

Soluzione IPM VISxWIN

Assicurazione collettiva invalidità permanente da malattia

Set Informativo composto di:

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

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

AVVERTENZA

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

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

Data ultimo aggiornamento del presente Set Informativo:

Gennaio 2026

Elips Life Ltd

Sede secondaria italiana:

Via San Prospero 1, 20121 Milano.

PEC: elipslife@pec.elipslife.com

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

R.E.A.: MI - 2126819

Sede legale: Industriestrasse 56, 9491 Ruggell (LJ) - 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 invalidità permanente da malattia VISxWIN



Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi

Prodotto: Contratto di assicurazione collettiva invalidità permanente da malattia

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

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

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono contenute nelle Condizioni di Assicurazione e riportate in Polizza. I termini e le definizioni contenute nel DIP Danni sono come da Glossario delle Condizioni di Assicurazione

Che tipo di assicurazione è?

Questa assicurazione collettiva, senza necessità di adesione, è destinata ai Datori di Lavoro (in contraenza diretta o attraverso un fondo assistenziale o una cassa) e copre il rischio di invalidità permanente da Malattia dei loro dipendenti e/o collaboratori. L'obbligo è derivante dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria (CCNL), regolamenti aziendali o accordi integrativi.



Che cosa è assicurato?

✓ L'Invalidità permanente da Malattia che si manifesta durante il Periodo di assicurazione e comunque non oltre la data di scadenza del Contratto.

Per Malattia manifestata si intende un'alterazione dello stato di salute dell'Assicurato con sintomi o segni oggettivi.



Che cosa NON è assicurato?

Sono sempre escluse dall'Assicurazione le Invalidità permanenti:

- ✗ preesistenti alla Data di inclusione
- ✗ determinate da malattie, malformazioni e difetti fisici che abbiano già prodotto sintomi o segni oggettivi
- ✗ determinate da Malattie tropicali e/o Malattie professionali
- ✗ determinate da sieropositività da virus H.I.V., da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche, da cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti
- ✗ conseguenze dirette di infortuni e/o azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato
- ✗ conseguenti a patologie psichiatriche o psicologiche
- ✗ conseguenti alla trasmutazione diretta o indiretta del nucleo dell'atomo e/o a malattie da contaminazione batterica e chimica
- ✗ conseguenti a guerra o insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, tumulti popolari, atti violenti od aggressioni aventi movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva



Ci sono limiti di copertura?

- ! Limite di Età degli Assicurati: ≥71 anni
- ! Limitazioni territoriali: Assicurati con domicilio abituale al di fuori del Territorio italiano; Clausola di limitazione e di esclusione dalle Sanzioni Internazionali
- ! Somma assicurata massima:
 - i) Quadri, impiegati, e consulenti: fino ad un massimo di € 500.000
 - ii) Dirigenti, amministratori e soci: fino ad un massimo di € 750.000
- ! Franchigia: 24%



Dove vale la copertura?

L'Assicurazione ha validità nel mondo intero.



Che obblighi ho?

L'Assicurato deve denunciare per iscritto la Malattia entro 15 giorni tramite lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente alla Compagnia o al Distributore. La denuncia deve essere corredata di certificato medico, accertamenti, evidenze cliniche, radiologiche, istologiche e di laboratorio oltre ad un dettagliato rapporto sulla natura, decorso e conseguenza della Malattia utili a fornire un quadro clinico completo.



Quando e come devo pagare?

Il Contraente deve pagare il Premio con bonifico bancario entro 30 giorni dall'emissione della Polizza direttamente alla Compagnia o al Distributore. 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 decorre dalla Data di decorrenza indicata in Polizza, ha durata di un anno e si rinnova tacitamente a ogni scadenza, salvo disdetta. Il Contratto è concluso nel momento in cui la Compagnia riceve la Proposta di Assicurazione sottoscritta dal Contraente per accettazione.



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

Ciascuna delle Parti può disdire il Contratto tramite lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente almeno 30 giorni prima della scadenza annua.

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

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 invalidità permanente da malattia

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



Prodotto: Soluzione IPM VISxWIN

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

Scopo

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

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

Società

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

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

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

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

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

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

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

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



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

In caso di assunzione di nuovi rischi che non provengano da altre imprese assicurative e per categorie di assicurati sotto le 10 unità, la Compagnia accetta l'assunzione in copertura dell'Assicurato alternativamente:

- dopo un periodo di carenza di 90 giorni (la copertura si attiva il 90° giorno successivo a quello in cui ha effetto il Contratto o successivo alla Data di inclusione di un nuovo Assicurato);
- esclusivamente in seguito ad una valutazione preventiva dello stato di salute dell'Assicurato, attraverso il Questionario Anamnestico. In questo caso la copertura si attiva solo all'esito positivo della valutazione mentre

durante gli accertamenti il rischio non è coperto.

Sempre a integrazione delle informazioni contenute nel DIP base, si ricorda che la "Clausola di limitazione e di esclusione dalle Sanzioni Internazionali" stabilisce che, ferma restando l'efficacia dell'Assicurazione collettiva, 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 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 nei confronti dei propri lavoratori dipendenti (es. dirigenti, funzionari, quadri, impiegati, operai, etc.), di persone che ricoprono una carica nell'ambito degli organi sociali (es. soci, amministratori, consiglieri, sindaci, ecc.) e collaboratori di aziende Contraenti o Associate, abitualmente domiciliati all'interno del Territorio italiano.



Quali costi devo sostenere?

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

- costi di intermediazione

La commissione sul prodotto mediamente percepita dagli Intermediari è del 24%, 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	<p>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</p> <p>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.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it, Info su: www.ivass.it.</p> <p>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</p> <p>Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo è sempre possibile adire all'Autorità Giudiziaria.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso:
OPPURE	all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile
diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	oppure al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui la Compagnia aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.

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

REGIME FISCALE

<p>Trattamento fiscale applicabile al contratto</p>	<p>Regime Fiscale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il contratto di Assicurazione, stipulato in Italia con soggetti che risiedono in Italia, è soggetto alla normativa fiscale italiana. • Questo contratto è soggetto ad un'imposta sulle assicurazioni (in vigore in Italia) del 2,50% sui premi versati. <p>Tassazione delle Somme assicurate</p> <p>I premi per la copertura del rischio 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>
------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

<p>Diritto all'oblio oncologico</p>	<p>Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link https://www.elipslife.com/en/ita/Diritto-Oblio-Oncologico.</p>
<p>Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico</p>	<p>Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.</p>
<p>Effetti dell'oblio oncologico per le imprese</p>	<p>Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.</p>

Condizioni generali di Assicurazione

Guida alla lettura

Le Condizioni 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 e parentesi quadre per alcuni contenuti particolarmente rilevanti
- Con lo stesso obiettivo sono state realizzate le icone, che aiutano nell'individuazione più rapida di determinati argomenti
- Il navigatore nella parte superiore delle pagine ha funzione di orientamento immediato all'interno del testo
- I rimandi interni agli Articoli delle Condizioni nella versione PDF sono stati resi cliccabili e riconducono immediatamente all'Articolo indicato
- Al termine delle Condizioni è stato aggiunto un Allegato contenente informazioni utili per Contraente/Assicurato e Beneficiario non obbligatorie per legge (e quindi al di fuori del Contratto).

Un'ultima nota

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

Importante	Indica un contenuto che va letto con attenzione, ad esempio date da rispettare, consegne, etc.	
Nota bene	Contiene testi di approfondimento ma anche indicazioni di valore, di cui tenere conto.	
Cosa dice la legge	qui di trovano brevi sezioni di Leggi importanti per le Condizioni.	
Esempi	Nascono con l'intento di spiegare meglio alcuni passaggi delle Condizioni.	

Parola glossario

Le parole con le iniziali maiuscole rimandano al Glossario.

→  [Art. 12](#)

Questo simbolo rimanda ad un articolo diverso da quello in cui ti trovi, cliccandolo andrai direttamente alla parte interessata.


→ [All. \(1\)](#)

Questo simbolo rimanda all'Allegato Importante da sapere.

Indice

Condizioni generali che regolano l'assicurazione collettiva Invalidità permanente da malattia "Soluzione IPM VISxWIN"

Parte I	Oggetto del Contratto e prestazioni assicurate	4
Articolo 1	Oggetto. Il Contratto in sintesi	4
Articolo 2	Assicurati. Chi sono le persone assicurate	4
Articolo 3	Definizione di Malattia. Cosa si intende per Malattia in questa Assicurazione	5
Articolo 4	Età. I limiti di età del Contratto	5
Articolo 5	Esclusioni. Cosa non è coperto dal Contratto	5
Articolo 6	Limiti territoriali	6
Parte II	Prestazioni e Limiti di Indennizzo	7
Articolo 7	Invalità Permanente da Malattia: calcolo dell'Indennizzo	7
Articolo 8	Beneficiari. Chi sono i Beneficiari in questo Contratto	7
Articolo 9	Determinazione del grado di Invalidità permanente	8
Articolo 10	Condizioni fisiche e patologiche preesistenti o sopravvenute	9
Articolo 11	Cumulo di Indennizzi per Invalidità permanente. Come avviene la liquidazione	9
Articolo 12	Franchigie applicabili alla copertura Invalidità permanente da Malattia	9
Parte III	Forma assicurativa e Premio di assicurazione	11
Articolo 13	Assicurazione stipulata in forma nominativa. Condizioni specifiche	11
Articolo 14	Variazioni della popolazione assicurata	12
Articolo 15	Assicurazione stipulata sulla base di elementi di Rischio variabili. Condizioni specifiche	12
Articolo 16	Determinazione del Premio	14
Articolo 17	Pagamento del Premio	15
Parte IV	La gestione dei Sinistri	16
Articolo 18	Denuncia, accertamento e riconoscimento del Sinistro. Recesso in caso di Sinistro	16
Articolo 19	Controversie sulla natura e conseguenza delle lesioni. Cosa accade in caso di controversie di natura medica: il ruolo del Collegio Arbitrale	17
Parte VII	Disposizioni Generali	19
Articolo 20	Conclusione del Contratto e decorrenza delle coperture assicurative	19
Articolo 21	Procedura di assunzione del Rischio e termini di Carenza	19
Articolo 22	Variazioni di Rischio	21
Articolo 23	Aumento dei Limiti di Indennizzo	21



Articolo 24	Dichiarazioni relative alle circostanze di Rischio e buona fede	22
Articolo 25	Esonero denuncia altre assicurazioni	23
Articolo 26	Oneri fiscali	23
Articolo 27	Assicurazione per conto altrui	24
Articolo 28	Forma delle comunicazioni – Clausola broker	24
Articolo 29	Foro competente	24
Articolo 30	Legge applicabile	24
Articolo 31	Modifiche contrattuali	25
Articolo 32	Disdetta e diritto di recesso	25
Articolo 33	Reclami e Arbitro Assicurativo	25
Parte VI	Informativa Privacy	27
Parte VII	Glossario	31
Allegato	Importante da sapere	34
Allegato 1	Tabella Invalidità Permanente	35
Allegato 2	Informativa sul diritto all’oblio oncologico	36

Parte I

Oggetto del Contratto e prestazioni assicurate

ARTICOLO 1

OGGETTO Il Contratto in sintesi

Questa è un'Assicurazione collettiva: copre il Rischio di Invalidità permanente da Malattia che comporti una Invalidità permanente riduttiva dell'integrità fisica dell'Assicurato di grado non inferiore a quanto previsto in Polizza.

Nota bene

Cosa si intende per Assicurazione collettiva

Contratto stipulato da un'azienda, da un'associazione, da una cassa di assistenza o altro organismo, in qualità di contraente, in favore dei propri dipendenti, associati, assistiti, clienti. Il Rischio da coprire è riferito a tutti coloro i quali fanno parte di un gruppo omogeneo e ben definito di persone (ad esempio tutti i dipendenti appartenenti alla medesima categoria professionale).

ARTICOLO 2

ASSICURATI Chi sono le persone assicurate

L'Assicurazione copre il Rischio di Invalidità permanente da Malattia per le seguenti somme assicurate:

- Quadri, impiegati, e consulenti: fino ad un massimo di € 500.000
- Dirigenti, amministratori e soci: fino ad un massimo di € 750.000 e
- Operai e tecnici: la Compagnia si riserva caso per caso e in condizioni eccezionali di assumere in copertura la categoria degli operai e dei tecnici esclusivamente previa valutazione del Questionario anamnestico

Salvo diversi accordi con la Compagnia riportati in Polizza, l'Assicurazione è prestata esclusivamente per Assicurati abitualmente domiciliati nel Territorio italiano. Nel caso in cui l'Assicurato trasferisca il domicilio abituale al di fuori del Territorio italiano durante il Periodo di assicurazione, il Contraente deve comunicarlo alla Compagnia entro e non oltre 30 giorni. Dopo aver ricevuto la comunicazione di trasferimento, la Compagnia valuta se mantenere invariate le coperture dell'Assicurato e/o proporre condizioni diverse in termini di Premio ed esclusioni.

Importante

Nel caso in cui il Contraente non trasmetta la modifica di domicilio entro 30 giorni, la Compagnia si riserva di non prendere in carico i Sinistri accaduti dopo il cambio di domicilio abituale dell'Assicurato

ARTICOLO 3

DEFINIZIONE DI MALATTIA Cosa si intende per Malattia in questa Assicurazione



Per Malattia qui si intende ogni alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da Infortunio, che si manifesta dopo la Data di inclusione e comunque durante il Periodo di assicurazione.

ARTICOLO 4

ETÀ I limiti di età del Contratto



L'Assicurazione è valida per tutti gli Assicurati che **non abbiano ancora compiuto 71 anni**.

Cosa succede agli Assicurati che compiono 70 anni

La copertura continua fino alla prima scadenza successiva ma **senza possibilità di rinnovo**, salvo diverso accordo scritto con la Compagnia.

ARTICOLO 5

ESCLUSIONI Cosa non è coperto dal Contratto

Sono sempre escluse dall'Assicurazione le Invalidità permanenti:

- **preesistenti alla Data di inclusione; o**
- **determinate da malformazioni, difetti fisici e stati patologici conseguenti a situazioni patologiche che abbiano già dato origine ad accertamenti, esami, diagnosi o cure;**
- **che siano conseguenze dirette di Infortuni;**
- **determinate da azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato;**
- **conseguenti a patologie psichiatriche o psicologiche;**
- **conseguenti ad abuso di alcolici e uso, non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni e simili;**
- **determinate da trasmutazione – diretta od indiretta – del nucleo dell'atomo, naturale o provocata e/o di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);**
- **determinate da malattie da contaminazione batteriologica o chimica;**
- **conseguenti a guerra o insurrezioni;**

- determinate da movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- conseguenti a tumulti popolari, atti violenti od aggressioni che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- conseguenti a cure e interventi per eliminare o correggere difetti fisici preesistenti alla Data di inclusione;
- conseguenti a trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- determinate da sieropositività da virus H.I.V.;
- conseguenti a Malattie tropicali;
- conseguenti a Malattie professionali soggette all'assicurazione di legge ex D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 ss.mm.li. e Allegato 1 al Decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 10 giugno 2014 n. 76142 ss.mm.li.

ARTICOLO 6

LIMITI TERRITORIALI



L'Assicurazione vale per il mondo intero.

Importante

Resta inteso tra le parti che l'Assicurazione sarà efficace ma la Compagnia non sarà tenuta ad alcun pagamento se le condizioni di questa Assicurazione, il pagamento di un Sinistro o l'operatività delle coperture possano esporla 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 o di qualunque Paese dove la Compagnia ha una sede secondaria o una presenza permanente.

Parte II

Prestazioni e Limiti di Indennizzo

ARTICOLO 7

INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA: CALCOLO DELL'INDENNIZZO



Ferme restando le cause di esclusione, le Franchigie e i Massimali previsti dall'Assicurazione, la Compagnia liquida la Somma assicurata ai Beneficiari in un'unica soluzione → [Art. 8](#) sempre che il Contraente sia in regola con il pagamento dei Premi. I Limiti di Indennizzo per ciascun Assicurato o categoria assicurata sono indicati in Polizza.

ARTICOLO 8

BENEFICIARI Chi sono i Beneficiari in questo Contratto

Beneficiari dell'Indennizzo sono l'Assicurato ovvero i soggetti indicati dall'Assicurato o dai CCNL, dai regolamenti e/o accordi integrativi aziendali in vigore.

Importante

Il diritto all'Indennizzo per Invalidità permanente è personale e quindi non può essere trasmesso agli eredi.

La Compagnia si impegna ad astenersi dall'applicare le clausole che escludono la trasmissione agli eredi del diritto all'Indennizzo per Invalidità permanente in caso di premorienza dell'Assicurato.

Casi particolari

CASO 1

Se la Compagnia ha già quantificato ed offerto all'Assicurato la liquidazione dell'Indennizzo ma quest'ultimo decede, prima che la liquidazione abbia luogo, per cause diverse dalla Malattia che aveva comportato l'Invalidità permanente, la Compagnia corrisponde l'Indennizzo per il caso di Invalidità permanente agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato, previa produzione del certificato di morte.

CASO 2

Se l'Assicurato decede per cause diverse da quelle che hanno generato l'Invalidità permanente e prima che sia trascorso il termine per l'accertamento dei postumi permanenti della Malattia o per l'accertamento medico legale disposto dalla Compagnia, gli eredi o

aventi causa possono richiedere la liquidazione dell'Indennizzo, consegnando il certificato di morte dell'Assicurato. Per quantificare l'importo indennizzabile, quando sia oggettivamente determinabile, la Compagnia potrà richiedere agli eredi o aventi causa di produrre ulteriore documentazione (ad esempio una copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione, accertamento, evidenza clinica, radiologica, istologica e di laboratorio utile a fornire un quadro clinico completo e che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti; eventuali verbali di accertamento rilasciati dalle A(U) SL, INPS, INAIL o altro ente competente).

ARTICOLO 9

DETERMINAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE



Il grado di Invalidità permanente si determina una volta che, per effetto della remissione o stabilizzazione della Malattia, le minorazioni a carico dell'Assicurato risultano: stabili, quantificabili e a esito non infausto a giudizio medico.

La Compagnia si impegna a valutare il grado di Invalidità permanente in un periodo che varia dai 6 ai 18 mesi dalla denuncia della Malattia e/o dalla trasmissione della certificazione medica completa che attesta il grado di Invalidità permanente residuo.

La valutazione del grado di Invalidità permanente segue i criteri stabiliti nella "Tabella per l'Industria" allegata al Regolamento per l'esecuzione in base al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 ss.mm.li.

In caso di Invalidità permanente non specificata nella "Tabella per l'Industria", la valutazione risulterà dall'accordo tra il Medico dell'Assicurato e il Consulente Medico della Compagnia, che terranno conto, in riferimento ai casi di Invalidità permanente previsti dalla Polizza, di quanto è diminuita per sempre l'integrità fisica dell'Assicurato, indipendentemente dalla sua professione.

In caso di Invalidità che colpisca più organi, il grado di Invalidità permanente è calcolato sommando le singole percentuali fino a un massimo del 100%.

Importante

Nel caso in cui vi sia un trattamento terapeutico che può modificare positivamente la prognosi della Malattia e l'Assicurato non vi si sottoponga, la Compagnia valuta il danno considerando i postumi di Invalidità permanente che gli sarebbero residui se si fosse sottoposto al trattamento, senza considerare il maggior pregiudizio che deriva dalla sua mancata attuazione.

9.1 Malattie progressivamente invalidanti

In deroga a quanto stabilito all'Articolo 9, se l'Invalidità permanente è causata da una di queste Malattie accertate

- Sclerosi multipla
- Morbo di Parkinson
- Morbo di Alzheimer
- Mielopatia cervicale da spondilosi cervicale che condiziona tetraparesi con disturbi sfinterici
- Mielopatia lumbosacrale condizionante paraparesi con disturbi sfinterici,

la Malattia può essere oggetto di una seconda valutazione in caso di suo aggravamento.

Nota bene

La seconda (e ultima) valutazione avverrà trascorsi almeno 18 e massimo 36 mesi dalla prima valutazione ed è prevista unicamente in caso di aggravamento delle Malattie in elenco, e non in caso di loro concorrenza con nuove Malattie.

Dall'esito della seconda valutazione la Compagnia potrà eventualmente riconoscere solo la differenza positiva tra la nuova percentuale di Invalidità permanente indennizzabile e la percentuale già indennizzata.

Il riconoscimento dell'Invalidità Permanente è da intendersi applicabile per tutti i soggetti appartenenti alla medesima categoria per la quale la garanzia è operante

ARTICOLO 10

CONDIZIONI FISICHE E PATOLOGICHE PREESISTENTI O SOPRAVVENUTE

Il grado di Invalidità permanente è determinato in base alle minorazioni obiettivamente constatabili causate direttamente ed esclusivamente dalla Malattia denunciata, come se a esserne colpita sia una persona fisicamente integra.

Importante

Si esclude quindi il pregiudizio riconducibile a situazioni patologiche o infermità, mutilazioni o difetti fisici precedenti e preesistenti alla Data di inclusione dell'Assicurato.

Ad esclusione dei casi elencati qui → [Art. 9.1](#), le Invalidità permanenti da Malattia, una volta indennizzate, non potranno essere rivalutate né in caso di loro aggravamento, né in presenza di nuove Malattie.

ARTICOLO 11

CUMULO DI INDENNIZZI PER INVALIDITÀ PERMANENTE Come avviene la liquidazione



Una volta ricevuta la documentazione → [Art. 19](#) e compiuti gli accertamenti del caso, la Compagnia comunica ai Beneficiari la quantificazione dell'Indennizzo dovuto. In caso di accettazione la Compagnia paga l'Indennizzo a mezzo bonifico, in Italia e in valuta corrente (Euro).

Se non c'è accordo tra le Parti sulla quantificazione dell'Indennizzo, la Compagnia anticipa ai Beneficiari l'importo stimato e offerto, in attesa che si pronunci il Collegio Medico → [Art. 19](#). In seguito alla decisione del Collegio Medico la Compagnia liquida l'eventuale conguaglio dovuto.

ARTICOLO 12

FRANCHIGIE APPLICABILI ALLA COPERTURA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

L'Indennizzo liquidato dalla Compagnia è calcolato sulla Somma assicurata in base alle percentuali indicate all'Allegato → [All. 1](#), con una franchigia del 24%:

Nota bene

La Franchigia è la parte del danno liquidabile che, in caso di Sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.

La Franchigia relativa prevede che, al di sotto di una certa percentuale di Invalidità, non venga corrisposto alcun Indennizzo. Nel caso in cui il grado d'Invalidità superi invece tale percentuale, l'Indennizzo viene corrisposto per intero. Si veda → [AII. 1](#)

Esempio

ESEMPIO DI APPLICAZIONE DELLA FRANCHIGIA RELATIVA AL 24%:

	Limite di Indennizzo per Invalidità permanente	Punti di Invalidità permanente riconosciuti	Franchigia relativa
1° esempio	€ 100.000,00	10%	24%

Indennizzo spettante: € 0,00

perché i punti di Invalidità permanente riconosciuti del 10% sono inferiori alla percentuale di Franchigia del 24%

	Limite di Indennizzo per Invalidità permanente	Punti di Invalidità permanente riconosciuti	Franchigia: 24% relativa al 66%
2° esempio	€ 100.000,00	70%	24%

Indennizzo spettante: € 100.000,00 x (100%) = € 100.000,00

perché punti di Invalidità permanente riconosciuti del 70% sono maggiori del limite del 66% di Franchigia relativa, e quindi il limite si annulla, e l'Assicurato ha diritto al riconoscimento dei punti di Invalidità effettivi senza applicazione di alcuna Franchigia

Parte III

Forma assicurativa e Premio di assicurazione

Questo Contratto di assicurazione può essere attivato:

- in forma nominativa o
- sulla base di elementi di Rischio variabili.

Nota bene

Assicurazione stipulate in forma nominativa: copre una o più categorie di Assicurati o Assicurati singoli individuati sulla base dello Stato di Rischio;

Assicurazione sulla base di elementi di Rischio variabili: copre, ad esempio, le retribuzioni annue o un numero di persone generico, senza nominativi specifici, o assicura un numero individuato di giornate.

ARTICOLO 13

ASSICURAZIONE STIPULATA IN FORMA NOMINATIVA Condizioni specifiche



Il Contraente si impegna a comunicare alla Compagnia per ciascuna categoria di Assicurati di cui richiede l'inserimento in copertura:

- Nome, cognome, data di nascita, codice fiscale e categoria di appartenenza;
- Somme assicurate, condizioni, franchigie ed eventuale società e/o ente di appartenenza se diversi dal Contraente.

Le informazioni devono pervenire alla Compagnia in tempo utile per poter procedere alla quotazione e all'emissione della Proposta di assicurazione. **Entro 60 giorni** dalla Data di decorrenza dell'Assicurazione e, in caso di rinnovo, di ogni successivo Periodo di assicurazione, il Contraente deve trasmettere alla Compagnia le Anagrafiche aggiornate sulla base delle quali la Compagnia calcola il Premio di perfezionamento e rinnovo. Eventuali variazioni nella popolazione assicurata in corso di Contratto verranno considerate solo per calcolare il Premio di regolazione, al termine di ogni annualità assicurativa.

ARTICOLO 14

Variazioni della popolazione assicurata

Per gli Assicurati che entrano in copertura in corso di Contratto, il Premio dovuto è ridotto in proporzione alla durata del Periodo di Assicurazione, calcolato in 360esimi.

Esempio

Il 1° aprile 2020 Giovanna entra in copertura in un Contratto che decorre dal 1° gennaio 2020 e che termina il 31 dicembre 2020. Il Premio intero per coprire Giovanna per un intero anno (360 giorni) sarebbe pari a 1000 euro ma poiché Giovanna resta in copertura solo per 9 mesi (270 giorni) il rateo di Premio da versare è calcolato come segue: $(1000/360) \times 270 = 750$ euro.

Per gli Assicurati che escono dalla copertura in corso di Contratto durante il Periodo di assicurazione la Compagnia rimborsa la quota parte di Premio relativo al Periodo di assicurazione non goduto, calcolato in 360esimi.

Esempio

Per abbandono del posto di lavoro, il 1° aprile 2020 Giovanna esce dalla copertura di un Contratto che decorre dal 1° gennaio 2020 e che termina il 31 dicembre 2020. Il Premio versato per coprire Giovanna per un intero anno (360 giorni) è pari a 1000 euro ma poiché Giovanna resta in copertura solo per 3 mesi (90 giorni) la Compagnia rimborsa al Contraente il rateo di Premio non goduto calcolato come segue: $1000 - (1000/360 \times 90) = 750$ Euro.

Per comunicare le variazioni che riguardano gli Assicurati la procedura è questa:

- il Contraente deve comunicare per iscritto alla Compagnia le variazioni in corso di Contratto degli Assicurati che fanno parte di categorie già coperte;
- la Compagnia non emette appendice di variazione: il calcolo del saldo di Premio dovuto o da rimborsare per la differenza tra le entrate e le uscite in corso d'anno è rimandato a fine anno, nel documento di regolazione del Premio;
- per tutte le nuove inclusioni, la copertura ha effetto dalle ore 00.00 del giorno di attivazione della copertura (Data di inclusione), se contestuale o successiva alla data di comunicazione alla Compagnia;
- per gli Assicurati uscenti, la copertura termina dalle ore 24:00 del giorno di uscita dalla Polizza, se contestuale o successivo alla data di comunicazione alla Compagnia, tranne nei casi di risoluzione del rapporto di lavoro e/o collaborazione, per i quali termina alla data di effettiva risoluzione del rapporto anche se precede quella della comunicazione.

ARTICOLO 15

ASSICURAZIONE STIPULATA SULLA BASE DI ELEMENTI DI RISCHIO VARIABILI Condizioni specifiche



Il Contraente si impegna a comunicare alla Compagnia l'ammontare complessivo degli elementi di Rischio richiesti per quantificare il Premio in tempo utile per procedere alla quotazione e all'emissione della Proposta di assicurazione. La stessa procedura trova applicazione anche in caso di rinnovo.

Il Contraente deve trasmettere alla Compagnia l'aggiornamento delle informazioni e le eventuali variazioni agli elementi necessari per determinare il Premio, anche di rinnovo, entro 60 giorni dalla Data di decorrenza dell'Assicurazione.

Sulla base di queste comunicazioni, la Compagnia determina il Premio di perfezionamento.

Al termine del Periodo di assicurazione, il Contraente deve trasmettere alla Compagnia l'aggiornamento delle informazioni appena sono disponibili e comunque non oltre 120 giorni. Sulla base di queste comunicazioni, la Compagnia determina il Premio di regolazione

Importante

Se il Contraente non comunica i dati occorrenti per il calcolo del Premio di regolazione entro i 120 giorni indicati, è applicata in via presuntiva una differenza del 25% del Premio di perfezionamento a favore della Compagnia.

15.1 ASSICURAZIONE PER NUMERO DI PERSONE E ASSICURAZIONE PER RETRIBUZIONE ANNUA

Assicurazione per numero di persone

Le eventuali inclusioni ed esclusioni in corso d'anno sono regolate sulla base delle seguenti regole:

- 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 12esimi
- nei casi di inclusione, le coperture per ciascun Assicurato o nuove categorie di Assicurati decorrono dalle ore 00:00 del primo giorno del mese di attivazione della copertura (Data di inclusione);

nei casi di variazioni in uscita, le coperture cesseranno dalle ore 24.00 del giorno di uscita del singolo Assicurato dalla Polizza, 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

Assicurazione per retribuzione annua

Cosa si intende per "retribuzione annua"

In questo Contratto, è l'importo ricevuto dall'Assicurato quale compenso effettivo delle sue prestazioni, al lordo delle ritenute, purché registrato nei libri contabili del Contraente/Datore di lavoro associato, come prescritto dalla legge. A titolo di mero esempio: lo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione di carattere continuativo, comprese le provvigioni, i premi di produzione e ogni altro compenso e indennità, anche se non di ammontare fisso, con esclusione di quanto corrisposto come rimborso spese ed emolumenti di carattere eccezionale. Fa parte della retribuzione anche l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti all'Assicurato nella misura convenzionalmente concordata.

Per il calcolo dell'Indennizzo si tiene in considerazione la retribuzione annua percepita dall'Assicurato nei 12 mesi precedenti a quello in cui si è verificata la Malattia, comprese le somme relative a retribuzioni non pagabili in modo ricorrente in ciascun mese, purché

Nota bene



su di esse sia conteggiato o sia conteggiabile il Premio di Assicurazione.

Casi particolari

- **Assicurati assunti temporaneamente o Assicurati nuovi assunti:** se al momento della Malattia l'Assicurato non ha raggiunto l'anno di servizio, e per gli Assicurati assunti temporaneamente, la retribuzione annua si calcola moltiplicando per 365 la retribuzione media giornaliera attribuibile all'Assicurato per il periodo compreso tra la data di assunzione in servizio e quella della Malattia.
- **Assicurati in aspettativa:** si considera quale retribuzione annua il 50% di quella percepita nei 12 mesi precedenti a quello in cui si è verificata la Malattia, al netto di eventuali elementi di retribuzione variabile e **con un massimo di Euro 60.000,00**. L'Assicurazione copre solo le Malattie occorse nei primi 6 mesi dalla data di inizio del periodo di aspettativa.

Calcolo del Premio

Il Premio è calcolato sulla retribuzione annua computata come indicato sopra, moltiplicata per il tasso di Premio per 1000 e per il multiplo della specifica categoria assicurata. Al Premio sono applicati gli sconti e le maggiorazioni eventualmente pattuiti e sono aggiunte le addizionali, se previste, e la tassa governativa. Il Contraente paga anticipatamente il Premio di perfezionamento in base al preventivo annuo di retribuzione → [Art. 16](#).

Il Contraente non ha l'obbligo di denunciare preventivamente le generalità degli Assicurati. Per identificarli, determinare le Somme assicurate e calcolare il Premio, la Compagnia fa riferimento ai libri di amministrazione del Contraente/Datore di lavoro associato, libri che questi si impegna **a mostrare alla Compagnia, a prima richiesta, in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso.**

ARTICOLO 16

DETERMINAZIONE DEL PREMIO



Il Premio è unico ed è sempre determinato per Periodi di assicurazione di un anno, anche se è stato frazionato in due o più rate.
Il Premio dovuto è la risultante tra il Premio di perfezionamento e quello di regolazione.

● Premio di perfezionamento

È calcolato in via provvisoria alla stipula del Contratto e alla ricorrenza di ciascun Periodo di assicurazione successivo. È richiamato in Polizza ed è dovuto dal Contraente in via anticipata al momento della conclusione del Contratto di assicurazione e a ogni rinnovo annuale.

Nel caso in cui l'Assicurazione sia stata stipulata per coprire l'ammontare delle retribuzioni annue, la base di calcolo del Premio di perfezionamento non potrà essere inferiore al 75% degli ultimi dati disponibili relativi alla retribuzione annua lorda della categoria assicurata.

● Premio di regolazione

È il saldo di Premio che il Contraente deve pagare alla Compagnia per il Periodo di assicurazione: è calcolato a consuntivo al termine di ciascun Periodo di assicurazione. L'importo è riportato nel documento di regolazione inviato al Contraente alla scadenza di ciascun Periodo di assicurazione: si determina in base alle variazioni degli elementi necessari al calcolo del Premio di perfezionamento durante lo stesso Periodo.

Cosa contiene il documento di regolazione

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

Pagamento delle differenze di Premio

Le differenze attive o passive devono essere regolate entro 60 giorni dalla relativa comunicazione della Compagnia al Contraente.

Se il Premio di regolazione è più del doppio di quello 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 avrà effetto dal rinnovo successivo e non potrà essere inferiore al 75% del Premio calcolato sugli ultimi dati consuntivi disponibili.

In tutti i casi di differenza a vantaggio del Contraente, la Compagnia rimborserà le somme dovute al netto delle imposte di legge, salvo accordi differenti.

Importante

La Compagnia sospende il pagamento di tutti i Sinistri avvenuti durante il Periodo di assicurazione a cui si riferisce la regolazione, anche se già presi in carico, fino al pagamento del relativo Premio di regolazione.

In caso di inclusioni o esclusioni di nuove categorie di Assicurati o di applicazioni aggiuntive e/o estensioni concordate con il Contraente e attivate durante il Periodo di assicurazione, la Compagnia calcola il Premio dovuto ed emette apposita Appendice di regolazione contabile. Il Contraente deve effettuare il pagamento del Premio entro 60 giorni.

ARTICOLO 17

PAGAMENTO DEL PREMIO



Il Contraente è tenuto a pagare il Premio stabilito alle scadenze direttamente alla Compagnia o al Distributore al quale è assegnato il Contratto.

Salvo diversi accordi scritti tra le parti, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 00:00 del giorno indicato in Polizza.

Importante

Cosa succede in caso di mancato pagamento del Premio

In caso di mancato pagamento del Premio o della sua prima rata, l'Assicurazione resta sospesa e si riattiva dalle ore 00:00 del giorno del corretto accredito del Premio.

Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza.

La Compagnia non prende in carico i Sinistri accaduti durante il periodo di sospensione per mancato pagamento del Premio fino alla riattivazione delle coperture.

La Compagnia mantiene il diritto di agire giudizialmente in caso di mancato saldo del Premio di regolazione.

Parte IV

La gestione dei Sinistri

ARTICOLO 18

DENUNCIA, ACCERTAMENTO E RICONOSCIMENTO DEL SINISTRO - Recesso in caso di Sinistro

Per attivare la procedura di liquidazione dell'Indennizzo, l'Assicurato deve trasmettere la denuncia della Malattia manifestatasi durante il Periodo di assicurazione che, secondo parere medico, sembri comportare un'Invalidità permanente.

Importante

La denuncia va trasmessa alla Compagnia o al Distributore tramite lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente **entro 15 giorni** da quando, secondo il parere medico, la Malattia possa ritenersi, per caratteristiche e presumibili conseguenze, coperta dalla garanzia prestata.

Trascorsi **30 giorni** dalla denuncia della Malattia, l'Assicurato deve comunque presentare specifica certificazione medica con il grado di Invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla Malattia denunciata.

I DOCUMENTI DA CONSEGNARE SEMPRE

- Denuncia di sinistro;
- Copia del documento di identità/riconoscimento in corso di validità dell'Assicurato → **All. (1)**;
- Copia del codice fiscale dell'Assicurato;
- Certificato dettagliato del medico curante dell'Assicurato o del medico che ha avuto in cura l'Assicurato sulle cause e sul decorso della Malattia che ha causato l'Invalidità, insieme a copia di cartelle cliniche relative a eventuali ricoveri;
- Copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione, accertamento, evidenza clinica, radiologica, istologica e di laboratorio in grado di fornire un quadro clinico completo e che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti;
- Copia di eventuali certificati medici e loro rinnovi attestanti il decorso e conseguenze della Malattia;
- Dichiarazione su carta intestata del datore di lavoro, che riporta la data di inizio e l'eventuale data di fine del rapporto di lavoro e l'ammontare della retribuzione lorda annua (RAL);

Nel caso di Somma Assicurata definita come multiplo di RAL

- busta paga del dipendente relativa al mese precedente quello in cui è stata denunciata la malattia.

Importante

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

All'Assicurato potrà essere richiesto di sottoporsi a visita o consulto medico presso un fiduciario della Compagnia, che se ne assumerà l'onere.

L'Assicurato dovrà sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia in Italia, fornire ogni informazione ritenuta utile, e produrre copia della cartella clinica completa, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato, e acconsentendo al trattamento dei dati personali.

Per agevolare la richiesta di pagamento dell'Indennizzo la Compagnia mette a disposizione del richiedente:

- la versione aggiornata della *Guida per la Liquidazione dei Sinistri*, contenente le istruzioni utili per denunciare il Sinistro;
- un fac-simile del modulo di denuncia di Sinistro.

Tempistiche di valutazione e pagamento (liquidazione)

La procedura di verifica del Sinistro da parte della Compagnia ha inizio alla data di ricezione della denuncia e prosegue – ricevuta tutta la documentazione richiesta, compresa quella medica conclusiva – con gli accertamenti necessari.



Ricevuta la documentazione completa, valutato il diritto all'Indennizzo da parte dell'Assicurato e quantificata l'offerta, la Compagnia si impegna a pagare entro i 30 giorni successivi dall'accettazione dell'offerta di liquidazione da parte dell'Assicurato.

Il richiedente e la Compagnia cooperano in buona fede durante tutte le fasi del Contratto, in particolare modo in quella della gestione del Sinistro, 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 dell'Indennizzo.

Denunce di Sinistro incomplete comporteranno tempi di liquidazione più lunghi. I sinistri intervenuti durante un periodo di sospensione, per mancato pagamento del premio, non verranno presi in carico dalla Compagnia.

ARTICOLO 19

CONTROVERSIE SULLA NATURA E CONSEGUENZA DELLE LESIONI - Cosa accade in caso di controversie di natura medica: il ruolo del Collegio Arbitrale



Nel caso di controversie di natura medica, l'Assicurato, o altro soggetto in sua vece, ha la facoltà di contestare la decisione della Compagnia entro 30 giorni dalla ricezione della stessa, richiedendo l'intervento di un Collegio Arbitrale tramite lettera raccomandata con



ricevuta di ritorno spedita alla Compagnia.

Il **Collegio Arbitrale** è composto da tre medici, due scelti da ciascuna delle parti e il terzo nominato in accordo tra gli arbitri. In assenza di accordo entro 20 giorni dalla richiesta di arbitrato, la scelta del terzo medico sarà demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici del luogo dove 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: se lo ritiene opportuno, potrà attuare qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare o incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.), senza obbligo di sentenza.

Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza entro 30 giorni, come amichevole composizione, senza formalità di procedura: i risultati delle operazioni devono essere raccolti in un verbale in doppia copia, una per parte.

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 rifiuta di firmare il verbale: il rifiuto deve essere attestato dai medici nel verbale definitivo.

Ogni parte è tenuta a pagare le spese e le competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico.

Parte V

Disposizioni Generali

ARTICOLO 20

CONCLUSIONE DEL CONTRATTO E DECORRENZA DELLE CO- PERTURE ASSICURATIVE



Il Contratto è concluso nel momento in cui la Società riceve la Proposta di assicurazione sottoscritta dal Contraente per accettazione (in diritto, la conclusione del Contratto rappresenta il momento in cui le parti raggiungono un accordo).

Il Contratto decorre dalla Data di decorrenza indicata in Polizza, ha durata di un anno e si rinnova tacitamente a ogni scadenza, salvo disdetta. La parte che intende disdettare il Contratto deve comunicarlo almeno 30 giorni prima della scadenza tramite lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente. Eventuali termini di durata e disdetta differenti sono concordati per iscritto con la Compagnia e riportati in Polizza.

Quando inizia la copertura per gli Assicurati

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.

I sinistri intervenuti durante un periodo di sospensione, per mancato pagamento del premio, non verranno presi in carico dalla Compagnia.

ARTICOLO 21

PROCEDURA DI ASSUNZIONE DEL RISCHIO E TERMINI DI CARENZA

L'attivazione delle coperture assicurative prevede l'accertamento preventivo delle condizioni di salute dell'Assicurato, regolato in questo modo.

PROCEDURA DI ASSUNZIONE DEL RISCHIO

<p>Rischi provenienti da altre compagnie assicurative</p>	<p>Per rischi provenienti da altre compagnie e per categorie di assicurati superiori alle 10 unità, la Compagnia prevede un'assunzione diretta e in continuità degli Assicurati, previa consegna della polizza sottoscritta con la precedente compagnia assicurativa, secondo le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● laddove esistenti, saranno mantenute le limitazioni/esclusioni ad personam già applicate; ● sui nuovi ingressi o sulle maggiori somme assicurate, troveranno applicazione le regole previste per la procedura assuntiva per nuovi rischi di cui al paragrafo successivo del presente articolo
<p>Nuovi rischi NON provenienti da altre compagnie assicurative</p>	<p>In caso di assunzione di nuovi rischi che non provengano da altre compagnie assicurative e per categorie di assicurati inferiori alle 10 unità, la Compagnia si riserva il diritto di accettare l'assunzione in copertura dell'Assicurato alternativamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● dopo il 90° giorno successivo al momento in cui ha effetto il presente Contratto, o dopo il 90° giorno successivo alla data di inserimento di un nuovo Assicurato ● esclusivamente in seguito ad una preventiva valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, richiedendo a tal fine la compilazione del Questionario anamnestico. In tali casi l'attivazione della copertura è subordinata all'esito positivo della valutazione, in pendenza di tali accertamenti, il rischio non è in copertura.

Validità degli accertamenti sanitari

Gli accertamenti sanitari e gli esami effettuati in fase di valutazione delle condizioni di salute dell'Assicurato (il cui costo è a totale carico dell'Assicurato), sono di norma considerati validi dalla Compagnia per i futuri 5 anni dalla data della loro esecuzione, anche per valutare rischi diversi da quelli per i quali sono stati prodotti. La Compagnia può abbreviarne la validità a seguito di risultanze oggettive riguardanti modifiche dello stato di salute dell'Assicurato, dandone pronta comunicazione all'Assicurato.

Nel caso sia richiesta la compilazione di documentazione sullo stato di salute dell'Assicurato, il Contraente deve prendere atto di queste avvertenze e impegnarsi a sua volta a riferirle/comunicarle agli Assicurati:

- anche nei casi non previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare il proprio effettivo stato di salute: **il costo di tale visita rimane a suo carico.**
- prima di sottoscrivere il Questionario Anamnestico (se richiesto) l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni che vi sono riportate;
- eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del Rischio rese in sede di conclusione del Contratto possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle Prestazioni assicurate previste, nonché la cessazione stessa dell'Assicurazione.

La Compagnia può richiedere particolari documenti o ulteriori accertamenti sanitari in base alle caratteristiche e alla numerosità del gruppo di Assicurati e all'entità delle Somme assicurate.

Importante

Parte I	Parte II	Parte III	Parte IV	Parte V	Parte VI	Parte VII
Oggetto del Contratto e prestazioni assicurate	Prestazioni e Limiti di Indennizzo	Forma assicurativa e Premio di assicurazione	Gestione dei Sinistri	Disposizioni Generali	Informativa Privacy	Glossario

ARTICOLO 22 VARIAZIONI DI RISCHIO

Il Contraente ha l'obbligo di informare immediatamente la Compagnia di ogni variazione che possa modificare il Rischio oggetto di Assicurazione diverso dagli elementi di norma comunicati per la regolazione del Premio o l'inclusione degli Assicurati in copertura.

Se la variazione implica una diminuzione del Rischio, la Compagnia riduce in proporzione il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione fatta dalla Contraente come indicato nell'Articolo 1897 del Codice Civile, rinunciando al diritto di recesso.

Articolo 1898 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).

Articolo 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, come indicato all'Articolo 1898 del Codice Civile, **la Compagnia può recedere dall'Assicurazione** scrivendo al Contraente entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o è venuto a conoscenza dell'aggravamento del Rischio, salvo accordo tra le Parti che consente al Contratto di proseguire attraverso un apposito atto di variazione.

Cosa dice
la legge

ARTICOLO 23 AUMENTO DEI LIMITI DI INDENNIZZO

In caso di richiesta di aumento dei Limiti di Indennizzo, la Compagnia può applicare tassi di Premio diversi da quelli applicati per Limiti di Indennizzo inferiori.

ARTICOLO 24 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO E BUONA FEDE

Come previsto dagli Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, eventuali 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; se rese con dolo o colpa grave, causano l'annullamento del Contratto; se rese senza dolo o colpa grave, possono portare al recesso da parte della Compagnia.

L'omissione o l'errore in buona fede del Contraente, delle persone di cui deve rispondere a norma di legge, e dei suoi amministratori di una circostanza che aggrava il Rischio non pregiudica la validità dell'Assicurazione: il Contraente però sarà obbligato a pagare il maggior Premio in proporzione rispetto al maggior Rischio che si deve assumere la Compagnia, e ciò dal momento in cui si verifica la circostanza aggravante.

Articolo 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.

Cosa dice la legge

Articolo 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.

Articolo 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⁾

(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.

ARTICOLO 25

ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

I Contraente non è obbligato a denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Compagnie. Il Contraente deve però comunicare eventuali altre Assicurazioni stipulate con la Compagnia per gli stessi rischi e per gli stessi Assicurati indipendentemente dall'oggetto di tali assicurazioni.

In questo caso il Sinistro sarà liquidato sulla polizza più favorevole all'Assicurato.

ARTICOLO 26

ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali dell'Assicurazione sono a carico del Contraente.

ARTICOLO 27 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Il Contraente stipula questa Assicurazione per conto di altri: deve pertanto adempiere agli obblighi che ne derivano, salvo quelli che possono essere adempiuti solo dall'Assicurato.

ARTICOLO 28 FORMA DELLE COMUNICAZIONI – CLAUSOLA BROKER



Tutte le comunicazioni previste dal Contratto di assicurazione devono essere fatte/inviate per iscritto alla Compagnia o al Distributore al quale lo stesso è assegnato.

Ogni comunicazione tramite lettera raccomandata, fax, PEC o altro mezzo equivalente che il Contraente fa al Distributore è come se fosse fatta alla Compagnia; ogni comunicazione fatta dal Distributore alla Compagnia in nome e per conto del Contraente è come se fosse fatta dal Contraente stesso. Per la validità fa fede la data risultante da uno dei documenti indicati.

ARTICOLO 29 FORO COMPETENTE



Fatto salvo quanto previsto per le controversie di natura medica → [Art. 19](#), per la risoluzione di eventuali controversie sul 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 Decreto legislativo n. 206/2005 (Codice del Consumo).

In tutti gli altri casi, il foro competente è esclusivamente quello di Milano.

ARTICOLO 30 LEGGE APPLICABILE



Al Contratto si applica la legge italiana.

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

ARTICOLO 31 MODIFICHE CONTRATTUALI

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

- a) cambiamenti legislativi, regolamentari o giurisprudenziali che richiedono modifiche o integrazioni;
- b) cambiamenti fiscali che abbiano un impatto sul Contratto sulla Società o sul Contraente e che richiedono modifiche o integrazioni;
- c) cambiamenti nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro di categoria o nei regolamenti e/o accordi integrativi aziendali che richiedono modifiche o integrazioni.

Importante

La Compagnia può modificare i tassi di tariffa per l'anno successivo alla prima Data di scadenza del Contratto e alle scadenze successive inviando una comunicazione via PEC al Contraente 90 giorni prima dell'entrata in vigore dei nuovi tassi. Se i nuovi tassi di tariffa risultassero eccessivamente elevati rispetto a quelli precedenti, il Contraente può disdire il Contratto prima del suo rinnovo o recedere dallo stesso nei 30 giorni successivi alla ricezione della suddetta comunicazione.

ARTICOLO 32 DISDETTA E DIRITTO DI RECESSO

Il Contratto può essere disdetto da ciascuna delle Parti 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 Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente

ARTICOLO 33 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 (www.arbitroassicurativo.org).

Parte VI

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 della Società 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 I) 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 informarlo l'Interessato.

Il Titolare del trattamento
Elips Life Ltd

Parte VII

Glossario

Appendice	Il documento che viene emesso unitamente o in seguito alla Polizza per modificarne alcuni aspetti.
Assicurato	La persona fisica sulla cui vita viene stipulato il Contratto e che può coincidere o meno con il Beneficiario.
Assicurazione (o Contratto)	Il contratto di assicurazione collettiva sottoscritto dal Contraente per conto di una collettività di Assicurati, secondo il quale la Compagnia, a fronte del pagamento di un Premio, si impegna a pagare la Somma assicurata nel caso si verifichi l'evento assicurato.
Beneficiario	La persona fisica o giuridica che riceve la Somma assicurata prevista dal Contratto assicurativo al verificarsi dell'evento assicurato.
Carenza di copertura	L'arco temporale che intercorre tra la Data di inclusione e l'effettiva decorrenza delle garanzie in essa contenute. La Compagnia non è tenuta a pagare i Sinistri accaduti all'Assicurato durante questo arco di tempo, anche se indennizzabili.
Compagnia	La compagnia di assicurazione Elips Life Ltd Sede Secondaria italiana, con la quale il Contraente stipula il Contratto di assicurazione.
Condizioni di Assicurazione	Insieme delle clausole che disciplinano il Contratto di assicurazione in tutti i suoi aspetti e che possono essere eventualmente integrate dalle Condizioni speciali riportate nella Proposta di assicurazione.
Condizione Preesistente o sopravvenuta	Qualsiasi malattia o affezione diagnosticata, trattata o per la quale sia stato consultato un medico prima o dopo la Data di inclusione nell'Assicurazione. La malattia o l'affezione si ritiene insorta quando vi siano stati accertamento, Diagnosi o trattamento o quando la manifestazione dei suoi segni o sintomi indurrebbe una persona prudente a richiedere una Diagnosi, assistenza o trattamento.
Condizioni speciali	Insieme delle clausole predisposte dalla Compagnia per disciplinare eventuali aspetti particolari del Contratto. Le Condizioni speciali sono riportate nella Polizza e prevalgono sulle Condizioni di Assicurazione.
Contraente	Fondo Vis – Vita in Salute, con sede legale in Corso Indipendenza, 6 - 20129 Milano, associazione senza fini di lucro costituita con la finalità di assicurare, in via diretta o mediata, ai soggetti che ad essa fanno a diverso titolo riferimento, prestazioni di assistenza sanitaria integrativa, variamente articolate, nonché coperture di Long Terme Care, temporanee caso morte, infortuni professionali ed extra professionali.
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, riportato nella Polizza o nelle sue Appendici, in cui il singolo Assicurato viene messo in copertura. Per ciascun Assicurato la Data di inclusione rappresenta l'inizio del Periodo di assicurazione.

Datore di lavoro 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 a un fondo assistenziale o a una cassa Contraente dell'Assicurazione.

Diagnosi La diagnosi conclusiva di un medico specialista abilitato redatta sulla base di specifiche evidenze indicate nella definizione dell'affezione fornita nell'Assicurazione; oppure, in assenza di evidenze specifiche, sulla base di evidenze radiologiche, cliniche, istologiche o di laboratorio che la Compagnia ritiene accettabili. La diagnosi deve essere sostenuta da medico incaricato dalla Compagnia, che potrà fondare il suo parere sulle evidenze mediche presentate dall'Assicurato e/o su qualsiasi evidenza aggiuntiva che potrà richiedere successivamente.

Distributore o Intermediario Il soggetto che interviene nel rapporto contrattuale di assicurazione tra il Contraente e la Compagnia e che esercita, a titolo oneroso, attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione. Si occupa degli atti relativi tali contratti, presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività.

Evento assicurato È l'evento futuro ed incerto che potrebbe rivelarsi economicamente sfavorevole per l'Assicurato, provocando conseguenze dannose (assicurazioni contro i danni) o relative alla vita umana (assicurazioni sulla vita). Al suo verificarsi (Sinistro) scatta l'obbligo per la Compagnia di corrispondere la prestazione.

Franchigia Parte prestabilita del danno liquidabile che, in caso di Sinistro, rimane a carico dell'Assicurato e per la quale, quindi, la Compagnia non riconosce l'Indennizzo. La Franchigia può essere espressa in giorni, in cifra o in percentuale.

Indennizzo La somma effettiva che la Compagnia corrisponde al verificarsi del Sinistro.

Infortunio L'evento improvviso dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che colpisce l'Assicurato e che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Invalità permanente L'incapacità fisica definitiva e irrimediabile dell'Assicurato a svolgere, in tutto o in parte, un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla professione esercitata.

Malattia Ogni alterazione dello stato di salute dell'Assicurato, clinicamente e obiettivamente constatabile, non dipendente da Infortunio.

Malattie/condizioni menomative coesistenti Malattie od Invalità presenti nel soggetto, che non determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla Invalità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo funzionali diversi.

Malattie/condizioni menomative concorrenti Malattie od Invalità presenti nel soggetto, che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla Invalità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo funzionale.

Malformazione e Difetto fisico Alterazione organica congenita acquisita durante lo sviluppo fisiologico.

Manifestazione	Sintomi soggettivi e/o segni oggettivi della malattia che abbiano indotto l'Assicurato a sottoporsi ad esami, accertamenti o cure per verificare il suo quadro clinico.
Massimale o Limite di indennizzo	L'importo massimo che la Compagnia rimborsa per uno o più Sinistri occorsi per ciascuna specifica garanzia durante un Periodo di assicurazione.
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.
Polizza	Il documento rilasciato dalla Compagnia che attesta l'esistenza del Contratto di assicurazione e ne conferma le principali caratteristiche dell'Assicurazione.
Premio	È la somma che il Contraente deve pagare alla Compagnia a date contrattualmente fissate. Si considera riferito al singolo anno ed è sempre dovuto per intero anche se frazionato in rate.
Proposta di assicurazione	L'offerta rilasciata dalla Compagnia che riassume le principali caratteristiche e condizioni del Contratto. Include le Condizioni speciali.
Questionario sanitario	Il documento, facente parte integrante della polizza, che descrive lo stato di salute dell'Assicurato.
Rischio	La probabilità che si verifichi l'Evento assicurato.
Sinistro	Il verificarsi dell'Evento assicurato coperto dall'Assicurazione.
Somma assicurata	Il capitale che la Compagnia paga al Beneficiario al verificarsi dell'evento assicurato.
Sottolimito	L'importo, espresso in percentuale o in cifra assoluta, che è parte del massimale e rappresenta l'esborso massimo della Compagnia e in relazione alla singola copertura per cui può essere previsto.
Stato di Rischio	Il documento che contiene le categorie o le anagrafiche degli Assicurati coperti.
Territorio italiano	Il territorio della Repubblica italiana, compreso lo Stato della Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino.



Allegato

Importante da sapere

(1) DOCUMENTI DI IDENTITÀ/RICONOSCIMENTO

Documenti considerati validi

- Carta d'identità (anche elettronica)
- Passaporto
- Patente di guida
- Patente nautica
- Libretto di pensione
- Patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici
- Porto d'armi
- Tessere di riconoscimento, purché munite di fotografia e di timbro o di altra segnatura equivalente, rilasciate da un'amministrazione dello Stato.

Casi particolari

- **Soggetti extracomunitari:** passaporto, permesso di soggiorno o titolo di viaggio per stranieri rilasciato dalla Questura.
- **Minori:** carta di identità, passaporto, certificato di nascita o provvedimento del giudice tutelare. L'identificazione può essere svolta anche a mezzo di una foto autenticata riportante gli estremi dell'atto di nascita.
- **Nascituri e concepiti:** l'identificazione è effettuata nei confronti del rappresentante legale.

Normativa di riferimento artt. 1 E 35 d.P.R. N. 445/2000

Allegato 1

Percentuali in base alle quali viene calcolato sulla Somma assicurata l'indennizzo liquidato dalla Compagnia seguenti, con una franchigia del 24%:

Percentuale di Invaldit� Permanente	Percentuale sulla Somma Assicurata	Percentuale di Invaldit� Permanente	Percentuale sulla Somma Assicurata
0-24%	0%	46%	46%
25%	5%	47%	47%
26%	8%	48%	48%
27%	11%	49%	49%
28%	14%	50%	50%
29%	17%	51%	51%
30%	20%	52%	52%
31%	23%	53%	53%
32%	26%	54%	54%
33%	29%	55%	55%
34%	32%	56%	59%
35%	35%	57%	63%
36%	36%	58%	67%
37%	37%	59%	71%
38%	38%	60%	75%
39%	39%	61%	79%
40%	40%	62%	83%
41%	41%	63%	87%
42%	42%	64%	91%
43%	43%	65%	95%
44%	44%	66%	100%
45%	45%	> 66%	100%

Allegato 2

Informativa sul diritto all'oblio oncologico

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

Il "Diritto all'oblio oncologico" è il diritto

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

Cosa si intende per "trattamento attivo"?

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

Dalla data dell'ultimo trattamento attivo effettuato, in mancanza di recidive, decorre il termine per maturare il diritto all'oblio oncologico.

Oltre al termine generale previsto, pari a 10 anni (ridotto a 5 anni se la patologia oncologica è insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età), il Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 (G.U. n. 96 del 24/4/2024) ha introdotto termini ridotti e differenziati in base al tipo di patologia oncologica da cui il soggetto è stato affetto, come riportato nella tabella sottostante:

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



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

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

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

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



www.elipslife.it