

Elips Accident Plus PRO One

Assicurazione collettiva infortuni

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 Life International Holding AG

Assicurazione Collettiva Infortuni

“Elips Accident Plus Pro One”



Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Prodotto: Contratto di assicurazione collettiva infortuni

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 Contratto copre gli infortuni che l'Assicurato (dipendenti, associati, Enti, Associazioni) subisca nello svolgimento delle mansioni relative all'occupazione professionale (compreso rischio in itinere e smart working) ed extra professionale (se richiesta dal cliente). Il presente contratto è previsto in forma collettiva (per gruppi di persone).



Che cosa è assicurato?

- ✓ Decesso da infortunio
- ✓ Invalidità permanente da infortunio
- ✓ Supervalutazione IP da infortunio
- ✓ Estensioni sempre operanti: i) Anticipo di indennizzo; ii) Malattie Professionali; iii) Malattie Tropicali; iv) Rimborso spese mediche da Infortunio base; v) Rimpatrio della salma; vi) Spese funerarie; vii) Commorienza; viii) Danni estetici; ix) Costi di salvataggio e ricerca; x) Malattia grave dirigenti; xi) Eventi speciali.
- ✓ Pacchetti opzionali su richiesta: i) Rimborso spese mediche da Infortunio addizionali; ii) Diaria da Inabilità Temporanea; iii) Diaria da Ricovero; iv) Diaria da Gessatura.



Che cosa NON è assicurato?

- ✗ Gli infortuni conseguenti ad atti di terrorismo quando l'Assicurato vi ha partecipato attivamente
- ✗ Gli infortuni subiti dall'Assicurato in stato di improvviso malessere o di incoscienza quando conseguenti a malattie croniche accertate, che abbiano comportato infermità gravi e/o permanenti
- ✗ Gli infortuni derivanti dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, qualora l'Assicurato, se alla guida è sprovvisto di idonea e valida abilitazione o si trova in uno stato di abuso di alcolici o psicofarmaci o ha assunto sostanze stupefacenti allucinogene per uso non terapeutico.
- ✗ Suicidio tentato o consumato, atti di autolesionismo; AIDS, HIV; Anomalie congenite o difetti fisici che secondo la letteratura medica siano tra le cause dirette di una delle affezioni critiche oggetto di garanzia; Mancata consultazione di un medico specialista abilitato o inosservanza del parere professionale fornito da un medico specialista abilitato; Qualsiasi condizione preesistente; Evento causato dall'uso di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni



Ci sono limiti di copertura?

- ! Limite di Età a scadenza degli Assicurati \geq a 86 anni. Solo per Malattia grave dirigenti \geq 71 anni.
- ! Le franchigie, gli scoperti di Polizza e le richieste di risarcimento/le perdite che eccedono i massimali pattuiti
- ! Limitazioni territoriali: clausola di limitazione e di esclusione dalle Sanzioni Internazionali
- ! Limiti catastrofali:
 - Rischio volo Euro 10.000.000
 - Rischio terra Euro 10.000.000
- ! Rischio guerra: limite oltre i 14 giorni dall'inizio delle ostilità

Altri limiti e franchigie contrattualmente pattuiti.



Dove vale la copertura?

L'Assicurazione ha validità per il mondo intero.



Che obblighi ho?

- Eventuali modifiche riguardanti il profilo degli Assicurati che posano comportare un aggravamento del rischio intervenute in corso di contratto dovranno essere comunicate tempestivamente alla Società a cura del Contraente.
- Obbligo del Contraente/Datore di lavoro associato di comunicare eventuali altre assicurazioni infortuni stipulate per gli stessi rischi e per gli stessi Assicurati con la Società, indipendentemente dall'oggetto di tali assicurazioni
- Entro 30 gg dal Sinistro (o dal momento in cui il richiedente ne abbia ragionevolmente avuto la possibilità): trasmettere tramite lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente, alla direzione della Società o all'Intermediario al quale è assegnata la Polizza, la richiesta di indennizzo comprendente la denuncia dell'infortunio, (indicante le cause che lo hanno determinato), corredata di certificato medico e di tutta l'eventuale documentazione utile a definire l'accaduto. Altra eventuale ulteriore documentazione, compatibile con le disposizioni di legge applicabili, verrà richiesta a seconda della specifica situazione.



Quando e come devo pagare?

Il premio o una sua rata deve essere pagato dal Contraente a mezzo bonifico bancario entro 30 (trenta) giorni dall'emissione della Polizza direttamente alla Società o all'Intermediario. Se il Contraente non paga il premio o una delle sue rate, la copertura assicurativa resta sospesa.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il Contratto di assicurazione decorre dalla data di decorrenza indicata in Polizza, ha durata annuale e si rinnova tacitamente a scadenza, salvo disdetta. Il Contratto si intende concluso con l'accettazione da parte del Contraente della Proposta di Assicurazione.



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

Il Contratto può essere disdetto dal Contraente a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente almeno 30 giorni prima della sua scadenza annua.

Il Contraente ha 30 giorni di tempo per esercitare il diritto di recesso per ripensamento alla sottoscrizione della Polizza, dandone comunicazione scritta alla Società a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente.

Assicurazione collettiva Infortuni

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



Prodotto: Elips Accident Plus Pro One

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?

Ad integrazione delle informazioni contenute nel DIP base, relativamente alla prestazione di Invalidità Permanente da Infortunio è prevista una supervalutazione dei punti di invalidità riconosciuti nei casi di: perdita bilaterale della vista, sordità completa bilaterale, afasia globale.

L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.

Quali opzioni/coperture opzionali è possibile attivare attraverso il pagamento di un Premio aggiuntivo?

- **Spese Mediche Addizionali:** in caso di Infortunio indennizzabile, in aggiunta alla copertura Spese Mediche Base, l'Impresa rimborserà agli Assicurati il costo delle spese di carattere medico regolarmente documentate.
- **Diaria da inabilità temporanea a seguito di Infortunio:** in caso di Infortunio indennizzabile che causi l'inabilità temporanea (totale e parziale) dell'Assicurato allo svolgimento della propria occupazione abituale, l'Impresa liquiderà il compenso giornaliero, al netto di eventuali limiti e franchigie, così come contrattualmente pattuito.
- **Diaria da ricovero a seguito di Infortunio:** in caso di Infortunio indennizzabile che preveda il ricovero dell'Assicurato in ospedale o istituto di cura, l'Impresa liquiderà il compenso giornaliero contrattualmente pattuito.
- **Diaria da gessatura a seguito di Infortunio:** in caso di Infortunio indennizzabili che preveda l'uso di apparecchio gessato inamovibile o equivalente immobilizzante, l'Impresa corrisponderà all'Assicurato il compenso giornaliero, al netto di eventuali limiti e franchigie, così come contrattualmente pattuito.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione delle informazioni contenute nel DIP base, per i seguenti rischi classificati come particolari:

- Rischio per attività temerarie (alpinismo con scalata di rocce/pareti/ghiacciai oltre il III° grado della scala Monaco; speleologia effettuata in solitario; immersione con autorespiratore oltre i 18 metri di profondità)
- Rischio sportivo (sport aerei in genere e paracadutismo)
- Rischio guida mezzi speciali (guida di aeromobili e/o mezzi di locomozione aerea o subacquea)
- Rischio conducente
- Rischio trasportato

i rischi legati all'attività extraprofessionale sono assunti, con un Sottolimito pari al 50% (cinquanta per cento) della Somma assicurata prevista per i rischi extraprofessionali, con un massimo di Euro 100.000.

Sempre a integrazione delle informazioni contenute nel DIP base, si ricorda che la "Clausola di limitazione e di esclusione dalle Sanzioni Internazionali" stabilisce che l'Assicurazione collettiva sarà efficace e la Compagnia non sarà tenuta a prestare coperture assicurative, né a liquidare Sinistri o ad effettuare qualsiasi altro pagamento previsto dalle Condizioni di Assicurazione che possano esporre la Compagnia a qualsiasi sanzione, proibizione o restrizione in base a quanto previsto dalle Risoluzioni delle Nazioni Unite oppure da sanzioni economiche o del commercio, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Liechtenstein, della Repubblica italiana, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o di qualunque paese dove la Compagnia ha una propria sede secondaria o una presenza permanente.



A chi è rivolto questo prodotto?

È una polizza collettiva è una polizza collettiva destinata ai Datori di Lavoro (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.), soggetti che ricoprono una carica nell'ambito degli organi sociali (es. soci, amministratori, consiglieri, sindaci, ecc.) e collaboratori di aziende Contraenti o Associate.



Quali costi devo sostenere?

I costi del prodotto a carico del Contraente sono così ripartiti:

- costi di intermediazione

La commissione percepita dagli intermediari sul prodotto è pari al 28% ed è riferita ai costi previsti nel caricamento di tariffa e non tiene conto di eventuali rappel e partecipazione agli utili.

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.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<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>Le Somme assicurate corrisposte in dipendenza di contratti che coprono il rischio di morte o invalidità permanente sono esenti da IRPEF.</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>

Condizioni di Assicurazione

Guida alla lettura

Le Condizioni di assicurazione sono uno strumento importante che contiene tutto ciò che riguarda il prodotto, diritti e doveri del Contraente, dell'Assicurato, del Beneficiario (o dei Beneficiari) e anche della Compagnia.

Da qui lo sforzo della Compagnia per renderlo più facilmente fruibile attraverso una semplificazione del linguaggio, per quanto possibile, e un'impostazione grafica che punta a massima chiarezza e trasparenza. In particolare si segnala che:

- È stato messo a punto un format grafico con evidenziazioni per alcuni contenuti particolarmente rilevanti (box di consultazione, esempi)
- Con lo stesso obiettivo sono state realizzate le icone, che aiutano nell'individuazione più rapida di determinati argomenti
- Al termine delle Condizioni di assicurazione è stato aggiunto un Allegato contenente informazioni utili per Contraente/Assicurato e Beneficiario non obbligatorie per legge (e quindi al di fuori del Contratto)
- Le parole con le iniziali maiuscole rimandano al Glossario, riportato in fondo al documento.

Un'ultima nota

All'interno delle Condizioni di assicurazione la nomenclatura dei soggetti, Contraente, Assicurato e Beneficiario sono SOLO PER CONVENZIONE indicati al maschile.

Indice

Condizioni che regolano
l'assicurazione collettiva infortuni

“Elips Accident Plus Pro One”

Parte I - Oggetto del contratto e prestazioni assicurate	4
Art. 1 – Oggetto	4
Art. 2 – Assicurati	4
Art. 3 – Definizione di Infortunio	4
Art. 4 – Rischi assicurati	5
Art. 5 – Limiti Territoriali	7
Art. 6 – Limiti di età	7
Art. 7 – Limite catastrofale	7
Parte II – Prestazioni e Limiti di indennizzo	8
Art. 8 – Decesso da Infortunio: determinazione dell'Indennizzo	8
Art. 9 – Invalidità permanente da Infortunio: determinazione dell'Indennizzo	8
Art. 10 – Indennizzi speciali – supervalutazione invalidità permanente da Infortunio	9
Art. 11 – Condizioni fisiche e patologiche preesistenti o sopravvenute	9
Art. 12 – Cumulo di Indennizzi per decesso e invalidità permanente	9
Art. 13 – Franchigie relative alla copertura invalidità permanente da Infortunio	10
Parte III – Coperture aggiuntive sempre operanti	11
Art. 14 – Anticipo di Indennizzo	11
Art. 15 – Malattie Professionali	11
Art. 16 – Malattie tropicali	11
Art. 17 – Spese Mediche Base	12
Art. 18 – Spese legate al Decesso dell'Assicurato	13
Art. 19 – Commorienza	13
Art. 20 – Danni estetici	13
Art. 21 – Costi di salvataggio e ricerca	13
Art. 22 – Malattia grave Dirigenti	14
Art. 23 – Eventi Speciali	15
Parte IV – Coperture opzionali	16
Art. 24 – Spese Mediche Addizionali	16
Art. 25 – Diaria da Inabilità temporanea a seguito di Infortunio (operante unicamente per la categoria Amministratori)	16
Art. 26 – Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio	17
Art. 27 – Diaria da Gessatura a seguito di Infortunio	17
Parte V – Forma assicurativa e premio di assicurazione ...	18
Art. 28 – Condizioni valide per Assicurazioni stipulate in forma nominativa	18

Art. 29 – Variazioni della popolazione assicurata per Assicurazioni in forma nominativa.....	18
Art. 30 – Condizioni valide per Assicurazioni stipulate sulla base di elementi di Rischio variabili	19
Art. 31 – Determinazione del premio.....	20
Art. 32 – Pagamento del premio	21
Parte VI – Gestione dei sinistri	21
Art. 33 – Denuncia, accertamento e riconoscimento del Sinistro – Recesso in caso di sinistro.....	21
Art. 34 – Controversie sulla natura e conseguenza delle lesioni	25
Parte VII – Disposizioni Generali	25
Art. 35 – Conclusione del contratto e decorrenza delle coperture assicurative.....	25
Art. 36 – Variazioni di Rischio	26
Art. 37 – Aumento dei Limiti di indennizzo	26
Art. 38 – Dichiarazioni relative alle circostanze di Rischio e buona fede	27
Art. 39 – Esonero denuncia altre assicurazioni	27
Art. 40 – Rinuncia al diritto di surrogazione.....	27
Art. 41 – Oneri fiscali	28
Art. 42 – Assicurazione per conto altrui.....	28
Art. 43 – Forma delle comunicazioni – Clausola broker	28
Art. 44 – Foro competente	28
Art. 45 – Legge applicabile	28
Art. 46 – Modifiche contrattuali	28
Art. 47 – Disdetta e diritto di recesso	29
Art. 48 – Reclami	29
Parte VIII – Informativa Privacy	30
Parte IX – Glossario.....	34
Condizioni speciali	37

Parte I - Oggetto del contratto e prestazioni assicurate

Art. 1 – Oggetto

Il presente Contratto di assicurazione collettiva copre il caso di

- decesso da Infortunio
- invalidità permanente da Infortunio

che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività oggetto di copertura, secondo quanto specificato nelle presenti Condizioni di assicurazione.

Alle predette coperture è inoltre possibile abbinare le **Coperture opzionali** descritte nella Parte IV.

Art. 2 – Assicurati



La presente Assicurazione copre gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle mansioni relative all'occupazione professionale dichiarata nella Polizza o nello svolgimento di qualsiasi altra attività che non abbia carattere professionale, salvo quanto diversamente specificato nella Polizza.

Per ciascun Assicurato o categoria assicurata, i Limiti di indennizzo per copertura attivata sono quelli indicati nella Proposta di assicurazione e richiamati in Polizza, sulla base di quanto espressamente riportato nell'Allegato 1 alle presenti Condizioni di assicurazione ("Condizioni che regolano l'assicurazione collettiva infortuni "Elips Accident PRO ONE").

Art. 3 – Definizione di Infortunio

Ai sensi e per gli effetti della presente Assicurazione, per Infortunio deve intendersi l'evento improvviso dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che colpisca l'Assicurato e che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza il decesso, l'invalidità permanente oppure, ove coperta, l'inabilità temporanea dell'Assicurato.



Sono considerati Infortuni:

- 1) l'asfissia non di origine morbosa;
- 2) l'annegamento;
- 3) l'assideramento e congelamento;
- 4) i colpi di sole o di calore, influenze termiche ed atmosferiche, folgorazioni;
- 5) le lesioni determinate da sforzi (esclusi gli infarti);
- 6) le ernie addominali traumatiche, con le seguenti limitazioni: i) nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale, non risultasse operabile secondo parere medico, sarà corrisposto un Indennizzo a titolo di invalidità permanente non superiore al 20% (venti per cento) della Somma assicurata per il caso di invalidità permanente; ii) in caso di ernia operabile, e nel solo caso in cui sia stata attivata copertura opzionale per inabilità temporanea, verrà corrisposto un Indennizzo per il periodo massimo di 30 (trenta) giorni successivi a quello dell'Infortunio; iii) qualora sorga una contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'art. 34;
- 7) le punture di insetti (ad esclusione della malaria e delle malattie tropicali che sono disciplinate all'art. 16), morsi di rettili e di altri animali;
- 8) il contatto accidentale con prodotti corrosivi e/o materiali tossici;
- 9) le lesioni corporali sofferte per dovere di solidarietà umana in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti, anche se dovuti a movente politico, sociale, sindacale o terrorismo, nonché quelle sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'assicurato non abbia preso parte attiva.

Sono compresi in copertura anche:

- 10) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza, anche grave, dell'Assicurato;
- 11) gli infortuni derivanti da terremoti, inondazioni o eruzioni vulcaniche;
- 12) gli infortuni derivanti da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche conseguenti ad Infortunio indennizzabile ai sensi della presente Assicurazione;

- 13) gli infortuni subiti in stato di improvviso malore o di incoscienza dell'Assicurato, purché non conseguenti a malattie croniche accertate, che abbiano comportato infermità gravi e/o permanenti;
- 14) scariche elettriche;
- 15) gli infortuni derivanti dall'adempire al servizio militare o civile in periodo di pace;
- 16) gli infortuni subiti a seguito di azioni di dirottamento o di pirateria aerea;
- 17) gli infortuni derivanti dall'uso di macchine operatrici semoventi;
- 18) gli infortuni derivanti da abuso di alcolici purché non alla guida di veicoli o natanti in genere.

Art. 4 – Rischi assicurati

Per ciascuna categoria di Assicurati, i rischi oggetto di copertura sono quelli definiti nella Proposta di assicurazione e riportati in Polizza.

Ai fini del presente Contratto possono essere assicurati i rischi di seguito elencati.



4.1 Rischio professionale

Ricomprende tutte le attività professionali (principali e secondarie) indicate nella Proposta di assicurazione e richiamate in Polizza, nonché le attività professionali ad esse strettamente accessorie, strumentali o connesse. Salvo diversa indicazione, il Rischio professionale ricomprende anche il **Rischio in itinere** così come definito e disposto dall'art. 12 del D.lgs. n. 38/2000 ss.mm.ii.



Art. 12 del D.lgs. n. 38/2000 ss.mm.ii

INFORTUNIO IN ITINERE

L'Infortunio in itinere viene riconosciuto "Salvo il caso di interruzione o deviazione del tutto indipendenti dal lavoro o, comunque, non necessitate, l'assicurazione comprende gli infortuni occorsi alle persone assicurate durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello di lavoro, durante il normale percorso che collega due luoghi di lavoro se il lavoratore ha più rapporti di lavoro e, qualora non sia presente un servizio di mensa aziendale, durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di lavoro a quello di consumazione abituale dei pasti. L'interruzione e la deviazione si intendono necessitate quando sono dovute a cause di forza maggiore, ad esigenze essenziali ed improrogabili o all'adempimento di obblighi penalmente rilevanti. L'assicurazione opera anche nel caso di utilizzo del mezzo di trasporto privato, purché necessitato. Restano, in questo caso, esclusi gli infortuni direttamente cagionati dall'abuso di alcolici e di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni; l'assicurazione, inoltre, non opera nei confronti del conducente sprovvisto della prescritta abilitazione di guida."



4.2 Rischio extra-professionale

Ricomprende tutte le attività svolte dall'Assicurato senza carattere di professionalità e/o non rientranti nella definizione di attività professionale di cui al punto precedente, fatta eccezione per le attività rientranti nei rischi particolari.



4.3 Rischio 24 ore

Ricomprende sia il Rischio professionale che il Rischio extraprofessionale.



4.4 Rischio carica

Ricomprende tutte le attività connesse all'incarico professionale conferito all'Assicurato e all'espletamento del relativo mandato, compresa la partecipazione alle riunioni. Sono inclusi in copertura gli Infortuni che colpissero l'Assicurato durante il tragitto occorrente per recarsi dal proprio domicilio presso il luogo ove sia chiamato ad espletare il proprio mandato e viceversa, purché i suddetti Infortuni intervengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il percorso per via ordinaria e con gli abituali mezzi di trasporto (privati, pubblici o di servizio).



4.5 Rischi particolari

Salvo diverse indicazioni riportate nella Proposta di assicurazione e richiamate nelle Condizioni Speciali, l'Assicurazione include anche i casi di Infortunio conseguente ai Rischi particolari di seguito rappresentati.

4.5.1 Rischio per attività temerarie

Sono assunti in copertura i rischi extraprofessionali conseguenti allo svolgimento da parte dell'Assicurato di una delle seguenti attività senza percezione di alcuna forma di compenso, neppure a mero titolo di rimborso spese:

- alpinismo con scalata di rocce/pareti/ghiacciai oltre il III° grado della scala Monaco;
- speleologia effettuata in solitario;
- immersione con autorespiratore oltre i 18 metri di profondità.

In caso di decesso o di invalidità permanente determinati da un Infortunio conseguente ad attività temeraria, la Società:

- a) per tutte le categorie di Assicurati, ad esclusione dei dirigenti, applicherà un Sottolimito pari al 50% (cinquanta per cento) della Somma assicurata prevista per i rischi extraprofessionali, con un massimo di Euro 100.000,00 (centomila/00);
- b) per gli Assicurati appartenenti alla categoria dei dirigenti non applicherà alcun Sottolimito.

4.5.2 Rischio volo

Sono assunti in copertura gli Infortuni subiti dall'Assicurato che, in qualità di passeggero (e dunque non come pilota o membro dell'equipaggio), effettua un viaggio aereo su qualunque tipo di aeromobile (elicotteri inclusi). Il viaggio si intende iniziato con la salita a bordo dell'aeromobile e terminato con l'abbandono dello stesso.

Salvo diverse previsioni richiamate nelle Condizioni speciali, in caso di Sinistro che colpisca più Assicurati, l'Indennizzo complessivo liquidato dalla Società non potrà superare la somma di Euro 10.000.000 (dieci milioni) per aeromobile.

Il suddetto Limite di indennizzo deve intendersi quale importo massimo, cumulativamente liquidabile dalla Società, in caso di Sinistro derivante da Rischio volo che colpisca più Assicurati, siano essi impiegati presso il medesimo Contraente/Datore di lavoro associato o meno, e si intende unico e cumulativo di tutte le coperture Rischio volo che insistano sul medesimo Assicurato con la Società, indipendentemente da chi sia contraente delle stesse.

Ove l'importo complessivo superasse il suddetto Limite di indennizzo, la Società procederà ad una riduzione degli Indennizzi dovuti per i singoli Assicurati in proporzione alle Somme Assicurate.

4.5.3 Rischio guerra e terrorismo

Sono assunti in copertura gli Infortuni subiti dall'Assicurato in conseguenza ad atti di guerra svoltisi al di fuori del Territorio italiano, purché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se e in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trovava in un paese sino ad allora in pace.

Rientrano nella definizione di guerra le guerre civili, le rivoluzioni e le invasioni.

4.5.4 Rischio sportivo

Sono assunti in copertura senza limitazione i rischi extraprofessionali conseguenti allo svolgimento da parte dell'Assicurato di qualunque pratica/attività sportiva (diversa dalle attività temerarie di cui all'art. 4.5.1. delle presenti Condizioni di assicurazione) a carattere ricreativo senza percezione di alcuna forma di compenso, neppure a mero titolo di rimborso spese.

In caso di decesso o invalidità permanente determinati da un Infortunio occorso durante la **pratica di sport aerei in genere e del paracadutismo**, tuttavia la Società, per tutte le categorie di Assicurati, applicherà un Sottolimito pari al 50% (cinquanta per cento) della Somma assicurata prevista per i rischi extraprofessionali, con il massimo di Euro 100.000,00 (centomila/00).

4.5.5 Rischio guida mezzi speciali

Sono assunti in copertura senza limitazione i rischi extraprofessionali conseguenti alla guida, da parte dell'Assicurato, di aeromobili e/o mezzi di locomozione aerea e subacquea (mezzi speciali) senza percezione di alcuna forma di compenso, neppure a mero titolo di rimborso spese.

In caso di decesso o di invalidità permanente determinati da un Infortunio occorso durante la guida di mezzi speciali, la Società, per tutte le categorie di Assicurati, applicherà un Sottolimito pari al 50% (cinquanta per cento) della Somma assicurata prevista per i rischi extraprofessionali, con un massimo di Euro 100.000,00 (centomila/00).

4.5.6 Rischio Conducente

Nel caso in cui nella Polizza, Allegato 1, sia individuata la categoria di Assicurati "Conducenti", con riferimento a tali soggetti l'Assicurazione delle attività professionali si intende prestata

unicamente per gli infortuni automobilistici, intendendosi per tali quelli avvenuti a seguito di un incidente di circolazione occorso all'autovettura indicata in Polizza e per gli infortuni occorsi durante le operazioni rese necessarie da sosta forzata per la ripresa della marcia dell'auto, esclusa ogni altra causa o circostanza. Tale clausola si applica unicamente nei confronti dell'Assicurato che al momento del sinistro si trova a bordo dell'autovettura indicata in qualità di conducente, purché munito della prescritta abilitazione alla guida.

4.5.7 Rischio trasportato

Nel caso in cui nella Polizza, Allegato 1, sia individuata la categoria di Assicurati "Trasportati", l'Assicurazione si intende prestata così come prevista dal precedente articolo 4.5.6 "Rischio Conducente" per qualsiasi soggetto trasportato nell'autovettura indicata in Polizza, anche non dipendente, dirigente o collaboratore del Contraente o del Datore di lavoro associato.

In caso di Infortunio di trasportati aventi età inferiore a 15 (quindici) anni indennizzabile ai termini di Polizza, la Società corrisponderà il 50% (cinquanta per cento) della Somma assicurata indicata in Polizza.

Art. 5 – Limiti Territoriali



L'Assicurazione vale per il mondo intero con l'intesa che la liquidazione dei Sinistri sarà fatta in Italia ed in valuta locale corrente. Resta inteso tra le parti che, ferma restando l'efficacia dell'Assicurazione collettiva, la Società non sarà tenuta a prestare coperture assicurative, né a liquidare Sinistri o ad effettuare qualsiasi altro pagamento previsto dalle Condizioni di Assicurazione che possano esporre la Società a qualsiasi sanzione, proibizione o restrizione in base a quanto previsto dalle Risoluzioni delle Nazioni Unite oppure da sanzioni economiche o del commercio, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Liechtenstein, della Repubblica italiana, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o di qualunque paese dove la Società ha una propria sede secondaria o una presenza permanente.

Art. 6 – Limiti di età



L'Assicurazione per il caso di **decesso da Infortunio** e di **invalidità permanente da Infortunio** è valida per tutti gli Assicurati che non abbiano ancora compiuto 86 (ottantasei) anni di età.

A decorrere dalla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento dell'ottantacinquesimo anno di età dell'Assicurato, la Somma assicurata per il caso morte e invalidità permanente s'intende ridotta del 50% (cinquanta per cento), e non potrà in ogni caso eccedere il limite massimo di Euro 100.000,00 (centomila/00).

Restano fermi i diversi limiti di età previsti per le singole Coperture opzionali di cui alla Parte III, alle cui clausole si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

Art. 7 – Limite catastrofale



L'Assicurazione è estesa anche al Sinistro che, in conseguenza di un unico evento o di una serie di eventi, cause o circostanze accidentali, colpisca più Assicurati, con un Limite di indennizzo pari ad Euro 10.000.0000 (dieci milioni)

Il suddetto Limite di indennizzo rappresenta l'importo massimo, cumulativamente liquidabile dalla Società, in caso di Sinistro che colpisca più Assicurati siano essi impiegati presso il medesimo Contraente/Datore di lavoro associato o meno, e si intende unico e cumulativo di tutte le coperture infortuni (fatta eccezione per il Rischio volo i cui limiti sono disciplinati all'art. 4.5.2) che insistano sul medesimo Assicurato con la Società, indipendentemente da chi sia il contraente delle stesse.

Ove l'importo complessivo superasse il suddetto Limite di indennizzo, la Società procederà ad una riduzione degli Indennizzi in proporzione alle Somme assicurate sulla base di quanto espressamente indicato nell'Allegato 1 alle presenti Condizioni di assicurazione ("Condizioni che regolano l'assicurazione collettiva infortuni "Elips Accident PRO ONE") per le corrispondenti categorie di Assicurati.

Parte II – Prestazioni e Limiti di indennizzo

Art. 8 – Decesso da Infortunio: determinazione dell'Indennizzo



Ferme restando le cause di esclusione, le Franchigie e i Massimali previsti dall'Assicurazione, l'Indennizzo per il caso di decesso viene liquidato ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali **purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad un Infortunio risarcibile a termini di Polizza e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio stesso è avvenuto.**

In caso di mancato ritrovamento del corpo dell'Assicurato trascorsi 12 (dodici) mesi dalla sua scomparsa, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacuale, fluviale o marittimo, in servizio pubblico e/o privato, non escluso dalle condizioni di polizza, il decesso verrà presunto e la Società corrisponderà il conseguente Indennizzo previsto, considerando l'evento di cui sopra come Infortunio.

Ove successivamente alla liquidazione dell'Indennizzo venga provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei Beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione dell'Indennizzo corrisposto.

Art. 9 – Invalidità permanente da Infortunio: determinazione dell'Indennizzo



Ferme restando le cause di esclusione, le Franchigie e i Massimali previsti dall'Assicurazione, in caso di invalidità permanente dell'Assicurato conseguente ad Infortunio che **si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio stesso è avvenuto**, la Società corrisponde all'Assicurato medesimo un Indennizzo, calcolato in misura percentuale rispetto alla Somma assicurata per invalidità permanente stabilita nella "Tabella per l'industria" allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 n.1124 ss.mm.ii., rinunciando espressamente all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa in caso di infortunio.

Previsioni specifiche per la determinazione del grado di invalidità

Si segnalano le seguenti previsioni specifiche:

- per gli Assicurati mancini, le percentuali di invalidità permanente previste dalla sopracitata Tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa;
- la perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali della sopracitata Tabella sono ridotte in proporzione della effettiva funzionalità perduta;
- nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'Indennizzo viene calcolato sommando le percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100% (cento per cento);
- in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali indicate nella sopracitata Tabella sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale;
- l'Indennizzo in caso di perdita funzionale o anatomica di una falange del pollice è stabilito nella misura del 50% (cinquanta per cento) della percentuale fissata per la perdita totale del pollice, senza applicazione di alcun meccanismo di supervalutazione previsto al successivo art. 10;
- l'Indennizzo in caso di perdita funzionale o anatomica di una falange dell'alluce è stabilito nella misura del 50% (cinquanta per cento) della percentuale fissata per la perdita totale dell'alluce;
- l'Indennizzo in caso di perdita funzionale o anatomica di una falange di un qualunque altro dito diverso dal pollice e dall'alluce è stabilito nella misura di un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito, senza applicazione di alcun meccanismo di supervalutazione previsto al successivo art. 10.

In caso si presenti un tipo di un'invalidità permanente non specificata nella sopracitata Tabella, l'Indennizzo è calcolato tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della

misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi, fatto salvo le eccezioni previste al successivo art. 10.

Salvo diverse indicazioni riportate nella Proposta di assicurazione e richiamate nelle Condizioni speciali, in tutti i casi di Infortunio che comportino, come conseguenza, un'invalidità permanente di grado pari o superiore al 50%(cinquanta per cento), la Società liquiderà un Indennizzo pari al 100% (cento per cento) del Limite di indennizzo previsto per il caso di invalidità permanente.

Art. 10 – Indennizzi speciali – supervalutazione invalidità permanente da Infortunio



Salvo diverse indicazioni riportate nella Proposta di assicurazione e richiamate nelle Condizioni speciali, in caso di Infortunio che comporti:

- la perdita bilaterale della vista;
- la sordità completa bilaterale;
- l'afasia globale

verrà liquidato un Indennizzo pari al doppio di quello stabilito dalla “Tabella per l'industria” allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 n.1124 ss.mm.ii.

Tale importo non potrà comunque superare il 100% (cento per cento) della Somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

In tutti gli altri casi di infortunio, che producano come conseguenza una invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% (cinquanta per cento) la Società liquiderà un indennizzo pari al 100% (cento per cento) della Somma assicurata.

Art. 11 – Condizioni fisiche e patologiche preesistenti o sopravvenute



La Società corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che siano indipendenti da Condizioni preesistenti o sopravvenute, senza obbligo per il Contraente di denuncia dei difetti fisici, delle infermità o delle mutilazioni già presenti in capo all'Assicurato alla Data di inclusione o successivamente sopravvenuti.

Pertanto, gli effetti che l'Infortunio possa aver esercitato su tali Condizioni preesistenti o sopravvenute, come pure il pregiudizio che esse possano causare all'esito delle lesioni prodotte dall'Infortunio, sono da considerarsi quali conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'Indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'Infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra.

Art. 12 – Cumulo di Indennizzi per decesso e invalidità permanente



Ove la Società abbia liquidato l'Indennizzo per il caso di invalidità permanente e successivamente, nel medesimo Periodo di assicurazione, l'Assicurato deceda in conseguenza di un diverso Sinistro rispetto a quello che aveva determinato l'insorgenza dello stato di invalidità permanente, la Società corrisponde al Beneficiario la Somma assicurata per il caso decesso.

Ove la Società abbia liquidato l'Indennizzo per il caso di invalidità permanente e successivamente, entro un anno dal Sinistro, l'Assicurato deceda in conseguenza del medesimo Sinistro che aveva determinato l'insorgenza dello stato di invalidità permanente, la Società corrisponde al Beneficiario la differenza (se positiva) tra l'Indennizzo già liquidato e la Somma assicurata per il caso decesso.

Il diritto all'Indennizzo per il caso di invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. **La Società si impegna tuttavia ad astenersi dall'applicare le clausole che in caso di premorienza dell'Assicurato escludono la trasmissione agli eredi del diritto all'indennizzo per invalidità permanente.**

In particolare, ove la Società abbia offerto all'Assicurato in misura determinata la liquidazione dell'Indennizzo per il caso di invalidità permanente e quest'ultimo deceda, prima che la

liquidazione abbia luogo, per cause diverse dall'Infortunio subito, la Società corrisponderà l'Indennizzo per il caso di invalidità permanente ai suoi eredi legittimi o testamentari.

Le Somme assicurate dal presente Contratto di assicurazione, in relazione alle coperture aventi ad oggetto attività professionali o extraprofessionali, non sono cumulabili con quelle di altre Polizze stipulate con la Società per gli stessi Assicurati tramite il Contraente, indipendentemente dall'oggetto di tali Polizze. In questo caso il sinistro sarà liquidato sulla polizza più favorevole all'Assicurato.

Art. 13 – Franchigie relative alla copertura invalidità permanente da Infortunio



Le Condizioni di assicurazione descrivono le Franchigie eventualmente operanti rispetto alla copertura **invalidità permanente da Infortunio**, indicate nella Proposta di assicurazione e richiamate in Polizza, sulla base di quanto espressamente riportato nell'Allegato 1 alle presenti Condizioni di assicurazione ("Condizioni che regolano l'assicurazione collettiva infortuni "Elips Accident PRO ONE") per ciascuna categoria di Assicurati presente in copertura.



Per facilitare la comprensione si riportano alcuni esempi numerici relativi al meccanismo di funzionamento di Franchigie e Limiti di Indennizzo.

Esempio di meccanismo di applicazione della Franchigia assoluta:

1° esempio

Limite di Indennizzo per invalidità permanente: € 100.000,00

Punti di invalidità permanente riconosciuti: 2%

Franchigia assoluta: 3%

Indennizzo spettante: € 0,00

(perché i punti di invalidità permanente riconosciuti del 2% sono inferiori alla percentuale di Franchigia del 3%)

2° esempio

Limite di Indennizzo per invalidità permanente: € 100.000,00

Punti di invalidità permanente riconosciuti: 10%

Franchigia assoluta: 3%

Indennizzo spettante: € 100.000,00 x (10% - 3%) = € 7.000,00

(perché dai punti di invalidità permanente riconosciuti del 10% viene dedotta la percentuale di Franchigia del 3%)

Esempio di meccanismo di applicazione della Franchigia relativa:

3° esempio

Limite di Indennizzo per invalidità permanente: € 100.000,00

Punti di invalidità permanente riconosciuti: 10%

Franchigia: 3% relativa al 10%

Indennizzo: € 100.000,00 x (10% - 3%) = € 7.000,00

(perché dai punti di invalidità permanente riconosciuti del 10% viene dedotta la percentuale di Franchigia del 3%)

4° esempio

Limite di Indennizzo per invalidità permanente: € 100.000,00

Punti di invalidità permanente riconosciuti: 11%

Franchigia: 3% relativa al 10%

Indennizzo: € 100.000,00 x 11% = € 11.000,00

(perché i punti di invalidità permanente riconosciuti dell'11% sono maggiori del limite del 10% di Franchigia relativa, il limite si annulla e l'Assicurato ha diritto al riconoscimento dei punti di invalidità effettivi senza applicazione di alcuna Franchigia)

Esempio di meccanismo di applicazione di una Franchigia in giorni:

5° esempio

Limite di Indennizzo giornaliero per Inabilità Temporanea Totale: € 50,00

Giorni di Inabilità Totale riconosciuti: 15 (di cui 10 di Inabilità Totale e 5 di Inabilità Parziale)

Franchigia: 5 giorni

Indennizzo: € 50,00 x (10 - 5) + € 25,00 x 5 = € 375,00

(perché la franchigia temporale di 5 giorni riduce i giorni di pagamento della Inabilità Temporanea)

Parte III – Coperture aggiuntive sempre operanti

Art. 14 – Anticipo di Indennizzo



Trascorsi 60 (sessanta) giorni dal termine delle cure mediche relative ad un Infortunio indennizzabile ai sensi del presente contratto di Assicurazione, anche ove non sia ancora sopraggiunta la guarigione definitiva o la stabilizzazione dei postumi, l'Assicurato potrà richiedere alla Società un anticipo di Indennizzo in misura pari al 50% (cinquanta per cento) del presunto importo indennizzabile per invalidità permanente, con un massimo di Euro 100.000,00 (centomila/00), da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del Sinistro.



L'anticipo di Indennizzo verrà liquidato entro 30 (trenta) giorni dall'acquisizione dei dati completi sullo stato di salute dell'Assicurato, a condizione che, a seguito di accertamento autonomo da parte della Società, il grado di invalidità permanente residuo dopo le cure mediche non sia inferiore al 20% (venti per cento).

Art. 15 – Malattie Professionali



Salvo diverso accordo riportato nella Proposta di assicurazione e richiamato in Polizza, la copertura “Malattie professionali” è riservata ai soli Assicurati contrattualmente inquadrati come dirigenti e quadri se previsto da CCNL e prevede che, in caso di invalidità permanente dell'Assicurato causata da una malattia professionale associata al settore industriale dell'azienda presso la quale lo stesso è occupato (D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 ss.mm.ii. e Allegato 1 al Decreto del ministero del lavoro e delle politiche sociali del 10 giugno 2014 n. 76142 ss.mm.ii.) che si sia manifestata nel Periodo di assicurazione, la Società corrisponda un Indennizzo parametrato alla percentuale di invalidità permanente calcolata sulla base della “Tabella per l'industria” allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 n.1124 ss.mm.ii., rinunciando espressamente all'applicazione delle franchigie previste dalla legge stessa in caso di Infortunio. Per il calcolo dell'Indennizzo, la Società applica le percentuali di invalidità indicate nella suddetta tabella al Limite Massimo di Risarcimento previsto per il caso di invalidità permanente.

La liquidazione dell'Indennizzo viene effettuata in un'unica soluzione.



Qualora in conseguenza di una malattia professionale, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta in misura superiore ai 2/3 (due terzi), la Somma assicurata per il caso di invalidità permanente viene liquidata al 100% (cento per cento).

A tal riguardo il Contraente dichiara che alla Data di decorrenza dell'Assicurazione gli Assicurati non presentano alcuna manifestazione morbosa riferibile alle predette malattie professionali, e si impegna, nel caso di inclusione in copertura di ulteriori soggetti, a raggugliare preventivamente la Società sulle condizioni dei singoli, se a Rischio.

Art. 16 – Malattie tropicali



La presente Assicurazione si intende estesa anche alla copertura delle “Malattie tropicali”. Tale estensione prevede che in caso di decesso o di invalidità permanente conseguente a malattia tropicale, contratta dall'Assicurato nel Periodo di assicurazione e manifestatasi entro 90 (novanta) giorni dal termine dell'Assicurazione stessa, la Società corrisponda un Indennizzo fino a concorrenza del Massimale stabilito per le coperture decesso e invalidità permanente da Infortunio con un massimo di Euro 500.000,00 (cinquecentomila/00).



Il Limite di indennizzo per invalidità permanente conseguente a malattia tropicale è in ogni caso soggetto ad una Franchigia assoluta del 20% (venti per cento).



Punti di invalidità permanente riconosciuti	Indennizzo spettante
≤ 20%	Nessun Indennizzo
> 20% inferiore al 66%	Indennizzo parametrato alla sola parte eccedente il 20%
> 66%	Indennizzo pari al 100% della Somma assicurata

Per malattie tropicali si intendono quelle contratte a seguito di un viaggio internazionale ed elencate dal Ministero della Salute nell'apposita area tematica dedicata alle malattie infettive. La malaria si intende parificata alle malattie tropicali. La malattia tropicale, per essere riconosciuta come tale dovrà essere diagnostica dai medici curanti dell'Assicurato. In caso di divergenza sulla Diagnosi della malattia la decisione è rimessa al Collegio Medico secondo la procedura prevista all'art. 37.



La Società non corrisponderà alcun Indennizzo per il caso di malattia tropicale ove l'Assicurato non abbia correttamente effettuato le prescritte pratiche di profilassi richieste prima di recarsi in una determinata zona a Rischio, così come previsto dal sito del Ministero della Salute, attualmente alla sezione "Viaggiare in salute – Vaccinazioni per i viaggiatori internazionali", dove vengono individuate le vaccinazioni obbligatorie ed i Paesi a Rischio. Le pratiche di profilassi eseguite dovranno essere attestate dall'invio di documentazione medica sanitaria a comprova.



Il Contraente dichiara altresì che alla Data di decorrenza dell'Assicurazione gli Assicurati si trovano in perfette condizioni di salute e si impegna, nel caso di inclusione in copertura di ulteriori soggetti, a raggiugnare preventivamente la Società sulle condizioni dei singoli, se a Rischio.

Art. 17 – Spese Mediche Base



La Copertura "Spese Mediche Base" prevede che la Società, in caso di Infortunio risarcibile ai sensi della presente Assicurazione, che comporti come conseguenza una spesa di carattere medico, rimborsi all'Assicurato le spese regolarmente documentate di seguito descritte.

Spese indennizzabili

La Copertura "Spese Mediche Base" prevede che la Società rimborsi per ciascuno degli Assicurati ed i rispettivi Familiari diretti, se coinvolti contestualmente dal medesimo Evento che ha determinato l'Infortunio il costo delle cure mediche sostenute da ciascuno fino alla concorrenza dell'importo complessivo per ciascuno degli Assicurati ed i rispettivi Familiari Diretti di Euro 10.000 (diecimila/00) per Periodo di assicurazione. Per gli Assicurati di età oltre i 68 anni compiuti, in caso di Infortunio risarcibile a termini di Polizza, la Società rimborsa agli Assicurati e ai loro Familiari Diretti, se coinvolti contestualmente dal medesimo evento che ha determinato l'infortunio, il costo delle cure mediche sostenute da ciascuno fino alla concorrenza dell'importo complessivo per ciascuno degli Assicurati ed i rispettivi Familiari Diretti di Euro 5.000 (cinquemila/00) per Periodo assicurativo.

Per cure mediche si intendono esclusivamente quelli direttamente correlate all'infortunio e relative a:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi di trasporto speciali di soccorso da o verso l'istituto di cura o all'ambulatorio;
- spese fisioterapeutiche in genere e le spese per l'assistenza domiciliare effettuata da personale sanitario qualificato, e le spese farmaceutiche, purché prescritte dal medico curante;
- spese per le prime protesi, escluse comunque le protesi dentarie;
- esami e accertamenti diagnostici;
- visite medico specialistiche, prestazioni medico infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse le carrozzelle ortopediche.

Rimangono espressamente escluse sia le spese relative ad esami, interventi o accertamenti relativi ad eventuali patologie concomitanti non correlate direttamente

all'infornunio, sia le spese sostenute per le operazioni di chirurgia estetica, salvo quelle necessarie ad eliminare o contenere il grado di invalidità permanente.

Art. 18 – Spese legate al Decesso dell'Assicurato



La Copertura “Spese legate al Decesso dell'Assicurato” prevede che la Società, in caso di Infortunio indennizzabile ai sensi della presente Assicurazione che comporti come conseguenza il decesso dell'Assicurato, rimborsi ai Beneficiari le spese regolarmente documentate nelle seguenti sotto sezioni.

18.1 Rimpatrio della salma



In caso di decesso fuori dal Territorio italiano, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma fino al luogo di sepoltura in Territorio italiano, entro il Limite di indennizzo pari a Euro 7.500,00 (settemilacinquecento/00). Tale ammontare è da intendersi operante per tutte le categorie di Assicurati di appartenenza.

18.2 Spese funerarie



In tutti i casi di decesso la Società rimborsa, oltre alle spese di cui all'art. 17, anche le spese sostenute per il funerale o la cremazione, entro il Limite di indennizzo pari a Euro 7.500,00 (settemilacinquecento/00). Tale ammontare è da intendersi operante per tutte la categoria di Assicurati di appartenenza.

Art. 19 – Commorienza



La Copertura “Commorienza” prevede che, in caso di Infortunio indennizzabile ai sensi della presente Assicurazione, cui faccia seguito il decesso sia dell'Assicurato che del coniuge non separato o del convivente *more uxorio*, l'Indennizzo spettante ai figli minori – se con essi conviventi ed in quanto Beneficiari – venga aumentato del 50% (cinquanta per cento) da suddividersi tra i figli minori Beneficiari in parti uguali. Ai figli minori vengono equiparati i figli maggiorenni portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 66% (sessantasei per cento).

Resta in ogni caso convenuto che **il massimo esborso a carico della Società, per tale titolo, non potrà superare l'importo di € 50.000,00 e che l'applicazione della presente Condizione Aggiuntiva rende inoperante, a tutti gli effetti, ogni altra pattuizione eventualmente esistente in polizza che, a qualsivoglia titolo, preveda una maggiorazione del capitale assicurato per il caso di morte.**

La presente Copertura non copre i Rischi particolari di cui all'art. 4.5 delle presenti Condizioni di assicurazione.

Art. 20 – Danni estetici



La Copertura “Danni estetici” prevede che in caso di Infortunio con conseguenze di carattere estetico, che non abbia comportato la corresponsione di un Indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborsi all'Assicurato le spese documentate da questi sostenute per cure ed applicazioni mediche effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché le spese per interventi di chirurgia plastica ed estetica, fino alla concorrenza del Limite massimo di indennizzo pari a Euro 5.000,00 (cinquemila/00). Tale ammontare è da intendersi operante per tutta la categoria di Assicurati di appartenenza.



Art. 21 – Costi di salvataggio e ricerca



La copertura opzionale “Costi di salvataggio e ricerca” prevede che la Società, in caso di Infortunio indennizzabile ai sensi della presente Assicurazione che comporti come conseguenza il decesso o l'invalidità permanente dell'Assicurato, qualora l'Assicurato necessiti dell'intervento di una squadra di emergenza per la ricerca e il salvataggio della propria persona da parte di polizia e/o soccorsi locali, rimborsi a quest'ultimo o ai Beneficiari, le spese documentate sostenute fino alla concorrenza del Limite di massimo di Euro 25.000 (venticinquemila/00).



Art. 22 – Malattia grave Dirigenti

La Copertura opzionale “Malattia grave” è riservata ai soli Assicurati contrattualmente inquadrati come dirigenti e prevede che la Società versi all’Assicurato un Indennizzo forfettario pari a Euro 5.000,00 (cinquemila/00) alla prima Diagnosi di malattia grave”.



Tale Indennizzo è erogabile una sola volta per Assicurato, a prescindere dal numero di malattie gravi ad esso riferibili, e una volta corrisposto comporta l'immediata cessazione senza possibilità di rinnovo, per l'Assicurato indennizzato, della Copertura opzionale “Malattia grave”.

Sono coperte le seguenti malattie gravi:

- 1) **Cancro:** Diagnosi di tumore maligno caratterizzato da una crescita incontrollata e da una diffusione di cellule maligne con invasione dei tessuti sani. La Diagnosi di cancro deve essere confermata da referto istopatologico. Il cancro comprende: la leucemia, i linfomi maligni, compresi i linfomi cutanei, la malattia di Hodgkin, le neoplasie maligne del midollo osseo ed i sarcomi.

Sono esclusi dalla definizione di cancro:

- il “carcinoma in situ”, o tumore “in situ”, la displasia e tutte le forme pre-maligne;
- il tumore della prostata, salvo che non sia progredito almeno alla categoria T2NOM0 della classificazione TNM;
- qualsiasi tumore cutaneo primario diverso dal melanoma maligno che non si sia diffuso oltre l'epidermide (lo strato superficiale della pelle);
- il carcinoma papillare della ghiandola tiroide confinato all'organo;
- la leucemia (linfatica cronica) di grado A secondo la scala Binet.

- 2) **Infarto miocardico:** Diagnosi definitiva di infarto miocardico acuto, per questo intendendosi la necrosi (morte) di una parte del muscolo cardiaco dovuta ad ostruzione dell'afflusso di sangue. La Diagnosi deve essere confermata dall'innalzamento e/o caduta dei biomarker cardiaci (Troponina I, Troponina T o CK-MB) con almeno un livello al di sopra del 99° percentile del limite superiore di riferimento, più uno dei seguenti parametri:
 - i) segni e sintomi cardiaci acuti che indicano un attacco di cuore;
 - ii) nuove alterazioni elettrocardiografiche seriali, in concomitanza con uno dei seguenti parametri: sopraslivellamento o sottoslivellamento del tratto ST, inversione dell'onda T, onde Q patologiche o blocco di branca sinistra.

Sono escluse altre sindromi coronariche acute, compresa l'angina pectoris instabile.

- 3) **Ictus:** necrosi del tessuto cerebrale dovuta ad un afflusso insufficiente di sangue o di emorragia che ha come conseguenza tutte le seguenti condizioni:
 - comparsa di nuovi sintomi neurologici compatibili con un ictus;
 - insorgenza di nuovi deficit neurologici obiettivabili all'esame clinico che persistono in modo continuativo per almeno 60 (sessanta) giorni dopo la Diagnosi di ictus;
 - nuovi riscontri alla TAC o RMI, se eseguiti, compatibili con la Diagnosi clinica.

Sono esclusi dalla definizione di ictus:

- l'attacco ischemico transitorio (TIA);
- le lesioni da trauma al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni;
- l'emorragia secondaria in una lesione cerebrale preesistente;
- un'anomalia riscontrata nel cervello o con altre tecniche di imaging in assenza di sintomi clinici e segni neurologici correlati.

22.1 Carenza



La Copertura opzionale “Malattia grave” è soggetta ad un periodo di Carenza di 90 (novanta) giorni dalla Data di inclusione in copertura dell'Assicurato ed è liquidabile solo nel caso in cui l'Assicurato sopravviva per almeno 15 (quindici) giorni dalla data della Diagnosi.

22.2 Esclusioni: cosa non è coperto



Sono esclusi dalla Copertura opzionale “Malattia grave” gli eventi che siano causati, direttamente o indirettamente, interamente o in parte, da qualsiasi delle seguenti evenienze:

- suicidio tentato o atti di autolesionismo;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), complesso AIDS-correlato o qualsiasi infezione provocata dal virus dell'immunodeficienza umana (HIV);

- anomalie congenite o difetti fisici che secondo la letteratura medica siano tra le cause dirette di una delle affezioni critiche oggetto di copertura;
- mancata consultazione di un medico specialista abilitato o inosservanza del parere professionale fornito da un medico specialista abilitato;
- qualsiasi Condizione preesistente;
- uso di psicofarmaci o uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni.



22.3 Limiti di età

La Copertura opzionale “Malattia grave” è valida solo per Assicurati che, alla Data di inclusione, non abbiano ancora compiuto 65 anni (sessantacinque) anni di età.

Art. 23 – Eventi Speciali

La copertura opzionale “Eventi Speciali” è riservata agli Infortuni occorsi agli Assicurati Aggiuntivi che partecipano ad un Evento Speciale ed opera esclusivamente per le coperture decesso e invalidità e non opera per i Rischi Particolari di cui all’art. 4.5 delle Condizioni di assicurazione. Per Assicurati Aggiuntivi si intendono i partecipanti ad un Evento Speciale che non risultino già inclusi in copertura in quanto facenti parte di una delle categorie coperte dalla Polizza e riepilogate nell’Allegato 1 (“Condizioni che regolano l’assicurazione collettiva infortuni “Elips Accident PRO ONE”).



Sono da considerarsi quali Eventi Speciali i meeting, gli eventi aziendali, i congressi, i convegni, le manifestazioni ufficiali, le esibizioni e i corsi organizzati dal Contraente/Datore di lavoro associato, della durata massima di dodici ore continuative.

La copertura opzionale si attiva previa richiesta scritta, che dovrà essere trasmessa alla Società almeno 10 (dieci) giorni lavorativi prima della data prevista per l’Evento Speciale per il quale si richiede l’attivazione. La richiesta dovrà essere corredata da tipo di Evento Speciale, luogo e durata del medesimo e numero di Assicurati Speciali. L’attivazione della copertura dovrà essere confermata per iscritto dalla Società attraverso l’emissione di una apposita Appendice. La copertura è valida per tutto il tempo in cui gli Assicurati Aggiuntivi partecipano all’Evento Speciale nei locali e negli spazi a questo adibiti, indipendentemente dall’attività svolta dagli stessi.



La copertura “Eventi Speciali” non opera nel caso in cui l’attività principale del Contraente o del Datore di lavoro associato sia l’organizzazione di eventi e/o manifestazioni.

Somme assicurate

La copertura si intende operante per i Limiti di indennizzo in caso di morte e di invalidità permanente per le seguenti somme assicurate per ciascun Assicurato Aggiuntivo:

Caso morte € 100.000,00 (centomila/00)

Caso invalidità permanente € 100.000,00 (centomila/00)



La Copertura si intende sempre operante con l’applicazione di una Franchigia per il caso di invalidità permanente del 3% (tre percento) relativa al 15% (quindici percento). Con l’applicazione di questa Franchigia è stabilito che non si fa luogo a Indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 3% (tre percento) della totale. Se l’invalidità permanente medesima è superiore al 3% (tre percento) della totale la Società corrisponde l’Indennizzo per la parte eccedente. Se l’invalidità permanente è superiore al 15% (quindici percento) della totale, la Società corrisponde l’Indennizzo integralmente.

Denuncia del sinistro e relativi obblighi



Per la denuncia dell’Infortunio, vale quanto stabilito all’articolo 35. Tuttavia si precisa che la Società non procederà ad alcun Indennizzo in mancanza di una dichiarazione scritta rilasciata dal Contraente che attesti e confermi la partecipazione del richiedente all’Evento Speciale in qualità di Assicurato Aggiuntivo.

Parte IV – Coperture opzionali

Il presente Contratto di assicurazione offre la possibilità di sottoscrivere le Coperture opzionali di seguito descritte. In estensione a quanto previsto nelle Parti I e II, ciascuna delle seguenti Coperture opzionali si intende operante unicamente ove espressamente richiamata in Polizza sulla base di quanto espressamente riportato nell'Allegato 1 alle presenti Condizioni di assicurazione ("Condizioni che regolano l'assicurazione collettiva infortuni "Elips Accident PRO ONE") ed esclusivamente per le categorie di assicurati ivi indicate, con riferimento ai quali sono stabiliti i Limiti di indennizzo.

Art. 24 – Spese Mediche Addizionali



La copertura "Spese Mediche Addizionali" permette al Contraente di incrementare la copertura "Spese Mediche Base" di cui all'art. 17 delle presenti Condizioni di assicurazione, richiedendo una Somma assicurata aggiuntiva indicata nella Proposta di assicurazione e richiamata in Polizza, sulla base di quanto espressamente riportato nell'Allegato 1 alle presenti Condizioni di assicurazione ("Condizioni che regolano l'assicurazione collettiva infortuni "Elips Accident PRO ONE"). La copertura "Spese Mediche Addizionali" segue le stesse regole della copertura "Spese Mediche Base".

Art. 25 – Diaria da Inabilità temporanea a seguito di Infortunio (operante unicamente per la categoria Amministratori)

Con il termine Inabilità Temporanea Totale (I.T.T.) si indica il periodo di tempo in cui l'Assicurato è completamente inabile a svolgere le attività professionali (principali e secondarie) indicate nella Proposta di assicurazione e richiamate in Polizza, mentre con il termine Inabilità Temporanea Parziale (I.T.P.) il periodo di ripresa che fa seguito al periodo di I.T.T. e che giunge fino alla completa abilità.

Pertanto, se un Infortunio risarcibile a termini di Polizza causa inabilità temporanea dell'Assicurato, la Società pagherà un Indennizzo giornaliero a titolo di "Diaria da inabilità temporanea" previsto in Polizza, sulla base di quanto espressamente riportato nell'Allegato 1 alle presenti Condizioni di assicurazione ("Condizioni che regolano l'assicurazione collettiva infortuni "Elips Accident PRO ONE") per la categoria di Assicurati di appartenenza:

- a) totalmente per tutto il tempo per cui l'Assicurato risulti essere totalmente inabile a svolgere la sua attività professionale;
- b) in misura del 50% (cinquanta per cento) per tutto il tempo in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo in parte alle sue attività professionali.

La Diaria giornaliera da inabilità temporanea, ove dovuta, sarà corrisposta per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni.



Per avere diritto alla prestazione l'Assicurato dovrà notificare il Sinistro alla Società entro 48 (quarantotto) ore dall'accadimento, salvo i casi di forza maggiore per i quali ne sia impossibilitato.

La Diaria giornaliera sarà pagata:

- a) dalla data di notifica;
- b) dopo che siano interamente trascorsi gli eventuali giorni di Franchigia indicati nella Proposta di assicurazione e richiamati in Polizza nell'Allegato 1 - Scheda di Polizza (Assicurati, Coperture, Limiti di indennizzo, Conteggio del premio, Franchigie), successivi alla data di notifica, quando l'inabilità temporanea sia certificata dal proprio medico curante.

In ogni caso non si provvederà ad alcun rimborso per notifiche fatte oltre i 90 (novanta) giorni dalla data del sinistro.



Il pagamento della diaria giornaliera cesserà immediatamente alla più vicina all'infortunio delle seguenti date:

- a) data in cui il trattamento per l'infortunio è considerato completato, come certificato dal documento medico;
- b) data in cui l'Assicurato è in grado di riprendere la propria attività abituale;

- c) data in cui il grado di invalidità permanente dell'Assicurato può essere stabilito con precisione;
- d) data della morte dell'Assicurato.

Art. 26 – Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio

La copertura opzionale “Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio” prevede che, in caso di ricovero in ospedale o istituto di cura a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi della presente Assicurazione, la Società corrisponderà all'Assicurato un Indennizzo giornaliero a titolo di “Diaria Ricovero” indicato nella Proposta di assicurazione e richiamato in Polizza, sulla base di quanto espressamente riportato nell'Allegato 1 alle presenti Condizioni (“Condizioni che regolano l'assicurazione collettiva infortuni “Elips Accident PRO ONE”) nella categoria di Assicurati di appartenenza. La Diaria da Ricovero, ove dovuta, sarà corrisposta all'Assicurato su degenza ultimata per tutto il periodo del ricovero con il limite massimo di giorni indicato nella Proposta di assicurazione e richiamato in Polizza e previa l'applicazione degli eventuali giorni di Franchigia, qualora previsti.

La Società effettuerà il pagamento dietro presentazione di un certificato medico rilasciato dall'ospedale o istituto di cura, dal quale risulti la descrizione dell'Infortunio, le cause che lo determinarono e la durata del ricovero.



In caso di ricovero di lunga durata, un certificato aggiornato deve essere inviato mensilmente alla Società e l'Assicurato potrà eventualmente richiedere il pagamento della Diaria Ricovero su base mensile; tale pagamento sarà effettuato dalla Società alla fine del mese successivo sulla base delle risultanze in suo possesso.

Il pagamento sarà effettuato dalla Società indipendentemente da ogni altro Indennizzo di cui eventualmente l'Assicurato fruisca ai sensi del presente Contratto.

Art. 27 – Diaria da Gessatura a seguito di Infortunio

La copertura opzionale “Diaria da Gessatura a seguito di Infortunio” prevede che, nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi della presente Assicurazione, risulti portatore di apparecchio gessato inamovibile o equivalente immobilizzante, applicato e rimosso dietro presentazione di un certificato medico rilasciato da strutture ospedaliere autorizzate o dal proprio medico curante, la Società corrisponderà per ogni giorno di ricovero la diaria giornaliera indicata nella Proposta di assicurazione e richiamata in Polizza, sulla base di quanto espressamente riportato nell'Allegato 1 alle presenti Condizioni (“Condizioni che regolano l'assicurazione collettiva infortuni “Elips Accident PRO ONE”) nella categoria di Assicurati di appartenenza, per un periodo massimo di 30 (trenta) giorni anche non consecutivi da quello dell'Infortunio.

Tale Indennizzo viene corrisposto dal giorno:

- delle dimissioni dall'Istituto di Cura, nel caso in cui l'Infortunio abbia comportato Ricovero;
- dall'applicazione dell'apparecchio gessato o altro mezzo di contenimento immobilizzante, nel caso in cui l'Infortunio non abbia comportato Ricovero. Se in conseguenza di Infortunio viene applicato apparecchio gessato o altro mezzo che comporti una immobilizzazione rigida, la Società corrisponderà la diaria giornaliera indicata nella Proposta di assicurazione e richiamata in Polizza nell'Allegato 1 - Condizioni che regolano l'assicurazione collettiva infortuni “Elips Accident PRO ONE”), per un periodo massimo di 30 (trenta) giorni fino alla rimozione del gesso e del mezzo immobilizzante. Detta indennità, per il tempo di ricovero, non si cumula con la Diaria da ricovero e viene corrisposta a partire dal sedicesimo giorno successivo a quello di applicazione dell'apparecchio gessato o dell'immobilizzazione rigida.

Tale Indennizzo giornaliero viene corrisposto fino al giorno della rimozione dell'apparecchio gessato o altro mezzo di contenimento immobilizzante, per un periodo massimo di 30 (trenta) giorni e previa l'applicazione degli eventuali giorni di Franchigia qualora previsti.

Ai fini del pagamento dell'Indennizzo giornaliero, il giorno di applicazione e quello della rimozione sono considerati come un giorno unico.



Se l'Infortunio ha determinato anche il Ricovero dell'Assicurato, l'importo erogato ai fini di diaria giornaliera da Ricovero non è cumulabile con quello da gessatura, quest'ultimo decorrerà dalla data di cessazione del Ricovero e terminerà in ogni caso entro 30 (trenta) giorni dalla data dell'Infortunio.

In caso di day hospital, la Società corrisponderà una speciale indennità pari al 50% (cinquanta per cento) dell'indennità giornaliera prevista per il caso di ricovero in istituto di cura.

Parte V – Forma assicurativa e premio di assicurazione

Il presente Contratto di assicurazione può essere prestato:

- **in forma nominativa** ovvero
- **sulla base di elementi di Rischio variabili.**

Art. 28 – Condizioni valide per Assicurazioni stipulate in forma nominativa



Nel caso in cui, per una o più categorie di Assicurati o per Assicurati singoli, l'Assicurazione sia prestata in forma nominativa e sulla base di uno stato di Rischio inizialmente individuato, il Contraente si impegna a comunicare alla Società i seguenti dati per ciascun Assicurato per il quale venga richiesto l'inserimento in copertura:

- Nome, cognome, data di nascita, codice fiscale e categoria di appartenenza;
- Somme assicurate, condizioni, Franchigie e Datore di lavoro associato.

Entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di decorrenza dell'Assicurazione e, in caso di rinnovo, di ogni successivo Periodo di assicurazione, il Contraente dovrà trasmettere alla Società le anagrafiche aggiornate con le informazioni di cui sopra. Sulla base di tali comunicazioni, la Società procede alla determinazione del premio di perfezionamento e rinnovo. Eventuali variazioni nella popolazione assicurata in corso di contratto verranno considerate solo al fine del calcolo del premio di regolazione, al termine di ogni annualità assicurativa, così come di seguito riportato.

Art. 29 – Variazioni della popolazione assicurata per Assicurazioni in forma nominativa

Per gli Assicurati inclusi in copertura successivamente alla Data di decorrenza dell'Assicurazione si applicherà un rateo di premio determinato riducendo il relativo premio annuo in proporzione alla durata del Periodo di assicurazione relativo al singolo Assicurato subentrante, calcolato in 360esimi. In caso di uscite di Assicurati in corso di contratto per cause diverse dal decesso e dall'invalidità permanente totale, sarà invece rimborsato il rateo di Premio relativo al Periodo di assicurazione non goduto.



In entrambi i casi si applicheranno le seguenti regole operative:

- ogni variazione in entrata e in uscita in corso di contratto, riferibile ad Assicurati appartenenti a categorie già coperte, dovrà essere richiesta per iscritto dal Contraente tramite comunicazione alla Società;
- la Società in tali casi non emetterà alcuna appendice di variazione, rimandando al documento di regolazione premio di fine anno il calcolo del saldo di premio eventualmente dovuto (o da rimborsare) derivante dalla differenza tra entrate ed uscite in corso d'anno (premio di regolazione);
- nei casi di inclusione, le coperture per ciascun Assicurato o nuove categorie di Assicurati decorrono dalle ore 00:00 giorno di attivazione della copertura (Data di inclusione), purché contestuale o successiva alla data di comunicazione alla Società;
- nei casi di variazioni in uscita, le coperture cesseranno dalle ore 24.00 del giorno di uscita del singolo Assicurato dalla Polizza, purché contestuale o successivo alla data di comunicazione alla Società, ad eccezione dei casi di risoluzione del rapporto di lavoro e/o di collaborazione in cui la copertura assicurativa cesserà a decorrere dalle ore 24:00 della data di efficacia della risoluzione del rapporto di lavoro e/o collaborazione, anche se antecedente alla data di comunicazione all'Intermediario.

Nel caso in cui l'Assicurazione sia prestata sulla base di elementi di Rischio variabili, quali a titolo esemplificativo retribuzioni annue, numero di persone (non nominativamente indicate) o numero di giornate assicurate, il Contraente si impegna a comunicare alla Società (anche in caso di rinnovo), l'ammontare complessivo degli elementi di Rischio variabile rilevanti ai fini della quantificazione del premio.



Entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di decorrenza dell'Assicurazione (anche in caso di rinnovo), il Contraente dovrà trasmettere alla Società l'aggiornamento delle informazioni di cui sopra e le eventuali variazioni agli elementi presi come base per la determinazione dei premi di rinnovo. Sulla base di tali comunicazioni, la Società procederà alla determinazione del premio di perfezionamento.

Al termine del Periodo di assicurazione, il Contraente dovrà trasmettere alla Società l'aggiornamento delle informazioni di cui sopra non appena le stesse siano disponibili e comunque non oltre 120 (centoventi) giorni. Sulla base di tali comunicazioni, la Società procederà alla determinazione del premio di regolazione.



La mancata comunicazione entro i termini dei dati occorrenti per il calcolo del premio di regolazione costituirà presunzione di una differenza attiva a favore della Compagnia pari al 25% (venticinque per cento) del premio di perfezionamento.

Nel caso di Assicurazione per numero di persone, le eventuali inclusioni ed esclusioni in corso d'anno verranno regolate, come descritto nell'art. 29 delle presenti Condizioni, alla fine del Periodo di assicurazione, applicando, (i) in caso di nuovi elementi di rischio subentranti, un rateo di premio determinato riducendo il relativo premio annuo in proporzione alla durata del Periodo di assicurazione, calcolato in 360esimi; (ii) in caso di diminuzione di elementi di rischio in corso di contratto, per cause diverse dal decesso e dall'invalidità permanente totale, sarà rimborsato il rateo di Premio relativo al Periodo di assicurazione non goduto.

30.1 Assicurazioni in base all'ammontare delle retribuzioni annue

Nel caso in cui l'Assicurazione sia prestata sull'ammontare delle retribuzioni annue si conviene quanto segue:

- a) agli effetti assicurativi, per "retribuzione annua" si intende quanto, al lordo delle ritenute, l'Assicurato effettivamente riceva in compenso delle sue prestazioni, purché risulti registrato nei libri contabili del Contraente/Datore di lavoro associato secondo quanto prescritto ai sensi di legge. A titolo esplicativo e non esaustivo fanno parte della "retribuzione annua": lo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi comprese le provvigioni, i premi di produzione e ogni altro compenso e indennità, anche se non di ammontare fisso, con esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere eccezionale. Fa parte della retribuzione anche l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti all'Assicurato nella misura convenzionalmente concordata;
- b) per la liquidazione dell'Indennizzo è considerata "retribuzione" quella che l'Assicurato ha percepito per i titoli di cui sopra, nei 12 (dodici) mesi precedenti quello in cui si è verificato l'Infortunio, comprese le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese, purché su esse sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di Assicurazione;
- c) se al momento dell'Infortunio l'Assicurato non ha raggiunto l'anno di servizio e per gli Assicurati assunti temporaneamente, è considerata "retribuzione annua" quella ottenuta moltiplicando per 365 (trecentosessantacinque) la retribuzione media giornaliera attribuibile all'Assicurato per il periodo compreso tra la data di assunzione in servizio e quella dell'Infortunio. Per gli Assicurati in aspettativa si considererà quale "retribuzione annua" il 50% (cinquanta per cento) di quella percepita nei 12 (dodici) mesi precedenti quello in cui si è verificato l'Infortunio al netto di eventuali elementi di retribuzione variabile, con il massimo di Euro 60.000,00 (sessantamila/00). La presente Assicurazione opera per Infortuni occorsi entro i primi 6 (sei) mesi dalla data di inizio del periodo di aspettativa.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità degli Assicurati. Per l'identificazione di questi ultimi, per la determinazione delle Somme assicurate e per il computo del premio si farà riferimento delle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente/Datore di lavoro associato, libri che questi si impegna ad esibire a prima richiesta della Società in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso.

L'importo del premio verrà calcolato sulla retribuzione annua computata ai sensi di cui al precedente punto a) moltiplicata per il tasso di premio per mille e il multiplo riferibili alla categoria assicurata. Al premio risultante saranno applicati gli sconti e le maggiorazioni eventualmente pattuiti e saranno aggiunte le addizionali, laddove previste, e la tassa governativa. Il premio di perfezionamento viene anticipato dal Contraente in base al preventivo annuo di retribuzione determinato secondo quanto previsto all'art. 31 delle presenti Condizioni di assicurazione.

Art. 31 – Determinazione del premio



Il premio è unico ed è sempre determinato per Periodi di assicurazione di un anno, anche se ne sia stato concesso il frazionamento in due o più rate.

Il premio si intende così composto:

- **Premio di perfezionamento:** calcolato in via provvisoria al momento della stipulazione del Contratto di assicurazione e alla ricorrenza di ciascun Periodo di assicurazione successivo. Tale importo è richiamato in Polizza ed è dovuto dal Contraente in via anticipata al momento della conclusione del Contratto di assicurazione e ad ogni rinnovo annuale. Nel caso in cui l'Assicurazione sia prestata sull'ammontare delle retribuzioni annue, la base di calcolo del premio di perfezionamento non potrà essere inferiore al 75% (settantacinque per cento) degli ultimi dati disponibili relativi alla retribuzione annua lorda della categoria assicurata.
- **Premio di regolazione:** costituisce il saldo di premio ancora dovuto dal Contraente alla Società per il Periodo di assicurazione ed è calcolato, a consuntivo, al termine di ciascun Periodo di assicurazione. Tale importo è riportato nel documento di regolazione inviato al Contraente alla scadenza di ciascun Periodo di assicurazione e si determina prendendo in considerazione le variazioni intervenute durante lo stesso Periodo di assicurazione negli elementi presi come base per il calcolo del premio di perfezionamento.

Il documento di regolazione contiene:

- il dettaglio delle eventuali inclusioni e delle esclusioni intervenute nel Periodo di assicurazione per le Assicurazioni stipulate in forma nominativa per categorie già assicurate;
- l'ammontare complessivo consuntivo delle retribuzioni e/o il numero complessivo degli Assicurati non nominalmente indicati ma appartenenti ad una specifica categoria e/o il numero delle giornate, per le Assicurazioni stipulate sulla base di elementi di Rischio variabili.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere regolate entro 30 (trenta) giorni dalla relativa comunicazione della Società al Contraente. In tutti i casi di differenza a vantaggio del Contraente, la Società provvederà al rimborso delle somme dovute, al netto delle imposte di legge, salvo quanto diversamente concordato.



Fino al corretto pagamento del premio di regolazione, fermo il diritto di agire giudizialmente, la Società sospenderà il pagamento di tutti i Sinistri intervenuti durante Periodo di assicurazione al quale la regolazione si riferisce, anche se già presi in carico.

Nell'ipotesi in cui il premio di regolazione risulti superiore al doppio del premio di perfezionamento, in caso di rinnovo il nuovo premio di perfezionamento verrà aggiornato sulla base degli ultimi dati consuntivi disponibili. Il nuovo premio di perfezionamento anticipato avrà effetto dal rinnovo successivo e non potrà essere inferiore al 75% (settantacinque per cento) del premio calcolato sugli ultimi dati consuntivi disponibili.

In caso di inclusioni o esclusioni di nuove categorie di Assicurati o di applicazioni aggiuntive e/o estensioni concordate dal Contraente con la Società e attivate durante il Periodo di assicurazione, la Società provvederà a calcolare il premio dovuto e ad emettere apposita appendice di regolazione contabile. Il Contraente dovrà provvedere al pagamento del premio entro 30 (trenta) giorni. **Fino al corretto pagamento del premio dovuto i Sinistri intervenuti non verranno presi in carico dalla Società.**



Art. 32 – Pagamento del premio



Il Contraente è tenuto a pagare il premio stabilito alle rispettive scadenze direttamente alla Società ovvero all'Intermediario al quale è assegnato il Contratto di assicurazione.

Salvo diversi accordi scritti tra le parti, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato nel Certificato di assicurazione.



Se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio, l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore 24:00 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Resta inteso che i Sinistri intervenuti durante un periodo di sospensione per mancato pagamento del premio non verranno presi in carico dalla Società.

Parte VI – Gestione dei sinistri

Art. 33 – Denuncia, accertamento e riconoscimento del Sinistro – Recesso in caso di sinistro

Per attivare la procedura di liquidazione dell'Indennizzo previsto dall'Assicurazione, il richiedente dovrà trasmettere la denuncia dell'Infortunio, con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato, corredata di certificato medico e di tutta la documentazione necessaria correlata, tramite lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente, alla direzione della Società, o all'Intermediario al quale è assegnata la polizza.

La data di accadimento del Sinistro è quella in cui si è verificato l'Infortunio. In dettaglio:

- per la copertura decesso da Infortunio è la data del decesso;
- per le coperture invalidità permanente da Infortunio e diaria da gessatura è la data dell'Infortunio;
- per la copertura diaria da Ricovero a seguito di Infortunio è la data del Ricovero;
- per le coperture invalidità permanente da malattia tropicale e invalidità permanente da malattia professionale è la data della diagnosi;
- per la copertura diaria da Inabilità Temporanea è la data della notifica.



La denuncia di Sinistro deve essere trasmessa entro 30 (trenta) giorni dal verificarsi dello stesso (o dal momento in cui il richiedente ne abbia ragionevolmente avuto la possibilità) e comunque non oltre due anni dalla data di cessazione della Polizza.

Si ricorda che l'Assicurato dovrà sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione ritenuta utile e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato, acconsentendo al trattamento dei dati personali a norma del D.lgs. n. 196/2003.

Al fine di agevolare l'effettuazione della richiesta di pagamento dell'Indennizzo e a titolo di servizio alla clientela, la Società è disponibile a mettere a disposizione del richiedente:

- la versione aggiornata della Guida per la Liquidazione dei Sinistri contenente le istruzioni utili a procedere alla denuncia del Sinistro e l'elenco delle richieste, autorizzazioni e procure che il richiedente deve rilasciare alla Società per consentire alla medesima di presentare la richiesta di documentazione direttamente a terzi;
- un fac-simile del modulo di denuncia di Sinistro.

A partire dalla data di ricezione da parte della Società della denuncia di Sinistro verrà attivata la relativa procedura di accertamento.

Avvertenza: le denunce di Sinistro incomplete comportano tempi di liquidazione più lunghi.

Avvertenza: i Sinistri intervenuti durante un periodo di sospensione per mancato pagamento del Premio non verranno presi in carico dalla Società.

La Società, ricevuta la documentazione completa relativa ad un Sinistro, valutato il diritto all'Indennizzo da parte dell'Assicurato e quantificata un'offerta, si impegna ad effettuare il

pagamento della Somma assicurata entro i successivi 30 (trenta) giorni dall'accettazione dell'offerta di liquidazione da parte dell'Assicurato.

La Società e il richiedente cooperano in buona fede nell'esecuzione del Contratto, con particolare riferimento alla fase di erogazione della Somma assicurata, e fanno quanto in loro potere, anche tenendo conto del principio di vicinanza alla prova, per acquisire la documentazione sulle cause e circostanze del Sinistro o comunque rilevante ai fini della liquidazione della Somma assicurata.

33.1 Decesso da Infortunio e Commorienza: cosa fare in caso di sinistro

In caso di decesso da Infortunio e Commorienza il Beneficiario dovrà contattare la Società e produrre i documenti di seguito elencati, atti a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.



DECESSO DA INFORTUNIO e COMMORIENZA: QUALI DOCUMENTI DEVO CONSEGNARE?



I documenti da consegnare SEMPRE sono:

- Denuncia di sinistro sottoscritta da ciascun Beneficiario;
- Copia del documento di identità o del passaporto in corso di validità di ciascun Beneficiario;
- Copia del codice fiscale di ciascun Beneficiario;
- Certificato di morte dell'Assicurato, rilasciato dal comune di residenza;
- Modulo ISTAT "Scheda di morte" attestante la causa del decesso emesso dalle (A)USL (e in alcuni casi anche dal Comune di Residenza) o, in alternativa, certificato medico attestante la causa del decesso;
- Nel caso di Somma Assicurata definita come multiplo di RAL: busta paga del dipendente relativa ai 12 (dodici) mesi precedenti quello in cui si è verificato l'Infortunio;
- Nel caso di Somma Assicurata definita come importo fisso: dichiarazione del datore di lavoro, su carta intestata, che dichiari la data di inizio e l'eventuale data di fine del rapporto di lavoro.

In caso di Commorienza, purché la copertura sia operante per la categoria di assicurati in quanto richiamata in Polizza nell'Allegato 1, ai sopra elencati documenti si aggiungono anche:

- Certificato di morte del coniuge, rilasciato dal comune di residenza;

Modulo ISTAT "Scheda di morte" attestante la causa del decesso del coniuge, emesso dalle (A)USL (e in alcuni casi anche dal Comune di Residenza) o, in alternativa, certificato medico attestante la causa del decesso, in cui si evinca chiaramente la dinamica dell'infortunio e l'effettiva commorienza con l'Assicurato, nello stesso evento di Sinistro.

La Società si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione ritenuta necessaria per verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

Il Beneficiario può scegliere di raccogliere e presentare direttamente alla Società tale documentazione o, qualora abbia particolari difficoltà ad acquisirla, può sottoscrivere idonee richieste e autorizzazioni e conferire specifica procura affinché la Società, nel rispetto della normativa sulla riservatezza dei dati personali, possa richiedere la documentazione stessa.

In ogni caso il Beneficiario consegnerà la documentazione che sia già in suo possesso.

33.2 Spese legate al Decesso dell'Assicurato (coperture "Rimpatrio della salma" e "Spese Funerarie"): cosa fare in caso di sinistro

In caso di decesso da Infortunio indennizzabile ai sensi della presente Assicurazione, purché la copertura sia operante per la categoria di assicurati in quanto richiamata in Polizza nell'Allegato 1, per ottenere il rimborso delle spese legate al Decesso dell'Assicurato previste nelle coperture "Rimpatrio della salma" e "Spese Funerarie", il Beneficiario dovrà contattare la Società e produrre i documenti di seguito elencati.



SPESE LEGATE AL DECESSO: QUALI DOCUMENTI DEVO CONSEGNARE?



I documenti da consegnare SEMPRE sono:

- Denuncia di sinistro;
- Copia del documento di identità o del passaporto in corso di validità dell'Assicurato;

- Copia del codice fiscale dell'Assicurato;
- Copia delle ricevute o fatture di pagamento.

La Società si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione ritenuta necessaria per verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

33.3 Invalidità permanente da Infortunio: cosa fare in caso di sinistro

In caso di invalidità permanente da Infortunio l'Assicurato dovrà allegare alla denuncia di Sinistro i documenti di seguito elencati, atti a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento.



INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO: QUALI DOCUMENTI DEVO CONSEGNARE?



I documenti da consegnare SEMPRE sono:

- Denuncia di sinistro;
- Copia del documento di identità o del passaporto in corso di validità dell'Assicurato;
- Copia del codice fiscale dell'Assicurato;
- Certificato medico attestante l'entità e la sede delle lesioni;
- Copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'Infortunio denunciato;
- Copia di eventuali certificati medici e loro rinnovi attestanti il decorso delle lesioni;
- Nel caso di Somma Assicurata definita come multiplo di RAL: dichiarazione rilasciata dall'azienda attestante la RAL relativa ai 12 (dodici) mesi precedenti quello in cui si è verificato l'Infortunio;
- Nel caso di Somma Assicurata definita come importo fisso: dichiarazione del datore di lavoro, su carta intestata, che dichiara la data di inizio e l'eventuale data di fine del rapporto di lavoro;
- Certificazione medica attestante la chiusura del periodo di Infortunio (attestante o meno la presenza di postumi permanenti da valutarsi in sede medico legale).

La Società si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione ritenuta necessaria per verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

In particolare si ricorda che per le coperture invalidità permanente da malattia tropicale e invalidità permanente da malattia professionale la denuncia di sinistro deve essere corredata da accertamenti, evidenze cliniche, radiologiche, istologiche e di laboratorio atte a fornire un quadro clinico completo. Tali documenti devono essere emessi da medici abilitati e in possesso di adeguata specializzazione.

All'Assicurato potrà essere richiesto di sottoporsi a visita o consulto medico presso un fiduciario della Società; in tal caso le spese relative sono a carico di quest'ultima.

33.4 Spese mediche (coperture "Rimborso spese mediche da Infortunio" e "Danni Estetici"): cosa fare in caso di sinistro

In caso di richiesta di rimborso per spese mediche da Infortunio e spese per danni estetici, purché le coperture siano operanti per la categoria di assicurati in quanto richiamate in Polizza nell'Allegato 1, l'Assicurato dovrà allegare alla denuncia di Sinistro i documenti di seguito elencati, atti a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento.



SPESE MEDICHE: QUALI DOCUMENTI DEVO CONSEGNARE?



I documenti da consegnare SEMPRE sono:

- Denuncia di sinistro;
- Copia del documento di identità o del passaporto in corso di validità dell'Assicurato;
- Copia del codice fiscale dell'Assicurato;
- Copia delle ricevute o fatture di pagamento;
- Certificazione medica attestante la prescrizione delle eventuali terapie riabilitative
- Certificato medico rilasciato dalla struttura presso la quale sono state effettuate le medicazioni o gli interventi di riduzione/eliminazione del danno estetico.

La Società si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione ritenuta necessaria per verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

A maggiore precisazione di quanto sopra esposto, si evidenzia che il rimborso verrà effettuato solo a guarigione clinica ultimata

All'Assicurato potrà essere richiesto di sottoporsi a visita o consulto medico presso un fiduciario della Società; in tal caso le spese relative sono a carico di quest'ultima.

33.5 Inabilità temporanea da Infortunio: cosa fare in caso di sinistro

In caso di inabilità temporanea da Infortunio, purché la copertura sia operante per la categoria di assicurati in quanto richiamata in Polizza nell'Allegato 1, per richiedere il pagamento della diaria giornaliera l'Assicurato dovrà allegare alla denuncia di Sinistro i documenti di seguito elencati, atti a comprovare l'effettiva inabilità al lavoro e a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento.



INABILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNIO: QUALI DOCUMENTI DEVO CONSEGNARE?

I documenti da consegnare SEMPRE sono:

- Denuncia di sinistro;
- Copia del documento di identità o del passaporto in corso di validità dell'Assicurato;
- Copia del codice fiscale dell'Assicurato;
- Certificato medico attestante il periodo di inabilità totale o parziale al lavoro, con evidenza dell'entità e sede delle lesioni;
- Copia di eventuali certificati medici e loro rinnovi attestanti il decorso delle lesioni;
- In caso di ricovero: verbale di pronto soccorso con relativa diagnosi, prognosi ed esito degli accertamenti effettuati; certificato di ricovero e/o copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'Infortunio denunciato.

La Società si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione ritenuta necessaria per verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

All'Assicurato potrà essere richiesto di sottoporsi a visita o consulto medico presso un fiduciario della Società; in tal caso le spese relative sono a carico di quest'ultima.

33.6 Ricovero e gessatura a seguito di Infortunio: cosa fare in caso di sinistro

In caso di Infortunio che comporti un Ricovero o una Gessatura, purché le coperture siano operanti per la categoria di assicurati in quanto richiamate in Polizza nell'Allegato 1, per richiedere il pagamento della diaria giornaliera l'Assicurato dovrà allegare alla denuncia di Sinistro i documenti di seguito elencati, atti a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento.



RICOVERO E GESSATURA DA INFORTUNIO: QUALI DOCUMENTI DEVO CONSEGNARE?

I documenti da consegnare SEMPRE sono:

- Denuncia di sinistro;
- Copia del documento di identità o del passaporto in corso di validità dell'Assicurato;
- Copia del codice fiscale dell'Assicurato;
- Copia della cartella clinica e di ogni altra documentazione sanitaria relativa al ricovero, dal quale risulti la descrizione dell'Infortunio, le cause che lo hanno determinato e la durata. In caso di Ricovero di lunga durata (superiore a 30 giorni) tale certificato deve essere inviato mensilmente alla Società.
- Certificato medico rilasciato dalla struttura ospedaliera presso la quale è stata applicata la gessatura o lo strumento immobilizzante, nonché certificato medico rilasciato al momento della rimozione della medesima gessatura o dello strumento immobilizzante.

La Società si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione ritenuta necessaria per verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto.

33.7 Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni Sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, il Contraente o la Società possono recedere dall'Assicurazione.

La relativa comunicazione deve essere data mediante lettera raccomandata A/R ed ha efficacia dalla data di ricezione della stessa.

In caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima rimborserà al Contraente la quota parte di Premio netto relativa al periodo di rischio non goduto.

In caso di recesso esercitato dal Contraente, la Società rimborserà il 50% (cinquanta per cento) della quota parte di Premio netto relativa al periodo di rischio non goduto.

Art. 34 – Controversie sulla natura e conseguenza delle lesioni



Nel caso di controversie di natura medica, l'Assicurato od altro soggetto in sua vece ha la facoltà, entro il termine di 30 (trenta) giorni dalla relativa comunicazione della Società in merito a tale determinazione, di promuovere, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno spedita alla Società, la decisione di un **Collegio arbitrale** composto da tre medici, due scelti da ciascuna delle parti ed il terzo nominato in accordo tra gli arbitri; in assenza di accordo entro 20 (venti) giorni dalla richiesta di arbitrato la scelta del terzo medico sarà demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici del luogo dove dovrà avrà sede il Collegio Arbitrale. Il Collegio Arbitrale risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato e, ove lo ritenga opportuno, potrà esperire, senza obbligo di sentenza, qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare od incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.).

Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza, entro il termine di 30 (trenta) giorni, come amichevole compositore, senza formalità di procedura ed i risultati delle operazioni devono esser raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Consiglio sono vincolanti per le Parti che rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali, anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dai medici nel verbale definitivo. Ciascuna delle parti sopporta le spese e competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico.

Parte VII – Disposizioni Generali

Art. 35 – Conclusione del contratto e decorrenza delle coperture assicurative



Il Contratto di assicurazione si intende concluso nel momento in cui la Società riceve notizia dell'accettazione da parte del Contraente della Proposta di assicurazione.

Il Contratto di assicurazione decorre dalla Data di decorrenza indicata in Polizza, ha durata annuale e si rinnova tacitamente alla scadenza, di anno in anno, salvo disdetta da comunicarsi a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza. Sono fatti salvi gli eventuali diversi termini di durata e disdetta concordati per iscritto tra il Contraente e la Società.

Salvo diversa previsione, per ciascuna categoria di Assicurati, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 00:00 della Data di inclusione, fermo restando il caso di sospensione delle coperture per mancato pagamento del premio entro i termini stabiliti dal Contratto di assicurazione.



Il Contraente è tenuto a versare il premio secondo le modalità e i termini indicati nel Certificato di assicurazione e nella Parte V delle presenti Condizioni di assicurazione: **se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio, l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore 24:00 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto; se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.**

Resta inteso che i Sinistri intervenuti durante un periodo di sospensione per mancato pagamento del premio non verranno presi in carico dalla Società.

Art. 36 – Variazioni di Rischio



Il Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare il Rischio oggetto di Assicurazione diverso dagli elementi di norma comunicati ai fini della regolazione del premio o dell'inclusione degli Assicurati in copertura.

Se la variazione implica una diminuzione del Rischio, la Società provvede a ridurre in proporzione il premio o le rate di premio successive alla comunicazione fatta dal Contraente, ai sensi dell'art. 1897 Codice Civile.



Il Contraente è tenuto a versare il premio secondo le modalità e i termini indicati nel Certificato di assicurazione e nella Parte V delle presenti Condizioni di assicurazione: **se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio, l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore 24:00 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto; se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.**

Resta inteso che i Sinistri intervenuti durante un periodo di sospensione per mancato pagamento del premio non verranno presi in carico dalla Società.



Art. 1897 Codice Civile – Diminuzione del Rischio

1. Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata riconosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

2. La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese (1932; Trans. 187).

Art. 1898 Codice Civile – Aggravamento del Rischio

1. Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato [c.c. 1892, 1926].

2. L'assicuratore può recedere dal contratto [c.c. 1373, 1893, 1897, 1899, 1918], dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio [c.c. 1892, 2964].

3. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

4. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso [c.c. 1890, 1896, 1901, 1909].

5. Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso [c.n. 522; c.c. 1932].

Se la variazione implica un aggravamento del Rischio, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile **la Società può recedere dall'Assicurazione**, dandone comunicazione per iscritto al Contraente con preavviso di 15 (quindici) giorni dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del Rischio, salvo accordo tra le parti per la prosecuzione del Contratto di assicurazione stesso con apposito atto di variazione. Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 37 – Aumento dei Limiti di indennizzo



Nel caso di richiesta di aumento dei Limiti di indennizzo, la Società si riserva di applicare tassi di Premio diversi da quelli praticati con riferimento a Limiti di indennizzo inferiori.

Art. 38 – Dichiarazioni relative alle circostanze di Rischio e buona fede



Ai sensi di quanto previsto dagli artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo; ove rese con dolo o colpa grave, sono causa di annullamento del Contratto di assicurazione, ove rese senza dolo o colpa grave possono comportare il recesso della Società.



Art. 1892 Codice Civile - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave.

1. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.
2. L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.
3. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.
4. Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 Codice Civile - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave.

1. Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.
2. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art.1894 Codice Civile – Assicurazione in nome o per conto di terzi.

1. Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893 [1391, 1932]. ⁽¹⁾

Note: (1) In tal caso le reticenze o le inesattezze sono realizzate dallo stipulante che contrae per conto dei terzi ma ciò che rileva è che ne sono a conoscenza anche questi ultimi. Se invece questi le ignorano, incolpevolmente, gli art. 1892 c.c. e 1893 c.c. non si applicano.

Art. 39 – Esonero denuncia altre assicurazioni



Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Compagnie, **tuttavia permane l'obbligo per il Contraente/Datore di lavoro associato di comunicare eventuali altre assicurazioni infortuni stipulate per gli stessi rischi e per gli stessi Assicurati con la Società, indipendentemente dall'oggetto di tali assicurazioni.**

Art. 40 – Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia all'azione di surrogazione di cui all'art. 1916 nei diritti dell'Assicurato verso i terzi responsabili dell'Infortunio.



Art. 1916 Codice Civile – Diritto di surrogazione dell'assicuratore

1. L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.
2. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. ⁽¹⁾

3. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

4. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali. ⁽²⁾

⁽¹⁾La Corte Costituzionale, con sentenza 7 - 21 maggio 1975, n. 117 (in G.U. 1a s.s. 28/05/1975, n. 140), ha dichiarato "la illegittimità costituzionale dell'art. 1916, comma secondo, del codice civile, nella parte in cui non annovera, tra le persone nei confronti delle quali non è ammessa surrogazione, il coniuge dell'assicurato".

⁽²⁾La Corte Costituzionale, con sentenza 11 - 18 luglio 1991, n. 356 (in G.U. 1a s.s. 24/07/1991, n. 29), ha dichiarato "l'illegittimità costituzionale dell'art. 1916 del codice civile nella parte in cui consente all'assicuratore di avvalersi, nell'esercizio del diritto di surrogazione nei confronti del terzo responsabile, anche delle somme da questi dovute all'assicurato a titolo di risarcimento del danno biologico".

Art. 41 – Oneri fiscali

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

Art. 42 – Assicurazione per conto altrui

La presente Assicurazione è stipulata dal Contraente per conto altrui; pertanto gli obblighi derivanti dall'Assicurazione devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per la loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato.

Art. 43 – Forma delle comunicazioni – Clausola broker



Tutte le comunicazioni previste dal Contratto di assicurazione devono essere fatte per iscritto alla Società o all'Intermediario al quale lo stesso è assegnato.

In quest'ultimo caso, ogni comunicazione tramite lettera raccomandata, fax, PEC o altro mezzo equivalente, fatta dal Contraente all'Intermediario, si intenderà come fatta alla Società ed ogni comunicazione fatta dall'Intermediario alla Società, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta dal Contraente stesso, facendo fede per la validità la data risultante da uno dei documenti sopraindicati.

Art. 44 – Foro competente



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).

In difetto, il foro competente è esclusivamente quello di Milano.

Art. 45 – Legge applicabile



Al presente Contratto di assicurazione si applica la legge italiana.

Per tutto quanto non è qui espressamente regolato, si applicano le norme di legge in materia.

Art. 46 – Modifiche contrattuali

La Società si riserva il diritto di modificare unilateralmente le condizioni del presente Contratto di assicurazione, dandone tempestiva comunicazione scritta al Contraente, nel caso in cui:

- a) intervengano dei cambiamenti legislativi, regolamentari o giurisprudenziali applicabili al Contratto di assicurazione che richiedano modifiche o integrazioni dello stesso;
- b) intervengano dei cambiamenti fiscali che abbiano un impatto su Contratto di assicurazione, sulla Società o sul Contraente che richiedano modifiche o integrazioni dello stesso;
- c) intervengano dei cambiamenti nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria o nei regolamenti e/o accordi integrativi aziendali che richiedano modifiche o integrazioni dello stesso.

Alla prima Data di scadenza del Contratto e alle scadenze successive la Società si riserva il diritto di modificare i tassi di tariffa per l'anno successivo, dandone comunicazione via PEC al

Contraente con 90 (novanta) giorni di preavviso rispetto all'entrata in vigore dei nuovi tassi. Ove i nuovi tassi di tariffa risultassero eccessivamente elevati rispetto a quelli precedentemente applicati, nei 30 (trenta) giorni successivi alla ricezione della suddetta comunicazione, il Contraente potrà disdettare il Contratto di assicurazione prima del suo rinnovo o recedere dallo stesso.

Art. 47 – Disdetta e diritto di recesso

Il Contratto può essere disdetto dal Contraente a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente almeno 30 (trenta) giorni prima della sua scadenza annua.

Il Contraente ha 30 (trenta) giorni di tempo per esercitare il diritto di recesso per ripensamento alla sottoscrizione della Polizza, dandone comunicazione scritta alla Società a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente.

Art. 48 – 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>).

Parte VIII – 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.

Parte IX – Glossario

Appendice	Il documento che forma parte integrante del Contratto di assicurazione e che viene emesso unitamente o in seguito al Certificato di Polizza per modificarne alcuni aspetti.
Assicurato	La persona fisica sulla cui vita viene stipulato il Contratto di assicurazione.
Assicurazione (o Contratto di assicurazione)	Il contratto di assicurazione collettiva o di gruppo sottoscritto dal Contraente per conto di una collettività di Assicurati, con il quale la Società, a fronte del pagamento del Premio, si impegna a corrispondere un Indennizzo al verificarsi del Sinistro.
Beneficiario	Il soggetto designato ad incassare l'Indennizzo previsto in caso di Sinistro.
Carenza	Il periodo per il quale la Società non è tenuta a corrispondere l'Indennizzo previsto dall'Assicurazione.
Certificato di assicurazione (o Polizza)	Il documento, rilasciato dalla Società, che attesta l'esistenza del Contratto di assicurazione e conferma le principali caratteristiche dell'Assicurazione.
CCNL	Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro
Condizioni di assicurazione	Insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di assicurazione in tutti i suoi aspetti e che vengono integrate dalle condizioni speciali riportate nella Proposta di assicurazione.
Condizione preesistente o sopravvenuta	Qualsiasi malattia o affezione che sia stata diagnosticata, trattata o per la quale sia stato consultato un medico, in qualsiasi momento prima o successivamente la Data di inclusione nella presente Assicurazione. A tale fine la malattia o l'affezione si ritiene insorta quando sia stata oggetto di accertamento, Diagnosi o trattamento o quando la manifestazione dei suoi segni o sintomi indurrebbe una persona normalmente cauta a richiedere una Diagnosi, un'assistenza o un trattamento.
Condizioni speciali	Insieme delle clausole predisposte dalla Società per disciplinare aspetti particolari del Contratto di assicurazione. Le Condizioni speciali sono riportate nella Polizza e prevalgono sulle Condizioni di assicurazione.
Contraente	La persona giuridica che stipula il Contratto di assicurazione per conto di una collettività di Assicurati e si impegna a versare i Premi alla Società.
Coperture opzionali	Le coperture elencate nella Parte III delle Condizioni di assicurazione.
Data di decorrenza	Il giorno, riportato nella Polizza o nelle sue appendici, a partire dal quale le coperture assicurative previste dall'Assicurazione decorrono, fatte salve le ipotesi di sospensione delle stesse.
Data di inclusione	Il giorno in cui l'Assicurato viene assunto in copertura.
Datore di lavoro (o Associato)	La società o l'ente, con il quale l'Assicurato intrattiene un rapporto di lavoro, e che può essere raggruppato, convenzionato, associato o iscritto ad un fondo assistenziale o ad una cassa Contraente dell'Assicurazione.
Diagnosi	La diagnosi conclusiva effettuata da un medico specialista abilitato, sulla base di specifiche evidenze, indicate nella definizione della affezione in questione fornita nell'Assicurazione, ovvero, in assenza di tali evidenze specifiche, sulla base di evidenze radiologiche, cliniche, istologiche o di laboratorio ritenute accettabili dalla Società. Tale diagnosi deve essere sostenuta da medico incaricato dalla Società, il quale potrà fondare il suo parere sulle evidenze mediche presentate dall'Assicurato e/o su qualsiasi evidenza aggiuntiva che potrà richiedere.

Familiari Diretti	Il coniuge, il figlio/a, i genitori, i fratelli, i suoceri, i generi, le nuore o i conviventi (purché risultanti da regolare certificazione) dell'Assicurato.
Franchigia	Parte prestabilita del danno liquidabile che, in caso di Sinistro, rimane a carico dell'Assicurato e per la quale la Società non riconosce l'Indennizzo. La Franchigia può essere espressa in giorni, in cifra o in percentuale.
Indennizzo	La somma effettivamente corrisposta dalla Società al verificarsi del Sinistro.
Infortunio	L'evento improvviso dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che colpisca l'Assicurato e che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza il decesso, l'invalidità permanente oppure, ove coperta, l'inabilità temporanea dell'Assicurato.
Intermediario (o Distributore)	Il soggetto che interviene nel rapporto contrattuale di assicurazione tra il Contraente e la Società e che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività.
IVASS	Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni. Ente di diritto pubblico cui spetta il controllo sulle imprese di assicurazione, nonché sugli intermediari di assicurazione (agenti e i broker) e sui periti per la stima dei danni ai veicoli.
Ospedale – Istituto di cura	L'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati al ricovero di 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.
Periodo di assicurazione	Il periodo durante il quale il Contratto di assicurazione è efficace e le coperture sono operanti, fatte salve le ipotesi di sospensione delle stesse. Se non diversamente specificato, per ciascun Assicurato il Periodo di assicurazione decorre dalla Data di inclusione.
Premio	Il Premio corrisposto dal Contraente al netto delle imposte
Proposta di assicurazione	Il documento, rilasciato dalla Società, che riassume le condizioni del Contratto di assicurazione proposte e le principali caratteristiche dell'Assicurazione. Include le Condizioni speciali.
Ricovero	La degenza, che comporti la permanenza dell'Assicurato in qualità di paziente, per un periodo di almeno 24 (ventiquattro) ore consecutive e/o per almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità che si verifichi il Sinistro.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso coperto dall'Assicurazione.
Società	La compagnia di assicurazione Elips Life Ltd Sede Secondaria italiana, con la quale il Contraente stipula il Contratto di assicurazione.
Sottolimito	L'entità massima dell'obbligazione di pagamento dell'Indennizzo in capo alla Società in relazione ad uno specifico Rischio. Tale ammontare non si somma all'Indennizzo ma è una parte dello stesso.
Surrogazione	la facoltà della Società che abbia corrisposto l'Indennizzo di sostituirsi all'Assicurato nei diritti verso il terzo responsabile, qualora il danno dipenda dal fatto illecito di un terzo.
Massimale o Limite di indennizzo	L'importo massimo rimborsabile dalla Società per Periodo di assicurazione per uno o più Sinistri occorsi per ciascuna specifica copertura.

Territorio italiano

Il territorio della Repubblica italiana, comprensivo dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino

Condizioni speciali

Clausola di Salvaguardia Ad integrazione di quanto previsto nelle Condizioni Generali di assicurazione resta inteso che attraverso la presente polizza, la Compagnia intende offrire ai contraenti / assicurati copertura assicurativa laddove i limiti e le condizioni previsti dalla polizza Elips Accident Plus Pro One siano meno ampi e meno favorevoli di quelli di cui alla polizza stipulata dal contraente per la precedente annualità (2024).

Art. 31 – Determinazione del premio Ad integrazione di quanto previsto all'art. 31 delle Condizioni generali, laddove la copertura sia fornita contestualmente per rischi professionali ed extra-professionali ("24 ore"), salvo dove diversamente indicato, il premio si intende così suddiviso:

60% del premio al rischio professionale

40% del premio al rischio extra professionale