

# Vita Plus FABI

## Assicurazione collettiva decesso e invalidità totale e permanente

---

Set Informativo composto di:

- **DIP Vita**
- **DIP Aggiuntivo Vita**
- **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.

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](mailto:elipslife@pec.elipslife.com)

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

R.E.A.: MI – 2126819

**Sede legale:** Industriestrasse 56, 9491 Ruggell (LI) –

RI: FL-0002.304.360-5, Vaduz

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

Società con socio unico.

Soggetta a direzione e coordinamento di

Swiss Life International Holding AG.

# Assicurazione collettiva in caso di decesso e invalidità permanente in forma di temporanea di gruppo

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



Prodotto: "Vita Plus FABI"

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

**Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.**

## Che tipo di assicurazione è?

Questa assicurazione collettiva di puro rischio è destinata agli iscritti in via ordinaria a FABI (Federazione Autonoma Bancari Italiani) ed ai Familiari, purché maggiorenni e domiciliati all'interno del Territorio italiano, e copre il decesso da ogni causa e l'invalidità totale e permanente da ogni causa.



## Che cosa è assicurato? Quali sono le prestazioni?

- **Decesso da ogni causa degli Assicurati:** pagamento della Somma assicurata in forma di capitale
- **Invalidità totale permanente da ogni causa (malattia o infortunio) degli Assicurati:** pagamento della Somma assicurata in forma di capitale
- La prestazione è pagata al Beneficiario in un'unica soluzione



## Che cosa NON è assicurato?

Sono sempre esclusi dalla copertura i casi di decesso e di invalidità totale e permanente causati direttamente, indirettamente o parzialmente da:

- Dolo del Beneficiario;
- Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- Partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la copertura può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal Ministero competente. Il rischio guerra si intende escluso, anche se l'Assicurato non vi ha preso parte attiva, nei casi di seguito indicati:
  - l'Assicurato si trova già nel territorio dell'accadimento e il Sinistro si verifica dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità/guerra;
  - è presente una situazione di guerra e similari nel paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato;
- Incidente di volo, se l'Assicurato sia come militare sia come civile viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- Malattie preesistenti già conosciute, diagnosticate e/o che abbiano dato origine a cure mediche, esami clinici (strumentali o di laboratorio) o visite prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione, nonché le relative complicanze, conseguenze e/o recidive. La presente esclusione non si considera operante qualora la condizione patologica preesistente rientri tra le casistiche oggetto di applicazione della Legge 7 dicembre 2023, n. 193, e dei relativi provvedimenti attuativi tempo per tempo vigenti;
- stati invalidanti, Infortuni accaduti prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione, nonché i relativi postumi.



## Ci sono limiti di copertura?

- L'Assicurazione è valida per tutti gli Assicurati, che alla Data di inclusione abbiano compiuto 18 (diciotto) anni di Età Assicurativa e non abbiano ancora compiuto 75 (settantacinque) anni di Età Assicurativa.
- Limiti territoriali:

- solo per Assicurati residenti/abituamente domiciliati nel Territorio italiano;
- la Compagnia non sarà tenuta a prestare coperture assicurative, che possano esporre la stessa Compagnia a qualsiasi sanzione, proibizione o restrizione internazionale o di qualunque paese dove la Compagnia ha una propria sede secondaria o una presenza permanente
- L'Assicurazione è estesa anche al Sinistro che, in conseguenza di un unico evento accidentale, colpisca più Aderenti per un importo massimo di EUR 10.000.000 (dieci milioni).



### Dove vale la copertura?

L'Assicurazione ha validità nel mondo intero.



### Che obblighi ho?

- Il Contraente deve comunicare tempestivamente alla Compagnia eventuali modifiche riguardanti il profilo degli Assicurati (ad esempio es. modifiche inerenti lo status occupazionale) intervenute in corso di Contratto.
- Decesso: Entro 30 (trenta) giorni dal decesso il Beneficiario dovrà contattare la Compagnia e produrre i documenti di seguito elencati, atti a comprovare l'intervenuto decesso, necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto. Restano comunque fermi i termini di prescrizione previsti dalla normativa tempo per tempo vigente.  
I documenti da consegnare SEMPRE sono:
  - Denuncia di sinistro sottoscritta da ciascun Beneficiario (allegare documento di identità e codice fiscale del firmatario);
  - Certificato di morte dell'Assicurato, rilasciato dal comune di residenza dell'Assicurato;
  - Modulo ISTAT "Scheda di morte" attestante la causa del decesso dell'Assicurato emesso dalle (A)USL (e in alcuni casi anche dal Comune di Residenza) o, in alternativa, certificato medico attestante la causa del decesso;
  - Copia della tessera associativa FABI (in caso di Familiare, è necessaria copia dell'iscritto titolare).
- Invalidità totale permanente: entro 30 (trenta) giorni da quando entra in possesso del verbale di accertamento dello stato di invalidità totale permanente dell'Assicurato emesso dall'INPS o dall'INAIL, il Beneficiario deve denunciare il Sinistro. Restano comunque fermi i termini di prescrizione previsti dalla normativa tempo per tempo vigente  
I documenti da consegnare SEMPRE sono:
  - Denuncia di sinistro sottoscritta dal Beneficiario (allegare documento di identità e codice fiscale del firmatario);
  - Copia di un documento di identità e del codice fiscale in corso di validità dell'Assicurato;
  - Copia della tessera associativa FABI (in caso di Familiare, è necessaria copia dell'iscritto titolare);
  - Copia del verbale di accertamento dello stato d'invalidità totale e permanente dell'Assicurato emesso dall'INPS o dall'INAIL, corredato da QR Code ben leggibile, dal quale si evinca l'esonero da future visite di revisione (certificato non rivedibile);
  - Certificato dettagliato, del medico curante dell'Assicurato, sulle cause e sul decorso della malattia o lesione che hanno causato l'invalidità, unitamente a copia di cartelle cliniche relative a ricoveri.
- Eventuale ulteriore documentazione necessaria alla valutazione del sinistro, compatibile con le disposizioni di legge, verrà richiesta a seconda della specifica situazione.



### Quando e come devo pagare?

L'Aderente deve pagare il Premio con bonifico bancario alla Compagnia per il tramite del Broker. Se il Contraente non paga il Premio, la copertura assicurativa resta sospesa.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il Contratto decorre a partire dalla Data di decorrenza indicata in Polizza, ha durata di un anno e si rinnova tacitamente ad ogni scadenza, salvo disdetta. Qualora la decorrenza della copertura assicurativa sia successiva al 1° gennaio, il Premio dovuto è determinato in misura proporzionale alla durata effettiva della copertura, con riferimento al periodo intercorrente tra la data di decorrenza e il 31 dicembre dell'anno assicurativo di riferimento.



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

L'Aderente 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.

Alla scadenza annuale il contratto si rinnoverà tacitamente, e così successivamente di anno in anno, salvo in caso di disdetta scritta alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza annuale, ovvero dandone comunicazione al Broker secondo i tempi e le modalità dallo stesso stabilite.



Sono previsti riscatti o riduzioni?  SI  NO

# Assicurazione collettiva in caso di decesso e invalidità permanente in forma di temporanea di gruppo

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



Prodotto: "Vita Plus FABI"

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 vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita), 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](http://www.elipslife.com); e-mail: [contatto.it@elipslife.com](mailto:contatto.it@elipslife.com); PEC: [elipslife@pec.elipslife.com](mailto:elipslife@pec.elipslife.com).

Elips Life Ltd è soggetta a direzione e coordinamento di Swiss Life International Holding AG ed 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 NON è assicurato?

#### Rischi esclusi

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



### Ci sono limiti di copertura?

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



### A chi è rivolto questo prodotto?

È una polizza collettiva destinata agli iscritti in via ordinaria a FABI (Federazione Autonoma Bancari Italiani) ed ai Familiari, purché maggiorenni e domiciliati all'interno del Territorio italiano.

Questa assicurazione è una collettiva di puro rischio e copre il decesso da ogni causa e l'invalidità totale e permanente da ogni causa.



## Quali costi devo sostenere?

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

### - costi gravanti sul Premio

La Compagnia calcola il Premio annuale dovuto sulla base dell'Anagrafica ricevuta, senza aggiungere spese di emissione e oneri di frazionamento. Per ciascun Assicurato, il Premio è calcolato in funzione della Somma assicurata. Il costo di gestione applicato sul prodotto è pari al 17% ed è riferito al costo previsto nel caricamento di tariffa.

### - costi di intermediazione

La commissione mediamente percepita dagli intermediari per questo prodotto è pari al 20% ed è riferita ai costi previsti nel caricamento di tariffa. Non tiene conto di eventuali riepilogo e partecipazione agli utili.

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<b>All'impresa assicuratrice</b>	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: <a href="mailto:reclami@pec.elipslife.com">reclami@pec.elipslife.com</a> 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.
<b>All'IVASS</b>	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a> . Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a> .  <b>Reclami all'autorità del Liechtenstein</b> I reclami possono anche essere indirizzati all'Autorità di Vigilanza del Paese di origine della Compagnia (Liechtenstein): <b>Financial Market Authority (FMA) del Liechtenstein</b> Landstrasse 109, Postfach 279 9490 Vaduz, Liechtenstein Telefono +423 236 7373 - Fax +423 236 7374 - Email: <a href="mailto:info@fma-li.li">info@fma-li.li</a> Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo è sempre possibile adire all'Autorità Giudiziaria.

### PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):

<b>Arbitro Assicurativo</b>  <b>OPPURE</b>  <b>diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET</b>	Presentando ricorso:  all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso ( <a href="http://www.arbitroassicurativo.org">www.arbitroassicurativo.org</a> ), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile  oppure  al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui 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.
<b>Mediazione</b>	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> (Legge 9/8/2013, n. 98).
<b>Negoziazione assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	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: <a href="http://www.ec.europa.eu/fin-net">http://www.ec.europa.eu/fin-net</a> ) o all'IVASS, che provvede all'inoltro al sistema, dandone notizia al soggetto che ha aperto il reclamo.

## REGIME FISCALE

<b>Trattamento fiscale applicabile al contratto</b>	<b>Imposta sui Premi:</b> I Premi delle coperture assicurative oggetto di questa Assicurazione non sono soggetti a imposta fiscale.  <b>Tassazione delle Somme assicurate:</b> le Somme assicurate, corrisposte dalla copertura assicurativa, sono esenti da IRPEF e da imposta sulle successioni.  I premi per la copertura del rischio Morte, Invalidità Permanente non inferiore al 5% danno diritto ad una detrazione dall'imposta sul reddito dichiarato ai fini IRPEF secondo quanto previsto dal D.P.R. n. 917/86, e successive modifiche e integrazioni. Se solo una parte del premio pagato per l'assicurazione è destinata alla copertura dei rischi sopra indicati, il diritto alla detrazione spetta esclusivamente per questa parte.
---	---

<b>Cosa è il diritto all'oblio oncologico?</b>	
<b>Diritto all'oblio oncologico</b>	<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.</p> <p>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 <a href="https://www.elipslife.com/en/ita/Diritto-Oblio-Oncologico">https://www.elipslife.com/en/ita/Diritto-Oblio-Oncologico</a>.</p>
<b>Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico</b>	<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>
<b>Effetti dell'oblio oncologico per le imprese</b>	<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.</p> <p>Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.</p>

# Indice

## “Vita Plus FABI”

Condizioni di assicurazione che regolano l’assicurazione collettiva ad adesione individuale in caso di decesso e di invalidità totale e permanente

<b>Parte I – Oggetto del contratto e prestazioni assicurate.....</b>	<b>1</b>
Art. 1 – Oggetto.....	1
Art. 2 – Assicurati. Chi sono le persone assicurate.....	1
Art. 3 – Beneficiari.....	1
Art. 4 - Limiti di età .....	1
Art. 5 – Suicidio.....	2
Art. 6 – Esclusioni. Cosa non è coperto dal Contratto.....	2
Art. 7 – Sinistro che colpisca più Assicurati: i massimali previsti .....	2
<b>Parte II - Conclusione e durata del Contratto, decorrenza delle garanzie assicurative .....</b>	<b>3</b>
Art. 8 – Conclusione del Contratto e durata della garanzia assicurativa.....	3
Art. 9 – Documentazione sanitaria: accertamenti e dichiarazioni degli Assicurati .....	3
Art. 10 – Cessazione della Polizza .....	5
<b>Parte III – Il pagamento del Premio.....</b>	<b>5</b>
Art. 11 – Premi di assicurazione .....	5
Art. 12 – Pagamento dei premi e risoluzione del contratto.....	5
<b>Parte IV – La gestione dei sinistri.....</b>	<b>6</b>
Art. 13 – Denuncia, accertamento e liquidazione del Sinistro	6
Art. 14 – Procedura di trasmissione della denuncia di Sinistro .....	7
<b>Parte V – Disposizioni Generali .....</b>	<b>8</b>
Art. 15 – Foro competente e controversie di natura medica relative alla copertura invalidità totale e permanente .	8
Art. 16 – Legge applicabile .....	8
Art. 17 – Modifiche contrattuali .....	8
Art. 18 – Modalità di consegna della documentazione informativa .....	8
Art. 19 – Disdetta e diritto di recesso .....	9
Art. 20 – Reclami.....	9
<b>Parte VI – Informativa Privacy .....</b>	<b>10</b>
<b>Parte VII – Glossario.....</b>	<b>14</b>
<b>Allegato: Tassi.....</b>	<b>16</b>

Il presente contratto descrive nel dettaglio le modalità di Adesione alla Polizza collettiva sottoscritta da AON ADVISORY AND SOLUTIONS S.R.L. (in seguito AON ADVISORY) in qualità di Contraente, i soggetti che possono aderirvi e le coperture a cui il soggetto Aderente accede, incluse le esclusioni e limitazioni applicabili.

## Parte I – Oggetto del contratto e prestazioni assicurate

### Art. 1 – Oggetto

Sulla base delle presenti Condizioni di assicurazione, e ferme comunque restando le cause di esclusione, le condizioni di assicurabilità e le Somme Assicurate previste, l'Adesione alla Polizza collettiva prevede, in caso di decesso o di invalidità totale e permanente dell'Assicurato, la liquidazione in un'unica soluzione della Somma assicurata al Beneficiario (così come definito al successivo art. 3) a condizione che l'Aderente sia stato incluso in Assicurazione e che il relativo Premio sia stato regolarmente versato. L'importo della Somma assicurata è quello selezionato dall'Aderente nel Modulo di Adesione.

Più in dettaglio le Coperture sono:

#### Garanzia decesso

Fatti salvi i casi di esclusione di cui all'art. 6 delle presenti Condizioni di Assicurazione, il rischio di decesso è coperto qualunque possa esserne la causa.

#### Garanzia invalidità totale e permanente

L'Invalidità dell'Assicurato è determinata dalla riduzione permanente, per infermità o difetto fisico o mentale sopravvenuti, comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile, della capacità di lavoro dello stesso in occupazioni confacenti alle proprie attitudini, a meno di un terzo del normale.

Sono, altresì, esclusi dall'assicurazione, per il solo caso di invalidità totale e permanente, i soggetti che, al momento dell'ingresso in assicurazione, abbiano un'invalidità totale e permanente riconosciuta o abbiano già in corso pratiche per il riconoscimento dell'invalidità presso l'Ente Obbligatorio di Previdenza o Assistenza e queste si concludano con esito positivo.

### Art. 2 – Assicurati. Chi sono le persone assicurate

L'Adesione alla Polizza collettiva può essere richiesta da tutti gli iscritti in via ordinaria a FABI (Federazione Autonoma Bancari Italiani) e dai Familiari, purché maggiorenni e domiciliati all'interno del Territorio italiano. Nel caso in cui l'Assicurato trasferisca il proprio domicilio al di fuori del Territorio italiano durante il Periodo di assicurazione, ha l'obbligo di comunicarlo alla Compagnia entro e non oltre 30 (trenta) giorni. Ricevuta tale comunicazione, la Compagnia si riserva il diritto di valutare la prosecuzione delle coperture e/o di proporre eventuali diverse condizioni in termini di premio ed esclusioni.

L'Adesione può prevedere un preventivo accertamento delle condizioni di salute dell'Aderente, ai sensi di quanto precisato all'art. 9 delle presenti Condizioni di assicurazione.

### Art. 3 – Beneficiari

Beneficiario delle Prestazioni assicurate è:

- in caso di invalidità totale e permanente, l'Aderente stesso;
- in caso di decesso, gli eredi legittimi e testamentari oppure i diversi beneficiari dallo stesso designati.

### Art. 4 - Limiti di età

L'Assicurazione è valida per tutti gli Assicurati, che alla Data di inclusione abbiano compiuto 18 (diciotto) anni di Età Assicurativa e non abbiano ancora compiuto 75 (settantacinque) anni di Età Assicurativa.

Qualora un Assicurato compia l'80° anno di età durante l'Anno Assicurativo, l'Assicurazione mantiene la sua validità fino alla prima scadenza annuale immediatamente successiva al raggiungimento di tale età.

## AVVERTENZA

**Superati i limiti di età sopra indicati, la copertura cessa e non potrà essere rinnovata.**

### Art. 5 – Suicidio

In deroga a quanto previsto dall'articolo 1927 del Codice Civile, l'Assicurazione copre anche il caso di suicidio dell'Assicurato avvenuto prima che siano trascorsi 2 (due) anni dalla Data di attivazione nell'Assicurazione.

#### **Art. 1927 Codice Civile - Suicidio dell'assicurato**

- 1. In caso di suicidio dell'assicurato, avvenuto prima che siano decorsi due anni dalla stipulazione del contratto, l'assicuratore non è tenuto al pagamento delle somme assicurate, salvo patto contrario.*
- 2. L'assicuratore non è nemmeno obbligato se, essendovi stata sospensione del contratto per mancato pagamento dei premi [1901, 1924], non sono decorsi due anni dal giorno in cui la sospensione è cessata.*

### Art. 6 – Esclusioni. Cosa non è coperto dal Contratto

Sono sempre esclusi dalla copertura i casi di decesso e di invalidità totale e permanente causati direttamente, indirettamente o parzialmente da:

- Dolo del Beneficiario;
- Partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- Partecipazione attiva dell'Assicurato a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato Italiano; in questo caso la copertura può essere prestata, su richiesta del Contraente, alle condizioni stabilite dal Ministero competente. Il rischio guerra si intende escluso, anche se l'Assicurato non vi ha preso parte attiva, nei casi di seguito indicati :
  - l'Assicurato si trova già nel territorio dell'accadimento e il Sinistro si verifica dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità/guerra;
  - è presente una situazione di guerra e similari nel paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato;
- Incidente di volo, se l'Assicurato sia come militare sia come civile viaggia a bordo di un aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- Trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.)
- Malattie preesistenti già conosciute, diagnosticate e/o che abbiano dato origine a cure mediche, esami clinici (strumentali o di laboratorio) o visite prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione, nonché le relative complicanze, conseguenze e/o recidive. La presente esclusione non si considera operante qualora la condizione patologica preesistente rientri tra le casistiche oggetto di applicazione della Legge 7 dicembre 2023, n. 193, e dei relativi provvedimenti attuativi tempo per tempo vigenti;
- stati invalidanti, Infortuni accaduti prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione, nonché i relativi postumi.

**In tutti i casi in cui intervenga un'esclusione, la Compagnia non corrisponderà alcuna Somma Assicurata e restituirà al Contraente un importo pari al rateo di Premio relativo al Periodo di assicurazione non goduto, al netto degli eventuali costi accessori riportati nella Polizza.**

### Art. 7 – Sinistro che colpisca più Assicurati: i massimali previsti

L'Assicurazione è estesa anche al Sinistro che, in conseguenza di un unico evento accidentale, colpisca più Aderenti per un importo massimo di EUR 10.000.000 (dieci milioni).

**Se le Somme Assicurate complessivamente dovute eccedessero tali massimali, la Compagnia procederà alla loro riduzione proporzionale. Detto importo verrà suddiviso in relazione al numero degli Assicurati colpiti dal sinistro e alla rispettiva Somma Assicurata.**

## Parte II - Conclusione e durata del Contratto, decorrenza delle garanzie assicurative

### Art. 8 – Conclusione del Contratto e durata della garanzia assicurativa

La Polizza ha durata annuale. E' richiesta la sottoscrizione e l'invio del Modulo di Adesione. Si perfeziona con il pagamento del Premio dovuto dall'Aderente, versato per il tramite del Contraente, ed ha effetto dalle ore 00:00 della Data di attivazione riportata nel Certificato di polizza emesso dalla Compagnia.

Successivamente l'Adesione si intenderà tacitamente rinnovata, a condizione che, alla data del rinnovo, siano ancora soddisfatti i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 2 ed il Premio corrispondente risulti pagato, salva disdetta da esercitarsi secondo i termini e le modalità indicate all'art. 11.

L'Aderente è tenuto al versamento del Premio per il tramite del Contraente.

Le modalità e i termini di pagamento del Premio sono disciplinati nella Convenzione Collettiva stipulata tra il Contraente e la Compagnia.

Qualora la decorrenza della copertura assicurativa sia successiva al 1° gennaio, il Premio dovuto è determinato in misura proporzionale alla durata effettiva della copertura, con riferimento al periodo intercorrente tra la data di decorrenza e il 31 dicembre dell'anno assicurativo di riferimento.

**In caso di mancato pagamento del Premio entro i suddetti termini, l'Adesione e le relative garanzie restano sospese dalle ore 00:00 del giorno successivo a quello di scadenza dei termini di pagamento e si (ri)attivano dalle ore 24:00 del giorno di corretto accredito del Premio, ferme le successive scadenze.**

**I Sinistri intervenuti durante un periodo di sospensione per mancato pagamento del Premio non verranno presi in carico dalla Compagnia né quindi verranno indennizzati.**

**A giustificazione del mancato pagamento del premio, l'Aderente non può, in nessun caso, opporre che la Compagnia non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.**

**Rispetto a ciascuna scadenza annuale (rinnovo di polizza), la Compagnia concede all'Aderente un termine di tolleranza di 15 giorni, trascorso il quale la copertura resta sospesa dalle ore 24:00. La copertura si (ri)attiva dalle ore 24:00 del giorno di corretto accredito del Premio, ferme le successive scadenze.**

**I Sinistri intervenuti durante un periodo di sospensione per mancato pagamento del Premio non verranno presi in carico dalla Compagnia né quindi verranno indennizzati.**

**Trascorsi 6 mesi la copertura si chiude di diritto.**

### Art. 9 – Documentazione sanitaria: accertamenti e dichiarazioni degli Assicurati

L'assunzione dei rischi alla Polizza collettiva avviene previa sottoscrizione da parte dell'Aderente dei seguenti moduli:

- a) Modulo di adesione (ai sensi dell'art. 1919, comma 2 del Codice Civile)
- b) Modulo di Dichiarazione di Buono Stato di Salute.

Qualora l'Aderente

- scelga un capitale superiore a EUR 250.000, oppure
- non sia in grado di sottoscrivere la Dichiarazione di Buono Stato di Salute, oppure
- aumenti il capitale fino ad importi cumulativi superiori a EUR 250.000 (inteso quale somma complessiva degli importi assicurati)

dovrà fornire alla Compagnia, per il tramite del Contraente, il Questionario anamnestico fornito dalla Compagnia debitamente sottoscritto.

**Art. 1919 Codice Civile - Assicurazione sulla vita propria o di un terzo.**

**1. L'assicurazione può essere stipulata sulla vita propria o su quella di un terzo.**

2. L'assicurazione contratta per il caso di morte di un terzo non è valida se questi o il suo legale rappresentante non dà il consenso alla conclusione del contratto. Il consenso deve essere provato per iscritto.

Esaminata la documentazione, la Compagnia potrà:

- richiedere ulteriore documentazione sanitaria integrativa;
- proporre particolari condizioni di accettazione;
- accettare la messa in copertura per la Somma assicurata richiesta;
- rifiutare la messa in copertura per la Somma assicurata richiesta.

In difetto di presentazione della documentazione richiesta entro il termine di 90 (novanta) giorni, non potrà essere accordata alcuna copertura assicurativa o incrementi della Somma assicurata ad una già esistente.

In caso di accettazione della messa in copertura per la Somma assicurata richiesta, essa avrà effetto dalla Data di attivazione indicata nel Certificato di polizza e la Compagnia provvederà a calcolare e a comunicare all'Aderente il relativo Premio (con evidenza del Sovrappremio) dovuto e/o l'assunzione del rischio con delle limitazioni/esclusioni ad personam. L'Aderente avrà a disposizione 20 (venti) giorni dalla data di ricevimento della comunicazione suddetta per manifestare il proprio assenso o diniego all'Adesione e pagare il relativo Premio. La mancata risposta da parte dell'Aderente entro il termine di cui sopra equivarrà a diniego.

Gli accertamenti sanitari e gli esami effettuati ai sensi di uno degli articoli precedenti, il cui onere resta a totale carico dell'Aderente, verranno di norma considerati validi per 10 (dieci) anni, a decorrere dalla data della loro esecuzione, anche per la valutazione di rischi diversi da quelli per i quali sono stati prodotti. La Compagnia si riserva il diritto di abbreviare tale periodo di validità, a seguito di risultanze oggettive derivanti dallo stato di salute dell'Aderente, dandone pronta comunicazione.

In relazione alle prestazioni previste dalla presente Polizza, qualora sia richiesta la compilazione di documentazione concernente lo stato di salute dell'Assicurato, l'Assicurato prende atto delle seguenti

## AVVERTENZE

- a) eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del Contratto di assicurazione possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle Prestazioni assicurate previste, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione. Restano in ogni caso ferme le disposizioni di cui alla Legge 7 dicembre 2023, n. 193, in materia di Diritto all'Oblío Oncologico;**
- b) prima della sottoscrizione del Questionario anamnestico (ove richiesto) l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni ivi riportate;**
- c) anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.**

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

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

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

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

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere particolari documenti o ulteriori accertamenti sanitari, nei casi sopra esplicitati.

#### **Art. 10 – Cessazione della Polizza**

L'Adesione alla Polizza collettiva cessa:

- in caso di risoluzione, per qualsivoglia motivo, dell'iscrizione dell'Aderente/Assicurato a FABI, nel qual caso le coperture cesseranno alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso senza possibilità di rinnovo (tacito o espresso);
- in caso di decesso dell'Assicurato;
- in caso di invalidità totale e permanente dell'Assicurato come definita all'art. 1;
- in caso di superamento dei limiti di età, nel qual caso le coperture cesseranno alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso senza possibilità di rinnovo (tacito o espresso);
- in caso di disdetta ai sensi dell'art. 19;
- in caso di cessazione della Convenzione Collettiva: in questo caso, le coperture cesseranno alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso senza possibilità di rinnovo (tacito o espresso).

## **Parte III – Il pagamento del Premio**

#### **Art. 11 – Premi di assicurazione**

Il Premio dovuto dall'Aderente è determinato secondo i tassi riportati nella Convenzione Collettiva sottoscritta dal Contraente.

I tassi di tariffa sono espressi in millesimi (i.e., premio in Euro per mille Euro di Somma assicurata) e variano in funzione dell'Età assicurativa dell'Assicurato alla Data di attivazione.

Per ciascun Assicurato, il Premio è calcolato di anno in anno sulla base del corrispondente tasso di tariffa applicabile in relazione all'età rilevante, moltiplicato per la Somma assicurata.

#### **Art. 12 – Pagamento dei premi e risoluzione del contratto**

Il Premio è sempre determinato per Periodi di assicurazione di un anno ed è interamente dovuto.

Il Premio è versato dal Contraente per conto degli Aderenti tramite bonifico bancario all'Intermediario, secondo le modalità ed entro i termini indicati nella Convenzione Collettiva.

Laddove la Compagnia abbia richiesto il pagamento di un Sovrappremio all'esito delle valutazioni di cui all'art. 9, il pagamento dello stesso dovrà avvenire entro 70 (settanta) giorni dalla data di emissione del Certificato di polizza.

**In caso di mancato pagamento del Premio entro i suddetti termini, l'Adesione e le relative coperture restano sospese dalle ore 00:00 del giorno successivo a quello di scadenza dei termini di pagamento e si (ri)attivano dalle ore 24:00 del giorno di corretto accredito del Premio, ferme le successive scadenze.**

**I Sinistri intervenuti durante un periodo di sospensione per mancato pagamento del Premio non verranno presi in carico dalla Compagnia.**

In caso di mancato pagamento del Premio per oltre 6 (sei) mesi dalla scadenza la Compagnia ha il diritto di dichiarare, con lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente, la risoluzione del Contratto di assicurazione.

## Parte IV – La gestione dei sinistri

### Art. 13 – Denuncia, accertamento e liquidazione del Sinistro

#### 13.1. Decesso

Entro 30 (trenta) giorni dal decesso il Beneficiario dovrà contattare la Compagnia e produrre i documenti di seguito elencati, atti a comprovare l'intervenuto decesso, necessari a verificare l'effettiva esistenza dell'obbligo di pagamento e ad individuare gli aventi diritto. Restano comunque fermi i termini di prescrizione previsti dalla normativa tempo per tempo vigente.

#### DECESSO: QUALI DOCUMENTI DEVO CONSEGNARE?

##### I documenti da consegnare SEMPRE sono:

- Denuncia di sinistro sottoscritta da ciascun Beneficiario (allegare documento di identità e codice fiscale del firmatario);
- Certificato di morte dell'Assicurato, rilasciato dal comune di residenza dell'Assicurato;
- Modulo ISTAT "Scheda di morte" attestante la causa del decesso dell'Assicurato emesso dalle (A)USL (e in alcuni casi anche dal Comune di Residenza) o, in alternativa, certificato medico attestante la causa del decesso;
- Copia della tessera associativa FABI (in caso di Familiare, è necessaria copia dell'iscritto titolare).

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo (esempio, certificato di stato di famiglia) o giudiziario eventualmente ritenuta necessaria per verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato relative alle valutazioni che hanno influito sulla valutazione del rischio (es. relazione medica sulle cause del decesso, cartella clinica o relazione delle Autorità in caso di incidenti o morti violente, etc).

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

In ogni caso il Beneficiario consegnerà la documentazione che sia già in suo possesso e coopererà in buona fede con la Compagnia al fine di fare quanto necessario per farla entrare in possesso della documentazione atta a comprovare l'Evento assicurato.

La Compagnia, ricevuta la documentazione di cui sopra, si riserva il diritto di esaminarla entro 30 (trenta) giorni dalla ricezione, e, laddove la documentazione sia completa e il diritto al pagamento della prestazione possa essere riconosciuto, si impegna a effettuare il pagamento della Somma assicurata entro i successivi 30 (trenta) giorni.

**Non sono coperti i decessi avvenuti in una data che non ricada nel Periodo di assicurazione o, comunque, nel periodo di validità della presente Assicurazione.**

#### 13.2 Invalidità totale e permanente

Entro 30 (trenta) giorni da quando entra in possesso del verbale di accertamento dello stato di invalidità totale permanente dell'Assicurato emesso dall'INPS o dall'INAIL, il Beneficiario deve denunciare il Sinistro. Restano comunque fermi i termini di prescrizione previsti dalla normativa tempo per tempo vigente.

#### INVALIDITA' TOTALE PERMANENTE: QUALI DOCUMENTI DEVO CONSEGNARE?

##### I documenti da consegnare SEMPRE sono:

- Denuncia di sinistro sottoscritta dal Beneficiario (allegare documento di identità e codice fiscale del firmatario);

- Copia di un documento di identità e del codice fiscale in corso di validità dell'Assicurato;
- Copia della tessera associativa FABI (in caso di Familiare, è necessaria copia dell'iscritto titolare);
- Copia del verbale di accertamento dello stato d'invalidità totale e permanente dell'Assicurato emesso dall'INPS o dall'INAIL, corredato da QR Code ben leggibile, dal quale si evinca l'esonero da future visite di revisione (certificato non rivedibile);
- Certificato dettagliato, del medico curante dell'Assicurato, sulle cause e sul decorso della malattia o lesione che hanno causato l'invalidità, unitamente a copia di cartelle cliniche relative a ricoveri.

È fatto salvo, comunque, il diritto dell'Assicurato a richiedere l'accertamento autonomo della Compagnia per tutto l'importo della Somma assicurata. In tal caso l'accertamento condotto prevarrà rispetto ad ogni altro.

La Compagnia si impegna ad accertare lo stato di invalidità totale permanente entro 6 (sei) mesi dalla data di ricezione della denuncia di Sinistro, ovvero dal giorno della ricezione di tutta la documentazione (se incompleta alla data di denuncia del Sinistro), ed a comunicarne l'esito al Beneficiario.

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione di carattere sanitario o amministrativo (esempio, certificato di stato di famiglia eventualmente ritenuta necessaria per verificare l'esattezza e la completezza delle dichiarazioni dell'Assicurato.

La Compagnia si impegna ad effettuare il pagamento della Somma assicurata dovuta entro 30 (trenta) giorni dalla data di notifica dell'esito.

**Il pagamento della Somma assicurata per invalidità totale permanente estingue ogni pretesa, anche futura, riferibile alla copertura decesso.**

Il decesso dell'Assicurato che intervenga prima del riconoscimento dello stato di invalidità totale permanente denunciato equivale, fatti salvi i casi di esclusione di cui all'art. 6 delle presenti Condizioni di Assicurazione, ad avvenuto riconoscimento della invalidità. In tal caso la Compagnia corrisponderà al Beneficiario la Somma assicurata secondo le ripartizioni previste dalla legge. Analogamente il riconoscimento dello stato di invalidità totale permanente derivante da altra causa, che intervenga prima del riconoscimento dello stato di invalidità totale permanente denunciato, equivale ad avvenuto riconoscimento della prima causa di invalidità.

#### **Art. 14 – Procedura di trasmissione della denuncia di Sinistro**

Per attivare la procedura di liquidazione della Somma assicurata, il Beneficiario dovrà trasmettere la denuncia di Sinistro e tutta la documentazione necessaria correlata all'indirizzo dell'Intermediario tramite lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente.

Al fine di agevolare l'effettuazione della richiesta di pagamento della Somma assicurata e a titolo di servizio alla clientela, la Compagnia è disponibile a mettere a disposizione del Beneficiario un fac-simile del modulo di denuncia di Sinistro.

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

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

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

## Parte V – Disposizioni Generali

### **Art. 15 – Foro competente e controversie di natura medica relative alla copertura invalidità totale e permanente**

Fatto salvo quanto di seguito previsto con riguardo alle controversie di natura medica, concernenti la misura della prestazione relativa alla copertura invalidità totale e permanente, per la risoluzione di eventuali controversie concernenti la Polizza, il foro competente è esclusivamente quello di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato, a condizione che lo stesso sia qualificabile come "Consumatore" ai sensi del D.lgs. n. 206/2005 (Codice del Consumo).

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

Nel caso di controversie di natura medica, concernenti la misura della prestazione relativa alla copertura invalidità totale e permanente, l'Assicurato od altro soggetto in sua vece ha la facoltà, entro il termine di 30 (trenta) giorni dalla relativa comunicazione della Compagnia in merito a tale determinazione, di promuovere, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno A/R spedita alla Compagnia, la decisione di un Collegio arbitrale composto da tre medici, due scelti da ciascuna delle parti ed il terzo nominato in accordo tra gli arbitri; in assenza di accordo entro 20 (venti) giorni dalla richiesta di arbitrato la scelta del terzo medico sarà demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici del luogo dove avrà sede il Collegio Arbitrale.

Il Collegio Arbitrale risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato e, ove lo ritenga opportuno, potrà esperire, senza obbligo di sentenza, qualsiasi accertamento sanitario di carattere preliminare od incidentale (visite mediche, esami di laboratorio, ecc.).

Il Collegio Arbitrale decide a maggioranza, entro il termine di 30 (trenta) giorni, come amichevole compositore, senza formalità di procedura ed i risultati delle operazioni devono esser raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Consiglio sono vincolanti per le Parti che rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali, anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dai medici nel verbale definitivo. Ciascuna delle parti sopporta le spese e competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico.

### **Art. 16 – Legge applicabile**

Alla presente Polizza si applica la legge italiana.

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

### **Art. 17 – Modifiche contrattuali**

La Compagnia si riserva il diritto di modificare unilateralmente le condizioni della Polizza, dandone tempestiva comunicazione scritta al Contraente e all'Aderente, nel caso in cui:

- a) intervengano dei cambiamenti legislativi o regolamentari applicabili al Contratto di assicurazione che siano direttamente applicabili e richiedano modifiche o integrazioni dello stesso;
- b) intervengano dei cambiamenti fiscali che abbiano un impatto sul Contratto di assicurazione, sulla Compagnia, sulla Coassicuratrice o sul Contraente, che richiedano modifiche o integrazioni dello stesso.

### **Art. 18 – Modalità di consegna della documentazione informativa**

La Compagnia trasmette all'Aderente, per il tramite del Contraente o del Broker, la documentazione informativa prevista dalla legge su supporto cartaceo o, su richiesta dell'Aderente, su un supporto durevole non cartaceo. L'Aderente potrà richiedere di ricevere la documentazione informativa su supporto durevole fornendo un indirizzo di posta elettronica valido al quale abbia regolarmente accesso.

Nel caso in cui l'Aderente opti per ricevere la documentazione informativa per mezzo di un supporto durevole non cartaceo, esso avrà comunque diritto di ricevere gratuitamente, su richiesta, una copia in formato cartaceo.

## **Art. 19 – Disdetta e diritto di recesso**

### **19.1 Disdetta**

Fatti salvi i casi di cessazione della Polizza, l'Aderente potrà disdire la Polizza dandone comunicazione scritta alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R, PEC o altro mezzo equivalente almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza annuale, ovvero dandone comunicazione al Broker secondo i tempi e le modalità dallo stesso stabilite.

### **19.2 Recesso**

L'Aderente 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.

I riferimenti per l'invio delle comunicazioni di cui al presente articolo sono i seguenti:  
Elips Life Ltd, sede secondaria italiana – via San Prospero 1, 20121 Milano  
P.E.C.

## **Art. 20 – Reclami**

### **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](mailto:reclami@pec.elipslife.com)**

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

### **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](mailto:ivass@pec.ivass.it) o [tutela.consumatore@pec.ivass.it](mailto: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](http://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](mailto: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](http://www.giustizia.it) (Legge 9/8/2013, n. 98).

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

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

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

## **Parte 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](mailto: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, nonché ottenuti mediante la consultazione di banche dati legittimamente accessibili

### **C) Finalità e basi giuridiche del trattamento**

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

- 1) finalità quali la valutazione del rischio assicurativo, la stipula ed esecuzione del Contratto, l'incasso dei premi, la gestione e liquidazione dei sinistri, la verifica dell'identità e della correttezza degli accessi in caso di utilizzo di una piattaforma on line, 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, nonché la gestione, manutenzione e sviluppo della piattaforma on line (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](mailto: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](http://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](mailto:compliance@elipslife.com).

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

**K) Cookie, tracciamento web e tecnologie analoghe**

I cookie sono informazioni registrate nell'utilizzo della piattaforma. L'utente che utilizza la piattaforma procede alla registrazione delle proprie credenziali. In tale occasione il server memorizza dati tecnici relativi agli accessi.

Non vengono utilizzati cookie di profilazione, ma vengono utilizzati cookie di terze parti solo ed esclusivamente durante il processo autorizzativo, limitatamente a scopi di carattere tecnico, poiché le credenziali vengono memorizzate sulla piattaforma, tramite il sistema di identificazione e gestione degli accessi (OKTA)

Tale Sistema, inoltre mantiene la registrazione degli indirizzi IP associati ad ogni tentativo di accesso, sia esso riuscito o meno.

In qualità di Terza Parte, OKTA ha la propria Privacy Policy che ogni utente avrà approvato nel momento in cui è avvenuta l'attivazione dell'account.

## Parte VII – Glossario

<b>Assicurato/Aderente</b>	Il soggetto assicurato, portatore del rischio ed iscritto a FABI o quale Familiare, che aderisce alla presente Polizza collettiva.
<b>Assicurato</b>	La persona fisica sulla cui vita viene stipulato il Contratto di assicurazione o si riferisce il rischio oggetto di assicurazione. Le prestazioni previste dal contratto sono determinate in funzione dei suoi dati anagrafici e degli eventi attinenti alla sua vita.
<b>Adesione</b>	Il rapporto assicurativo che si costituisce tra la Compagnia e l'Aderente, mediante l'adesione di quest'ultimo alla presente Polizza collettiva.
<b>Assicurazione (o Polizza collettiva)</b>	Il contratto di assicurazione collettiva o di gruppo sottoscritto da FABI per conto dei propri iscritti, con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del Premio, si impegna a pagare la Prestazione assicurata in forma di capitale al verificarsi dell'Evento assicurato.
<b>Beneficiario</b>	Il soggetto che riceve la prestazione prevista dal Contratto assicurativo al verificarsi dell'Evento assicurato.
<b>Certificato (o Scheda) di polizza</b>	Il documento, rilasciato dalla Compagnia, che attesta l'avvenuta Adesione.
<b>Compagnia/Società</b>	La compagnia di assicurazione Elips Life Ltd, sede secondaria italiana, con la quale il Contraente stipula il Contratto di assicurazione.
<b>Condizioni di Assicurazione</b>	Insieme delle clausole che, insieme alla convenzione Collettiva, disciplinano l'Assicurazione e le modalità di Adesione in tutti i suoi aspetti.
<b>Contraente</b>	La persona giuridica che stipula il Contratto di assicurazione per conto di una collettività di Assicurati. Nel caso specifico AON ADVISORY and SOLUTIONS S.R.L. che stipula la polizza per conto degli iscritti alla Federazione Autonoma Bancari Italiani (FABI - Associazione dei Sindacati Autonomi Bancari d'Italia).
<b>Convenzione Collettiva</b>	Il contratto sottoscritto tra il Contraente e la Compagnia che, insieme alle Condizioni di Assicurazione, regola i rapporti tra le parti, l'Assicurazione e le modalità di Adesione in tutti i suoi aspetti.
<b>Data di attivazione</b>	Il giorno, riportato nel Certificato di polizza, a partire dal quale le coperture assicurative previste dall'Assicurazione decorrono, fatte salve le ipotesi di sospensione delle stesse.
<b>Domicilio</b>	Il domicilio di una persona è nel luogo in cui essa ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi.
<b>Età assicurativa</b>	L'Età assicurativa dell'Assicurato viene determinata alla Data di attivazione in anni interi e corrisponde: <ul style="list-style-type: none"><li>• all'età compiuta dall'Assicurato, se non siano trascorsi più di 6 (sei) mesi dall'ultimo compleanno, o</li><li>• all'età prossima da compiere, se siano trascorsi almeno 6 (sei) mesi dall'ultimo compleanno.</li></ul>
<b>Evento assicurato</b>	Il decesso o l'accertata invalidità totale e permanente dell'Assicurato.

<b>Familiare</b>	Le persone fisiche familiari dell'iscritto a FABI e rientranti nello stato di famiglia, come di seguito specificate: il coniuge o l'unito civilmente o il convivente more uxorio e i figli dell'iscritto, purché maggiorenni e domiciliati nel Territorio italiano.
<b>Intermediario</b>	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 svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività. Nel caso di specie il broker Aon S.p.A. Insurance & Reinsurance Brokers, iscritta al registro degli intermediari assicurativi e riassicurativi (RUI) in data 12 marzo 2007, numero B000117871, sezione B.
<b>Modulo di Adesione</b>	Il documento sottoscritto dall'Aderente ai fini dell'Adesione alla Polizza collettiva.
<b>Obligo oncologico</b>	Il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica (Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e relativi provvedimenti attuativi tempo per tempo vigenti).
<b>Premio</b>	Il corrispettivo dovuto dall'Aderente alla Compagnia a fronte delle Prestazioni assicurate.
<b>Questionario anamnestico</b>	Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurato, che la Compagnia utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il Contratto di assicurazione.
<b>Sinistro</b>	Il verificarsi dell'Evento assicurato per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
<b>Somma assicurata o Prestazione assicurata</b>	Il capitale corrisposto dalla Compagnia al Beneficiario al verificarsi dell'Evento assicurato.
<b>Sovrappremio</b>	Maggiorazione di Premio richiesta dalla Compagnia nel caso in cui l'Assicurato superi determinati livelli di rischio o presenti condizioni di salute più gravi di quelle normali.
<b>Territorio italiano</b>	Il territorio della Repubblica italiana.

## Allegato: Tassi

Il Premio per ciascun Assicurato è determinato in base alla tariffa nella tabella di seguito riportata e varia in funzione della Somma Assicurata e dell'età.

Il Premio è calcolato di anno in anno sulla base del corrispondente tasso di tariffa moltiplicato per la Somma assicurata.

*Tassi x 1000*

Età	Tasso
18	0,32
19	0,35
20	0,37
21	0,38
22	0,39
23	0,39
24	0,40
25	0,40
26	0,41
27	0,40
28	0,40
29	0,41
30	0,42
31	0,43
32	0,43
33	0,45
34	0,46
35	0,47
36	0,49
37	0,50
38	0,53
39	0,58
40	0,65
41	0,72
42	0,80
43	0,89
44	0,99
45	1,08
46	1,17
47	1,30
48	1,45
49	1,62

Età	Tasso
50	1,80
51	1,98
52	2,21
53	2,48
54	2,76
55	3,05
56	3,39
57	3,77
58	4,21
59	4,76
60	5,42
61	6,23
62	7,20
63	8,30
64	9,48
65	10,78
66	12,17
67	13,70
68	15,97
69	17,91
70	20,07
71	23,24
72	26,82
73	30,98
74	35,97
75	41,91
76	48,43
77	56,24
78	65,61
79	77,01
80	90,94