrasto, le informazioni contenute nella Scheda di polizza prevalgono su quelle contenute nelle condizioni di assicurazione.

Set informativo

L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, prima della sottoscrizione del contratto o della proposta di Assicurazione, composto da: condizioni generali di assicurazione comprensive del Glossario, DIP Danni, DIP Aggiuntivo, Modulo di proposta ove previsto.

Sinistro

Il verificarsi di un evento dannoso per cui è prestata l'Assicurazione.

Somma assicurata

L'importo, indicato nella Scheda di polizza, in relazione al quale gli Assicuratori si impegnano a fornire la propria prestazione.

Sottolimita

La somma massima, inclusa nella Somma assicurata indicata nella Scheda di polizza e non in aggiunta ad essa, che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale per specifica garanzia per ogni Sinistro e per l'insieme di tutti i Sinistri pertinenti a uno stesso Periodo di assicurazione.

Surroga

La facoltà degli Assicuratori di sostituirsi all'Assicurato indennizzato in una richiesta risarcitoria qualora il Danno sia stato causato da un terzo. La rinuncia alla Surroga da parte degli Assicuratori lascia impregiudicato il diritto del danneggiato di rivalersi su colui che ha arrecato il Danno.

Sezione A - Cosa assicuriamo

La presente Assicurazione è rivolta alle persone giuridiche che desiderano proteggere i propri dipendenti, soci, collaboratori contro il Rischio di Invalidità Permanente da Malattia.

Articolo 1 Oggetto di polizza e descrizione della copertura

1.1 Disposizioni comuni

a) Oggetto di polizza

A fronte del pagamento del Premio, gli Assicuratori tengono indenne l'Assicurato dall'Invalidità permanente derivanti da Malattia - **fino a concorrenza della Somma assicurata e per il Periodo di assicurazione indicato nella Scheda di polizza, fermo restando quanto espressamente escluso.**

1.2 Garanzie assicurate

1.2.1 Invalidità permanente

L'Assicurazione copre il caso di Invalidità permanente derivante da Malattia che insorga nel corso del presente contratto, **fermo restando quanto espressamente escluso. La garanzia vale anche per la Malattia manifestatasi entro 1 (un) anno dalla cessazione del contratto purché la stessa sia insorta durante il periodo di validità del contratto stesso.**

Salvo diversamente pattuito, ai fini dell'operatività della presente garanzia è necessario presentare il questionario anamnestico compilato in ogni sua parte, prima della sottoscrizione della Polizza. In mancanza, la copertura della garanzia non potrà essere prestata.

Cos'è il questionario anamnestico?

Il documento che gli Assicuratori possono chiedere al Contraente di compilare prima della stipulazione dell'Assicurazione contro i danni alla persona. Contiene una serie di informazioni relative allo stato di salute ed alle precedenti malattie dell'Assicurato.

Le informazioni fornite dal Contraente servono agli Assicuratori per valutare il Rischio e stabilire le condizioni di assicurazione.

Il documento descrive lo stato di salute dell'Assicurato secondo le dichiarazioni rilasciate ai sensi degli Artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile e forma parte integrante della Polizza.

Quando viene richiesta la compilazione del questionario anamnestico?

Salvo se diversamente pattuito, gli Assicuratori richiedono la compilazione del questionario anamnestico qualora il numero di Assicurati, nominativamente indicati in Polizza, sia inferiore o uguale a 5 (cinque) unità. In caso di categoria, non viene richiesto la compilazione del questionario in oggetto.

L'onere degli accertamenti sanitari e degli esami effettuati resta a totale carico dell'Assicurato e, qualora necessario, gli Assicuratori si riservano il diritto di richiedere particolari documenti o ulteriori accertamenti sanitari.

Sezione B - Cosa NON è assicurato

Articolo 2 Esclusioni

Sono escluse dall'Assicurazione le richieste di Indennizzo per Invalidità permanente derivante, direttamente o indirettamente, da:

- malattie e/o invalidità preesistenti alla stipulazione della Polizza;
- malattie professionali (secondo la Tabella annessa al T.U. sull'Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 - per l'industria - ss.mm.ii), mentali e psichiche;
- malattie per abuso di alcoolici o per uso non curativo di farmaci, stupefacenti e simili;
- trattamenti estetici; cure dimagranti e dietetiche;
- malattie da fonti radioattive e comunque da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare;
- guerra, guerra civile, invasione, insurrezione, rivoluzione, uso della forza militare ovvero rovesciamento di qualsiasi autorità statale o militare;
- indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito, qualsiasi trasmutazione del nucleo dell'atomo nonché le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- sindrome da immunodeficienza acquisita;
- conseguenze dirette di Infortunio.

Sezione C - Limiti di copertura e Ambito di applicazione territoriale

Articolo 3 Limiti di copertura

3.1 Limiti di età

La garanzia vale per le persone di età non superiore ai 71 (settantuno) anni e cessa dalla successiva scadenza annuale del Premio per quelle che raggiungono tale limite di età senza che in contrario può essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, in assenza di specifico accordo scritto, gli Assicuratori restituiscono al Contraente i premi netti eventualmente incassati.

Pertanto, al compimento del 70° (settantesimo) anno di età la copertura continuerà fino alla prima scadenza utile successiva senza possibilità di ulteriore rinnovo, salvo diverso accordo scritto con gli Assicuratori.

3.2 Persone non assicurabili

La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, H.I.V. o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organico-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidei; l'Assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle menzionate condizioni. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso gli Assicuratori rimborsano al Contraente, la parte di Premio netto già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della copertura e il termine del Periodo di assicurazione per il quale era stato corrisposto il Premio. Per le persone affette da epilessia l'Assicurazione non vale limitatamente agli infortuni direttamente conseguenti al manifestarsi di un attacco della Malattia stessa.

3.3 Franchigia

Qualora nella Scheda di polizza sia indicato un importo di Franchigia, l'Assicurazione si intenderà prestata con la detrazione per ogni Sinistro di detto importo che rimarrà a carico dell'Assicurato.

3.3.1 Invalidità permanente

Non si farà luogo a Indennizzo per l'Invalidità permanente quando questa sia di grado inferiore al 24% (ventiquattro percento) della totale.

In caso di Malattia che abbia per conseguenza una Invalidità permanente di grado superiore o pari al 25% (venticinque percento) gli Assicuratori liquidano un'indennità calcolata sulla Somma assicurata ed indicata sulla Scheda di polizza, in base alle seguenti percentuali:

I.P. accertata	I.P. da liquidare	I.P. accertata	I.P. da liquidare
25%	5%	56%	59%
26%	8%	57%	63%
27%	11%	58%	67%
28%	14%	59%	71%
29%	17%	60%	75%
30%	20%	61%	79%
31%	23%	62%	83%
32%	26%	63%	87%
33%	29%	64%	91%
34%	32%	65%	95%
35/55%	35/55%	66 e oltre	100%

Cosa si intende per franchigia assoluta e franchigia relativa?

La Franchigia si dice assoluta quando il suo ammontare rimane in ogni caso a carico dell'Assicurato, qualunque sia l'entità del Danno subito.

La Franchigia si dice relativa quando la sua applicazione dipende dall'entità del Danno subito, nel senso che se il Danno è inferiore o uguale all'ammontare della Franchigia gli Assicuratori non corrispondono l'Indennizzo, ma se il Danno è superiore, gli Assicuratori lo indennizzano senza tener conto della Franchigia.

Esempio di applicazione della franchigia

Esempio 1. Un Sinistro dal quale risulta un'Invalidità permanente accertata pari a 20 punti percentuali (20%) non comporta il pagamento di un Indennizzo.

Somma assicurata: € 100.000
Indennizzo da liquidare: € 0,00

Esempio 2. Un Sinistro dal quale risulta un'Invalidità permanente accertata pari a 33 punti percentuali (33%) comporta un Indennizzo pari a 29 punti percentuali (29%).

Somma assicurata: € 100.000
Indennizzo da liquidare: € 100.000 x 29% = € 29.000 [33% = 29%]

Esempio 3. Un Sinistro dal quale risulta un'Invalidità permanente accertata pari a 70 punti percentuali (70%) comporta un Indennizzo pari a 100% (100%).

Somma assicurata: € 100.000
Indennizzo da liquidare: € 100.000 x (100%) = € 100.000 [70% = 100%]

3.4 Cumulo di indennizzi

Il diritto all'Indennizzo per Invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi.

L'indennizzo liquidato per Invalidità permanente da Malattia non potrà in alcun caso cumularsi con quello di Invalidità permanente prestato con polizze infortuni.

3.5 Limite di indennizzo

Resta espressamente convenuto che in nessun caso gli Assicuratori possono essere chiamati a risarcire, a seguito del medesimo Sinistro, un Indennizzo complessivo superiore a € 25.000.000,00 (venticinque milioni) qualunque sia il numero degli Assicurati sinistrati.

In detta limitazione rientrano anche i capitali riferiti ad eventuali altre somme assicurate per lo stesso Rischio con altre polizze stipulate dallo stesso Contraente. Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedono tale importo gli Assicuratori procedono alla riduzione proporzionale.

L'Assicurato non può essere inserito in più di una categoria prevista in Polizza. Qualora la stessa persona assicurata risulti presente in più categorie, per dar luogo ad un eventuale indennizzo viene presa in considerazione unicamente la prestazione più favorevole.

Cosa si intende per limite catastofale?

È l'esborso massimo complessivo riconosciuto in caso di Sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento.

Articolo 4 Ambito di applicazione territoriale della polizza

L'Assicurazione vale per il mondo intero. L'Indennizzo viene corrisposto in Italia ed in valuta locale corrente.

Sezione D – Gestione dei sinistri

Articolo 5 Cosa fare in caso di sinistro

Cosa si intende per principio indennitario?

Principio fondamentale contro i rami danni. In base a tale principio, l'indennizzo corrisposto dagli Assicuratori deve svolgere la funzione di riparare il danno subito dall'Assicurato e non può rappresentare per quest'ultimo fonte di guadagno.

5.1 *Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro*

La denuncia della Malattia che - secondo parere medico - sembri comportare Invalidità permanente deve essere presentata per iscritto - dal Contraente o dall'Assicurato – agli Assicuratori alla quale è assegnata la Polizza, anche per tramite dell'Intermediario entro 15 (quindici) giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata.

La denuncia stessa deve essere corredata da certificato medico riflettente un dettagliato rapporto sulla natura, decorso e conseguenza della Malattia.

Alla denuncia devono essere anche allegati o devono avere seguito attestazioni mediche in ordine allo stato della Malattia, copie delle cartelle cliniche e di ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti. Trascorsi i 30 (trenta) giorni dalla denuncia della Malattia, il Contraente o l'Assicurato deve presentare specifica certificazione medica attestante il grado di Invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla Malattia denunciata.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dagli Assicuratori, fornire agli stessi ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le denunce di Sinistro dovranno essere inoltrate a DRAVE Underwriting S.r.l. Divisione sinistri – all'indirizzo PEC draveufficiosinistri@legalmail.it.

5.2 *Criteri di indennizzo*

Gli Assicuratori corrispondono l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive di Invalidità permanente derivante dalla Malattia denunciata, senza riguardo al maggior pregiudizio riconducibile a situazioni patologiche o infermità preesistenti alla stipulazione del contratto e/o a mutilazioni o difetti fisici.

5.3 *Procedura per la liquidazione dell'indennizzo*

Il grado di Invalidità permanente viene valutato non prima che sia decorso 1 (un) anno dalla data della denuncia della Malattia e non oltre i 18 (diciotto) mesi dalla stessa.

Ricevuta la documentazione di cui all'Art. 5.1 – *Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro* e compiuti gli accertamenti, gli Assicuratori liquidano l'indennità che risulti dovuta, ne danno comunicazione all'interessato e, avuta notizia della sua accettazione, provvedono al pagamento.

La valutazione dell'Invalidità permanente viene effettuata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli Infortuni e le malattie professionali, con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. del 30/06/1965 no. 1124 ss.mm.ii.

Nei casi di Invalidità permanente non previsti dal T.U. la valutazione è concordata tra il medico dell'Assicurato ed il consulente medico degli Assicuratori.

In caso di controversia le parti avranno facoltà di fare ricorso a quanto disposto dall'Art. 12 – *Arbitrato in caso di disaccordo sulla gestione del sinistro delle condizioni di assicurazione*.

Nel caso in cui l'Assicurato non intenda sottoporsi ad un adeguato trattamento terapeutico che - a giudizio sia del suo medico che di quello degli Assicuratori - possa modificare positivamente la prognosi della Malattia, la valutazione del Danno viene effettuata sulla base dei postumi di Invalidità permanente che gli sarebbero residuati se si fosse sottoposto a detto trattamento, senza riguardo, perciò, al maggior pregiudizio derivante dalla mancata attuazione del citato trattamento terapeutico.

Il diritto all'indennità per Invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennità sia stata ufficialmente offerta o liquidata in misura determinata, gli Assicuratori pagano agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

5.4 *Liquidazione del sinistro*

Gli Assicuratori si impegnano a pagare all'Assicurato o all'avente diritto le somme derivanti dagli obblighi contrattuali entro il termine di 30 (trenta) giorni dalla data di definizione dell'importo del Sinistro o dal mancato accordo.

5.5 Criteri di liquidazione

La garanzia viene prestata per la somma assicurata, per persona, stabilito nella Scheda di polizza e per la categoria di assicurati per cui è prevista la presente garanzia. La liquidazione del Danno avviene quando l'invalidità accertata è superiore alla Franchigia stabilita.

5.6 Prova

Colui che richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dagli Assicuratori, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Sezione E - Condizioni generali di assicurazione

Articolo 6 Effetto e durata della polizza

Il primo Periodo di assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 (ventiquattro) del giorno indicato nella Scheda di polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati versati agli Assicuratori – anche per tramite dell'Intermediario cui la Polizza è assegnata, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 (ventiquattro) del giorno del pagamento.

In caso di mancato pagamento delle rate successive di Premio, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 (ventiquattro) del trentesimo giorno successivo a quello della scadenza, fermo quanto riportato all'Art. 11.2 – *Risoluzione per mancato pagamento del premio*.

Il contratto ha la durata prevista dalla Scheda di polizza e, in mancanza di Disdetta a mezzo lettera raccomandata A/R inviata all'Intermediario cui la Polizza è stata assegnata o a DRAVE Underwriting S.r.l. (fa fede la data del timbro postale) o PEC a DRAVE Underwriting S.r.l. all'indirizzo draveudisdette@legalmail.it direttamente dal Contraente spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza, si rinnova tacitamente, ogni volta, per 1 (un) anno.

6.1 Deroga al tacito rinnovo

(valido ed operante solo se indicato nella Scheda di polizza)

A deroga di quanto disposto dall'Art. 6 – *Effetto e durata della polizza* delle condizioni di assicurazione, resta convenuto che la Polizza cessa alla sua naturale scadenza senza obbligo di Disdetta.

Articolo 7 Pagamento e regolazione del premio

7.1 Pagamento del premio e sospensione della copertura assicurativa

Il Premio è interamente dovuto anche se sia stato concesso il frazionamento rateale.

Se il Contraente non paga la prima rata di Premio, la copertura resta sospesa fino alle ore 24.00 (ventiquattro) del giorno di pagamento. Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di 30 (trenta) giorni; pertanto, se il Contraente non paga le rate di Premio successive alla prima, la copertura assicurativa resta sospesa dalle ore 24.00 (ventiquattro) del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di scadenza e produce effetto dalle ore 24.00 (ventiquattro) del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze previste. Resta salva la facoltà degli Assicuratori di dichiarare risolto il contratto per inadempimento come meglio specificato all'Art. 11.2 – *Risoluzione per mancato pagamento del premio*.

I Premi devono essere pagati agli Assicuratori oppure all'Intermediario incaricato.

Le modalità di pagamento dei Premi sono i sistemi di pagamento elettronico, bonifico bancario o altro mezzo di pagamento bancario o postale, che abbiano come Beneficiario gli Assicuratori o l'Intermediario a cui è assegnata l'Assicurazione per tramite di DRAVE Underwriting S.r.l.

Trascorso il termine di rispetto di cui sopra, gli Assicuratori hanno diritto di dichiarare, con lettera raccomandata A/R (fa fede la data del timbro postale), PEC o altri mezzi legalmente equivalenti, la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai Premi scaduti o di esigerne giudizialmente l'esecuzione.

Il Premio è sempre determinato per un Periodo di Assicurazione di un anno, salvo il caso di contratto di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

7.2 Premio di regolazione

Se il Premio è convenuto in tutto o in parte, in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in Polizza ed è regolato alla fine di ogni Periodo di assicurazione secondo le risultanze delle variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del Premio, fermo il Premio minimo eventualmente stabilito e riportato nella Scheda di polizza.

A tale scopo entro 90 (novanta) giorni dalla fine di ogni Periodo di assicurazione devono essere forniti per iscritto agli Assicuratori i dati necessari.

Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate nei 30 (trenta) giorni dalla relativa comunicazione effettuata dagli Assicuratori.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore degli Assicuratori. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti, o il pagamento delle differenze attive dovute, il Premio versato in anticipo in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al Periodo di assicurazione per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per gli Assicuratori di agire giudizialmente o dichiarare, con lettera raccomandata A/R (fa fede la data del timbro postale), PEC o altri mezzi legalmente equivalenti, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti per qualsiasi motivo, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del Premio, gli Assicuratori, fermo il diritto di agire giudizialmente, non sono obbligati per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Gli Assicuratori hanno il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Salvo diversa richiesta, di comune accordo fra le parti si conviene che per le polizze a multipli di retribuzione e a libro matricola nessuna appendice di regolazione premio - attiva e passiva - sarà emessa nel caso in cui il relativo ammontare di Premio non sia uguale o inferiore a € 100,00 (cento). Qualora il Premio consuntivo risultasse superiore al 50% (cinquanta per cento) rispetto a quello anticipato, il Contraente acconsente che gli Assicuratori modificano quest'ultimo con effetto dall'annualità immediatamente successiva, portandolo ad importo non inferiore al 75% (settantacinque per cento) dell'ultimo Premio consuntivo.

In ogni caso, la somma dovuta agli Assicuratori a titolo di Premio minimo per ciascun anno o periodo minore per il quale la Polizza avrà vigore, in nessun caso potrà essere inferiore al 70% (settanta per cento) del Premio pagato a deposito.

7.2.1 Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni

1. Agli effetti assicurativi per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, esclusi gli assegni familiari.
2. Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'Assicurato quella percepita e/o maturata per i titoli di cui sopra nel trimestre precedente il mese in cui è insorta la malattia (con esclusione delle retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese) moltiplicata per quattro; a tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'Assicurato nei dodici mesi precedenti purché su tali somme sia conteggiato o conteggiabile il Premio di Assicurazione. A maggior precisazione di quanto sopra si dà atto che nella definizione "retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese" devono intendersi incluse: mensilità aggiuntive, premi di produzione, incentivi o provvigioni, indennità di trasferta, bonus, compensi arretrati, compensi per lavoro straordinario. Per gli Assicurati che non abbiano raggiunto i novanta giorni di servizio è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 360 (trecentosessanta) la retribuzione giornaliera media attribuibile all'Assicurato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno della malattia e considerandosi agli effetti della media anche i giorni non lavorativi.
3. Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del Premio si fa riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga di esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dagli Assicuratori di fare accertamenti e controlli.

Il tasso di Premio (per mille) pattuito, viene applicato alla retribuzione computata ai sensi di cui al punto 1. Al Premio risultante sono applicati gli sconti e le maggiorazioni eventualmente pattuiti ed aggiunte le addizionali e la tassa governativa. Il Premio viene anticipato dal Contraente in base al preventivo annuo di retribuzione pure specificato nel conteggio di liquidazione.

Articolo 8 Dichiarazioni del contraente/assicurato relative al rischio

Le dichiarazioni e le informazioni rese del Contraente e riportate nella Scheda di polizza formano la base della presente Polizza e rilevano ai fini della decisione degli Assicuratori di contrarre l'Assicurazione nonché ai fini della determinazione del Premio.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere protetto da questa Assicurazione oppure la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli Artt. 1892 1893 e 1894 del Codice Civile.

Cosa sono le dichiarazioni precontrattuali?

Sono tutte le informazioni relative al Rischio fornite dal Contraente prima della stipulazione del contratto di Assicurazione, sulla base delle quali gli Assicuratori effettuano la valutazione del Rischio e stabiliscono le condizioni di assicurazione.

Articolo 9 Variazioni contrattuali

9.1 *Aggravamento e diminuzione del rischio*

Il Contraente deve dare immediata comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni variazione che intervenga a modificare ogni elemento del Rischio.

Se la variazione implica una diminuzione del Rischio, gli Assicuratori provvederanno a ridurre in proporzione il Premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dal Contraente.

Se la variazione implica un aggravamento del Rischio, gli Assicuratori hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 15 (quindici) giorni, salvo accordo tra le parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione.

L'aggravamento del Rischio non noto o non accettato dagli Assicuratori può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 Codice Civile.

Cosa si intende per variazione del rischio?

Qualsiasi mutamento del rischio (es. cambio dell'attività professionale) avvenuto successivamente alla stipula del contratto di Assicurazione.

Articolo 10 Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare agli Assicuratori l'esistenza e la successiva stipulazione di altre polizze per le stesse persone e per gli stessi rischi contemplati dalla presente Polizza. **In caso di omissione di tale comunicazione decade il diritto all'Indennizzo. Gli Assicuratori entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione possono recedere dal contratto con un preavviso di 15 (quindici) giorni, gli Assicuratori restituiscono al Contraente i premi netti incassati e non goduti.**

Articolo 11 Casi di interruzione del contratto

11.1 *Recesso per sinistro*

Fermo il diritto dell'Assicurato alla liquidazione dell'indennizzo ove questa gli spetti dopo ogni denuncia di Malattia, **gli Assicuratori hanno facoltà di far cessare - con preavviso di 15 (quindici) giorni – la Polizza o, a scelta, la sola copertura relativa alla garanzia Invalidità permanente da Malattia sia nei confronti della persona cui la denuncia del Danno si riferisce, sia rispetto alla totalità degli assicurati.** In tal caso gli Assicuratori rimborsano il Premio non goduto, in proporzione del tempo che decorre dal momento della cessazione al termine del Periodo di assicurazione in corso. La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia della Malattia o dopo la comunicazione dell'esercizio della facoltà di recesso o qualunque altro atto degli Assicuratori non possono essere interpretati come rinuncia degli Assicuratori stessi a valersi della facoltà di recesso.

11.2 *Risoluzione per mancato pagamento del premio*

In caso di mancato pagamento del Premio nei termini previsti dal precedente Art. 7.1 – *Pagamento del premio e sospensione della copertura assicurativa*, gli Assicuratori hanno facoltà di dichiarare risolto il contratto per inadempimento, a mezzo lettera raccomandata A/R (fa fede la data del timbro postale), PEC o altri mezzi legalmente equivalenti, con diritto di esigere il pagamento dei premi scaduti, ai sensi e nei limiti di quanto previsto dall'Art. 1901 Codice Civile.

Articolo 12 Arbitrato in caso di disaccordo sulla gestione del sinistro

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze dell'Infortunio (o della Malattia), gli Assicuratori e l'Assicurato potranno conferire mandato ad un Collegio di tre medici. Le decisioni del Collegio saranno prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge senza contravvenire alla legge stessa. La proposta di convocare il Collegio medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, entro trenta giorni da quello in cui è stata comunicata la decisione degli Assicuratori e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che gli Assicuratori comunicheranno all'Assicurato, entro 30 (trenta) giorni, il nome del medico che essa a sua volta avrà designato. Il 3° (terzo) medico viene scelto dagli Assicuratori e dall'Assicurato entro una terna di medici proposta dai 2 (due) primi medici designati; in caso di disaccordo, il 3° (terzo) medico è designato dal Segretario dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio medico. Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Nominato il 3° (terzo) medico, gli Assicuratori convocheranno il Collegio invitando l'Assicurato o gli aventi diritto a presentarsi. **Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.** La decisione del Collegio medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

Articolo 13 Assicurazione per conto altrui

Se la presente Assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi che derivano dalla presente Polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte del solo Assicurato, ai sensi dell'Art. 1891 Codice civile.

Articolo 14 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Articolo 15 Clausola intermediario

Agli effetti delle condizioni di assicurazione, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente all'Intermediario incaricato alla gestione del presente contratto, tramite lettera raccomandata A/R (fa fede la data del timbro postale), PEC, e-mail o mezzi legalmente equivalenti, si intenderà come fatta agli Assicuratori, come pure ogni comunicazione fatta dall'Intermediario agli Assicuratori, in nome e per conto del Contraente, si intenderà fatta dal Contraente stesso, facendo fede per la validità la data risultante da uno dei documenti sopraindicati.

Articolo 16 Foro competente per l'esecuzione del contratto

Fatto salvo quanto previsto con riguardo alle controversie di natura medica, per la risoluzione di eventuali controversie concernenti il Contratto, il foro competente è esclusivamente quello di residenza o domicilio elettivo del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario, a condizione che gli stessi siano qualificabili come "Consumatori" ai sensi del D.lgs. n. 206/2005 (Codice del Consumo).

Per ogni controversia avente ad oggetto il pagamento dei premi insoluti è completamente responsabile in via esclusiva l'Autorità giudiziaria del Comune presso cui ha sede legale DRAVE Underwriting S.r.l.

Articolo 17 Comunicazioni - modifiche dell'assicurazione

Ogni comunicazione inerente all'Assicurazione deve essere fatta per iscritto e le eventuali variazioni devono risultare da specifico atto sottoscritto dalle parti, il Contraente prende atto e accetta quanto segue:

1. ogni comunicazione da DRAVE Underwriting S.r.l. all'intermediario si considera effettuata al Contraente;
2. ogni comunicazione a DRAVE Underwriting S.r.l. dall'intermediario si considera effettuata dal Contraente;
3. ogni comunicazione da DRAVE Underwriting S.r.l. all'intermediario e/o al Contraente si considera effettuata dagli Assicuratori;
4. ogni comunicazione a DRAVE Underwriting S.r.l. dall'intermediario e/o dal Contraente si considera effettuata agli Assicuratori;

Articolo 18 Notifiche degli atti giudiziari agli assicuratori

Ai fini della notificazione degli atti giudiziari, i riferimenti degli Assicuratori sono i seguenti:

Elips Life Ltd, sede secondaria italiana - Via San Prospero 1, 20121 Milano (MI), Italia

Tel. +39 02 82958900 - Sito internet: www.elipslife.com - e-mail: contatto.it@elipslife.com - PEC: elipslife@pec.elipslife.com.

Articolo 19 Rinuncia di rivalsa

Gli Assicuratori rinunciano, a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di Surroga che le compete per l'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'Infortunio.

Articolo 20 Buona fede

L'omissione di dichiarazioni o comunicazioni del Contraente di una circostanza aggravante il Rischio, così come qualsiasi errore e/o omissione non intenzionale o involontario della stessa e delle persone di cui deve rispondere a norma di legge, nonché dei suoi amministratori, non pregiudicheranno questa Assicurazione. Quanto sopra non è operante per le disposizioni di cui all'Art. 8 – *Dichiarazioni del contraente/assicurato relative al rischio* e all'Art. 9 – *Variazioni contrattuali*. Resta inteso che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere agli Assicuratori il maggior Premio proporzionalmente al maggior Rischio che ne deriva con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Articolo 21 Sanzioni internazionali

La Assicuratori non è tenuta a fornire alcuna copertura o a disporre alcun risarcimento ai termini della presente Polizza, qualora ciò implichi qualsiasi tipo di violazione di legge o regolamento in materia di sanzioni internazionali, che esponga la Assicuratori, la sua capogruppo o le sue controllante a qualsiasi violazione delle leggi e dei regolamenti in materia di sanzioni internazionali.

Articolo 22 Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni della presente Polizza, valgono le norme di legge.

Articolo 23 Reclami e Arbitro Assicurativo

RECLAMI ALLA COMPAGNIA

Per qualsiasi reclamo su questo Contratto è possibile scrivere direttamente all'Ufficio Reclami della Compagnia tramite posta o e-mail:

Elips Life Ltd. (Ufficio Reclami)
Via San Prospero, 1 – 20121 Milano
e-mail: reclami@pec.elipslife.com

specificando per iscritto e in modo dettagliata le ragioni e i fatti che hanno portato al reclamo. La Compagnia darà risposta entro e non oltre 45 giorni da quando ha ricevuto il reclamo.

RECLAMI ALL'IVASS

Nel caso il soggetto che ha scritto il reclamo non si ritenesse soddisfatto dell'esito o non ricevesse riscontro da parte della Compagnia entro i 45 giorni, potrà scrivere a:

IVASS – Servizio Tutela del Consumatore
Via del Quirinale, 21
00187 Roma

a mezzo posta, oppure via fax al numero 06.42.133.206, o via PEC all'indirizzo ivass@pec.ivass.it o tutela.consumatore@pec.ivass.it, utilizzando l'apposito modulo per la presentazione del reclamo e allegando alla richiesta la documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Nel reclamo il soggetto deve indicare:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Il modulo per la presentazione del reclamo è reperibile sul sito di IVASS, all'indirizzo www.ivass.it.

RECLAMI ALL'AUTORITÀ DEL LIECHTENSTEIN

I reclami possono anche essere indirizzati all'Autorità di Vigilanza del Paese di origine della Compagnia (Liechtenstein):

Financial Market Authority (FMA) del Liechtenstein
Landstrasse 109, Postfach 279
9490 Vaduz, Liechtenstein
Telefono +423 236 7373 - Fax +423 236 7374 - Email: info@fma-li.li

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, ossia quello del Paese in cui ha sede la Compagnia (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>), tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

MEDIAZIONE E ARBITRO ASSICURATIVO

Il reclamante potrà interpellare 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).

Questa procedura deve essere attivata obbligatoriamente prima di procedere innanzi all'autorità giudiziaria ordinaria.

In alternativa al procedimento di Mediazione, per la risoluzione stragiudiziale delle controversie in ambito assicurativo, è possibile presentare ricorso all'Arbitro Assicurativo, previsto come condizione di procedibilità (DM 6/11/2024 n. 215). Si può presentare ricorso all'Arbitro Assicurativo solo dopo aver presentato reclamo alla Compagnia e/o all'intermediario, se non si è ricevuta risposta trascorso il termine di 45 giorni o se si è ricevuta una risposta non soddisfacente.

L'Arbitro Assicurativo avrà competenza sulle controversie che sorgono in materia assicurativa per l'accertamento di diritti, obblighi e facoltà e per l'inosservanza delle regole di comportamento nella distribuzione dei prodotti (<https://www.arbitroassicurativo.org>).

Informativa Privacy

Elips Life Ltd, in qualità di Titolare del trattamento (di seguito anche solo “Elips Life”, il “Titolare” o la “Società”), ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (di seguito anche solo il “Regolamento” o il “GDPR”) informa ciascuna persona fisica cui si riferiscono i dati trattati (“Interessato”) circa le modalità e le finalità del trattamento di tali dati in fase di valutazione del rischio assicurativo, a seguito della sottoscrizione e/o dell’esecuzione del contratto di assicurazione (di seguito anche solo “Assicurazione” o “Contratto”) e/o in sede di denuncia/liquidazione del sinistro.

In particolare, con la presente informativa sul trattamento dei dati personali (di seguito anche solo l’“Informativa”), Elips Life intende informare l’Interessato sull’utilizzo dei suoi dati personali (di seguito anche solo i “Dati Personali” o i “Dati”).

A) Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è Elips Life Ltd, con sede legale in Industriestrasse, 56, 9491, Ruggell (Liechtenstein) e sede secondaria italiana in via San Prospero 1, 20121 Milano, e-mail compliance@elipslife.com, Società soggetta a direzione e coordinamento di Swiss Life International Holding AG.

B) Tipologia di Dati trattati

Il Titolare potrà trattare dati comuni (i.e. dati identificativi e di contatto), documenti d’identità, dati bancari (i.e. codice iban), dati relativi alla polizza (i.e. numero di polizza, codice cliente), e, previo suo consenso, dati particolari come definiti dall’art. 9 del GDPR (i.e. dati relativi alla salute) nonché eventuali dati giudiziari come definiti dall’art. 10 del GDPR (i.e. dati relativi a condanne penali). I Dati possono essere raccolti direttamente dalla Società, anche per il tramite del contraente, o attraverso altri soggetti del rapporto assicurativo che collaborano con la Società (i.e. intermediari assicurativi), nonché possono essere forniti direttamente dall’Interessato o dai suoi familiari o aventi causa.

C) Finalità e basi giuridiche del trattamento

I Dati raccolti sono trattati dal Titolare esclusivamente nell’ambito della normale attività assicurativa per le seguenti finalità:

- 1) finalità quali la valutazione del rischio assicurativo, la stipula ed esecuzione del Contratto, l’incasso dei premi, la gestione e liquidazione dei sinistri nonché tutte le altre attività strettamente connesse e strumentali alle medesime, quali, ad esempio, l’eventuale riassicurazione e/o coassicurazione etc.. Il trattamento trova fondamento nell’art. 6, par. 1, lett. b) del GDPR, ovvero nell’esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali e, pertanto, non richiede il consenso dell’Interessato, fermo quanto di seguito indicato. Ove la finalità perseguita richieda il trattamento dei dati particolari relativi all’Assicurato, il Titolare richiederà il consenso esplicito di tale interessato. In tal caso, il trattamento di tali Dati trova fondamento nell’art. 6, par. 1, lett. a) e nell’art. 9, par. 2, lett. a) del GDPR. In qualsiasi momento l’Interessato potrà revocare il consenso prestato ai sensi di quanto precede, sempreché non sussista altro fondamento giuridico per il trattamento dei dati da parte della Società, rivolgendosi ad Elips Life secondo le modalità di cui al punto l) della presente Informativa;
- 2) finalità quali la gestione dei reclami, dei controlli richiesti dalla normativa in materia di antiriciclaggio, di sanzioni internazionali, di prevenzione e contrasto delle frodi, delle attività derivanti da esigenze amministrative, contabili e fiscali, da disposizioni impartite dalle competenti Autorità o da organi di vigilanza e per altre finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria. Il trattamento trova fondamento nell’art. 6, par. 1, lett. c) del GDPR, ovvero nell’adempimento di obblighi di legge cui è soggetto il Titolare e, pertanto, non richiede il consenso dell’Interessato;
- 3) finalità di accertamento o difesa di un diritto in sede giudiziaria, di analisi ed elaborazione dei dati (esclusi quelli particolari) ai fini tariffari e statistici, di prevenzione ed accertamento delle frodi, di manutenzione e sicurezza dei sistemi e degli asset aziendali. Il trattamento trova fondamento nell’art. 6, par. 1, lett. f) del GDPR, ovvero nel perseguimento del legittimo interesse del Titolare o, con riferimento ai Dati particolari trattati per finalità di accertamento o difesa di un diritto in sede giudiziaria, nell’art. 9, par. 2, lett. f) del GDPR e, pertanto, non richiede il consenso dell’Interessato. Il trattamento dei dati giudiziari è consentito nei limiti di quanto previsto dalle disposizioni di legge o di regolamento.

D) Natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei Dati

Il conferimento dei Dati è necessario alla Società per il perseguimento delle finalità indicate al precedente punto C) nell’ambito della normale attività assicurativa.

Un eventuale rifiuto o revoca del consenso al conferimento dei Dati Personali, laddove espressamente richiesto, comporta per la Società l’impossibilità di procedere alla erogazione dei servizi richiesti e/o a dare esecuzione all’Assicurazione.

E) Modalità del trattamento

I Dati sono trattati mediante supporti cartacei, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità di cui sopra e nel rispetto delle misure di sicurezza tecniche e organizzative necessarie a garantire la sicurezza e riservatezza dei dati stessi, in conformità alla vigente normativa in materia di protezione dei dati personali.

I Dati potranno, altresì, essere oggetto di elaborazione per il tramite di sistemi di intelligenza artificiale, in particolare per finalità di lettura massiva di questionari anamnestici. L'utilizzo dei suddetti sistemi non comporterà in ogni caso l'assunzione di una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato.

Inoltre, la Società potrà utilizzare i Dati durante sessioni di addestramento dei sistemi di intelligenza artificiale al fine di migliorare ulteriormente l'affidabilità del processo. Tale trattamento avviene sulla base di un legittimo interesse della Società, rivolto ad assicurare il più alto livello di prestazione dei propri sistemi e degli strumenti organizzativi della propria attività, avendo operato un bilanciamento tra gli interessi della Società e i diritti e le libertà fondamentali degli interessati.

F) Soggetti autorizzati, soggetti o categorie di soggetti a cui i Dati possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili del trattamento e ambito di diffusione dei Dati

Per le finalità e con le modalità sopra descritte, i Suoi Dati Personali possono essere comunicati dalla Società ai propri dipendenti e/o collaboratori autorizzati al trattamento ai sensi dell'art. 29 del GDPR nell'ambito delle rispettive mansioni ed in conformità alle istruzioni loro impartite. I Dati Personali possono essere, inoltre, comunicati alle seguenti categorie di soggetti, che potranno trattarli in qualità di autonomi titolari del trattamento o quali responsabili del trattamento designati dalla Società ai sensi dell'art. 28 del GDPR:

- assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, intermediari assicurativi ed altri soggetti che, a diverso titolo, intervengono nella gestione del rapporto assicurativo (c.d. catena assicurativa);
 - soggetti dei quali la Società si avvale nell'ambito di rapporti di consulenza e assistenza professionale, ivi inclusa la gestione e liquidazione dei sinistri relativi alle coperture assicurative offerte (e.g. consulenti informatici, esperti, consulenti legali, consulenti fiscali, medici fiduciari, revisori dei conti, investigatori privati, fornitori, etc.);
 - altri soggetti che svolgono ulteriori attività connesse e strumentali all'esecuzione dell'Assicurazione (e.g. società di gestione degli archivi, call center, help desk ecc.);
 - organismi associativi e/o consortili propri del settore assicurativo ai quali la Società è iscritta (es. ANIA);
 - altre società del Gruppo Swiss Life (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
 - soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria per legge quali, a titolo esemplificativo: Finanzmarktaufsicht (FMA), IVASS, Banca d'Italia - UIF (Unità d'informazione finanziaria), Anagrafe Tributaria, Magistratura, Forze dell'Ordine.
- L'elenco completo e costantemente aggiornato di tutti i soggetti responsabili del trattamento a cui i dati sono comunicati può essere richiesto scrivendo alla Società ai recapiti sopra riportati.
- I Dati Personali trattati non sono oggetto di diffusione.

G) Trasferimento di dati all'estero

I Dati Personali vengono trattati all'interno dello Spazio Economico Europeo (SEE), ovvero, in paesi, quali la Svizzera, in presenza delle garanzie di seguito indicate. Laddove si rendesse necessario trasferire i Dati verso Paesi non appartenenti allo Spazio Economico Europeo o verso organizzazioni internazionali, tale trasferimento sarà eseguito nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali e, pertanto, sulla base di una decisione di adeguatezza della Commissione Europea o, in mancanza di questa, sulla base di garanzie adeguate ai sensi degli artt. 46 e seguenti del GDPR.

H) Conservazione dei Dati

I Dati oggetto di trattamento per le finalità contrattuali, saranno conservati per il periodo di durata della Assicurazione e, successivamente, per il tempo in cui il Titolare sia soggetto a obblighi di conservazione per finalità fiscali o per altre finalità previste da norme di legge o di regolamento.

In ogni caso, il Titolare non conserverà i Dati oltre 10 (dieci) anni dalla cessazione dell'Assicurazione, fatti salvi i casi in cui la conservazione per un periodo successivo sia richiesta per eventuali contenziosi, richieste delle autorità competenti o ai sensi della normativa applicabile.

I) Diritti dell'Interessato

In relazione ai trattamenti dei dati sopra descritti, lei potrà esercitare i diritti previsti dal Regolamento (artt. 15-21) e dalla normativa nazionale vigente, ivi inclusi:

- ricevere conferma dell'esistenza dei suoi dati personali e accedere al loro contenuto (diritto di accesso);
- aggiornare, modificare e/o correggere i suoi dati personali (diritto di rettifica);
- chiederne la cancellazione o la limitazione del Trattamento dei dati trattati in violazione di legge compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o altrimenti trattati (diritto all'oblio e diritto alla limitazione);
- opporsi al Trattamento (diritto di opposizione);
- revocare il consenso prestato, nelle ipotesi in cui il Trattamento avvenga sulla base dello stesso, senza pregiudizio per la liceità del Trattamento basato sul consenso prestato prima della revoca;
- nei casi previsti, ricevere copia dei dati in formato elettronico che lo riguardano resi nel contesto del contratto e chiedere che tali dati siano trasmessi ad un altro titolare del Trattamento (diritto alla portabilità dei dati);
- proporre reclamo all'Autorità di controllo in caso di violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali.

L'Interessato può esercitare i diritti sopra menzionati rivolgendosi ai seguenti recapiti:

Elips Life Ltd sede secondaria italiana, via San Prospero 1, 20121 Milano, e-mail compliance@elipslife.com. La richiesta può essere trasmessa mediante raccomandata o e-mail.

Ai sensi dell'art. 77 del GDPR, l'Interessato ha il diritto di presentare un reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (di seguito anche solo il "Garante") qualora ritenga che il trattamento dei suoi Dati sia contrario alla normativa sulla protezione dei dati personali, nonché di ricorrere agli altri mezzi di tutela previsti dalla normativa applicabile. Il reclamo dovrà essere presentato seguendo le istruzioni fornite dal Garante sul proprio sito web (www.garanteprivacy.it).

J) Responsabile della Protezione dei Dati

Elips Life ha nominato il "responsabile della protezione dei dati" previsto dal Regolamento (c.d. "Data Protection Officer" o DPO). Per tutte le questioni relative al trattamento dei Suoi Dati Personali e/o per esercitare i diritti previsti dal Regolamento stesso, elencati nel punto I) della presente Informativa, può contattare il DPO al seguente indirizzo email: compliance@elipslife.com.

Qualora intervenissero eventuali modifiche rilevanti che possano riguardare direttamente l'Interessato o che necessitino del suo consenso, Elips Life provvederà ad informare l'Interessato.

Informativa sul diritto all'oblio oncologico

Cos'è il "Diritto all'oblio oncologico"?

Il "Diritto all'oblio oncologico" è il diritto

- previsto e disciplinato dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193, dai relativi decreti attuativi e dal Provvedimento IVASS n. 169 del 15 gennaio 2026
- in capo all'Assicurato che sia stato affetto da una patologia oncologica il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni (o 5 anni nel caso di patologia oncologica insorta prima dei 21 anni di età compiuti) o dal termine differente previsto dai decreti attuativi tempo per tempo vigenti (sotto riportato e consultabile anche sul sito web della Compagnia)
- a non fornire informazioni né di essere sottoposto a visite mediche di controllo o ad accertamenti sanitari relativi alla patologia oncologica pregressa, al momento della stipula o del rinnovo del contratto assicurativo.

Cosa si intende per "trattamento attivo"?

Per "trattamento attivo" si intende qualsiasi trattamento effettuato con finalità di cura della patologia oncologica, tra cui, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, la chirurgia, la chemioterapia, l'immunoterapia, la terapia ormonale, la radioterapia, la terapia genica e i trattamenti con anticorpi monoclonali.

Dalla data dell'ultimo trattamento attivo effettuato, in mancanza di recidive, decorre il termine per maturare il diritto all'oblio oncologico. Oltre al termine generale previsto, pari a 10 anni (ridotto a 5 anni se la patologia oncologica è insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età), il Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 (G.U. n. 96 del 24/4/2024) ha introdotto termini ridotti e differenziati in base al tipo di patologia oncologica da cui il soggetto è stato affetto, come riportato nella tabella sottostante:

TIPO DI TUMORE	SPECIFICAZIONI	ANNI DALLA FINE DEL TRATTAMENTO
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, > 21 anni	7
Melanoma	> 21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	> 21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi < 55 anni Uomini con diagnosi < 45 anni Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	< 45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

Cosa occorre per certificare il proprio diritto all'oblio oncologico?

Le modalità e le forme della certificazione, rilasciata gratuitamente, attestante la sussistenza dei requisiti per beneficiare del diritto all'oblio oncologico sono disciplinate dal Decreto del Ministro della Salute del 5 luglio 2024.

La certificazione è rilasciata, su richiesta dell'interessato, da strutture sanitarie pubbliche o private accreditate, sulla base della documentazione clinica relativa alla patologia oncologica e alla conclusione del trattamento attivo, secondo quanto previsto dalla normativa tempo per tempo vigente.

A tal fine, l'Assicurato può trasmettere all'impresa assicuratrice o all'intermediario assicurativo interessati, anche tramite raccomandata A.R. o posta elettronica certificata (PEC), l'apposita certificazione rilasciata ai sensi del decreto sopra richiamato.